

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Emel PEKŞEN

KAMU YÖNETİMİ REFORMU BAĞLAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2012

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Emel PEKŞEN

KAMU YÖNETİMİ REFORMU BAĞLAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Ferhunde HAYIRSEVER TOPÇU

Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2012

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Emel PEKŞEN'in bu çalışması, jürimiz tarafından Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

: Yrd. Doç. Dr. Hüniye AKILLI

Üye (Danışmanı)

: Yrd. Doç. Dr. Ferhunde Hayırsesev Toprak

Üye

: Yrd. Doç. Dr. Hilal ERKÜŞ ÖZTÜRK

Tez Konusu:

- Kamu Yönetimi Reformu Bağlamında
Sağlıkta Dönüşüm Programı

Onay : Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 07.09.2012

Mezuniyet Tarihi : 14.09.2012

Doç. Dr. Zekeriya KARADAVUT
Müdür

.....

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE REFORM

1.1	Kamu Yönetiminin Gelişimi.....	8
1.2	Kamu Yönetimi Reformu Kavramı	11
1.3	Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu.....	13
1.4	Reform Çalışmalarına Tarihsel Bakış.....	13
1.4.1	Cumhuriyetin İlanı.....	14
1.4.2	Planlı Dönem Öncesi Reform Çalışmaları	14
1.4.2.1	Neumark Raporu	15
1.4.2.2	Barker Raporu	16
1.4.2.3	Martin ve Cush Raporu	17
1.4.2.4	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü’nün (TODAİE) Kurulması ...	17
1.4.3	Planlı Dönem Reform Çalışmaları	18
1.4.3.1	İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor	19
1.4.3.2	Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP)	20
1.4.3.3	Kamu Yönetimi Araştırma Projesi (KAYA).....	21
1.4.3.4	Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı (KYTKT).....	23
1.5	1980 Sonrasında Kamu Hizmetinde Dönüşüm.....	25
1.5.1	Kamu Hizmeti.....	26

1.5.2	İmtiyaz Kavramı.....	28
1.5.3	Kamu Tercih Teorisi.....	29
1.5.4	Kamu işletmeciliği.....	31
1.5.5	Yönetişim.....	33
1.5.6	Kamu Hizmetinin Özel Sektör Tarafından Finansmanı ve İşletilmesi.....	36
1.5.6.1	Yap-İşlet-Devret (YİD) Modeli	36
1.5.6.2	Yap-İşlet (Yİ) Modeli.....	37
1.5.6.3	İşletme Hakkı Devri Modeli.....	38
1.5.7	Kamu – Özel Ortaklığı	39
1.6	Türkiye’de Kamu Reformlarının Nedenleri.....	41
1.6.1	İç Nedenler	42
1.6.1.1	Merkeziyetçilik.....	42
1.6.1.2	Kuralcılık.....	44
1.6.1.3	Bilgi ve Teknoloji Alanındaki Hızlı Gelişmeler	45
1.6.1.4	Örgütsel Büyüme.....	46
1.6.1.5	Yozlaşma.....	48
1.6.1.6	Gizlilik ve Kapalılık	49
1.6.1.7	Ekonomik Kriz	49
1.6.2	Dış Nedenler	50
1.6.2.1	Küreselleşme	50
1.6.2.2	Uluslararası Kuruluşlar	52
1.6.2.3	Türkiye’nin AB Üyelik Süreci	53

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1	Türkiye’de Tarihsel Olarak Sağlık Sisteminin Değişimi.....	56
2.1.1	Cumhuriyetin İlk Yılları: 1923- 1945.....	56

2.1.2	İkinci Dünya Savaşı Sonrası: 1946-1960	57
2.1.3	Sosyalleşme Dönemi: 1961-1980.....	59
2.1.4	Yeniden Yapılanma Dönemi: 1981 – 2002	60
2.1.5	Sağlıkta Dönüşüm Programı: 2003 ve Sonrası.....	63
2.2	Sağlıkta Dönüşüm Programı	63
2.2.1	Amaçları	64
2.2.2	Temel İlkeler.....	65
2.2.3	Bileşenleri.....	66
2.2.4	Dünya Bankası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	70
2.2.5	AB İle İlişkiler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	71
2.3	Sağlık Sisteminde Öngörülmiş ve Geçilmiş Uygulamalar	72
2.3.1	Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortasının Kurulması	73
2.3.2	Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması ve Kamu Hastanelerine İdari ve Mali Özerklik Tanımak.....	74
2.3.3	Kamu Hastane Birlikleri.....	79
2.3.4	Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş.....	82
2.3.5	Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması ve Hastane Seçme Hakkı	86
2.3.6	Hekim Seçme Hakkı.....	87
2.3.7	Hastane Personeline Performansa Göre Ek Ödeme Yapılması ve Hekimlerin Tam Gün Hastanede Çalışmasının Teşvik Edilmesi	88
2.3.8	Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Çalışmaları	89
2.3.9	Hasta Hakları Yapılanması ve Uygulaması.....	90
2.3.10	Bilgisayar Otomasyonu	90
2.3.11	Yatan Hastaların İlaç ve Tıbbi Malzeme İhtiyaçlarının Hastane Tarafından Karşılanması.....	91
2.4	Sağlıkta Dönüşüm Programı ile İlgili Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin Görüşleri.....	92
2.5	Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi	95

2.5.1	Yöntem	95
2.5.1.1	Evren ve Örneklem.....	96
2.5.1.2	Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	98
2.5.2	Bulgular	99
2.5.2.1	Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesi	99
2.5.2.2	Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Sistem	100
2.5.2.3	Aile Hekimliği ve Sevk Zinciri	101
2.5.2.4	Genel Sağlık Sigortası.....	102
2.5.2.5	Kamu Hastanelerinin Özelleştirilmesi ve Özel Hastanelere Başvuru	103
2.5.3.	Değerlendirme.....	105
SONUÇ		106
KAYNAKÇA.....		109
EK 1 - Anket Formu.....		120
ÖZGEÇMİŞ		122

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Personel Sayısı	78
Tablo 2.2 1970-2007 Yılları Arasında Özel Hastane Oranları	82
Tablo 2.3 Türkiye’de 2002 Yılı Hastane İşletmelerinin Dağılımı.....	86
Tablo 2.4 Türkiye Sağlık Harcamaları (1999-2008)	91
Tablo 2.5 Ankete Katılan Bireylerin Demografik Dağılımı	97
Tablo 2.6 Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesinin Değerlendirme Ortalamaları.....	99
Tablo 2.7 Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Sistemin Değerlendirme Ortalamaları	100
Tablo 2.8 Aile Hekimliği ve Sevk Zincirinin Değerlendirme Ortalamaları.....	101
Tablo 2.9 Genel Sağlık Sigortasının Değerlendirme Ortalamaları.....	102
Tablo 2.10 Kamu Hastanelerinin Özelleştirilmesi ve Özel Hastanelerin Değerlendirme Ortalamaları ...	103

KISALTMALAR LİSTESİ

a.g.e	Adı Geçen Eser
AB	Avrupa Birliği
AİD	Amme İdaresi Dergisi
BM	Birleşmiş Milletler
DB	Dünya Bankası
Der.	Derleyen
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DPD	Devlet Personel Dairesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ-WTO	Dünya Ticaret Örgütü
Ed.	Editör
ES	Emekli Sandığı
E.T.	Edinme Tarihi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
KAYA	Kamu Yönetimi Araştırması
KAYFOR	Kamu Yönetimi Forumu
KYTKT	Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı
MEHTAP	Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development - Ekonomik İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
ODTÜ	Orta Doğu Teknik Üniversitesi
SAL	Yapısal Uyum Kredisi
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TESEV	Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etütler Vakfı
TODAİE	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
IMF	Uluslararası Para Fonu

ÖZET

Tüm dünyada görülen kamu yönetimindeki reform çalışmalarından ülkemiz de etkilenmiş, sağlık sektörünün de içinde bulunduğu örgütsel değişim süreçleri başlamıştır. Bu çalışma, üç bölüm halinde hazırlanmıştır. İlk bölümde kamu yönetimi reformu kavramı ve reformu gerektiren faktörler açıklanmıştır. İkinci bölümde ise, Türkiye’deki sağlık sisteminin Cumhuriyet döneminden günümüze geçirdiği evrim üzerinde durulmuştur. Türkiye’de 2003 yılı itibariyle sağlık hizmetlerinde istenen değişimi sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı başlatmıştır. Projenin amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak ifade edilmiştir ve 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşümün oluşturduğu yeni sistem analitik olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada, vatandaşlara sağlık sistemi ile ilgili bir anket uygulanmıştır. Çalışma, vatandaşların genel olarak “oluşan yeni sistemi olumlu buldukları” sonucuna varmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Yönetimi Reformu, Sağlıkta Reform Süreci, Sağlıkta Dönüşüm Programı

ABSTRACT

Our country has also been affected from the reform works in the public administration seen all over the world, the organizational variation processes, in which the health sector has also been involved, have begun. This study has been prepared as three chapters. In the first chapter public administration reform and the factors which require this reform have been explained. In the second chapter of the study emphasizes the evolution of health system in Turkey from the Turkish republic period to today. As the year 2003 in our country health services the Ministry of Health to provide the desired change "Health Transformation Programme" launched. The aim of the project is to organize, finance and present health services in an effective, efficient and equitable way. And the new health system structured by the Health Transformation Programme has been evaluated analytically. In this study, a questionnaire was used to ask and get opinion of citizens about the health system. The study reaches the conclusion that "citizens generally find the new health system favorable".

Key Words: Reformation of Public Administration, Reform Process in Health, Health Transformation Programme

GİRİŞ

Bilişim çağı olarak isimlendirilen yirmi birinci yüzyıl, insan ve toplum hayatında çok önemli değişimlere neden olmuştur. İçinde yaşadığımız yüzyıla damgasını vuran geleneksel devlet anlayışı terkedilerek, yönetim sistemlerinin yeniden yapılandırılması ve çağın gereklerine uygun hale getirilerek vatandaşların ihtiyaçlarını gereği gibi karşılama konusunda devletin işlevlerinin ne olması ve bu işlevlerin nasıl bir örgütlenme ile yerine getirilebileceği hususunda önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir¹. Kamu yönetimi ile toplumsal yapılar arasında karşılıklı bir ilişki kaçınılmazdır. Toplumsal alanda meydana gelen değişimler kamu yönetimini etkilediği gibi, kamu yönetimi de toplumsal kurumları belirli ölçüde biçimlendirmektedir².

Kamu yönetimini değişime zorlayan etkenler üç ana eksen den gelmektedir. Birincisi kamu harcamalarının bütçe üzerine getirdiği yük ve bütçe açıklarının mali sitemde yol açtığı sıkıntılardır. İkincisi bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişimdir. Üçüncüsü toplumsal talepler karşısında kamu kesiminin performansının yetersiz kalmasıdır. Mali alandan gelen baskılar nedeniyle reforma zorlanan bir kamu yönetimi sisteminde, daha ziyade piyasacı strateji izlenmekte, devletin ekonomik ve sosyal yaşamdaki rolü azaltılmaktadır.

Bireylerin kamu yönetiminden talepleri siyasal süreçler sonucu toplumsal bir nitelik kazanmakta ve kamu hizmeti tercihi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle kamu hizmetlerinin ve dolayısıyla kamu yönetiminin siyasal boyuttan arındırılması mümkün ve doğru değildir. Benzer şekilde kamu yönetimini, şirket yönetiminden ayıran önemli bir unsur önceden belli hukuki kurallar doğrultusunda faaliyette bulunmasıdır. Bu nedenle piyasacı yaklaşımın, ekonomik ve ticari yönü ağır basan hizmetlerde başarılı sonuçlar verse bile, temel kamu hizmetlerinde uygulanması söz konusu olmayacaktır. Özelleştirme ve şirketleştirme uygulamalarının kamu yönetimine dolaylı katkısının, bu uygulamaların getirdiği mali rahatlıkla diğer kamu hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması şeklinde olması beklenebilir. Devletin rolünün daraltıcı anlamda yeniden tanımlanmasından ziyade mevcut tanım içinde yapılan işlerin yeniden değerlendirilmesini yapmak ve kamu faaliyet ve programları arasında öncelikleri tespit etmek üzerinde durulması gerekmektedir³.

¹ Arslan N. T., Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları Üzerine İncelemeler, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005, s.83.

² Al H., Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi, Bilim Adamları Yayınları, 2002, s.19.

³ Yılmaz O., Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri, DPT Yayınları, 2011, s.91.

<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> E.T.: 15. 08. 2012.

Türkiye'nin en büyük sorunlarından birisi merkeziyetçi yapısıdır. Bürokrasinin gün geçtikçe güçlenmesi ve kontrol edilemez hale gelmesi, bürokratik yapının hantallığı, işlerin verimsiz ve masraflı yapılması Türk kamu yönetiminde arayışları da beraberinde getirmiştir.

Toplumsal ve ekonomik yaşamda köklü değişimlerin yaşandığı dönemlerde bu arayışlar artmakta; daha durağan bir yapının baskın olduğu dönemlerde konu daha geri planda kalmaktadır. Ancak 1980'li yıllarda başlayan ve 90'lı yıllarda ivme kazanan reform çabaları, kapsam ve ulaştığı boyut bakımından incelenmesi gereken özellikler taşımaktadır. Yeni bir yüzyılın, dahası yeni bir bin yılın başlangıcının, bilim ve teknoloji yanında ekonomik ve siyasal alanda yaşanan köklü değişimlerle örtüşmesi, bu dönemde yaşanan değişim çabalarına daha farklı bir boyut katmaktadır. 1990'lı yıllarda kamu yönetimi reformunun, devletin rolü tartışmalarını da içerecek şekilde, daha geniş bir bağlamda ve hemen hemen tüm ülkelerde gündeme geldiği görülmektedir⁴.

Türk kamu yönetiminde Cumhuriyetin ilanından sonra, bilgi birikiminin ve uzman sayısının yetersizliği nedeniyle daha çok araştırma raporları şeklinde ortaya çıkan reform çalışmaları yabancı uzmanlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Söz konusu çalışmaların eksikliği ise, Türk kamu yönetimi sisteminin tamamıyla ve sistemli bir şekilde incelenmesi sonucu oluşturulmaması ve sınırlı bir araştırmanın sonucu olmasıdır.

1948 Neumark Raporu, 1955 Barker Raporu, 1952 Martin ve Cush Raporu, Cumhuriyetin kurulmasından sonraki ve planlı dönem öncesi kamu yönetimi düzenlemelerine ilişkin belli başlı ilk reform girişimlerini oluşturmaktadırlar. Bu çalışmalarda esas olarak, devlet dairelerindeki kırtasiyeciliğin önlenmesi, kamu personeli teşkilatındaki eksikliklerin giderilmesi, kamu yönetiminde dünyada yaygınlık kazanan sevk ve idare ilkelerinin benimsenmesi gibi amaçlar gözetilmiştir.

II. Dünya Savaşının başlaması ile girilen bu yeni dönemde devletlerin reform çabalarında, savaşla birlikte zarar gören ülkelerini imar etme ve darbe alan ekonomilerini düzeltme amaçlarının büyük rolü vardır. Başta Amerika Birleşik Devletleri ve tüm Batı Avrupa ülkeleri olmak üzere, bu ülkeleri örnek alan diğer ülkelerde reform çalışmalarına büyük önem verilmiş ve yönetim alanında reform yaparak sosyal, ekonomik ve kültürel açılardan kalkınmayı gerçekleştirmek hedeflenmiştir⁵. Türkiye'de de gerek reforma duyulan ihtiyaçtan gerekse de

⁴ Yılmaz O., Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri, DPT Yayınları, 2011, s.1.
<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> E. T.: 23.07.2012.

⁵ Sürgit K.(a), "12 Eylül Yönetimin Yeniden Düzenlenmesi," Amme İdaresi Dergisi, Cilt No 13, Sayı 3, 1980, s.43.

reform çalışmaları gerçekleştiren ülkelerle etkileşimden dolayı reform girişimleri kaçınılmaz olmuştur.

1960 yılı gerek planlı kalkınma dönemine geçilmesi açısından gerekse de Türk kamu yönetiminin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar açısından bir dönüm noktası niteliğindedir. Planlı kalkınmaya geçiş dönemi olarak adlandırılabilir 1960'ların ilk yılları, “yönetime daha iyi bir yapı ve işleyiş kazandırmak açısından bir arayış, hazırlık ve örgütlenme” dönemi olmuş, “İdari reformun anlam, amaç ve kapsamı ile bunu gerçekleştirecek örgütlenmenin” tespiti açısından belirleyici olmuştur.

Bu dönemde öncelikli olarak 1960 yılında, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş ve reformla ilgili olarak görevlendirilmiştir. Böylece reform çalışmalarının yasal bir zemine kavuşturulması söz konusu olmuştur. Yine aynı yılda merkezi bir personel dairesi oluşturmak ve personel reformunu gerçekleştirmek üzere Devlet Personel Dairesi (DPD) kurulmuştur. Ayrıca Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE)'nin reform çalışmalarının tartışıldığı, yürütüldüğü ve geliştirildiği bir merkez haline getirilmesi ile Türk kamu yönetimine yönelik reform çalışmalarında önemli bir aşama kaydedilmiştir.

1980'li yılların egemen paradigması olan yeni kamu yönetimi yaklaşımı, yapısal uyarlama reformları aracılığıyla, az gelişmiş ülkelerde devletin piyasalaştırılması sürecinin teorik alt yapısını oluşturmaktadır. Türkiye'deki kamu yönetimi reformu anlayışının arkasında da bir yapısal uyarlama girişimi bulunmakta, bu yapısal uyarlama reformları da sosyo-ekonomik yapının küresel kapitalizmin gereklerine uyarlanması anlamına gelmektedir. Yapısal uyarlama reformlarının temel özelliği, yerelleştirme ile birlikte hizmetlerin üretimi, sunumu ve finansmanı süreçlerinin özelleştirilmesidir. Böylece, yerel yönetimlere devredilen iktisadi ve sosyal görevlerin üretimi ve halka sunumu özel kesim tarafından yerine getirilecektir. Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasına yönelik düzenlemeler, devletin birçok kamu hizmeti alanından çekilmesini, çok uluslu sermayenin doğrudan veya taşeron firmalar aracılığıyla hizmet üretimi ve sunumu süreçlerine egemen olmasını, dolayısıyla bu hizmetlerin finansmanının ulus ötesi yapılara teslim edilmesini öngörmektedir⁶.

Türkiye'de de 1980'li yıllar kamu reform kavramının yoğun olarak konuşulduğu yıllar olmuştur. 1990 yılı sonrasında reform çalışmalarına yönelik kanun taslaklarının hazırlanması gibi

⁶ Şen A. F., “Müzakereci Demokrasi ve Halkla ilişkiler: Kamu Yönetiminde Alternatif Bir Halkla İlişkiler Arayışı”, Journal of Yaşar University, 2012, Cilt 7, Sayı 7, s.4606.

birçok politik düzenlemeler ve çalışmalar yapılmıştır. Çeşitli nedenlerden dolayı bu düzenleme çabaları başarıya ulaşamamış ve yarım kalmıştır.

Özellikle 2000’li yıllardan sonra hızlanan dışa açılma, dünya ile bütünleşme çabaları ve Avrupa Birliği (AB) ile ilişkiler, yerel siyaseti ulusüstü düzeye taşımaktadır. Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) yönetiminin, AB’ye uyum sürecinde uygulamaya koyduğu kamu yönetimi reformları, yerelleşmeyi ve özelleşmeyi güçlendirmektedir. Günümüzdeki değişim olgusunu kavrayabilmek için yerel-ulusal-ulusüstü dinamiklere ve karar alma sürecindeki aktörlere bakılması gerekmektedir.

Küreselleşme olgusunun temel hareket noktasını oluşturan liberal iktisadi yaklaşımlar, sağlık sektöründe gerek yerel gerek küresel piyasalar açısından ağırlıklı olarak özelleştirmeyi ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar birçok ülkenin sağlık politikalarını etkilerken; sağlık alanında özelleştirme uygulamalarını da desteklemektedir. Özellikle piyasa ekonomisi sürecinde bir yandan etkinlik diğer yandan da hizmet kalitesinin artırılma çabaları özelleştirmenin sağlık alanındaki yoğunluğunu arttırmıştır. Sağlık ve sağlık hizmetleri günümüzde en önemli küresel kamu malı özelliğine sahip olup; Birleşmiş Milletler (BM), Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi küresel kuruluşların başta gelen ilgi alanını oluşturduğu söylenebilir⁷.

1990’lar, küresel kapitalist sistemin güçlenerek yoğun baskısı ile Türkiye’de Sağlıkta Reform denilen sürecin hızlanmasını doğurmuştur. Pek çok mevzuat değişikliği yapılmıştır. 2000-2001 ekonomik bunalımının ardından iktidar olan AKP, 2003’te Sağlıkta Dönüşüm sürecini başlatarak ivme kazandırmıştır. Farklı sosyal sigorta kuruluşlarına tabi olanlar genel sağlık sigortası bünyesinde tek elde toplanmıştır. Finansman büyük ölçüde Genel Sağlık Sigortası’na, sosyal güvenlik tek bir kuruma (SGK) ve kamusal sağlık kurumları tek ele, şimdilik Sağlık Bakanlığı’na bırakılmış, 6200 Sağlık Ocağı kapatılarak 1. basamak da özelleştirilerek ülke genelinde Aile Hekimliğine geçilmiştir. Sağlık personeli için sözleşme rejimi ve performans göre ücretlendirme getirilmiş, kamu hastaneleri döner sermaye işletmelerine dönüştürülmüştür.

Sağlıkta kamunun ağırlığının azaltılması ve özelleştirme uygulamalarının rekabet ortamının sağlanabilmesi için gerekli olduğu tezi savunulmaktadır. Sağlıkta özelleştirme sağlık hizmetlerinin özel kuruluşlar tarafından yürütülmesi, sözleşme, taşeronlaşma, performans değerlendirme uygulamaları şeklinde görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirme

⁷ Altay A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı 64, s. 33.

uygulamalarına gidilmeden önce; sağlık hizmetinin toplumun bütün kesimlerine, farklı gelir gruplarına yeterli bir şekilde verilip verilemeyeceğini, hizmet maliyetinin, şahısların ve devletin harcamalarında hangi yönde değişiklikler yapacağını, meydana gelebilecek olumlu ve olumsuz dışsallıkların çok dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Özelleştirmeler sonrasında hizmet kalitesi ve sağlık çalışanlarının niteliklerinin nasıl bir düzeyde olacağı, üzerinde önemle durulması gereken hususlardır⁸.

Bu çalışmanın amacı, kamu hastanelerine başvuran hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında yapılan düzenlemelerle ilgili fikir ve memnuniyetini ölçerek SDP'ni değerlendirmektir.

Çalışmamızın birinci bölümünde, reform kavramı üzerinde durulmuş, Türk Kamu yönetiminde reform süreçleri incelenmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonraki reform çalışmalarından başlanarak, planlı dönem öncesi reform çalışmaları açılmıştır. Yabancı uzmanlarca raporlar hazırlanmış raporlar ve Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE)'nin kurulması, bu dönemde reform çalışmaları olarak incelenmiştir. Planlı dönem reform çalışmaları olarak, Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP), Kamu Yönetimi Araştırma Projesi (KAYA), Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı (KYTKT) incelenmiştir.

1980 sonrasında kamu hizmetinde dönüşüm süreci ele alınmış, bu kapsamda kamu hizmeti kavramı ve kamu hizmetinin sunumunda ortaya çıkan yeni kavram ve teorilere değinilmiştir. Kamu hizmetinin özel sektör tarafından sunum modelleri incelenmiştir. Türkiye'de kamu yönetimi reformlarının nedenleri iç ve dış nedenler olarak ele alınmıştır. Merkeziyetçilik, yozlaşma, ekonomik kriz vb. iç nedenler, ardından küreselleşme, uluslararası kuruluşlar ve AB üyelik süreci olarak dış nedenler açıklanmıştır.

Çalışmamızın ikinci bölümünde Türkiye'de sağlık sisteminde değişimin tarihsel süreci incelenmiş, 2002 yılı itibariyle iş başına tek parti olarak gelen AKP hükümetinin 2003 yılında uygulamaya koyduğu, SDP sonrasında sağlık sisteminin durumu ortaya konmaya çalışılmıştır. Devamında SDP'nin değerlendirilmesinin yapıldığı bir alan araştırması yapılmıştır. Çalışmamızın ana problemi: Vatandaş sağlık sisteminde son dönemde yapılan değişimlerden memnun mu? Bu temel probleme bağlı olarak cevap aranan alt problemler ise şu şekilde ifade edilmiştir;

1. Vatandaş Devlet Hastanelerinin hizmet kalitesinin arttığını düşünüyor mu?

⁸ Akbelen M. "Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma", Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, s.2.

2. Vatandaş Aile Hekimliği uygulamasıyla ilgili sorun yaşıyor mu?
3. Vatandaşın GSS ile sağlık hizmetinden faydalanımı veya sağlık masrafı arttı mı?
4. Vatandaş Sağlık Personelinin Performans sistemine göre ücretlendirilmesini faydalı buluyor mu, Tam Gün Yasasını onaylıyor mu?
5. Vatandaşın Özel Hastanelere başvuru yaygınlığı ve sebepleri nelerdir, Kamu Hastanelerinin özelleştirilmesini istiyor mu?

Anket çalışmasının amacı, sağlık sisteminde yapılan köklü değişimlerin, sağlıkta özelleşmeye doğru giden uygulamaların ve sağlık hizmetlerinin sunumunda gerçekleştirilen değişikliklerin vatandaşlar tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Bu şekilde, sistemde yapılan reformun etkinliği ve geleceğine ilişkin öngörüye sahip olunarak genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

Araştırmamızda, iki bölümden oluşan anketimizin ilk bölümünde demografik özelliklerin istendiği 8 soru ikinci bölümde ise değişen sağlık sisteminin etkinliğine ilişkin görüşlerini yansıtacak 20 adet değerlendirmeye yer verilmiştir.

Bireylerin sağlık sistemiyle ilgili memnuniyetini ölçebilmek için Likert tipi ölçekleme kullanılmış olup, “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” olmak üzere, görüşler sırasıyla en yüksek 5 puandan (kesinlikle katılıyorum) en düşük 1 puana doğru (kesinlikle katılmıyorum) derecelendirilmiştir. Bireylerin demografik özellikleri bakımından cevaplar, yaşları, gelir düzeyleri ve eğitim durumlarına göre incelendiğinde anlamlılık elde edilmiştir ve bu üç kriterin SPSS 11 programında ortalamaları alınmış ve karşılaştırma yapılarak sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya başlamasıyla sağlık sisteminde gerçekleşen kapsamlı dönüşümün vatandaşlara yansımaları ile onların yeni sisteme ilişkin görüşleri araştırılması gereken bir konudur. Bu çalışmada sistemden yararlanan vatandaşların, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında gerçekleştirilen değişikliklere olan bakış açıları tespit edilmiş ve değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu çalışmanın, yapılan tartışmalara cevap olması beklenmektedir. Araştırma sayesinde elde edilecek veriler uygulanan sağlık politikalarının etkinliğini yorumlamakta kullanılabilmesi gibi bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda da yol gösterici olması umulmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE REFORM

Kamu yönetimini, üstlendiği çok farklı faaliyetler nedeniyle herkesçe kabul görecektir bir tanım yapılamamış olmakla birlikte; kamuya ait işlerin vatandaşın beklentileri doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilmesine yönelik etkinlikler ile bu etkinlikleri yerine getiren örgüt ve bireylerin tümü biçiminde tanımlamak mümkündür⁹.

Kamu Yönetimi Sözlüğü, kamu yönetimi kavramının üç tanımını vermektedir. Bunlardan ilki, “devlete ya da ona bağlı kuruluşlarda eylemde bulunan kişilerin ve kümelerin davranışlarıyla ilgili olan”; ikincisi, “devletin amaçlarını gerçekleştirecek biçimde örgütlenmiş insangücü ve araç-gereç ile bunların yönetimi; üçüncüsü ise “kamusal siyasaların oluşturulmasında, siyasal karar organlarına teknik destek sağlayan ve bu siyasaları uygulayan örgütler bütünü”dür¹⁰. Bu yöntemler, deneyim, beceri ve yetenek gerektirdiği için kamu yönetiminin sanatsal bir niteliği olduğu da gerçektir. Eğer deneyim, beceri ve yeteneği göz ardı eden partizanca uygulamalar ile kamu yönetimini şekillendirmeye kalkarsak, bu yöntemin devlete ve devletin amaçlarına ve dolayısıyla topluma zarar vereceği çok açıktır¹¹.

“Devlet ve toplum, devlet ve piyasa, ekonomi ve siyaset birbiriyle dışsal olarak ilişkili alanlar olarak ele alındığında, devletin yeniden yapılandırılması süreci de tamamen toplumsal ilişkilerdeki dönüşümlerden bağımsız olarak ele alınabilecek bir sorun olarak görülmektedir. Oysa devleti toplumsal ilişkilerin bir vechesi olarak ele alan ve devlet ile toplum, devlet ile piyasa ve ekonomi ile siyasetin birbiriyle içsel olarak ilişkili toplumsal ilişki alanları olduğu kabulüne dayanan bir yaklaşımla, devletin yeniden yapılandırılması süreci de toplumsal ilişkilerin yeniden yapılandırılması süreci olarak ele alınabilir”¹².

Kamu hizmetinin nasıl tanımlandığı, içinde bulunulan şartlara ve zamana göre farklı olacağı ve kamu hizmetlerinin yerine getirilme biçimlerinin ülkeye ve zamana göre değişebileceği bilinmektedir. Biçimsel veya özsel bir farklılaşmaya rağmen, tüm kamu hizmetlerinde benzer olan veya ortak taşınması gereken bir takım özellikler bulunmaktadır. Bu

⁹ Haktankaçmaz M. İ., “Türk Kamu Yönetimi Yaklaşımı ve Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2009, s.21.

¹⁰ Kamu Yönetimi Sözlüğü, Ed. : Bozkurt Ö., Ergun T., Sezen S., TODAİE Yayınları, Ankara, 1998, s. 133.

¹¹ Ertan B., “Kamu Yönetimi Reformu: KKTC Örneği”, Review of Social, Economic & Business Studies, Vol.5/6, 2006, s.367-379.

¹² Atay F., Kamu Reformu İncelemeleri, Ankara Tabip Odası, Ankara, 2005, s.27-28.

özellikler arasında, kamu hizmetlerinin sürekli ve düzenli olması, bedelsiz olması, etkin olması, eşit biçimde dağıtılması ve değişime uyum sağlaması gereği sayılabilir. Kamu hizmetlerinin bir anlamda özellikleri sayılabilecek ilkeleri bağlamında, kamu yararı ilkesi, nicelik (fırsat ve yaygınlık eşitliği) ve nitelik (süreç ve boyuta ilişkin tatmin) ilkesinden de söz edilmektedir. Son dönemlerde adı çok geçen başka kavramlar ise; “şeffaflık”, “katılımcılık”, “hesap verilebilirlik”, “etkililik”, “hızlılık”, “etkenlik” vb. dir¹³.

1.1 Kamu Yönetiminin Gelişimi

Kamu yönetiminin ayrı bir disiplin olarak incelenmeye başlanması çok eski tarihlere gitmemekle birlikte, çok çeşitli gelişmeler kamu yönetimi düşüncesinin gelişiminde etkili olmuştur. 18.yüzyılda Prusya’da ortaya çıkan “Kameral Bilimler” kürsüleri kamu yönetimini ilk defa ayrı bir alan olarak incelemiş, kamu yönetiminin örgüt, personel ve yönetim sorunlarıyla ilgili çalışmalar yapmışlardır. Kamu yönetimini devlet yönetiminde uygulanan kurallar ve yöntemler anlamında 1812 yılında yazdığı “Kamu Yönetiminin İlkeleri” adlı kitabında ilk kullanan Fransız Jean Bonin’dir¹⁴.

20. yüzyılın ilk çeyreğinde ABD’deki çalışmalar kamu yönetimini siyaset biliminden ayırmaya yoğunlaşmış ve yönetim konusunda bazı ilkeler belirmeye başlamıştır. Gulick ve Urwick 1937’de beraber kaleme aldıkları “Yönetim Bilimi Üzerine Notlar” adlı eserde yönetimin “planlama”, “örgütlenme”, “personel alma”, “yönetme”, “koordinasyon”, “raporlama” ve “bütçeleme” olmak üzere yedi ilkesini geliştirmişlerdir¹⁵.

Fredric W. Taylor 1911 yılında yazdığı “Bilimsel Yönetim İlkeleri” adlı kitabında özel kesim yönetimini ve özellikle de alt kademe çalışmalarını inceleyerek zaman ve hareket etüdlerini geliştirmiş; işletmelerde bir işin ne kadar zamanda sonuçlandırılacağını hesaplayarak standart ücret miktarını tespitte çalışmıştır. Geliştirdiği Bilimsel Yönetim Yaklaşımı ile Taylor, yönetim konusunu bir bilim olarak inceleyen ilk kişi ünvanını almış; o yıllarda geliştirdiği fikirler birçok meslektaşına esin kaynağı olduğu gibi görüşlerinin birçoğu bugün hala kamu ve özel sektör alanında geniş kabul görmeye devam etmiştir¹⁶.

¹³ Karkın N., “Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Sürecinde Yerel Yönetimlerin Tutum ve Beklentileri: Büyükşehir Belediyeleri Örneği”, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Antalya, 2007, s.18.

¹⁴ Haktankaçmaz M. İ., a.g.e., s.16-17.

¹⁵ Eryılmaz B.(a), Kamu Yönetimi, Gözden Geçirilmiş Yeni Baskı, Erkam Matbaası, İstanbul, 2003, s.11-13.

¹⁶ Aykaç B. ve Yüksel Ö., “Frederick Taylor’ın Görüşlerinin Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Der. Burhan Aykaç vd., Ankara, Yargı Yayınevi, 2003, s.349.

Geleneksel yönetim anlayışı esasında siyasal iradenin önderliği ve kontrolü altında hiyerarşik bir bürokrasi modeline dayanmaktadır¹⁷. Geleneksel Kamu Yönetimi ile Weberyen Bürokrasi modeli ya da kısaca Bürokrasi modeli kavramlarının sık sık birbirlerinin yerine kullanılmasının sebebi de budur. Çünkü geleneksel yönetim kuramlarından biri olarak kabul edilen bürokratik yönetim yaklaşımı, yönetsel yaklaşım ve bilimsel yaklaşımın benimsediği üretimin ve verimliliğin arttırılması temeline dayanan bir özellik göstermektedir¹⁸.

Bürokrasi kelimesi, Latince “burrus” kökünden gelen “Bureau” “daire”, “memurlar” anlamına gelen kelime ile “Cratie” “güç”, “iktidar” anlamına gelen ekin birleşmesinden meydana gelmiştir ve büroların egemenliğini ya da bürolarda çalışanların iktidara sahip oldukları veya en azından önemli yetkiler kullandıkları bir yönetim sistemini ifade etmektedir. Bürokrasinin bir yönetim biçimi olarak ele alınması Weber’le birlikte başlamıştır¹⁹. 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 etmiştir²⁰.

Weber bürokrasiyi geniş bir alana yayılmış toplumsal fiil ve hareketlerin rasyonel ve objektif esaslara uygun olarak düzenlenmesi süreci olarak tanımlamış ve iki tip bürokrasiden söz etmiştir²¹. Birincisi “Patrimonyal”, diğeri “Yasal-ussal” bürokrasidir. Yasal-ussal bürokraside ilişkiler gayri şahsidir ve yapı önceden belirlenmiş kurallara göre düzenlenmiştir. Aynı zamanda ideal tip bürokrasi olarak da adlandırılan bu tip bürokraside memuriyet bir meslek olup memurun sadakati örgütün amacını ve faaliyetlerini düzenleyen kurallardır. Weber’in yasal-ussal bürokrasisinde; örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi için yapılacak çalışmalar resmi görevler biçiminde önceden belirlenmiş olup görevler hiyerarşik bir düzen içerisinde yürütülür ve alt birimler üstlerinin denetimi altında çalışır. İşlemler yazılıdır, ispat için saklanır ve ayrıca bu belgeleri yazmak üzere çok sayıda görevli istihdam edilir. Çalışanlar işbölümüne göre yaptıkları işlerde uzmanlaşmışlardır. Çalışanların sorumlulukları, birbirleriyle ilişkileri ve yetkileri yazılı kurallarla düzenlenmiştir. İşler objektif kurallara göre yürütülür; çalışanların kişisel düşünceleri

¹⁷ Özer M.A., Yeni Kamu Yönetimi-Teoriden Uygulamaya, Platin Yayınları, Ankara, 2005, s.70

¹⁸ Baransel A., “Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi Klasik ve Neoklasik Yönetim ve Örgüt Teorileri, Avcıyol Basım Yayın, İstanbul, 1993, s.161

¹⁹ Aykaç B.,(a) “Kamu Bürokrasisi ve Türk Kamu Personel Yönetiminde Bürokratik Eğilimler”, YÖK Matbaası, Ankara, 1997, s.15-35.

²⁰ Can H., Yönetim ve Organizasyon, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1997, s.38.

²¹ Aykaç B.,(a) a.g.e., s.38

resmi işlemlerin sonucunu etkilemez. Bürokrasiyi işleten memurlar yeterliğe ve kıdeme dayalı terfi sistemi içinde memuriyet mesleğini icra eden kimselerdir²².

Weber'e göre bürokrasi modeline göre örgütlenmiş kamu yönetimi ussallığa dayanması ve iyi düzenlenmiş olması nedeniyle hiçbir grup tarafından, hatta siyasal iktidar tarafından dahi kontrol edilemez; çünkü siyasetçiler uzmanlaşmış memurlar karşısında genellikle amatör kalırlar. Öte yandan çalışanlar bürokrasi mekanizmasının basit birer dişlisi gibidirler ve sadece mekanizmanın işlemlerini sağlamaya çalışırlar. Bilgilerin ve niyetlerin gizliliği bir diğer üstünlüktür ve öyle ki resmi sıır kavramı bürokrasiye özgü bir buluştur. Vazgeçilmez bir örgüt biçimi olan bürokrasinin gerek kamu gerekse özel sektörde ortadan kaldırılması mümkün değildir²³.

Weber'in bürokrasi teorisinde siyasi ve idari konular birbirinden ayrılmıştır. Siyasiler politika ve stratejileri belirler; bürokrasi ise bunları uygular. 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 edebilirler²⁴.

Weber'e göre bürokrasinin genel kuralları bulunur ve yazılı belgelere dayanır. Bu genel kurallar yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş olup, belirli ve resmi yetki alanı içerisinde geçerlidir. Öte yandan görevlerin düzenli olarak yürütülebilmesi, yetkilerin kullanılması için belli niteliklere sahip personel de istihdam edilmiştir. Bu bakımdan Weberyen bürokratik örgütlenmenin en önemli unsurlarından birisi memurdur.

Memuriyet emekli oluncaya kadar devam eden bir meslektir. Bunun için eğitim görmek ve bir sınavdan geçmek gerekir. Bürokratik örgütlerde görev yapanlar çok esaslı bir uzmanlık eğitimi görmüşlerdir. Memur olan bir kişi emekli oluncaya kadar fiili, emekli olduktan sonra da başka haklardan yararlanır ve bu güvence onu gelecek kaygısından korur. Memura görevinin karşılığı olarak ödenen maaş, yaptığı işe değil bulunduğu statüye ve hizmet süresine göre belirlenir. Görev hiyerarşisi yoluyla üst düzey yöneticilerin alt kademedede bulunan yöneticileri ve personeli denetleyebilmelerini sağlayan katı ast-üst ilişkileri mevcuttur. Memur kariyer amacıyla

²² Eryılmaz B.(b), "Türkiye'de Bürokrasinin Sorunları", Türkiye'de Kamu Yönetimi, Der. Aykaç B. vd., Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s.199-201.

²³ Eryılmaz B.(b), a.g.e., s.202.

²⁴ Eryılmaz B.(b), a.g.e., s.211-213.

göreve başlar ve sürekli yükselmek ister, liyakate ve üstlerinin değerlendirmesine göre terfi eder²⁵. Görüldüğü gibi, Weber kamu yönetimini oldukça iyi analiz etmiş ve kendi dönemi içinde değerlendirildiğinde çok sağlam, bütüncül ve iyi işleyen bir sistem kurmuştur. Ancak aradan geçen zaman içinde Weber'in bürokratik yönetim modelinin meziyeti olarak ifade ettiği ya da temeli saydığı unsurlar modelin işleyişinde bozulmalara yol açmış ve modelde öngörülenlerin aksine sonuçlar ortaya çıkarmıştır²⁶.

1.2 Kamu Yönetimi Reformu Kavramı

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 yüklenmektedir²⁷.

Reform belli bir zaman ve alanla sınırlı olmayıp değişen şartlara göre daha kaliteli hizmetin üretilerek kitlelerin kullanımına sunulması amacına yönelik sürekli bir süreçtir ve bir faaliyetin reform kapsamında değerlendirilebilmesi için yapılan değişikliğin sunulan hizmetin kalitesini arttırıcı etki yapması zorunlu sayılmaktadır. Bunun yanı sıra maliyetleri azaltma, yönetime katılımı, şeffaflık ve hesap verilebilirliği artırma gibi etkiler yapması da beklenmektedir²⁸.

Kamu yönetiminin zamanımızda çok geniş bir alana yayılmış olması; çeşitli uzmanlık becerilerine ihtiyaç duyulması; toplumda siyasal erkin kullanılış ve paylaşma biçimlerinin zamana uyarlanması gereği; devlet içinde reform ya da yeniden düzenleme kavramını çok önemli hale getirmiştir²⁹. Bilginin hızlı artışı, gelişmenin hız kazanması, iletişimdeki hızlılık; devletlerin yaşamlarını devam ettirmeleri için değişmelerini zorunlu hale getirmiştir³⁰.

Kamu yönetimi reformu kavramından devletin hedeflerinin değişmesi ya da mevcut yönetim modelinin ihtiyaçları karşılamada yetersiz kalması durumlarında söz edildiği

²⁵ Aykaç B.(a), a.g.e., s.75-77.

²⁶ Eryılmaz B.(b), a.g.e., s.205.

²⁷ Sürgit K., Türkiye'de İdari Reform, Ankara, Sevinç Matbaası, TODAİE Yayınları, 1972, s.7.

²⁸ Aykaç, B.(b), "Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel Değişim", AİD, Cilt 24, Sayı 2, 1991, s.88.

²⁹ Şaylan G., "Bir Yapısal Değişim Sorunu Olarak Yönetim Reformu", Der.: Aykaç B., Durgun Ş., Yayman H., Türkiye'de Kamu Yönetimi, Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s.413.

³⁰ Sayılı H., Tüfekçi A., "Başarılı Bir Örgütsel Değişimin Gerçekleştirilmesinde Dönüştürücü Liderliğin Rolü", Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2008, Sayı 30, s.193-210.

görülmektedir³¹. Reform, değişimin bütün unsurlarını göz ardı etmeyen geniş kapsamlı bir çalışmaya dayanmalıdır. Kamu yönetimi reformunun 3 açıdan savunulması söz konusu olabilir:³²

1. Devletin amaçlarında değişiklik olması,
2. Mevcut yönetim modelinin gereksinimleri karşılamaında yetersiz kalması,
3. Toplumun değişen gereksinimleri ve çeşitlenen sorunlar.

İdari Reform Danışma Kurulu Raporu'nda idari reform, "kamu kuruluşlarının amaçlarında, görevlerinde, görevlerin bölüşümünde, teşkilat yapısında, personel sisteminde, kaynaklarda ve bunların kullanılış biçiminde, metotlarında, mevzuatında, haberleşme ve halkla ilişkiler sisteminde mevcut aksaklıkları, bozuklukları ve eksiklikleri düzeltmek amacını güden kısa ve uzun vadeli, geçici ve sürekli nitelikteki düzenlemelerin tümü" olarak tanımlanmaktadır³³. Kamu Yönetimi Reformu, değişim ve başkalaşımın temel nitelik olduğu günümüzde kaçınılmaz bir gereklilik olarak savunulabilir³⁴.

Teknolojik gelişmeler, sanayileşme, şehirleşme, hızlı nüfus artışı, savaş ve siyasi dönüşümler gibi birçok faktörün etkisiyle, yüzyıllara yayılan bir süreçte şekillenen kamu yönetimi; özellikle 20. yüzyılda toplumsal koşulları ve gündelik yaşamı etkileme bakımından doruk noktasına ulaşmıştır³⁵.

Liberal kapitalist ekonomilerde 1930'lu yıllardan itibaren yaygın olarak uygulamaya başlayan Keynesçi ekonomi modelleri ve uygulamaları 1960- 1970'li yıllara gelindiğinde sorgulanmaya, çeşitli eleştirilere tabi tutulmaya ve ciddi sarsıntılar geçirmeye başlamıştır³⁶. 1970'lerin ortalarından itibaren petrol fiyatlarındaki artışın da etkisiyle baş gösteren kamudaki mali kriz, bunu aşmak için uygulanan açık bütçe ve borçlanma politikaları, vergilendirmede gelinen sınır, özel sektörde görülen olumlu gelişmeler, refah devleti kurum ve politikalarını itibardan düşürmüş; onun yerine piyasa ekonomisine dayalı liberal ekonomi politikaları önem kazanmıştır. Bu politikalar, devletin küçültülmesi, kamusal mal ve hizmet üretiminde piyasadan daha çok yararlanma, özelleştirme, yasal- yapısal serbestleşme (deregülasyon), sübvansiyonların azaltılması ya da kesilmesi, sosyal fonların daraltılması gibi uygulamalarla kendini göstermiştir³⁷.

³¹ Şaylan G, a.g.e., s.429.

³² Ergun T., Polatoğlu A., Kamu Yönetimine Giriş, Sevinç Matbaası, TODAİE Yayını No: 212, Ankara, 1984, s.5.

³³ Şahin A., Türk Kamu Yönetiminde Yapısal Dönüşüm ve E-Devlet, Çizgi Kitabevi, Konya, 2008, s.7.

³⁴ Dinçer Ö., Yılmaz C., Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 1 Değişim Yönetimi İçin Yönetimde Değişim, T.C. Başbakanlık, Ankara, 2003, s.1.

³⁵ Dinçer Ö., Yılmaz C., a.g.e., s.1.

³⁶ Günaydın O., "Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma", Türk İdare Dergisi, Sayı 440, 2003, s.127-148.

³⁷ Eryılmaz B.(b), a.g.e., s.185-192.

Neoliberal yaklaşım, devletin ekonomiye müdahalelerinin sınırlanmasını öngörmektedir. Bu yaklaşım kamu hizmetleri açısından, kamu hizmet üretimini olabildiğince sınırlandırmıştır. Dolayısıyla, günümüzde, devletin hangi kamu hizmetlerini üstleneceği, hangi hizmetlerin kamu hizmeti statüsünde ele alınacağı, kamu hizmeti alanı ile piyasa alanı arasındaki sınırın nasıl çizileceği oldukça önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır³⁸.

1.3 Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu

Güler, “Türkiye’nin Yönetimi: Yapı” adlı eserinde, yönetimde reformlar sürecinin 18. yüzyılın başlarında Lale Devriyle başlayan batılaşma çabalarından bu yana sürdüğünü söyleyerek, şöyle devam eder;

“Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasından sonra inkılaplar, 1945 sonrası idari reform seferberliği ve 1980’de başlayan yapısal reformlar hareketi, üç yüz yıllık bir dönüşümle olmuştur. Türkiye Cumhuriyeti, bağımsız devlet hedefine kitlenmiş yeni bir dönemdir. İktisadi–siyasi rejim tercihi, bağımsızlık koşuluyla batılaşma çizgisi üzerine kurulmuştur. Ancak yönetim sisteminde batılaşma hedefi, bağımsızlık koşulundan fedakârlık edilerek kovalanmıştır. 1930’lu yıllarda, özgün bir yapılanmaya açılmak yerine Weberci rasyonel bürokrasi esaslarına sıkışmıştır. 1945 ve 1980 sonrasında batı yönetim modeline doğrudan açılma, Türk kamu yönetiminin bağımsız hareket alanını önemli ölçüde daraltmıştır. Modernleşme süreci bir açmaza dönüşmüştür. Bu sonuç, Türk kamu yönetiminin tarihsel özelliklerini yeterince değerlendirmeme ve kuramlaştırmamanın ürünüdür denebilir”³⁹.

1.4 Reform Çalışmalarına Tarihsel Bakış

Türk kamu yönetiminde yeniden yapılanma girişimlerinin başlangıcı Tanzimat Hareketlerine kadar uzanır. 1856 Tanzimat Fermanı’yla getirilen düzenlemeler, ağırlıklı olarak batılı yönetim anlayışının kurumsal modellerinin Türkiye’ye aktarılması çabalarını ifade etmektedir. Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte, kamu yönetiminde reform girişimleri Osmanlı Devletine göre daha sistematik bir yapıya bürünmüş ve periyodik aralıklarla yapılmaya başlanmıştır.

³⁸ Ataay F., a.g.e., s.33.

³⁹ Güler A. B., Türkiye’nin Yönetimi: Yapı, İmge Kitabevi, Ankara, 2009. s.101.

1.4.1 Cumhuriyetin İlanı

Osmanlı İmparatorluğu'nun yıkıntıları üzerine kurulan Türkiye Cumhuriyeti, İmparatorluğun son dönemindeki ekonomik ve toplumsal yapısını, bürokratik sistemini ve yönetim sistemini miras olarak almıştır⁴⁰. Bu mirasla birlikte kırtasiyecilik ve merkeziyetçilik gibi Osmanlı bürokrasisinin sorunları da devralınmıştır⁴¹. Mirasın diğer sorunlu alanı ise sahip olduğu ikili hukuk ve yönetim yapısıdır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte bu ikiliği ortadan kaldırmak ve devleti çağdaş bir sisteme kavuşturmak için reform girişimleri başlatılmıştır.

Mustafa Kemal'in öncülüğünde yürütülen reform çalışmaları toplumu laikleştirmeyi ve modernleştirmeyi amaçlamıştır. Laiklik hem eğitim ve hukuk sistemi için, hem dinsel simgeler için, hem de toplumsal yaşam için belirleyici bir unsur olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda, saltanat ve hilafet kaldırılmış, Cumhuriyet ilan edilmiş, yeni Anayasa ilan edilmiş, tekke ve zaviyeler kapatılmış, yeni Medeni Kanun ve Ceza Yasası hazırlanmış, aile hukuku laikleştirilmiş, Tevhid-i Tedrisat Kanunu kabul edilmiş, şeyhülislamlık makamı ile Seriyeye ve Evkaf Vekâleti kaldırılmış ve harf inkılâbı yapılarak Latin alfabesi kabul edilmiştir⁴².

Osmanlı yönetim sisteminden kalan mirasın diğer bir boyutu ise, Tanzimat sonrası ortaya çıkan yönetsel kurumlar ve usuller, il sistemi, il özel idareleri, köyler, 389 belediye ve Bab-ı Ali'de bulunan çok sayıda memur idi. Osmanlı'dan alınan bu sistemi dönüştürmek ve yeniden kurmak için çeşitli yasalar çıkarılmıştır. Bunlar; Köy Kanunu (1924), Memur Kanunu (1926), Maaş Kanunu (1927), Vilayet İdaresi Kanunu (1929), Devlet Memurları Masatının Tevhit ve Teadülüne Dair Kanun (1929) ve Belediye Kanunu (1930)'dur⁴³.

1.4.2 Planlı Dönem Öncesi Reform Çalışmaları

Cumhuriyetin ilanı ile başlayan reform çalışmalarından sonra II. Dünya Savaşının başlaması ile yeni bir döneme girilmiştir. Bu dönemde dünyada, devletlerin reform çabalarında savaşla birlikte zarar gören ülkelerini imar etme ve darbe alan ekonomilerini düzeltme amaçlarının büyük rolü vardır. Başta Amerika Birleşik Devletleri ve tüm Batı Avrupa ülkeleri olmak üzere, bu ülkeleri örnek alan diğer ülkelerde reform çalışmalarına büyük önem verilmiş ve

⁴⁰ Tutum C., Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Tesev Yayınları, Ankara, 1994, s.66.

⁴¹ Eryılmaz B.(c), "Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Bürokrasi İktidar İlişkileri", Türkiye'de Yönetim Geleneği: Kurumlar, Sorunlar ve Yeniden Yapılanma Arayışları, Der. Dursun D. vd., İlke Yayıncılık, İstanbul, 1998, s.54.

⁴² Memişoğlu D., "Yeni Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Reformu", Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, s.60.

⁴³ Tutum C., a.g.e., s.66-67.

yönetim alanında reform yaparak sosyal, ekonomik ve kültürel açılardan kalkınmayı gerçekleştirmek hedeflenmiştir⁴⁴. Türkiye’de de gerek reforma duyulan ihtiyaçtan gerekse de reform çalışmaları gerçekleştiren ülkelerle etkileşimden reform girişimlerinde bulunulmuştur⁴⁵.

Bu dönemde Türkiye’de bilgi birikiminin ve uzman sayısının yetersizliği nedeniyle daha çok araştırma raporları şeklinde ortaya çıkan reform çalışmaları yabancı uzmanlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Söz konusu çalışmaların eksikliği ise, Türk kamu yönetimi sisteminin tamamıyla ve sistemli bir şekilde incelenmesi sonucu oluşturulmaması ve sınırlı bir araştırmanın sonucu olmasıdır⁴⁶. Yabancı uzmanlarca yapılan çalışmalardan ilki, 1933 yılında Amerikalı uzmanlardan oluşan bir kurul tarafından gerçekleştirilmiştir. Kurul, ağırlıklı olarak Türkiye’nin ekonomik durumunu incelemekle birlikte, İdari sorunlara da değinmiş ve araştırma sonuçlarını “Türkiye’nin İktisadi Bakımdan Bir Tetkiki” başlıklı bir raporla 1934 yılında hükümete sunmuştur⁴⁷.

Sonrasında sırasıyla, 1948 Neumark Raporu, 1955 Barker Raporu, 1952 Martin ve Cush Raporu, Cumhuriyetin kurulmasından sonraki ve planlı dönem öncesi kamu yönetimi düzenlemelerine ilişkin belli başlı ilk reform girişimlerini oluşturmaktadırlar. Bu çalışmalarda esas olarak, devlet dairelerindeki kırtasiyeciliğin önlenmesi, kamu personeli teşkilatındaki eksikliklerin giderilmesi, kamu yönetiminde dünyada yaygınlık kazanan sevk ve idare ilkelerinin benimsenmesi gibi amaçlar gözetilmiştir⁴⁸.

1.4.2.1 Neumark Raporu

1949 yılında İstanbul Üniversitesi profesörlerinden Fritz Neumark, Başbakanlığın isteği üzerine, “Devlet Daire ve Müesseselerinde Rasyonel Çalışma Esasları Hakkında Rapor” isimli bir çalışma hazırlayarak Başbakanlığa sunmuştur⁴⁹. Yedi bölümden oluşan raporun ilk bölümünde; memur sayısının dağılışındaki dengesizlik ve memurların yetersiz nitelikte olması, örgütlenmedeki eksiklikler, mevzuattaki bozukluklar, aşırı kırtasiyecilik ve denetim

⁴⁴ Sürgit K.(a), “12 Eylül Yönetimin Yeniden Düzenlenmesi,” Amme İdaresi Dergisi, Cilt No 13, Sayı 3, 1980, s.43

⁴⁵ Sürgit K.(a), a.g.e., s.43.

⁴⁶ Karaer T., “Kamu Yönetimini Yeniden Düzenleme Girişimleri ve Sonuçları Üzerine Bir Deneme,” Amme İdaresi Dergisi, Cilt 20, Sayı 2, 1987, s.27.

⁴⁷ Tortop N., İşbir G. E., Aykaç B., Yönetim Bilimi, Nobel Yayın, Ankara, 2007, s.545-555.

⁴⁸ Saran U.(b), “Türk Kamu Yönetiminde Değişimin Genel Çizgisi: Reform Arayışlarının Karşısındaki Beklentiler ve Güçlükler”, Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması, Der. Nohutçu A., Balcı A., Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.40.

⁴⁹ Mihçioğlu C., “Kamu Yönetiminde Verimlilik”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Der. Aykaç B., Durgun S. ve Yayman H., Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s.391.

yöntemlerindeki eksiklikler gibi yönetimde yeniden düzenlemeyi gerektiren nedenler üzerinde durulmuştur.

İkinci bölümde, yönetimin yeniden düzenlenmesi amacıyla bir örgüt kurulması gerektiği belirtilerek, her bakanlıkta rasyonalizasyon komisyonlarının oluşturulması ve Maliye Bakanına bir takım özel yetkiler verilmesi önerilmiştir. Raporun üçüncü bölümünde, sorunların ve bu sorunların çözümü için alınacak önlemlerin halka açıklanması amacıyla Başbakanlığa bağlı bir enformasyon bürosunun kurulmasından söz edilmiştir. Dördüncü bölümde, memur sayısının düzenlenmesi, kamu kuruluşlarında büro makinelerinin kullanılması, memurların yetiştirilmesi, bazı bakanlıkların ve genel müdürlüklerin birleştirilmesi, bazı görevlerin bakanlıklar arası kuruluşlar tarafından yerine getirilerek memur fazlalığının ortadan kaldırılması konuları üzerinde durulmuştur.

Beşinci bölümde ücret sisteminin yeniden düzenlenmesi ve baremde yatay ve dikey ilerlemenin sağlanması tavsiye edilirken, altıncı bölümde memur sayısında düzenleme yapmanın gerekliliği savunularak bu düzenlemenin ilkeleri belirtilmiştir. Son bölümde ise, rasyonel çalışma esasları için çeşitli önlemler sıralanarak; TBMM'nin çalışmalarının, denetim sisteminin, kamu iktisadi teşebbüslerinin ıslahı, kanunların yeniden düzenlenmesi, İdari işlem ve usullerin basitleştirilmesi, devletin iktisadi ve mali işlerinde açıklık sağlanması ve memur sayısındaki fazlalık konularında çeşitli öneriler sıralanmıştır⁵⁰.

1.4.2.2 Barker Raporu

Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası ve Türk Hükümeti'nin birlikte finanse ettiği, 13 kişilik bir kurul tarafından hazırlanan ve kurul başkanı James M. Barker'ın ismine atfen Barker Raporu adı verilen çalışma, 1951 yılında Türk Hükümeti'ne sunulmuştur⁵¹. Komisyonun hazırladığı rapor, Türk kamu yönetiminin iyileştirilmesi için şu öneri ve tespitleri içermektedir⁵²:

- a) Tüm kamu yönetimini gözden geçirecek, inceleyecek bir komisyon kurulmalı,
- b) Yönetimde yetki devri sağlanmalı ve yetki ve sorumluluklar yeniden dağıtılmalı,
- c) İllere ve yerel yönetimlere daha fazla yetki ve sorumluluk verilmeli,
- d) Mevcut memur sistemi tamamen yenilenecek kariyer esasına dayanan bir sistem getirilmeli,

⁵⁰ Sürgit K.(b), Türkiye'de İdari Reform, Sevinç Matbaası, Ankara, 1972, s.67-68.

⁵¹ DPT, Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT, Ankara, 2000, s.7.

⁵² TÜSİAD, Kamu Bürokrasisi, TÜSİAD, İstanbul, 1983, s.40.

- e) Devlet dairelerindeki tüm personel politikalarını belirlemek ve bu konudaki uygulamaları tek elden yürütmek için merkezi bir personel idaresi kurulmalı,
- f) Teknik hizmetlerden daha fazla yararlanılmalı,
- g) Kamu yönetimi ve işletme alanlarında uzman personelin yetiştirilmesi amacıyla gerek üniversitelerde gerekse kamu kuruluşlarında eğitim programları oluşturulmalıdır.

1.4.2.3 Martin ve Cush Raporu

James W. Martin ve Frank C. E. Cush tarafından hazırlanan rapor, 1951 yılında Maliye Bakanlığı'na sunulmuştur. Rapor, esas olarak Maliye Bakanlığı'nın örgütlenme, çalışma yöntemleri ve personel sorunlarını ele almakla birlikte; çeşitli bölümlerinde genel nitelikte sorunlara da değinmiş ve önerilerde bulunmuştur. Rapor, özetle şu önerilere yer vermiştir⁵³:

- a) Devlet dairelerinde bir yeniden yapılanmaya gidilmeli ve çalışma metotları geliştirilmeli,
- b) Üst düzey yöneticiler rutin işlerden kurtarılmalı, kendi yönetimindeki birimlerin çalışmalarının planlamasıyla ilgilenmeleri sağlanmalı,
- c) Bakanlıkları, kamu bütçeli kuruluşları, yerel yönetimleri ve kamu iktisadi teşebbüslerindeki personeli kapsayacak şekilde bir devlet personel dairesi kurulmalı,
- d) Hizmetler ve personel sınıflandırılmalı, yetenekli elemanlar kamu kesimine çekilmeli, işe alma yöntemleri geliştirilmeli, emeklilik ve hizmetten ayırma usulleri düzenlenmeli, memurlar yetiştirilmeli, personel hizmetleri örgütlenmelidir.

1.4.2.4 Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü'nün (TODAİE) Kurulması

Planlı dönem öncesi kamu yönetiminin geliştirilmesine yönelik önemli girişimlerden biri de TODAİE'nin kurulmasıdır. TODAİE, Birleşmiş Milletler Teşkilatı ile Türk Hükümeti'nce kurulan uluslararası bir "Etüt Grubu" tarafından hazırlanan esaslara göre kurulmuş ve Mart 1953'te faaliyete geçmiştir. Enstitü'nün kuruluşundan 1960 yılına kadar olan dönemde reformla ilgili olarak gerçekleştirdiği çalışmalar üç başlıkta toplanmaktadır. Bunlar⁵⁴:

1. Yöneticilerin ve yönetimin uzmanlık alanları için eleman yetiştirilmesi,
2. Araştırma çalışmaları,
3. Organizasyon ve metot çalışmalarıdır.

⁵³ Sürgit K.(b), a.g.e., s.70-71.

⁵⁴ Sürgit K.(b), a.g.e., s.72-73.

TODAİE, bu dönemde yönetimin uzmanlık alanları için eleman ve yönetici yetiştirmiş, 1958 yılında kuruluşundan itibaren memuriyet sistemini incelediği “Türkiye’de Devlet Personeli Hakkında Bir Araştırma” adlı bir çalışma yapmış, organizasyon ve metot faaliyetlerinin geliştirilmesi için çalışmıştır⁵⁵.

Türkiye’de Cumhuriyetin ilanından 1960 yılına kadar geçen sürede gerçekleştirilen reform çalışmaları kamu yönetiminin iyileştirilmesine yönelik çeşitli yararlar sağlamış olmakla birlikte, sonuçları itibariyle beklenen faydayı sağlamaktan uzak olmuştur.

Bu durumun üç önemli nedeni vardır. Öncelikle, yönetimde reform görevinin niteliğini, kapsamını ve bu görevi yapması için kurulacak örgütleri ortaya koyacak ciddi bir araştırma yapılmamış, olanaklar ve koşullar göz önünde bulundurulmadan kişisel görüş ve bilgiler ışığında ortaya koyulan tavsiyelere göre hareket edilmiştir. İkinci olarak, bir örgüt için en önemli unsur olan hizmete uygun yetenekli eleman sağlanması sorunu üzerinde hemen hiç durulmamıştır. Son olarak da, reformun başarılı olması için gerekli olan çevrenin hazırlanması işi tamamen ihmal edilmiştir⁵⁶.

1.4.3 Planlı Dönem Reform Çalışmaları

1960 yılı gerek planlı kalkınma dönemine geçilmesi açısından gerekse de Türk kamu yönetiminin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar açısından bir dönüm noktası niteliğindedir. Planlı kalkınmaya geçiş dönemi olarak adlandırılabilen 1960’ların ilk yılları, “yönetime daha iyi bir yapı ve işleyiş kazandırmak açısından bir arayış, hazırlık ve örgütlenme” dönemi olmuş, “İdari reformun anlam, amaç ve kapsamı ile bunu gerçekleştirecek örgütlenmenin” tespiti açısından belirleyici olmuştur⁵⁷.

Bu dönemde öncelikli olarak 1960 yılında, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş ve reformla ilgili olarak görevlendirilmiştir. Böylece reform çalışmalarının yasal bir zemine kavuşturulması söz konusu olmuştur. Yine aynı yılda merkezi bir personel dairesi oluşturmak ve personel reformunu gerçekleştirmek üzere Devlet Personel Dairesi (DPD) kurulmuştur. Ayrıca TODAİE’nin reform çalışmalarının tartışıldığı, yürütüldüğü ve geliştirildiği bir merkez haline

⁵⁵ T.C. Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, 2001 Hedefleri Doğrultusunda 21. Yüzyıla Girerken Türkiye’de Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ve Bazı Ülkelerdeki Uygulamalar-Araştırma Raporları 2, T.C. Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 1994, s.36-37.

⁵⁶ Memişoğlu D., a.g.e., s.67-69.

⁵⁷ Karaer T., a.g.e., s.29.

getirilmesi ile Türk kamu yönetimine yönelik reform çalışmalarında önemli bir aşama kaydedilmiştir⁵⁸.

Diğer yandan, 1963 yılında uygulamaya koyulan beş yıllık kalkınma planları, ekonomik alanda olduğu kadar yönetim alanında yapılacak düzenlemeleri de etkilemiş ve yönlendirmiştir. Kalkınma planlarında öngörülen sosyal, ekonomik ve kültürel gelişmeleri gerçekleştirmek için kamu yönetimi etkin bir araç olarak algılanmış ve kalkınma planlarında ve programlarda kamu yönetimi reformları öne çıkmıştır⁵⁹. Bu dönemde dikkat çeken bir nokta da reform çalışmalarını gerçekleştirenlerle ilgilidir. Planlı dönem öncesinde reform amaçlı çalışmalar yabancı uzmanlar ve kurullar tarafından gerçekleştirilirken, 1960'larla birlikte yönetimin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar Türk uzmanlar ve üst düzey bürokratlardan oluşan komisyonlar tarafından gerçekleştirilmiştir⁶⁰.

1.4.3.1 İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor

Planlı dönemde ilk reform girişimi, Milli Birlik Komitesi ve DPT'nin isteği üzerine 1961 yılında TODAİE tarafından hazırlanan "İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor" adlı çalışmadır. Bu çalışma, teşkilatlanma konusundaki temel sorunları yabancı ülkelerin tecrübelerini ve Türk yönetim tarihinin özelliklerini göz önünde bulundurarak inceleyen ve ilgilileri bu konuda düşünmeye sevk eden bir ön rapor niteliğindedir⁶¹. Rapor, İdari reform ve reorganizasyonun kapsamı hakkında gerçekçi bir görüşe varılmasını sağlamak, Türk yönetim sisteminde yapılacak bir İdari reformun hangi sahaları kapsayacağı ve reformların nasıl bir mekanizma ile gerçekleştirilebileceği hakkında somut bir fikir ortaya koymak amacıyla olan Komisyonun çalışmaları sonucunda ortaya çıkmıştır⁶². Rapor, reform alanlarını teşkilat ve çalışma metotları ile personel meseleleri olmak üzere iki grupta incelemiştir. Bu inceleme sırasında daha ziyade personelle ilgili sorunlar ve personel konusunda yapılacak reformun önemi üzerinde durmuş, teşkilat ve çalışma metotları ile ilgili sorunların büyük oranda personelden kaynaklandığını ifade etmiştir⁶³.

⁵⁸ Karaer T., a.g.e., s.29.

⁵⁹ Gül H. ve Aktel M., "Tarihsel Bir Bakış Açısıyla Kamu ve Yerel Yönetimler Reformu", Düünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma Yerel Yönetimler Kongresi, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, Çanakkale, 2004, s.82.

⁶⁰ Akalın T. T., "Hükümet Programlarında ve Kalkınma Planlarında Türk Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ve Yeniden Düzenlenmesi," Türk İdare Dergisi, Sayı 363, 1984, s.41.

⁶¹ TODAİE, İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor, Ankara, 1965, s.5.

⁶² Sürgit K., a.g.e., s.81-82.

⁶³ TODAİE, İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor, Ankara, 1965, s.11-13.

1.4.3.2 Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP)

Türk kamu yönetiminin yeniden düzenlenmesi ile ilgili en kapsamlı ve ilk ciddi çalışma, 24 Nisan 1963 tarihinde Hükümete sunulan Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP)'dir. MEHTAP, planlı dönemde yapılan ve kamu yönetiminin bütününe kapsayan, kamu yönetimini geliştirecek ilkelerin belirlenmesine esas oluşturan önemli araştırmadan birisidir⁶⁴. 1962 Şubat ayında, Bakanlar Kurulu, Türkiye Merkezi Hükümet Teşkilatına dâhil bakanlık, daire ve müesseseler arasında (Türkiye Büyük Millet Meclisi, Cumhurbaşkanlığı, Genelkurmay Başkanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Milli Emniyet, Üniversiteler ve İktisadi Devlet Teşebbüsleri hariç) merkezi hükümet görevlerinin dağılışı tarzını tespit etmek ve bu dağılışın amme hizmetlerinin, en verimli tarzda ifasına imkân verip vermediğini inceleyerek bu hususta teklif ve tavsiyelerde bulunmak üzere, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Devlet Planlama Teşkilatı, Devlet Personel Dairesi, ilgili fakülteler ile bakanlık ve dairelerin işbirliği yapması suretiyle bir araştırma yapılması ve bu araştırmayı sevk ve idare edecek Proje ve İdare Kurulu'nun başbakanca seçilmesi kararını almıştır⁶⁵.

Bakanlar Kurulu'nun söz konusu kararı üzerine kurulan Proje Yönetim Kurulu, MEHTAP çalışmalarına 24 Nisan 1962 tarihinde başlamış ve hazırladığı raporu 24 Nisan 1963 tarihinde Başbakanlığa sunarak çalışmalarını tamamlamıştır. Rapor, merkezi hükümet teşkilatındaki görev dağılımı üzerine yapılan geniş çaplı bir araştırmanın neticesinde hazırlanmıştır. Rapor hazırlanırken, mevcut durum dikkatle incelenip ortaya koyulmuş, bu durumdan kaynaklanan problemler sıralanmış ve bunlara modern yöneticilik bilgi ve tecrübelerinden yararlanılarak çözümler önerilmiştir⁶⁶.

Bakanlar Kurulu kararı gereğince, MEHTAP Raporu'nda, merkezi hükümet görevlerinin en uygun şekilde dağıtılmasını sağlayarak "daha rasyonel teşkilat ve usuller, daha sistematik bir planlama ve koordinasyon, daha etken bir mali kontrol ve daha iyi işleyen bir personel sistemi"nin oluşturulmasına zemin hazırlamak, bakanlık daire ve kurumlarının iç teşkilat ve usullerine yönelik düzenleme çalışmalarına yön vermek ve idareyi geliştirme hakkında tavsiyelerde bulunmak amaçlanmıştır. Raporda merkezi hükümet görevlerinin yerine getirilmesi ve yürütülmesi bakımından göze çarpan temel eksiklikler şöyle sıralanmaktadır⁶⁷:

⁶⁴ Öktem M. K., "Kamu Yönetiminin Yeniden Düzenlenmesi," Türk İdare Dergisi, Sayı 380, 1998, s. 114.

⁶⁵ Memişoğlu D., a.g.e., s.69.

⁶⁶ Sürgit K., a.g.e., s.86.

⁶⁷ Sürgit K., a.g.e., s.87-88.

1. Mali imkânların yetersizliği,
2. Personel aksaklıkları,
3. Yön gösterme ve gözetim yokluğu,
4. Teşkilat bozuklukları,
5. Kırtasiyecilik,
6. İyi düzenlenmemiş merkeziyetçilik,
7. Eksiklikleri gidermeyi ve aksaklıkları düzeltmeyi yönetimin kendi görevleri arasında görmemesi.

MEHTAP Raporu'nda idarenin geliştirilmesine yönelik merkezi bir birime olan gereksinimden söz edilmiş, başbakanlık bünyesinde bir merkezi birim kurulması öngörülmüştür. Bu birimin yönetimi geliştirme konusunda planlama ve eşgüdümü sağlayıp gelişmeleri izleyerek gerekli tedbirleri alması, Merkezi Hükümet örgütünün yanında yerel yönetimler ve kamu iktisadi teşebbüslerinin de merkezi birimin kapsamında olması kararlaştırılmıştır. Ancak, öngörülen birimin kurulması yerine 1964 yılı Programı ile DPT bu işle görevlendirilmiştir. Bunun üzerine DPT içinde “İdareyi ve İdari Metodları Yeniden Düzenleme Komisyonu” oluşturulmuş ve Komisyon Mehtap Raporu üzerinde tamamlayıcı çalışmalar gerçekleştirmiştir⁶⁸. Raporun yayınlanmasından on yıl sonra “MEHTAP önerilerinin ne oranda ve nasıl uygulandığını, uygulanmayan önerileri, uygulanmama nedenlerini incelemek, idarenin önerileri karşısında tepkisini ortaya koymak ve idari reformun nerede bulunduğunu açık olarak saptamak” amacıyla bir araştırma yapılmıştır⁶⁹. Bu araştırma sonucunda reformun, başsız, dağınık ve sistemsiz bir şekilde geliştiği, reforma sistem yaklaşımıyla değil, bireysel açıdan bakıldığı, uygulamada eşgüdümün sağlanmadığı, raporda yer alan tavsiyelere olumlu bakıldığı, fakat uygulama düzeyinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır⁷⁰.

1.4.3.3 Kamu Yönetimi Araştırma Projesi (KAYA)

Kamu Yönetimi Araştırma Projesi (KAYA), Türkiye'deki 50 yıllık Yönetim Bilimi geçmişinin içinde, kamu yönetiminin ulusal amaçların gerçekleştirilmesini sağlayacak biçimde etkili, tasarruf sağlayıcı, verimli ve nitelikli hizmet görmesi amacına yönelik olarak yapılan ve

⁶⁸ Saran U.(b), a.g.e., s.42-43.

⁶⁹ Karaer T., a.g.e., s.30-31.

⁷⁰ Akın C., “Kamu Yönetimini Yeniden Düzenleme İhtiyacı”, Türk İdare Dergisi, Sayı 419,1998, s.96.

yeniden düzenlemeyi amaçlayan önemli bir takım araştırma etkinliklerinin en son ve kapsamlı örneğidir⁷¹.

1983 yılında, genel seçimler sonrasında işbaşına geçen hükümet, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı öncesi kamu yönetimi sistemini yeniden gözden geçirmeyi düşünerek, kamu hizmetlerinin daha hızlı, verimli ve etkin bir biçimde yerine getirilmesini sağlamak amacıyla, benzer nitelikli hizmetlerin birleştirilerek tek kuruluş içinde toplanmasını ele almış, bu konuda bakanlık sayısının azaltılması uygulamasına gidilmiştir. Ayrıca, Avrupa Topluluğu'na katılma talebinde bulunmuş olan Türkiye'nin, Topluluk'a uyum hazırlıklarını, yönetsel alanda belirlemesi de gerekiyordu. Bu amaçlara yönelik olarak, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE)' den 1988 yılında yeni bir araştırma yapması isteminde bulunmuştur. Bu istemin sonucunda KAYA Projesi oluşmuştur.

KAYA Projesi 1988 yılında başlamış, 1991 yılında bitirilmiştir. Proje, Proje Yönetim Kurulunun (Başkan Prof. Dr. Nuri Tortop, Proje Yöneticisi Prof. Dr. Turgay Ergun, Prof. Dr. Turgut Tan, Prof. Dr. Ömer Bozkurt, Doç.Dr. Doğan Canman, Doç Dr. Yücel Ertekin, Doç.Dr. Ömer Peker, Dr. Selçuk Yalçındağ) yönlendirmesinde, bir genel değerlendirme grubu ve yedi ayrı araştırma grubunun çalışmaları sonucunda gerçekleştirilmiştir⁷².

KAYA Projesi, son dönemlerde kamu yönetimi üzerine yapılan en kapsamlı projedir ve etkileri günümüze kadar devam etmektedir. KAYA Projesinde önerilen konular, sistemli ve kapsamlı bir şekilde hayata geçirilmemişse de, bazı önerileri zaman içerisinde gerçekleştirilmiştir. KAYA'da kamu yönetiminin, merkezi yönetim, taşra yönetimi ve yerel yönetimler gibi farklı alanları bir bütünlük içerisinde ele alınmıştır. Hem yerel yönetimlerin kendi aralarında, hem de merkezle ve merkezin taşra yönetim birimleri arasında gerekli bağlantılar kurulmaya çalışılmıştır. KAYA'da verimlilik, etkinlik ile demokratiklik birbiriyle çelişen zıt kavramalar olarak ele alınmamıştır⁷³. KAYA bir yerel yönetim reformu için ilke ve öneriler içermekle beraber, katılımcılık açısından bir esneklik taşımaktadır. Bunun yanında, merkezîyetçi-bürokratik nitelikteki yerel düzeydeki sisteme; güçlü, demokratik ve etkili/verimli hizmet üreten bir yerel yönetim kurumu niteliği kazandırılması KAYA Raporu'nun temel hedefi olmuştur⁷⁴.

⁷¹ Ergun T., "Yönetimin Yeniden Düzenlenmesi Gereksinimi ve KAYA Projesi", Amme İdare Dergisi, Sayı 4, 1991, s.12.

⁷² Coşkun B., Nohutçu A., "Türkiye'de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kuramsal-Tarihsel Perspektif, Genel Değerlendirme ve Sapmalar", Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması, Der. Nohutçu A., Balcı A., Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.23.

⁷³ Geray C., "KAYA Yazanağı Açısından Yönetimin Taşra Birimlerinin ve Yerel Yönetimlerin Yeniden Düzenlenmesi", Çağdaş Yönetimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, 1993, s.10.

⁷⁴ Coşkun B., Nohutçu A., a.g.e., s.20-22.

KAYA Projesi'nin başladığı dönemde yürürlükte olan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989) ile bittiği zaman yürürlükte olan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) yeniden yapılanma olgusunun gündemde olduğu görülmektedir. Bundan sonraki Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda (BYKP) da yeniden yapılanma konusu ele alınmıştır.

8. BYKP'nında öngörülen hedefler doğrultusunda, 2002 Ocak ayında Bakanlar Kurulunun "Türkiye'de Saydamlığın Artırılması ve Kamuda Etkin Yönetimin Geliştirilmesi Eylem Planı" kararında;

- Kamu hizmet sunumunda performans standartlarının oluşturulması,
- Kamu kuruluşları ile kamu vakıf ve dernekleri arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi,
- Personel sisteminin geliştirilmesi,
- Bilgi edinme hakkının geliştirilmesi ve saydamlığın artırılması,
- Sağlık sisteminin iyileştirilmesi,
- Denetim sisteminin güçlendirilmesi,
- Yargı sisteminin iyileştirilmesi,
- Yolsuzluklarla mücadelenin etkin hale getirilmesi,
- Seçim kampanyalarının finansmanında hesap verilebilirliğin artırılması,
- Mal beyanında hesap verilebilirliğin artırılması,
- Yerel yönetimlerin güçlendirilmesi hedeflenmiştir.

3 Kasım 2002 seçimleriyle işbaşına gelen 58. Hükümet, bu eylem planını uygulamamış, buna karşılık kendi acil eylem planında "Kamu Yönetimi Reformu" başlığı altında yapılacak yeniden yapılanma çalışmaları belirtilmiştir. Bu kapsamda bazı bakanlıklar birleştirilerek köklü yeniden yapılanma çalışmalarına kısa sürede başlanmıştır.

1.4.3.4 Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı (KYTKT)

Kamu yönetiminde yeniden yapılanma süreci 2003 yılında Başbakanlığın yayınladığı "Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim" adlı raporla önemli bir boyuta taşınmıştır. Kamu yönetimi reformu çalışmalarında öncelikli olarak çerçeve kanun niteliğinde KYTKT'un çıkarılması öngörülmüştür. Bu kanun yasalaşmamış olsa da yönetimde reform açısından önemli tartışmalara zemin hazırlamıştır.

KYTKT, TBMM’de kabul edildikten sonra, Cumhurbaşkanı tarafından iade edilmiş, iade işleminden sonra da konu hakkında somut bir gelişme olmamıştır⁷⁵. KYTKT’nin içeriğine bakıldığında, kamu yönetiminin işleyişi için bir takım ilkeler koymak, merkezi yönetim ile yerel yönetim arasında yetki bölüşümünü yerel yönetimlerin lehine yeniden düzenlemek ve merkezi yönetimi yeniden yapılandırmak üzerine hükümler içerdiği görülmektedir.

Bu kapsamda Türkiye’de eskiden beri dile getirilen bir yerelleşme öngörülmekte, icracı 8 bakanlığın taşra teşkilatı ile birçok genel müdürlüğün taşradaki birimlerinin yerel yönetimlere devri hüküm altına alınmaktadır. Ancak yerel yönetimlere devredilen yetki ve sorumlulukların büyük bölümü il özel idarelerine aktarılmaktadır. Öngörülen bu kapsamlı yerinden yönetim beraberinde bazı tartışmaları da getirmiştir. Bir taraftan yerel yönetimlerin kendilerine devredilecek ağır hizmet yükünün, iş görme kapasitelerinin düşük olması nedeniyle üstesinden gelemeyeceği ifade edilirken, diğer taraftan bu düzeydeki bir desantralizasyonun Türkiye’deki üniter devlet yapısına zarar vereceği yönünde görüşler bulunmaktadır⁷⁶.

KYTKT genel anlamda devletin küçültülmesini hedeflemektedir. Bu hedefin ise iki boyutu vardır⁷⁷: Birincisi, merkez ve yerel arasındaki ilişkinin yeniden belirlenmesi ile merkeziyönetimin faaliyet alanının daraltılması ve görevler ile yetkilerin adem-i merkezileştirilmesi, ikincisi ise kamu hizmetlerinin özelleştirilmesidir.

Bu doğrultuda kamu yönetiminde yeniden yapılanmanın, küresel değişimin ortaya çıkardığı kaçınılmaz değişim ihtiyacını karşılama ve köklü yapısal dönüşümleri gerçekleştirme amacının olduğu şu şekilde ifade edilmektedir⁷⁸:

“Dünyadaki değişim, genel olarak, küreselleşme ve sanayi toplumu şartlarından bilgi toplumuna geçiş şeklinde özetlenebilir. Ancak, geçmiş kalıplarımız ve mevcut yapımız ile bu yeni ortama uygun çözümler üretmek yönetim kapasitemizi aşmaktadır. Bu çerçevede, sadece yönetim yapımızı değil, yönetim paradigmamızı da değiştirmek kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu da insanlığın ortak tecrübesi ile ülkemizin birikimleri üzerine kurulan bir yeniden yapılanma sürecini ifade etmektedir.”

KYTKT’nin dayandığı temel ilkeler açısından değerlendirildiğinde temel amacının yerelleşme ve yerel yönetimlerin güçlendirilmesi olduğu görülmektedir. Reformun merkezi yönetimi sınırlandırıcı, yerel yönetimleri güçlendirici, adem-i merkeziyetçi ve piyasacı bir

⁷⁵ Coşkun B., Nohutçu A., a.g.e., s.26-27.

⁷⁶ Coşkun B., Nohutçu A., a.g.e., s.28-29.

⁷⁷ Balaban O., “Krizden Kaçış, Krize Kaçış:Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu”, Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 13, Sayı 4, 2004, s.10-11.

⁷⁸ T.C. Başbakanlık, Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim, T. C. Başbakanlık, Ankara, 2003, s.11.

niteliğe sahip olması gibi özellikleri, ekonomik aktörlerin ulusal alandaki varlığını ve etkinliğini kolaylaştırdığından genel anlamda dünyada yaşanan yerelleşme eğilimlerle de örtüşmektedir⁷⁹.

Küresel sistemle ve AB ile bütünleşmek için devletin küçültülmesi, merkezi yönetimin görev ve sorumlulukların yerel yönetimlere devredilmesi ve kamusal hizmet alanlarının piyasaya açılması hedeflenmektedir⁸⁰.

1.5 1980 Sonrasında Kamu Hizmetinde Dönüşüm

Özellikle 1980 sonrasında kamu yönetimi sisteminde değişime gidilmesi gerektiği ve buna bağlı olarak da “reform” anlayışı kamu yönetimi felsefesine hakim olmuştur. Kamu yönetiminde reform yapma yolundaki girişimler birbiri ile ilişkili birçok etkene tepki olarak değerlendirilmiştir. Kamu sektörü organizasyonunun çevresinde ortaya çıkan ana değişikliklerden birisi, Refah Devleti olarak da bilinen, Keynesçi ekonomi teorisi çerçevesinde şekillendirilmiş kamu yönetimi anlayışının terk edilmesidir. Burada hareket noktası, bu anlayışın uygulamada artık günün koşullarına yanıt vermediği görüşüdür⁸¹.

Bunun yerine ikame edilen neo-liberal teori, hararetle devletin ekonomik alanda “geri çekilmesini” tavsiye etmekteydi. Büyük idarenin etkili olmadığı ve idarenin kendisinin ekonomik büyüme ve özgürlüğü sınırlayarak ekonomik bir problem haline geldiği savunulmaktaydı. Pazar ekonomisinin kurallarının işleme zamanının geldiği ve kamu yönetiminin bu zorunluluğa göre kendisini şekillendirmesi gerektiği ilan edilmekteydi⁸².

Kamu sektörünün büyüklüğü ve yeterliliği de yoğun saldırılara maruz kalmaya başladı. Kamu yönetimi vatandaşların ihtiyaçlarına cevap vermede yavaş kaldığı, etkili olmadığı ve hatta hiç cevap vermediği için suçlandı. Mevcut sistemin sorumluluk ve hesap verme yönlerinin de çalışmadığı iddia ediliyordu⁸³.

⁷⁹ Gül H., “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısına Adem-i Merkezileşme-Küreselleşme Dinamikleri ve Yönetimi Geliştirme Açılımlarından Bakış”, Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar-1, Der. Özgür H., Kösecik M., Nobel Yay., Ankara, 2005, s.41-42.

⁸⁰ Sezer Ö., Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Yerel Yönetimlerin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü, Gazi Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008, s.355-360.

⁸¹ Öner H., Kamu Yönetimi Felsefesi, Mersin Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, s.20-27.

⁸² Gözel K. A., “Yeni Kamu Yönetimi Nedir?”, Türk İdare Dergisi, Sayı 438, Ankara, 2003, s.197-198.

⁸³ Şaylan G., “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, Amme İdaresi Dergisi, Sayı 2, 2000, s.1-22.

1.5.1 Kamu Hizmeti

Türkiye’de kamu hizmeti kavramının gündeme gelmesi tam olarak, 1910 tarihli Menafii Umumiyye Mütellik İmtiyazat Hakkında Kanun’da yer alan “kamu hizmetinin özel sektör tarafından yerine getirilmesi” anlayışının, 1980’li yıllara kadar izlenen ekonomi politikası çerçevesinde -temel olarak uygulamasına pek de rastlanmayan- “imtiyaz sözleşmeleri” ne karşı yeni bir uygulama olarak tanımlanan 19 Aralık 1984 tarih ve 3096 sayılı Kanun⁸⁴ çerçevesindeki Yap-İşlet-Devret (YİD) modeline dayanan elektrik enerjisi santrallerine dair sözleşmelerin, Anayasa Mahkemesi’nin 1994/42-2 sayılı kararı⁸⁵ uyarınca “imtiyaz sözleşmesi” olarak nitelendirilmesiyle ortaya çıkmıştır⁸⁶.

1929 ekonomik buhranını takiben Keynezyen politikaların izlenmesi sonucunda 1970’li yıllara değin devletin ekonomideki rolünün ağırlık kazandığı ve kamu hizmetlerinin bir genişleme sürecine girdiği görülmektedir. Bununla birlikte, 1970’li yıllardan itibaren gelişen ekonomik hadiselerle, bu defa tam tersine devletin ekonomiye dahlinin giderek daha fazla sınırlandırıldığına şahit olunmaktadır. Böylece, devletin üstlendiği kamu hizmetlerinde de daralma yönünde bir eğilim görülmektedir. Artık siyaset ekonomiden elini çekmeye başlamakta ve daha önceden kamu hizmeti olarak görülen faaliyetler, politik müdahalelerin asgariye indirildiği ve serbest piyasa dinamikleri içerisinde –ticarî kurallara göre- yürütülmesi gereken hizmetler olarak algılanmaktadır.

Bu, kamu hizmeti olarak algılanan hizmetlerin artık özel sektöre bırakılması şeklinde cereyan edebildiği gibi, yine kamu tarafından yürütülmekle beraber sosyal hizmet yönünün göz ardı edilerek, faaliyetin serbest piyasa koşullarına göre yürütülmesi anlayışına geçiş de söz konusudur. Sözgelimi, 2002 yılındaki “Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Ürettikleri Mal ve Hizmet Tarifeleri İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”un⁸⁷ 1. maddesiyle, kimi istisnalara yer verilmekle beraber, “... kamu kurum ve kuruluşlarınca üretilen mal veya hizmet bedellerinde işletmecilik gereği yapılması gereken ticarî indirimler hariç herhangi bir kişi veya kuruma ücretsiz veya indirimli tarife uygulanmaz” hükmü getirilmiştir. Bu düzenlemeyle “işletmecilik” anlayışına ve “ticarî esaslar”ın uygulanmasına geçiş açıkça ortaya

⁸⁴ Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun (19 Aralık, 1984 tarih ve 18619 sayılı RG’de yayımlanmıştır).

⁸⁵ Anayasa Mahkemesi’nin 9 Aralık, 1994 tarih ve E.1994/43, K.1994/42-2 sayılı kararı (24 Ocak, 1995 tarih ve 22181 tarihli RG’de yayımlanmıştır).

⁸⁶ Çal S., Türkiye’de Kamu Hizmeti ve İmtiyazın Dönüşüm Öyküsü, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) Yayın Sıra No 58, Ankara, 2008, s.17-23.

⁸⁷ 8 Ocak 2002 tarih ve 4736 sayılı Kanun (19 Ocak, 2002 tarih ve 24645 sayılı RG’de yayımlanmıştır).

konulmuş olmakta ve böylece bir tür “kamu hizmetinin piyasalaştırılması” şeklindeki yoruma elverişli bir zemin yaratmaktadır.

“Kamu hizmeti, toplum için önem kazanmış olan ortak ve genel bir ihtiyacın tatminine yönelik olarak kamu tüzel kişileri veya onların denetimi altında özel kişilerce yürütülen bir faaliyettir.”⁸⁸

Kamu hizmeti kavramındaki en önemli ögenin yönetim biçimi olmayıp, amacı ve bunun sorumluluğunu üstlenen organın niteliği olduğu görüşünden hareket eden Duran ise kamu hizmetini şöyle tanımlamaktadır:⁸⁹

“Kamu hizmetleri, Devletin veya diğer kamu tüzel kişilerinin toplumun, halkın veya umumun ya da toplulukların genel ortak ihtiyaçlarını gereği gibi karşılamak amacıyla ele alıp doğrudan doğruya ifa ettiği, ya da buyruğu ve sorumluluğu altında başkalarına yaptırdığı her türlü faaliyetlerdir.”

Daha yakın zamanlarda yapılan bir başka tanıma göre de;

“Kamu yararı içermesi ve özel faaliyet olarak gereği gibi sunulmasının mümkün olamaması nedeniyle, yasama organı tarafından özel faaliyetler için söz konusu olamayacak bir ayrıcalıklar ve yükümlülükler rejimine tabi tutulan ve sorumluluğu ile denetimi son tahlilde bir kamu otoritesi tarafından üstlenilen faaliyet kamu hizmetidir”⁹⁰.

Bütün bunlar bir arada değerlendirildiğinde, süreklilik, eşitlik, değişkenlik ve uyarlanabilirlik ile bedelsizlik, başlıca tanımlayıcı ilkeler olarak öne çıkmaktadır⁹¹.

Toplumdaki hangi faaliyetlerin kamu hizmeti olduğunun ne şekilde veya nasıl belirleneceği sorunu ortaya çıkmaktadır. Öğretide bu hususta çok farklı yaklaşımlar geliştirilmiştir.

Duguit’ye göre, bir faaliyet toplumsal açıdan ifası vazgeçilmez ve zorunlu nitelik kazanmış ise, idare tarafından yapılması zorunluluğu doğar ve kamu hizmeti halinde yerine getirilir. Duguit’in yaklaşımında çok önemli bir ayrıntı ise, bir gereksinimin sadece kanun koyucunun iradesiyle kamu hizmeti halini alamayacağı, kanun koyucunun sadece bir gereksinimin toplumsal etkenlerle kamu hizmeti mahiyetini aldığını “kabul” veya “fark” ederek bunu “izhar etmekle” yükümlü olduğu, yani buradaki belirleyici iradenin aslında kanun

⁸⁸ Gülan A., “Kamu Hizmeti Kavramı”, İş Yeri Hekimliği ve İş Güvenliği Derneği (İHİD), Prof. Dr. Lütfi Duran’a Armağan Özel Sayısı, 1988, s.148.

⁸⁹ Duran L., İdare Hukuku Ders Notları, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1982, s.307.

⁹⁰ Ulusoy A., Kamu Hizmeti İncelemeleri, Ülke Kitapları, Ankara, 2004, s.13.

⁹¹ Çal S., a.g.e., s.35.

koyucunun iradesinden bağımsız olarak bu keyfiyetin toplumda daha önceden ortaya çıkmış olması gerekliliğidir⁹².

Türkiye’de, Anayasa’da belirlenen eğitim ve sağlık gibi sosyal haklar bağlamında, “... her sosyal hakkı karşılayan bir sosyal kamu hizmeti”nden söz edilebileceği belirtilmektedir. Buna göre, şayet Anayasa’da kimi faaliyetler kamu hizmeti olarak nitelendirilmiş ise, yasama organı o faaliyetleri kamu hizmeti haline getirmekle yükümlü olacaktır. Anayasamızda ise devletin ulusal güvenlik, kamu düzeni ve adalet ile çevre sağlığı ve çocukların korunması alanlarında hizmet sunumuyla, eğitim ve sağlık, sosyal güvenlik gibi alanlarda ise faaliyetlerin düzenlenmesi ve denetlenmesiyle görevlendirildiği belirtilerek bu hizmetlerin anayasal kamu hizmeti olarak görüldüğü vurgulanmaktadır⁹³.

1.5.2 İmtiyaz Kavramı

İmtiyaz, kelime anlamı itibarıyla “öncelikli-ayrıcılık” olmayı ifade etmektedir. İmtiyaz, klasik bir tanıma göre, bir kamu hukuku kişinin bir gerçek veya tüzel kişiye (özel hukuk veya kamu hukuku tüzel kişisi olabilmektedir), belirli bir süre için kamu hizmetini görme işini bir sözleşmeyle, kâr-zararı kendisine ait olmak, hizmetin finansmanını hizmetten yararlananlardan bir bedel almak üzere kendisi sağlamak ve hizmeti idarenin denetimi ve gözetimi altında yürütmek kaydıyla vermesidir⁹⁴.

Bazı iktisatçılar, doğal tekel sahibi bir firmanın, piyasada rakipsiz olduğu için ürettiği mal ve hizmetlerin üretimini azaltma eğilimine gireceğini ve fiyatları yükselteceğini öngörmektedirler⁹⁵. Bu iktisatçılar, doğal tekel niteliği taşıyan hizmetlerin optimal seviyede üretilmeleri için, kamu erkinin kamu yararını dikkate alarak, özel işletmenin ortaya çıkan zararının sübvansiyonla karşılanmasını veya bir örgüt kurmak suretiyle hizmeti kendisinin sunması gerektiğini savunmaktadırlar⁹⁶.

Genellikle imtiyaz, doğal tekel niteliği taşıyan su, gaz, elektrik, metro, kanalizasyon gibi belediye hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için bir veya birden çok kişi veya firmalara verilir. Bu yöntemde hizmetten yararlananlar, hizmetin bedelini ücret veya kullanıcı fiyatları şeklinde doğrudan sunucu firmaya öderler. Açık artırma yapılarak imtiyaz verilir. Böylece imtiyazın

⁹² Onar S. S., İdare Hukukunun Umumi Esasları, Akgün Matbaası, Cilt I, İstanbul, 1966, s.27, 28.

⁹³ Çal S., a.g.e., s.38.

⁹⁴ Gözübüyük A. Ş.- Tan T., İdare Hukuku, Turhan Kitabevi, Cilt I, Ankara, 2006, s.687.

⁹⁵ Acartürk E., “Yerel Yönetimlerin Hizmet Sunumunda Alternatif Yöntemler”, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 6, 2001, s.50.

⁹⁶ Eryılmaz B., Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılandırılması, Birleşik Yayıncılık, İstanbul, 1997, s.171-172.

verilmesi aşamasında ihale yöntemine benzer bir biçimde rekabet devreye girmekle birlikte, imtiyazın verilmesinden sonraki aşamada rekabet olmaması, imtiyaz sahibi kişi ya da firma açısından haksız kazançlar yaratabilir. Buna ek olarak, hizmetin bedelinin doğrudan kullanıcılar tarafından karşılanması, özellikle dar gelirli kullanıcılar için ödeme güçlükleri yaratabilir⁹⁷.

Bu sistemde en önemli sorun fiyatın belirlenmesidir. Bu hizmet alanlarında toplum yararı düşünülerek tekelleri ortadan kaldırılması gerekir. Tekelci firma fiyat tespitinde serbest bırakılırsa, üretimi kısarak yüksek fiyat isteyebilir. Bu nedenle belediye, doğal tekel oluşturan mallarda ya üretimi üzerine almalı ya da fiyat tespitine katılmalı ve optimal üretim seviyesine ulaşılması için firmanın zararını sübvansiyonla karşılamalıdır⁹⁸.

1.5.3 Kamu Tercih Teorisi

Kamu tercihi teorisi kavramsal olarak siyaset biliminin iktisadi analizi anlamında kullanılmaktadır. Yani kamu tercihi teorisi politik süreçte alınan karar ve uygulamaları, iktisat biliminin kullandığı araç, metot ve varsayımlara dayalı olarak açıklayan bir disiplindir. Bu teorinin asıl gelişimi İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kamu kesiminin hızlı bir şekilde büyümesi ile birlikte olmuştur. Savaşın ağır bilançosunun karşılanabilmesi için özel kesimin gücünün yetersiz oluşu müdahaleci devlet anlayışının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Devletin ekonomide özel kesimin yerine hareket etmesi sonucu, hizmet sunumunda kamu tercihini dikkate alınması gerektiği ortaya çıkmıştır. Kamu tercihi teorisine göre ekonomik yapısı ne olursa olsun, ülkelerin kamu harcamalarıyla ilgili kararları üzerinde seçmenler, baskı grupları, siyasi partiler ve bürokrasi etkili olmaktadır. Kamu tercihi teorisinin amacı, iktisadın araç, metot ve varsayımlarının politika bilimine uygulanmasıdır. Politik olayları ekonomist gözüyle değerlendiren bu teori; metodolojik bireysellik, rasyonelite ve politik mücadele ilkelerinden yararlanmaktadır⁹⁹.

Kamu tercihinin ve diğer yaklaşımların meydana çıkmasının sebebi; Kamu yönetiminin çevresinde ortaya çıkan Refah Devleti olarak da bilinen Keynesçi ekonomi teorisi ve uygulamaları sonucunda; ortaya çıktığı varsayılan aksaklıklardır. Yeni ekonomik teoriler, hararetle devletin “geri çekilmesini” tavsiye etmekteydiler. Büyük idarenin etkili olmadığı ve idarenin kendisinin ekonomik büyüme ve özgürlüğü sınırlayarak, ekonomik bir problem haline

⁹⁷ Emrealp S., Belediyelerde Mali Yönetim, Kent Basımevi, İstanbul, 1993, s.29.

⁹⁸ Devrim F., Kamu Maliyesine Giriş, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1998, s.57.

⁹⁹ Gülmez B., Taştemel M., Kamu Tercih Teorisi, Uşak Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2011, s.1. <http://www.belgeler.com/blg/2bu9/kamu-tercihi-teorisi> E. T.: 28.06.2012.

geldiği savunulmaktaydı. Pazar ekonomisinin kurallarının işleme zamanının geldiği ilan edilmekteydi¹⁰⁰.

Teorisyenler idarenin küçülmesinin ekonomik etkinliği artıracığını ve bunun sonucu olarak toplam refahın da artacağını iddia ediyorlardı. Kamu hizmetlerinin dağıtımında pazarın geleneksel hiyerarşik bürokrasiden daha üstün bir mekanizma olduğu geniş kabul gören bir gerçektir. Devletin küçülmesi kayda değer tasarruf sağlayacaktı. Özel sektörün büyümesini cesaretlendirmek yönündeki çalışmaların da kamu sektörünün problemlerinin çözümünde yardımcı olacağı savunulmaktaydı. Kamu sektörü vatandaşların ihtiyaçlarına cevap vermede yavaş kaldığı, etkili olmadığı ve hatta hiç cevap vermediği için suçlandı. Mevcut sistemin sorumluluk ve hesap verme yönlerinin de çalışmadığı iddia ediliyordu. Böylece, geleneksel kamu idaresinin ömür boyu iş garantisi, kıdem esasına dayalı terfi, geleneksel sorumluluk ve hesap verme anlayışı gibi birçok temel esasları, iyi performans göstermeyi engelledikleri gerekçesiyle eleştirilmeye başlandı ve hedef gösterildi¹⁰¹.

Tüm bu ideolojik, teorik ve ekonomik hücumların bir sonucu olarak hükümetler kamu hizmetlerinin üretim ve dağıtımında büyük değişikliklere yöneldiler ve bu büyük değişim kimilerince bir devrim olarak nitelendirildi¹⁰².

Yeni sağ anlayışın yansıması olan kamu tercihi teorisi de diğer anlayışlar gibi farklılığını gösterememiş, kamu yönetimi felsefesine de olumlu anlamda katkılar sunamamıştır. Yeni sağ anlayışa göre; devletin tekelci konumu, kâr amacı gütmemesi, kamu yararını gözetmesi bir yandan maliyet giderlerini yükseltirken bir yandan da arz yönlü olduğu için tüketici seçimini sınırlandıracaktır görüşü savunulmaktaydı. Yeni sağ anlayışının kamu yönetimi örgütlenmesine ve işleyişine yansımasını iki noktada toplayabiliriz¹⁰³;

- Kamu Yönetiminin ve kamu faaliyet alanının özellikle ekonomik nitelikli olanlarından başlayarak küçültülmesi ve daraltılması,
- Daraltılan bu alanda genelde kamu faaliyetlerinin özelde de kamu örgütlerinin, kamu işletmeciliği anlayışı etrafında yapılandırılması ve işletilmesi.

Kamu tercihi teorisi vatandaşın müşteri, devletin işletme olduğu, kamu örgütlerinin özel örgütler gibi yönetilmesinin gerektiği noktasında eleştirilir. Kamu tercihi teorisi bu söylemleriyle ideolojik çizgisi ve siyasi yelpazenin neresinde yer aldığı konusu tartışmalıdır.

¹⁰⁰ Öner H., a.g.e., s.68.

¹⁰¹ Gözel K. A., a.g.e., s.200.

¹⁰² Gözel K. A., a.g.e., s.200.

¹⁰³ Öner H., a.g.e., s.70.

1.5.4 Kamu işletmeciliği

Kamu işletmeciliği yaklaşımının temel varsayımı; özel kesim örgütleri ile kamu örgütleri arasında yönetsel açıdan herhangi bir farkın bulunmadığıdır. Bu yaklaşımın destekçileri işletmecilik alanı araç ve tekniklerinin kamu yönetimi alanına aynen ihracını zorunlu görmüşlerdir¹⁰⁴. Kamu işletmeciliği yaklaşımı kamuyu özel sektöre benzeterek, kamuyu özelleştirmeyi, kolektifliği bireyselliğe dönüştürmeyi amaçlamaktadır¹⁰⁵.

Bu anlayışa yönelik en önemli girişimlerden biri “Kamu Yönetimi Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırma Kanun Tasarısı”dır. Merkezci unsurların hükümetle çatışmasının bir sonucu olarak kanunlaşmayan tasarıda katılımcılık, paylaşımcılık, amaç odaklılık, çıktı odaklılık, vatandaş odaklılık, stratejik plan, tasarım, vizyon ve misyon belirleyici olmak, performans yönetimi uygulamak, katılımcılık, saydamlık, hesap verilebilirlik, insan hak ve özgürlüklerine saygı, kaliteli ve verimli hizmet, örgütsel olarak ise etkin ve esnek üretim, merkezi yerine yerinden ve yatay yönetim ilişkileri, hizmet satın alma yoluna gidilmesi gibi ilkeler vurgulanmıştır. Tasarıya göre yeniden yapılanma süreci yönetim zihniyetinin değişmesi, stratejik tasarım ve örgütsel tasarım olarak üçe ayrılmaktadır. Böylece geçmiş yönelimli yönetimden, amaç odaklılığa; çözüm yöneliminden teşhis yönelimine, tek taraflı yönetimden katılımcı yönetime geçilecektir. Stratejik yönetim, misyon ve vizyon belirleme, performans yönetimi uygulamaları hayata geçirilecektir. Merkezi yönetim yerine yerinden yönetimi merkeze alan anlayışta esnek ve yatay yapılar desteklenecek, gereksiz hizmetler tasfiye edilerek hizmet alım satım yoluna gidilecektir. Tasarı reddedilmesine rağmen Ak Parti hükümeti bu çerçevedeki ilkeleri tek tek başka kanunların içine sokarak, hayata geçirmeye çalışmıştır¹⁰⁶.

Yeni bir paradigma olarak da nitelenen kamu işletmeciliğini ele alan çalışmalarda yaklaşımın temel bileşenlerinin şu şekilde sıralandığını görebiliriz¹⁰⁷:

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

¹⁰⁴ Üstüner Y., Kamu Yönetimi Disiplininde Kimlik Sorunsalı, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Yargı Yayınları, Ankara,1994, s.378-379.

¹⁰⁵ Öner H., a.g.e., s.78.

¹⁰⁶ Nohutçu A., Balcı A., “Kamu Yönetiminin Yeni Perspektif ve Dinamizmi: ‘Kamu’nun Yönetilmesinden ‘Kamu’nun Yönetmesi Anlayışına Doğru”, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları, Der. Balcı A., Nohutçu A., Öztürk N. K., Coşkun B., Seçkin Yayınları, Ankara, 2008, s.15-26.

¹⁰⁷ Güzelsarı S., “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, <http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/selime.doc>. E. T.: 28.06.2012.

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

Üçüncüsü, “süreçlere odaklı” bir yönetim anlayışından “sonuçlara odaklanan” bir yönetim anlayışına geçilmiştir. Bunun anlamı, kamu örgütleri ürettikleri mal ve hizmetlere ve bunlardan elde edilen verimliliğe göre değerlendirilecektir. Resmi süreç ve kurallara bağlı uygulamaların temel alındığı “idare” yerine, sonuçlara ulaşılması için kaynakların etkin kullanımına yönelik bir ilginin öne çıkarılması, kamu sektöründe “yönetim”in, faaliyet sürecinden üstün olduğu düşüncesine öncelik kazandırmıştır. Kaynakların dağılımında performans ölçümlerinin sonuçları dikkate alınacağından, performans göstergeleri, performansa bağlı ödeme ve kalite geliştirme gibi konular önem kazanarak, performans değerlendirmesi ve verimlilik kriterinin belirlenmesinde niceliksel yöntemlerin kullanılması önerilmektedir.

Dördüncüsü, hizmetlerin esnek sunumu önem kazanmıştır. Bu anlamda vatandaş kavramı, bireysel tüketici veya kamu hizmetlerinin saygın “müşterisi” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, kamu işletmeleri özelleştirme yoluyla parçalanmış, esnek, uzmanlaşmış ve özerk birimlere bağlanmıştır.

Beşincisi, sarf etme yerine maliyet kesintisine, yani kaynak kullanımında disipline ve ekonomik tutumluluğa vurgu yapılmıştır. Bunun için kamu hizmetlerinin gördürülmesinde rekabeti artırıcı girişimlere yer verilmesi gerektiği ileri sürülmektedir.

“Kamu İşletmeciliği” yaklaşımı, “Yeni Kamu İşletmeciliği” yaklaşımı, “Yeni İşletmecilik” ve “Yönetimin Yeniden İcadı” yaklaşımlarının birbirinden ontolojik düzlemde ayrıştığını söylemek oldukça güç görünmektedir. İşletmecilik yaklaşımlarına bakıldığında yeni sağ ve neo-liberalizmle çok büyük oranda uyumluluk ve tutarlılık gösteren tek bir yaklaşım ve uygulama bütünlüğünü görürüz. Uyum sadece devletin azaltılması ve özelleştirme, rekabetin artırılması, kamu yönetiminin sağladığı sübvansiyonların azaltılması anlamında değil özellikle geçiş dönemindeki ülkelerin devlet etkinliğinin artırılması çabasında kendini göstermektedir¹⁰⁸.

Kamu işletmeciliği yaklaşımı, Kamu tercihi teorisinde olduğu gibi kamu yönetiminin özüne saldırı niteliğindedir. 1980 sonrası söylemlerin kamu yönetimi felsefesine yaptıkları bu saldırılar yeni sağ politikaların yansımalarıdır. Anlayışların temelinde teknik anlamlar aramaktan

¹⁰⁸ Öner H., a.g.e., s.80.

çok ideolojik anlamalar aramak günümüzün koşullarında tanımı yapılacak anlayışı kavrama açısından önemlidir¹⁰⁹.

1.5.5 Yönetişim

1970'li yıllarda uygulanmakta olan sosyal refah anlayışına alternatif olarak öne sürülen "yeni kamu işletmeciliği" yaklaşımı, beklenen başarıyı gösterememiş ve kamu harcamaları önceki döneme göre daha çok artmıştır. "Kamu işletmeciliği" ya da "yeni kamu işletmeciliği" anlayışından ideolojik olarak pek bir farkı olmayan "yönetişim" söylemi, 1980'lerde yaşanan ekonomik krizleri ve toplumsal rahatsızlıkları hedef alarak kendisine meşruiyet kazandırmaya çalışmıştır¹¹⁰.

Yönetişim kavramı bugünkü anlamıyla ilk kez 1989 yılında Dünya Bankası'nın Afrika ülkelerine yönelik olarak hazırladığı bir raporda kullanılmıştır. Yönetişim, farklı yapıların ekonomik, siyasî ve toplumsal amaçla gerçekleştirmek için oluşturdukları her türlü koordinasyon biçimidir¹¹¹.

Yönetişim kavramı, bu ortamda sorunun yönetme tarzından kaynaklandığını vurgulayarak özel sektör ve gönüllü kuruluşların da yönetime katılmasıyla bu açmazdan çıkılabileceğini savunmaya başladı. Ortaya çıkacak olan bu yönetsel kapasite siyasetten bağımsız hale gelecek, siyaset dışında kalacak, ama aynı zamanda demokratikleşmeye de temel oluşturacaktı. Bu anlayış çerçevesinde "minimal devlet" anlayışı yerine "yönlendirici devlet" anlayışı gelmiştir¹¹².

- Yönetişim, yönetmekten çok ötede birçok aktörün ve kurumun varlığına işaret eder.
- Sorumluluklar devlet, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar arasında paylaştırılmalıdır.
- Bu üç farklı birim birbirine bağlıdır. Hiçbiri, bir diğeri olmadan bir karar veremez. Çünkü birimler, yeterli bilgi ve kaynak kapasitesine sahip değildir.
- Bu model çerçevesinde hükümet bütünleştirmeyi ve gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

Kamu yönetimi bağlamında yönetişim kavramı en az altı değişik anlamda kullanılmaktadır: Minimum devlet olarak yönetişim, şirket yönetişimi, yeni kamu işletmeciliği olarak yönetişim, iyi yönetişim, sosyo-sibernetik sistem olarak yönetişim, kendiliğinden organize

¹⁰⁹ Ömürgönülşen U., "Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği", Çağdaş Kamu Yönetimi I, Der. Acar M.ve Özgür H., Nobel Yayınları, Ankara, 2003, s.3-43.

¹¹⁰ Övgün B., "Kamu Yönetişimi, Kamu Yönetimi Çalışmaları 2002–2003 Disiplin Sorunları", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın No: 598, Ankara, 2003, s.197.

¹¹¹ Övgün B., a.g.e., s.198.

¹¹² Övgün B., a.g.e., s.200.

olan ağlar olarak yönetim sayılabilir¹¹³. Bu yeni anlamlara sanayi toplumu sürecinden bilgi toplumuna geçişle birlikte bilginin mihver bir konuma yükselmesiyle bilgi ve iletişim teknolojilerini esas alan bir yenisi daha eklenmiştir: E-yönetişim.

E-yönetişim, kamusal yönetişimin de hedefleri arasında sayılan siyasal iktidarın temel siyasa hedeflerinin gerçekleşmesini temin üzere ortaya atılmış bir kavramdır¹¹⁴. Bilgi toplumu kavramı üzerine inşa edilen, bilişim ve enformasyon teknikleriyle güçlendirilerek elektronik uygulamalarla hız ve kapasitesi artırılan e-devlet yaklaşımı e-yönetişim uygulamalarıyla toplumsal dinamikler tarafından içselleştirilmektedir. Böylece kendi içinde katılımcılık, saydamlık ve hesap verebilirliği sağlayan bir kamu yönetimi yaratılmak istenmektedir.

Minimal devlet olarak yönetim, devletin müdahalesinin boyutunun yeniden tanımlanması ve kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde piyasa ve piyasa benzeri mekanizmaların kullanılması anlamına gelmektedir¹¹⁵.

Şirket Yönetişimi, Şirketlere yönelik bir idare ve kontrol mekanizması olarak yöneticilerin şirket işlerini yönlendirmesi ve yetkili olduğu alanda yaptığı işlerden sorumlu tutulmasını içerir¹¹⁶

Yeni Kamu İşletmeciliği, özel sektör yönetim anlayış ve tekniklerinin kamuda uygulanması ve müşteri odaklı bir kamu kültürü oluşturulması anlamına gelmektedir. Diğer taraftan, Yeni Kamu İşletmeciliğinin temel değerleri, verimlilik, etkinlik ve ekonomi olup vatandaş katılımı başlıca amaçlardan birisi değildir¹¹⁷.

İyi Yönetişim yaklaşımı da, yeni kamu yönetimi işletmeciliği anlayışını geliştirmekte olan ülkelere göre yeniden ele almayı amaçlamaktadır¹¹⁸.

Kendiliğinden Organize Olan Ağlar Olarak Yönetişim modelinde, kamu-özel gönüllü kuruluşlar arasında ortaklıklar ve işbirliği toplumun değişik kesiminin aktif katılımını mümkün kılar¹¹⁹.

Sosyo-Sibernetik Sistem Olarak Yönetişim, merkezî yönetim sosyo-politik işbirliklerini mümkün kılarak, problemlere yönelik çözüm arayışlarını teşvik etmek, hizmetleri çeşitli aktörler

¹¹³ Coşkun S., Kamu Yönetiminde Yönetişim Yaklaşımı, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003, s.40.

¹¹⁴ Demirel D., “Yönetişimde Yeni Bir Boyut: E-Yönetişim”, Türk İdare Dergisi, Sayı 466, 2010, s.66.

¹¹⁵ Coşkun S., a.g.e., s.40-41.

¹¹⁶ Coşkun S., a.g.e., s.41.

¹¹⁷ Ömürgönülşen U., a.g.e., s.22-24.

¹¹⁸ Eryılmaz B., Kamu Yönetimi, Erkam Matbaacılık, İstanbul, 1999, s.29.

¹¹⁹ Coşkun S., a.g.e., s.44.

arasında bölüştürmek işlevini üstlenmiştir. Kararların alınması ve uygulanmasında belirleyici tek güç olma özelliğini yitirmiştir¹²⁰.

Yönetişim yaklaşımı, merkezi yönetimin yetki ve otoritesini sivil toplum örgütleriyle paylaştığı, devlet otoritesi ve yaptırımlarına dayanmayan, çoğulcu yönetim biçimlerinin ve aktörlerinin etkileşimiyle katılımcı bir kamu yönetimi öngörmektedir. Öte yandan, Türk kamu yönetiminin genel olarak aşırı merkeziyetçi, ataerkil ve seçkinci bir yapıya sahip olduğu genel olarak kabul edilmektedir¹²¹.

1980 ve 1990'larda küreselleşmenin bir sonucu olarak ve Türkiye'nin Avrupa Birliğine aday ülke olması nedeniyle, hem genel hem de yerel düzeyde daha katılımcı, saydam bir yönetim modelinin gerekliliği ve merkezi yönetimin bazı işlev ve yetkilerini yerel yönetimlere devretmesinin işlevselliği hemen her kesim tarafından dile getirilmektedir. Örnek olarak, İstanbul'da düzenlenen Habitat II konferansına sunulan Türkiye Ulusal Raporunda ve Eylem Planında yönetim modeli önerilmektedir¹²².

Kamu yönetiminde yönetim modelinin getirdiği avantajlardan birisi de kamu özel ve gönüllü kuruluşların kaynaklarını ve güçlerini bir araya getirerek kaynaklarını ve kapasitelerin arttırabilmeleridir. Bu teknik olarak doğru bir açıklama olsa da ideolojik açıdan yönetim yelpazesi göz önüne alındığında doğru bir varsayım değildir. Yönetişimin diğer bir avantajı da profesyonellere uzmanlıklarını kullanma özgürlüğünü vermesi ve vatandaşların isteklerine göre hizmeti biçimlendirebilmesidir. Yönetişim modelinde önceden belirlenen standartları uygulamayı profesyonellere bırakır.

Bu avantajların yanında yönetim modeli bazı sorunları da içermektedir. Yönetişimle devletin rolünün azalması, devlet dışı kişi ve kuruluşlara ağırlık verilmesi ile yürütme mekanizması belli ölçülerde özelleşmektedir. Bu da yönetsel sorumluluk mekanizmasını zayıflatmadan yapılan iş ve işlemlerden kimlerin nasıl sorumlu kılınacağı hususunu belirsiz bir hale sokmaktadır. Kamu yönetiminin toplumu bütünsel bir biçimde ele alan yaklaşımı yönetim modeliyle sektörel bağlamda değişmektedir ve kamu yararı düşüncesi arka plana itilmektedir. Yönetimden yönetime geçiş sürecinde devletin topluma yönelik himayeci anlayışının nasıl kırılacağı hususunda yönetim modeli somut bir yaklaşım sunamamaktadır¹²³.

¹²⁰ Coşkun S., a.g.e., s.45.

¹²¹ Öner H., a.g.e., s.90.

¹²² Habitat II İstanbul, 5 Ülke Raporu, Yönetişim Alt Bölümü, İstanbul, 2000, s.1.

¹²³ Özer, A. M., Yeni Kamu Yönetimi, Teoriden Uygulamaya, Platin Yayınları, Ankara, 2005, s.337.

Yönetişim modelinin temel sorunu kamu yönetiminin temel değerlerinden olan hesap verebilirlik ve temsile ilişkindir. Yönetişim perspektifinde seçilmişlerin rolü ve önemi azalmaktadır. Seçilmişlerin rolü politik girişimcilikle sınırlıdır. Hesap verebilirlik sorununun diğer bir nedeni de kamu politikalarının karar alma ve uygulama süreçlerinde çok sayıda kurumun ve aktörün yer almasıdır. Buradaki temel sorun yönetim süreçlerine katılan çok sayıda kamu-özel-gönüllü kuruluşlardan kimin neden, ne ölçüde sorumlu olacağıdır. Yönetişimde hesap verebilirlik sorununun değişik seçmen mekanizmalarıyla, tüketici seçimi ve paydaşlık yoluyla ikame edildiği iddia edilmektedir. Bu durum bile hesap verebilirlik sorununu çözmemektedir¹²⁴.

1.5.6 Kamu Hizmetinin Özel Sektör Tarafından Finansmanı ve İşletilmesi

1.5.6.1 Yap-İşlet-Devret (YİD) Modeli

“Yap-işlet-devret modeli, kamunun görev alanına giren bir yatırım veya hizmeti, yatırım ve işletme döneminde yapılacak masrafları yüklenen ve karşılığında yatırım sonucu ortaya çıkacak tesisi, önceden belirlenen bir süre ve tarife üzerinden işletme hakkına sahip olan bir şirket eliyle gerçekleştirmesidir”¹²⁵. Yüksek finansman gerektiren bir kamu hizmeti veya bayındırlık işinin sunulması amacıyla, sermayesi ve bütün riski kendine ait olmak üzere, (yerli, yabancı veya ortaklaşa girişimler) özel sektör tarafından kurulup belirli bir süre işletildikten sonra tesisin ilgili kamu kuruluşuna şartsız ve bedelsiz olarak devredilmesi sistemin özünü oluşturur.

Yap-işlet-devret modeli, 3996 sayılı yasanın 3/a ve 94/5907 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 3/b maddelerinde, “İleri teknoloji ve yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan projelerin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli olup, yatırım bedelinin (elde edilecek kar dâhil) şirkete, şirketin işletme süresi içerisinde üretildiği mal veya hizmetin idare veya hizmetten yararlananlarca satın alınması suretiyle ödenmesidir” şeklinde tanımlanmaktadır¹²⁶.

Genellikle büyük sermaye ve ileri teknoloji isteyen otoyollar, metro yapımı, asma köprüler, hava alanları, santraller ve benzeri kamu yatırımlarının devlete yük getirmeden yapılması amaçlanmaktadır. Uzun dönemde mali kaynak sağlayıcı özelliği olan metro, turizm tesisleri ve alışveriş kompleksleri gibi projelerin belediyeye doğrudan mali veya teknik bir yük

¹²⁴ Özer, A. M., a.g.e., s.339.

¹²⁵ Emek U., Ek ve Değişiklikleri ile Yap-İşlet-Devret(YİD), Yap-İşlet(Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı, DPT Yayın, Ankara, 1999, s.2.

¹²⁶ Leblebicier O., Kamu Hizmetlerinin Sunulmasında Alternatif Arayışlar: Yap-İşlet-Devret Model ve İzmit Yuvacık Barajı Örneği, Ankara Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005, s.62.

getirmeden yapılması belediyelerin temel amacını oluşturur¹²⁷ Türkiye'de özellikle belediyeler, bu modeli kullanarak, kendi bütçe imkanları ile gerçekleştiremeyecekleri metro, raylı sistem, ticaret merkezi gibi hizmetler gerçekleştirmişlerdir. Bunların yanında, iş hanı, otopark, konut inşaatı, gazino, otel, motel ve eğlence merkezlerinin yapımı içinde yararlanmışlardır.

Bu model ile gerçekleştirilmek istenen projeler, genellikle özel sektörün yabancı sermaye ile işbirliği sonucu gerçekleşir. İlgili firmalar, projeyi gerçekleştirerek, belirli bir süre işletip yapılan masrafin karşılanması ve kar ettikten sonra tesisin devrini ilgili belediyeye yapar. Ortak yatırım şirketi projeyi tasarlayıp, finansmanını bulmuş olarak gelmekte ve belediyelerin herhangi bir geri ödeme taahhüdü bulunmamaktadır. Model, yerel hizmetlerin sunulmasında yabancı sermayenin de rol almasına neden olabilmektedir¹²⁸.

Bu doğrultuda 1980'li yıllardan itibaren, devletin ekonomik yaşama müdahalesini en aza indirmeye dönük politika ve araçların Türkiye'nin de gündemine girdiği gözlenmektedir. Bunda bir yandan 1980'lerin başından iktidara gelen neo-liberal görüşün, öte yandan batılı ulus- aşırı sermayenin pazar arayışının etkili olduğu söylenebilir¹²⁹. Kuşkusuz, Türkiye'nin gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin giderilmesinde kamu kaynaklarının mali ve teknik açıdan yetersizliğinin de, bir takım hizmet ve faaliyetlerin özel kesimce yürütülmesi taleplerini desteklediği savunulabilir¹³⁰.

1.5.6.2 Yap-İşlet (Yİ) Modeli

Anayasa Mahkemesinin, enerji alanında YİD modeli çerçevesinde görevli şirketlerle Bakanlık arasında imzalanan sözleşmelerin “*imtiyaz sözleşmesi*” niteliğinde olduğu ve “*özel hukuk sözleşmesi*” olarak imzalanamayacağı yönünde kararlar vermesi ve bu konuda iki ayrı kanunda yapılan değişiklikleri aynı gerekçelerle iptal etmesi üzerine, bu alanda “*özel hukuk sözleşmesi*” niteliğinde sözleşme yapılabilmesi ve “*tahkim*” usulünün uygulanabilmesi için yeni bir model arayışına girilmiştir.

Bu kapsamda Yap-İşlet (Yİ) modeli geliştirilmiş ve 16.7.1997 tarih ve 4283 sayılı “*Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun*” çıkarılarak yasal alt yapı oluşturulmuştur. Bu Kanunda, enerji alanında bağtlanan sözleşmelerin “*özel hukuk sözleşmesi olmadığı*” yönündeki yargı kararları

¹²⁷ Mutur N. B., “Yerel Yönetim Hizmetleri ve Özelleştirme”, Özelleştirme Sempozyumu, Manisa, 1994, s.151.

¹²⁸ Acartürk E., a.g.e., s.49.

¹²⁹ Güler B. A., Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılma Politikaları, TODAİE, Ankara, 1996, s.36.

¹³⁰ Leblebici O., a.g.e., s.60.

nedeniyle, Bakanlık tarafından yapılan tüm işlemlerin, şirket statüsünde olan TEAŞ tarafından yapılması öngörülmüş, böylece ticarî şirketler arasında bağitlandığı için bu sözleşmelerin “*özel hukuk sözleşmesi*” olmasına yasal imkân hazırlanmıştır¹³¹.

Daha sonra 13.08.1999 tarih ve 4446 sayılı Kanunla Anayasanın 125 ve 155’inci maddeleri değiştirilmiştir. Bu değişikliğin ardından da 18.12.1999 tarih ve 4492 sayılı Kanunla Danıştay Kanunu değiştirilerek “*tahkim*” usulünün yolu açılmış, Danıştay’ın kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerini incelemek görev ve yetkisi, düşünce bildirmeye dönüştürülerek idarî yargının ön denetimi kaldırılmış ve nihayet 21.01.2000 tarih ve 4501 sayılı Kanunla imtiyaz sözleşmelerinde tahkim ve uluslararası tahkim düzenlenmiştir¹³².

3096 sayılı Kanun¹³³ hükümlerine göre sadece elektrik üretmek amacıyla kurulan şirketlerle sözleşme imzalanması mümkün olduğu halde, farklı alanlarda da faaliyet gösteren şirketlerle sözleşmeler imzalanmıştır.

Yİ modeli esasen bir imtiyaz sözleşmesi modelidir. Bu model de özel kişi bir kamu hizmetinin yürütülmesini belirli bir süre için üstlenir. Belirli sürenin dolmasından sonra idare bu süreyi uzatabileceği gibi hizmeti kendisi de yürütebilir¹³⁴.

Yİ modelinde, yatırımcının ilgili yatırımı yapması ve belli bir süre ile veya süresiz olarak işletmesi söz konusudur. Şu halde, Yİ modeli bir finansman modeli olmaktan ziyade, bir ruhsat niteliğindedir. Yİ modelinin, herhangi bir özel sektör yatırımı için idareye yapılan başvuru ve sonunda yatırım için izin alınmasından başka bir şey olmadığı düşünülebilir. Bu meyanda, bir otomobil fabrikasının kurulması ve işletilmesi örneğinde alınan izin ile Yİ modeli arasında bir fark bulunmadığı söylenebilir¹³⁵.

1.5.6.3 İşletme Hakkı Devri Modeli

3096 sayılı Kanun ile gündeme gelen ve özelleştirme çalışmalarıyla da paralellik gösteren bu model; mülkiyeti kamuya ait ve kamu tarafından işletilmekte olan üretim, iletim, dağıtım tesislerinin işletme haklarının, belli bir süreyle özel sektöre devredilmesini öngörmektedir. 23 Şubat, 1987 tarih ve 19381 sayılı RG’de yayımlanmış olan Yönetmelik uyarınca, sözleşmelerde;

¹³¹ ORAK C. Ç., Kamu Hizmeti İmtiyaz Sözleşmelerinde Tahkim, Dayınlarlı Yayınları, 2006, s.38-41.

¹³² Yap-İşlet-Devret ve Yap-İşlet Modeli Kapsamında Yaptırılan Enerji Projeleri Hakkında Sayıştay Raporu Hakkında Özet Bilgi, Sayıştay Dergisi, Sayı 52, 2004, s.169-172.

¹³³ Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, R. G., 19 Aralık 1984 - Sayı: 18610.

¹³⁴ Karataş S., İmtiyaz Sözleşmeleri (Yap-İşlet-Devret Dahil), Ankara, 2011, s.16.

¹³⁵ Çal S., “Anayasa Değişikliği Sonrasında Kamu Hizmeti Kavramının İrdelenmesi”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 51, Sayı 2, 2002, s.165.

yapılacak hizmetin, görev süresinin, hizmetin yürütülmesi için öngörülen sermaye tutarı ile sermayenin yeterliliğini ortaya koyan hesaplama ve açıklamaların, işletme hakkının devredilmesi istenen kamu kurum ve kuruluşlarına ait devir programları ile kısa ve uzun dönemli yatırım programlarının belirtilmesi gereklidir¹³⁶.

Modelin YİD modelinden ayrılan yönü, “kurulu” bir tesisin işletilmesinin devredilmesini öngörmesidir ve bu yüzden uygulamada Anayasa Mahkemesince “devral-işlet-devret” olarak adlandırıldığı da görülmüştür. Modelin hukuki statüsü ise, idari sözleşmelerin belirlenmesinde kullanılan “kamu hizmeti” kavramıyla ilişkili olup olmamasına bağlıdır. Buna göre, bir kamu hizmeti konusuyla bağlantılı olduğu sürece, model çerçevesinde imzalanacak sözleşmenin idari sözleşme olacağı açıktır. İşletme hakkının devredilmesine, Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu karar vermektedir. Devredilecek tesislerin teknik ve ekonomik özelliklerine göre, her yıl için belirlenecek bir işletme hakkı devir bedeli, tesisi devreden kuruluşa devir öncesinde ödenmektedir¹³⁷.

1.5.7 Kamu – Özel Ortaklığı

Kamu hizmeti olarak nitelendirilen ve devletten başka kimsenin yapamayacağı düşünülen, imtiyaz teşkil eden, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletlerin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilen, Kamu – Özel Ortaklığı modeli, İngiltere başta olmak üzere ABD, İrlanda, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde bir çözüm yöntemi olarak gündeme gelmiştir¹³⁸.

Türkiye’de Kamu – Özel Ortaklığı ile ilgili uygulamalar 90’lı yıllarda gündeme gelmiş, elektrik üretimi, içme suyu vb. alanlarında yap-işlet-devret veya yap-işlet türü bazı modeller devreye konulmuştur. Ancak bu modellerin tasarımı ve uygulamasında yeterince başarılı olduğu söylenemez. Siyasi, ekonomik ve hukuksal altyapının eksikliği yanında sözleşme tasarımında yapılan hatalar, kamu-özel sektör arasındaki risk dağılımının dengeli bir şekilde yapılmaması kamu ve özel sektör işbirliği açısından ciddi olumsuzlukları da beraberinde getirmiş, bu modellerin güvenilirliği tartışılır hale gelmiştir. Ancak bu alanda, havaalanı işletmeciliğinde olduğu gibi başarılı uygulamaların olduğu da görülmektedir¹³⁹

¹³⁶ Çal S., (Türk) a.g.e., s.195.

¹³⁷ Çal S.(Türk Öy), a.g.e., s.196.

¹³⁸ Eker A. Y., “Kamu Özel Sektör Ortaklıkları”, Bütçe Dergisi, Cilt 2, Sayı 25, 2007, s.60.

¹³⁹ Eker A. Y., a.g.e., s.61.

Kamu – Özel Ortaklığı ile ilgili mevcut temel bazı kanunlarımıza baktığımızda çok sayıda kanunun bu konuyu düzenlediğini görüyoruz¹⁴⁰;

- _ Menafii Umumiyyeye Mütcellik İmtiyazat Hakkında Kanun,1326.
- _ 406 Sayılı, Telgraf ve Telefon Kanunu, 1924.
- _ 2813 Sayılı, Telsiz Kanunu, 1983.
- _3096 Sayılı, Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtım ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, 1984.
- _ 3465 Sayılı, Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, 1988.
- _ 3996 Sayılı, Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun, 1994
- _ 4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun, 1994
- _ 96/8269 Sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması Hakkında Bakanlar Kurulu Kararı, 1996.
- _ 4283 Sayılı, Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun, 1997.
- _ 5216, 5222, 5393 Sayılı (Büyükşehir) Belediye Kanunu, 2004, 2005.
- _ 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 2005.
- _ 5396 Sayılı, Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2005.

Kanunlara baktığımızda genel yapıda; birden fazla kanun olduğunu, bazı kanunların elektrik ve sağlık gibi sektör spesifik kanunlar olduğunu, 3096 sayılı kanun gibi bazılarının model öngören kanunlar olduğunu ve yap-işlet-devret modelini öngördüğünü, Özelleştirme Kanunu ve yerel yönetimler gibi bazılarının da idare merkezli kanunlar olduğunu görüyoruz.

Özellikle, 5396 sayılı Kanun, Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının sağlık tesislerinin yapılmasında bir yöntem olarak kullanımını artırmıştır. Anılan Kanun uyarınca öncelikle, sağlık tesislerinin yapılmasının gerekliliğine Yüksek Planlama Kurulu karar vermektedir. Kararın ardından, Maliye Bakanlığı, Hazineye ait taşınmazları gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine bedelsiz devretmekte ve sağlık tesisleri, kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kiralama karşılığı yaptırılmaktadır. Ayrıca,

¹⁴⁰ Keşli A. T., “Kamu Projelerinin Özel Sektör Tarafından Finanse Edilmesinin Hukuki Rejimi”, IWES 3. Atık Teknolojileri Sempozyumu Bildiriler Kitabı, İstanbul, 2011, s.2.

sağlık tesislerinin yenilenmesi, tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılılabilmektedir¹⁴¹.

1.6 Türkiye’de Kamu Reformlarının Nedenleri

Tüm sektörlerde kendisini gösteren değişim rüzgârı, kamu yönetimini de etkili olmaya zorlamaktadır. Değişimin bir yaşam biçimine dönüştüğü günümüz dünyasında, değişim dinamikleri, başta yarışmacı sistemler olmak üzere, bütün kurumsal sistemleri daha etkin olmaya yöneltmektedir. Biraz daha gerilerden izlese bile, kamu sektörü de bunlar arasındadır. Çağdaş dünyada kamu yönetimi anlayışı ve uygulamalarında gelişen yaklaşımlar dört başlık altında toplanabilir. Bunlar;

- Devletin küçültülmesi ve etkinleştirilmesi
- Siyaset –yönetim dengesinin yeniden kurulması
- Şeffaf ve dürüst yöntem
- Merkeziyetçilikten uzaklaşma eğilimidir¹⁴².

Teknolojideki gelişmelerin, yeni yönetim sistemi ve organizasyon yapılarının, eğitim seviyesinin yükselmesinin ve değişen yaşam tarzının toplumsal alışkanlıklar ve beklentiler üzerindeki etkisi, yeniden yapılanma ihtiyacının doğmasında önemli rol oynamıştır.

Türkiye’de kamu yönetimi reformu açısından özellikle 1980’li yıllardan itibaren yapılan atılımlar uygulamada çok başarılı olmasa da dikkat çekicidir. 1980 öncesinde içe dönük bir ekonomiye sahip olan Türkiye’de, bu yıldan itibaren ekonominin dışa daha fazla açılması için çalışmalar başlatılmıştır. Ekonomide liberalleşme politikaları uygulanmaya başlanmış, bu çerçevede özelleştirme uygulamaları da başlatılmıştır. Bu dönemde, ülkemizin ağır işleyen, hantal, daha kapalı, merkeziyetçi ve verimsiz olarak nitelendirilen kamu kuruluşları ve kamu yönetimi sisteminin de yeniden yapılandırılması ve devletin küçültülmesi zorunlu görülmüştür¹⁴³.

Türkiye’de kamu yönetimi vatandaşların istek ve beklentilerini karşılamakta ve günün ihtiyaç ve koşullarına cevap vermede birçok sorunla karşı karşıyadır. Yönetim sisteminden yönetilenlerin memnuniyeti çok düşük düzeydedir. Türk kamu yönetimi vatandaşların istek ve beklentilerine gereği gibi cevap verememektedir¹⁴⁴.

¹⁴¹ Eker A. Y., a.g.e., s.65.

¹⁴² Tutum C., “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma”, TESAV, Sayı 3, 1994, s.28.

¹⁴³ Işık G. G., “1980’den Sonra Türkiye’de Yapılan Kamu Yönetimi Reform Çalışmaları”, Sakarya Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, s.10.

¹⁴⁴ Arslan N. T., a.g.e., s.84.

1.6.1 İç Nedenler

Türk kamu yönetiminin sorunları incelendiğinde, ön sırada karşımıza çıkan konular; güçlü merkeziyetçi yapı, yönetimde dışa kapalılık ve gizlilik, hantal yapı ve kırtasiyecilik ve demokratik katılımcı eksiklikleridir. Kamu yönetiminde bugüne kadar taşınan yöntem ve araçlar kamu yönetimini bundan böyle tıkanıklığa sokmuş, özel sektör ve üçüncü sektörlerde uygulamaya konan, çığır açan nitelikteki yeni yönetim tekniklerinin kamuda da yaşama geçirilmesini zorunlu hale getirmiştir¹⁴⁵.

Katılımcılık, özerklik, çoğulculuk ve adem-i merkeziyetçilik yeni yüzyılın devlet anlayışına ve kamu yönetimi uygulamasına damgasını vurmakta, bu kavramların topluca anlatımı olan yerelleşme, hemen hemen tüm dünyada üzerinde durulan ve kabul gören bir kavram olmaktadır. Günümüzde devlet yönetiminde ve taşra yönetim düzeninde adem-i merkeziyetçilik, çağdaş yönetim anlayışının odak noktası olmuştur¹⁴⁶.

1.6.1.1 Merkeziyetçilik

Türkiye'nin Tanzimat'tan beri en önemli yönetsel özelliği merkeziyetçiliktir. Merkeziyetçilik kamusal kaynakların ve yetkinin başkent örgütleri tarafından kullanılması olayıdır. Merkeziyetçilik, coğrafi ve örgütsel olmak üzere iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Coğrafi merkeziyetçilik, merkezi yönetimin taşra kuruluşlarına ve yerel yönetimlere karar alma ve bunları uygulama konusunda çok az yetki verilmesidir. Örgütsel merkeziyetçilik ise bir kurumda karar alma ve uygulama yetkisinin en üst otorite ve organlarda toplanmasıdır¹⁴⁷.

Merkeziyetçi ve tekçi yapıya sahip devlet sistemlerinde, siyasal-yönetsel rejimin merkeziyetçiliği, bütünlüğü ve kapsayıcılığı nedeniyle tek tek belirli kamu hizmetlerini yürüten kamu kuruluşlarının, örgütlenme, personel istihdamı, işleyiş ve hizmet alanlarında kendi başlarına hareket edebilecek idari ve mali özerkliğe sahip olmadıkları bilinmektedir. Bu kısıtlılık ve bağımlılık durumu, hizmet birimi niteliğini taşıyan alt düzeydeki kamu kuruluşlarında olduğu gibi, bunların bağlı buldukları bakanlık örgütleri ve devlet organları düzeyinde de verimlilik ve etkinliği azaltmaktadır¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Karaman Z. T., "Yönetim Stratejilerindeki Değişmeler", Türk İdare Dergisi, Sayı 426, 2000, s.24.

¹⁴⁶ Parlak B., "Teoriden Pratiğe Kamu Yönetimi; Yaklaşımlar, Sorunlar ve Metodlar" içinde Küresel Gelişmeler ve Avrupa Birliği Ekseninde Yerelleşme, Der. Arslan N. T., Aktüel Yayınları, İstanbul, 2005, s.9.

¹⁴⁷ Eryılmaz B.,(b) "Kamu Yönetiminde Değişim", II: Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR II) Hacettepe Üniversitesi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2004, s.50-64.

¹⁴⁸ Saran U.,(a) "Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri", 2004, s.22, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/saran1.pdf>, E. T.: 12.01.2012.

Merkezi yönetimin yapısı dolayısıyla kamu hizmetlerini yerine getirmekte yeterince etkili olamaması ve vatandaşlara kaliteli hizmet sunamaması nedeniyle, hem merkezi yönetimin yapısını küçültmek hem de kamu hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde verilebilmesi için yerel nitelikli kamu hizmetlerinin yerinden yönetim kuruluşlarınca yerine getirilmesi bir çözüm olarak düşünülmektedir. Yeniden yapılanma katılım, şeffaflık, meşruiyet, etkinlik, verimlilik ve kontrol edilebilir bir devlet amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik olmalıdır¹⁴⁹.

Yeni Kamu Yönetimi akımı ile bir taraftan özelleştirme ve kamu hizmetlerinde alternatif hizmet sunum mekanizmalarının devreye sokulması yoluyla devletin küçültülmesi hedeflenmekte, bir taraftan da desantralizasyon (yerinden yönetim) ve subsidiarite (yerellik) gibi ilkelerin vurgulanması ile yerel yönetimler güçlendirilmeye çalışılmaktadır. Öte yandan sayıları giderek artan bağımsız idari otoriteler kurularak klasik kamu bürokrasisi dışına taşan ve düzenleyici kararlar alıp uygulayan kamu örgütleri oluşturulmaktadır¹⁵⁰.

Gerek ulus devletlerin kendi bünyesinde, gerekse uluslararası ve uluslar üstü oluşumlarda yerelleşme; yönetim ve siyaset alanında girilen yeniden yapılanma hareketlerinin ortak yönelimi olmuştur. Yerelleşmenin gerçekleşmesi büyük ölçüde sivilleşmeyle ilintili olduğundan, her iki olgu birlikte ele alınmakta ve biri diğerrinin ön koşulu olarak değerlendirilmektedir¹⁵¹. Tarihi gelişim süreci içinde yerel yönetim düşüncesinin temellerini liberal değerler oluşturmuştur. Kapitalizm, ulus-devlet ve liberalizmin aynı ortak felsefi değerler dizisine ve dolayısıyla aynı ortak epistemolojik pozisyona dayandığı görüşü açısından bu normaldir¹⁵².

Türkiye'nin son yıllarda içinde olduğu reform dalgasının en önemli başlıklarından birini de merkezi yönetimle yerel yönetimlerin ilişkilerinin yeniden yapılandırılmasına ilişkin düzenlemeler oluşturuyor. Bu düzenlemelerde, yerelleşmenin, hizmetlerin yerinden görülmesini sağlayarak, hantallığa yol açtığı varsayılan merkeziyetçi yönetim anlayışından kaynaklı etkinlik sorunlarının çözülmesine de katkı yapacağı ileri sürülmektedir. Böylece, devletin hantallık ve verimsizlikten başka bir sonuç doğurmadığı ileri sürülen merkeziyetçi yapısına son verildiğinde, küreselleşme sürecine uyumlu, dinamik, rekabetçi bir toplum hedefine ulaşmanın önündeki engelin de aşılmış olacağı düşünülmektedir¹⁵³.

¹⁴⁹ Arslan N. T., a.g.e., s.84-88.

¹⁵⁰ Balcı Ş. G., "Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmetler Ekseninde Kamu Yönetimi Reformu", Hukuk ve Adalet Dergisi, Sayı 2, 2004, s.115-126.

¹⁵¹ Parlak B., a.g.e., s.3.

¹⁵² Ökmen M., "Teoriden Pratiğe Kamu Yönetimi; Yaklaşımlar, Sorunlar ve Metodlar" içinde "Liberal Düşüncenin Yerel Yönetim Kent Pratiği Üzerine Notlar", Der. Arslan N. T., Aktüel Yayınları, İstanbul, 2005, s.25.

¹⁵³ Atay F., a.g.e., s.174-175.

Kamu hizmetlerinde görülen yerelleşme eğilimleri de, kamu hizmetlerinin sürekli ve düzenli olmasına bazı açılardan katkı sağlayabilir. Kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi, kamu hizmetlerinin yerel taleplere uyum sağlamasına yönelik talepleri karşılama olanağını beraberinde getirmektedir. Yerel taleplere uygun bir kamu hizmeti anlayışı, üye olmayı amaçladığımız Avrupa Birliği yapılanmasına uyumluluk göstermektedir. Ayrıca, kamu hizmetlerinin görülüş biçimlerine ilişkin uluslararası uygulamalar olarak bilinen Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü'nün bu konudaki baskıları önemlidir¹⁵⁴.

1.6.1.2 Kuralcılık

Türkiye'de kamu hizmetlerinin işleyişi ayrıntılı kurallara bağlanmıştır. Bu kurallar, yönetimin işleyişini yavaşlatmakta ve yetkilerin kötüye kullanılmasına ortam hazırlamaktadır.¹⁵⁵ Yöneticiye takdir yetkisi verilmemesi ve her soruna hukuk kurallarına dayanılarak çözüm aranması bürokrasiyi sürekli olarak mevzuat üretmeye sevk etmektedir¹⁵⁶.

İdarenin işleyişini ve faaliyetlerini düzenlemek için belirlenen kurallardan oluşan mevzuat; bir süre sonra değişen, farklılaşan ihtiyaç ve talepleri karşılayamaz hale gelmektedir. Mevzuattaki yetersizlikler idareye de yansımakta ve idarenin ihtiyaçlara cevap verememesine neden olmaktadır. Bu nedenle, mevzuat reform sürecinde öncelikli ele alınması gereken konulardan birini oluşturmaktadır¹⁵⁷.

Türk kamu yönetimi işleyiş olarak, çağdaş nitelikler bir tarafa, klasik bürokrasinin bile uzağında bulunmaktadır. Yasalarla belirlenmiş olan kurallar uygulamada bir değer taşımıyorsa, kamu yönetiminin işleyişini kurallar ve yasalardan daha çok her düzeydeki politikacı- bürokrat, bürokrat- vatandaş, vatandaş- politikacı ilişkisinin niteliği belirliyorsa bürokrasinin olduğu söylenemez¹⁵⁸.

¹⁵⁴ Karkın N., a.g.e., s.16.

¹⁵⁵ Işık G. G., a.g.e., s.6.

¹⁵⁶ Eryılmaz B.(c), "Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Bürokrasi İktidar İlişkileri", Türkiye'de Yönetim Geleneği: Kurumlar, Sorunlar ve Yeniden Yapılanma Arayışları, Der. Dursun D. vd., İlke Yayıncılık, İstanbul, 1998, s.153-166.

¹⁵⁷ Ar A.F., "Türkiye ve Amerika Birleşik Devletlerinde Yapılan Bazı İdari Reform Çalışmaları," Amme İdaresi Dergisi, Cilt No 16, Sayı 3, 1983, s. 65-88.

¹⁵⁸ Arslan N. T., a.g.e., s.84.

1.6.1.3 Bilgi ve Teknoloji Alanındaki Hızlı Gelişmeler

Bilgi teknolojileri, kamu yönetimini etkileyen çevresel faktörlerin başında gelmektedir. Söz konusu teknolojiler üretim ilişkilerinden organizasyonların yapılarına, meslek bilgisinden sorumluluk anlayışına kadar birçok şeyi etkilemektedir¹⁵⁹. 20. yüzyıl bilgi teknolojilerinin olağanüstü bir hızla ilerlediği ve değişimin dünya devletlerinin sosyal, siyasal, ekonomik ve kültürel yapılarına önemli ölçüde etki ettiği bir dönem olmuştur. Kamu yönetimi de bu dönüşüm dalgası içerisinde yer almış, özellikle 1980’li yıllardan itibaren kamu hizmetlerinin bilgi teknolojilerinden giderek artan bir ivme ile yararlanmaya başladığı görülmüştür¹⁶⁰.

İletişim ve bilgi teknolojilerindeki gelişmeler kamu yönetimini yeniden yapılanma ihtiyacı içine itmiş, hatta zorlamıştır. Yeniden yapılanma çalışmaları ile amaçlanan, kamu hizmetlerinin daha iyi ve daha az maliyetle yapılabilmesinin yollarını aramak ve açıklamaktır¹⁶¹. Bilgi ve iletişim teknolojileri alanındaki gelişmeler sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçişi sağlayarak küreselleşmenin de alt yapısını oluşturmuştur¹⁶².

Bilgi teknolojileri dediğimiz bilgisayar, internet ve bilgisayar ağları gibi araçlarda insanlık tarihinde daha önce hiç görülmemiş hızda ve boyuttaki teknolojik gelişmeler sonucu, veri-bilgi en önemli ve en değerli kaynakların başında gelmeye başlamıştır. Bunun sonucunda devletin kurumsal yapısı içinde veri-bilgi alışverişine olanak sağlayan yapılanmaya gidilmesi ihtiyacı günden güne artmıştır. Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşlarının parasal ve insan gücü kaynaklarından en etkili bir şekilde yararlanmak amacıyla, bilgi ve bilgi teknolojisi kullanılarak yeniden yapılandırılmaları (re-organizasyon) yararına olacaktır¹⁶³. Bu noktada karşımıza elektronik devlet (e-devlet) terimi çıkmaktadır. Elektronik devlet (e-devlet), kısaca kamu hizmetlerinin yapılması ve vatandaşlara sunulması sırasında bilgi ve iletişim alanındaki teknolojik olanakların kullanılması şeklinde tanımlanabilir¹⁶⁴.

E-devlet uygulamalarının vatandaşların kamu hizmetlerine ilişkin bilgi kaynaklarına rahatlıkla ulaşmaları ve başvuruların on-line olarak yapabilmeleri konusunda ve iş akım süreçlerinin analiz edilmesi ve işlem basamaklarının azaltılması yoluyla uygulamada tekrarların ve zaman kaybının önlenmesi yönünde tartışılmaz avantajlar taşıdığı kabul edilmektedir. Ayrıca

¹⁵⁹ Al H., a.g.e., s.80.

¹⁶⁰ Öktem M.K., “Bilgi Teknolojileri ve Kamu Yönetimi”, Der. Öktem M.K., ve Ömürgönülşen U., Kamu Yönetimi; Gelişimi ve Güncel Sorunları, İmaj Yayınevi, Ankara, 2004, s.139-186.

¹⁶¹ Çelik K., E-Devlet ve Yeniden Yapılanma”, Türk İdare Dergisi, Sayı:440, Eylül, 2003, s.149-158.

¹⁶² Kepenek Y., “Ulus Devletten Gelişmeci Devlete”, ODTÜ Gelişme Dergisi, Sayı 26, 1999, s.317.

¹⁶³ Çelik K., a.g.e., s.149-158

¹⁶⁴ Balcı Ş. G., a.g.e., s.115-126

internetin posta, kâğıt ve kırtasiye giderlerinin azaltılması, işlemlerin yürütülmesinde hata payının en aza indirilmesi ve vatandaşların istek ve beklentilerine göre mal ve hizmet üretilmesi yoluyla kamu hizmeti kalitesinin yükseltilmesinde önemli tasarruflar ve yararlar sağlamıştır. Böylelikle bir taraftan kamu harcamalarının maliyetini düşürürken diğer taraftan üretilen katma değeri de arttırdığı açıkça görülmektedir¹⁶⁵.

E-devlet, geleneksel kamu yönetiminin örgütsel yapısında, kamu hizmetlerinin sunumunda kullanılan yöntem ve tekniklerde, yani iş görme biçiminde ve devlet-vatandaş ilişkilerinde değişimi beraberinde getirmiştir. Bu değişimle birlikte artık vatandaşlar, daha kolay bir şekilde karar alma ve hizmet üretme süreçlerine katılım imkânı bulmakta ve yönetimin yanında ortak planlayıcı ve ortak üretici durumuna gelmektedirler¹⁶⁶.

Teknoloji ve teknolojik gelişmeyi sağlayan bilimsel ilerlemeler, büyük toplumsal değişimin başlatıcı değişkeni olduğu gibi teknolojik gelişmeler de toplumsal yapı ya da toplumsal sistemi dönüştüren yeniden şekillendiren ana faktörlerden birisi, belki de en ağırlıklı olanıdır. Çünkü teknolojik gelişmeler, toplumsal değer, norm ve beklentileri yeniden oluşturmakta ve bunların toplum içerisinde yayılmasına biçim vermektedir¹⁶⁷.

1.6.1.4 Örgütsel Büyüme

Yönetim sisteminin, örgüt yapısı, personelin nitelikleri, kullandığı araç ve yöntemleri ile kuruluş sırasındaki koşullara uygun olması ve o günün ihtiyaçlarını karşılamış olması mümkündür. Ancak örgüt, mevzuat, araç gereç, yöntemler değişen koşullar içerisinde zamanla etkililiğini kaybeder, yıllar geçtikçe ihtiyaçları karşılamaktan uzaklaşırlar. Yöneticilerin kendi kendine yaptığı değişiklikler, yönetimi iç ve dış ilişki ve koşullarda meydana gelen değişikliklere uydurmaya yetmeyebilir. Bazen iç ve dış etkenler, bazen de siyasal ve hukuki güçler dıştan gelen değişiklik ihtiyacına hızla uymayı güçleştirebilir. Ancak bunun bu biçimde sürdürülmesi de imkânsızdır. Bu durumda yönetimin yeniden düzenlenmesi zorunludur¹⁶⁸.

Örgütsel büyüme, bir kamu kurumunun bütçe, personel sayısı, araç gereç ve hizmet üniteleri açısından niceliksel olarak gelişmesidir¹⁶⁹. Türk kamu yönetimi örgütsel olarak sürekli bir genişleme eğilimi içindedir. Örgüt yapılarının ve hizmet alanlarının genişlemesi sonucunda

¹⁶⁵ Saran U.,(a) a.g.e., s.34.

¹⁶⁶ Parlak B., Sobacı Z., Kuram ve Uygulamada Kamu Yönetimi Ulusal ve Küresel Perspektifler, Alfa Akademi Yayınları, İstanbul, 2008, s.215.

¹⁶⁷ Şahin A., a.g.e., s.13.

¹⁶⁸ Akın C., "Kamu Yönetimini Yeniden Düzenleme İhtiyacı", Türk İdare Dergisi, Sayı 419, 1998, s.89-100.

¹⁶⁹ Eryılmaz B.(a), a.g.e., s.230

amacı aşan ölçüde örgütsel büyüklükler ortaya çıkmıştır¹⁷⁰. Örgütsel büyüme, kamu kesimi açısından yönetsel düzlemde, devletin görev ve sorumluluklarının artmasına olduğu kadar; sistemin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine de neden olmaktadır¹⁷¹. Bu büyümenin önemli nedenlerinden birisi bürokratların ve yöneticilerin güç alanlarını genişletmek istemeleridir. Bu sürecin sonunda da hantal ve verimsiz bir kamu yönetimi ile karşı karşıya kalınmaktadır¹⁷².

Türkiye’de merkezi devlet örgütlenmesinde en belirgin sorun karmaşık bir yapının hâkim olmasıdır. Devlet örgütlenmesinde birçok idari birim binlerce araç gereç ve personel yer almaktadır. Bu karmaşıklık ve büyüklük, etkili ve verimli çalışmaya olumsuz etki etmektedir. Özellikle yerinden yönetim ilkesine uygun olarak görev ve kaynakların bir kısmı yerelle merkez arasında dağıtılmalıdır¹⁷³.

Organizasyonların bilgi işleyen süreçler olarak tasavvur edilmeye başlandığı bu yeni anlayış içinde, bireysel öncelik, katılım, ekip çalışması, kurumsal öğrenme, rakiplere karşı strateji geliştirme, sürekli gelişim gibi unsurların altı çizilmeye başlanmıştır. Diğer bir ifade ile devletin sadece ne yapması gerektiği değil, üstlendiği işlevleri nasıl yapması gerektiği de yeniden tanımlanmaya başlanmıştır. Yönetim kavramı yerine çok aktörlülüğü ve etkileşimi ima eden, yönetişim kavramının güçlendiği bu gelişim içinde; insanları idare etme anlayışı yerine, ortaklaşa sorun tanımlama ve çözme yaklaşımı vurgulanmaya başlanmıştır¹⁷⁴.

Son yıllarda gündeme gelen yönetişim kavramı, yönetim olayında merkezi gücün tek boyutlu ve yukarıdan aşağıya doğru hâkimiyetini değil, yönetim sisteminin bütünü oluşturulan parçaların ve herhangi bir şekilde yönetim sürecinde rol alan aktörlerin karşılıklı işbirliği ve uzlaşma ile ve yatay koordinasyona dayalı bir biçimde ortak bir katılımı gerçekleştirmelerini anlatmaktadır¹⁷⁵.

Yönetim kuramının yeniden şekillenmesiyle, bir takım yeni teknikler ve uygulamalar işletme yönteminde kamu yönetimine uzanan bir eksenle tüm yönetim örgütlenmelerinde ve süreçlerinde etkilerini hissettirmektedir. Kamu yönetimine işletme mantığının ve tekniklerinin daha yaygın olarak uygulandığına tanık olunmaktadır. Yatay organize edilen, esnek ve dinamik

¹⁷⁰ Toprak E., *Demokratik Ve Etkin Bir Devlet İçin Türk Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*, Ankara Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2000, s.197-199.

¹⁷¹ TODAİE, *Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor*, TODAİE Yayınları, 1991, No:238, s.9.

<http://www.todaie.gov.tr/pdf/KAYA.PDF> E. T.: 12.01.2012.

¹⁷² Özer M. A., “Kamu Yönetiminin Geleceğine Dair Düşünceler”, *Sayıştay Dergisi*, 2005, s.55-80,

<http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der57m3.pdf>, E. T.: 12.01.2012.

¹⁷³ Arslan N. T., a.g.e., s.88.

¹⁷⁴ Dinçer Ö., Yılmaz C., a.g.e., s.8.

¹⁷⁵ Saran U.(a), a.g.e., s.22.

örgüt modellerinin etkinliğini arttırdığı bu dönemde, kamu yönetiminin karar alıcı mekanizmalarının da yeni yönetim anlayışına yöneldikleri ve kamusal uygulama ve politikalarda, toplam kalite yönetimi, stratejik yönetim, değişim mühendisliği gibi teknikleri giderek artan bir biçimde hayata geçirdikleri görülmektedir¹⁷⁶.

Türkiye’de kamu personel rejimi, kariyer sistemi olarak bilinen memuriyet kurumu üzerine kurulmuştur. Yine 2000’li yıllardan bu yana norm kadro sistemi, sözleşmeli ve geçici personel istihdamının genişletilmesi, kamu hizmetine giriş sınavında görevlerin “A Grubu”, “B Grubu” biçiminde bölünmeye uğratılması gibi uygulamalar, personel sisteminde bir rejim değişikliği hazırlığı olarak görünmektedir. Hazırlanan yasa taslakları kamu personel rejiminin iş sınıflandırması esaslarına göre değiştirilmesini öngörmektedir. Bu, kamu yönetiminde çalışma ilişkilerinin piyasa ilkelerine göre kurulması anlamına gelmektedir¹⁷⁷.

1.6.1.5 Yozlaşma

Kamu görevlilerine verilen takdir yetkisinin kullanımı esnasında, hiyerarşik yapı nedeniyle otoritenin üstte toplanması sonucu, bürokratların kural ve tekniklere sığınarak sorumluluktan kaçmaları, gizlilik ve resmi sır kavramı, bürokratik örgütlenmede nesnelliğin hayata geçirilememesi gibi nedenlerle yozlaşma ortaya çıkmaktadır¹⁷⁸.

Yönetimde yozlaşmanın bir başka türü de kayırmacıdır. Türkiye’de kayırmacılık iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Birincisi, kamu hizmetlerine girişte liyakat yerine, tanıdık, akraba, arkadaş, hemşeri ya da siyasi yakınlık gibi faktörlerin birinci derecede rol oynamasıdır. İkincisi ise, kamusal hizmetlerin dağıtımında ihtiyaç ve yerindelik kriterinden çok, oy, partiye destek veya ideolojik yakınlık gibi faktörlerin etkili olmasıdır¹⁷⁹.

Türkiye’de siyaset biliminde patronaj kavramıyla tanımlanan siyaset yapma biçiminin yaygınlığı, iş takipçiliği, adam kayırmacılık, yönetimde keyfilik, liyakat ve kariyer ilkelerinin dikkate alınmaması ve siyasal partilerin oligarşik yapıları önemli sorunlar olarak Türkiye’nin gündeminde bulunmaktadır¹⁸⁰.

¹⁷⁶ Parlak B., a.g.e., s.3.

¹⁷⁷ Güler B. A., a.g.e., s.321.

¹⁷⁸ Çukurçayır M. A., Sipahi E., “Yönetişim Yaklaşımı ve Kamu Yönetiminde Kalite”, Sayıştay Dergisi, Sayı 50-51, s.35-66.

¹⁷⁹ Eryılmaz B., a.g.e., s.234.

¹⁸⁰ Arslan N. T., a.g.e., s.85.

1.6.1.6 Gizlilik ve Kapalılık

Gizlilik, yönetimdeki, bilgi, belge ve diğer verilerin açıklanmaması anlamındadır. Kapalılık ise, kamu kurum ve kuruluşlarının dıştan gelen her türlü etkiye karşı duyarsız kalmasını, çoğu işlem ve eylemlerinin dıştan görülememesini ve alınan kararların gerekçelerinin açıklanmamasını ifade eder¹⁸¹. Türkiye’de kamu yönetimi, yapı ve işleyiş bakımından gizlilik ve resmi sır esasına göre örgütlenmiştir. Gizlilik ve resmi sır genel bir kural, açıklık ise istisnadır¹⁸². Son dönemde şeffaflık, açıklık ve hesap verebilirlik gibi kavramların kamu yönetimine girmesiyle birlikte gizliliğin önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Bilgi edinme hakkıyla ilgili yapılan çalışmalar da bu konudaki olumlu adımlardandır.

1.6.1.7 Ekonomik Kriz

Değişimi uyarayan faktörlerin başında, kamu mali yönetiminin krize veya darboğaza girmesi bulunmaktadır. Dünya çapında yaşanan ekonomik durgunluk; kamu gelirlerinde gerilemeye yol açmış ve harcamaların kontrol altına alınamaması neticesinde, mali durum kötüleşmiştir. Küresel rekabet şartlarında, sermayenin dışarıya kaçması riski kamu gelirlerinde artışı sınırlandırırken, toplumsal talepler ve siyasi tercihler kamu harcamalarında tasarrufu sorunlu hale getirmiştir. Kaynaklar sınırlı hale gelirken, halkın hükümetten beklentileri değişmiş ve artmış, daha açık ve şeffaf bir yönetim ile buna paralel hesap verme sorumluluğunun işletilmesi isteği oluşmuştur.

1970’li yıllarda başlayarak günümüze kadar küresel ölçekte yaşanan ekonomik durgunluk, enerji darboğazları ve bölgesel krizlerin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bütçe açıklarını ve borçlanma yükünü arttırması, kişi başına düşen gelirin azalmasına yol açması değişim gereğini hızlandırmıştır¹⁸³.

Kriz dönemleri, krizden çıkaracak reform önerileri ve girişimleriyle geçen dönemlerdir. Toplumsal dönüşümlerin ve yeniden yapılanmaların denendiği dönemlerdir. Farklı siyasal güçlerin kendi reform projelerine toplumsal-siyasal destek sağlamaya ve kendi projeleri doğrultusunda bir siyasal irade oluşturmaya çalıştıkları görülür. Türkiye’de de son zamanlarda yapılan reformlar tam da böyle kriz ortamının mecbur bıraktığı arayışlar sonucunda olmuştur¹⁸⁴.

¹⁸¹ Eken M., “Kamu Yönetiminde Gizlilik Geleneği ve Açıklık İhtiyacı”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 22, Sayı 2, Ankara, 1994, s.26.

¹⁸² Eryılmaz B., a.g.e., s.231.

¹⁸³ Saran U.(b), Türk Kamu Yönetiminde Değişimin Genel Çizgisi: Reform Arayışlarının Karşısındaki Beklentiler ve Güçlükler”, Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması, Der. Nohutçu A., Balcı A., Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.40.

¹⁸⁴ Ataay F., a.g.e., s.209.

1.6.2 Dış Nedenler

Türk kamu yönetiminde yapısal dönüşümün dışsal nedenlerinin birincisi IMF, Dünya Bankası vb. gibi uluslararası kuruluşlar ve Türkiye ilişkisi; ikincisi ise Türkiye'nin AB üyelik sürecidir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler, batıya olan bağımlılıkları sebebiyle ve uluslararası kredi kuruluşlarının (IMF, DB) da etkisiyle bazen hazır olmadıkları bir dönüşümün içine girmek ve alt yapıları yetersiz olsa da bu yolda politikalar üretmek ve uygulamak zorunda kalmışlardır. Böylelikle kredi alan ülkelerin kamu yönetimlerinin uluslararası standartlara ulaştırılması hedeflenmektedir¹⁸⁵.

1.6.2.1 Küreselleşme

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasının nedenlerinden biri olarak küreselleşme olgusu da gösterilmektedir. Küreselleşme süreci ile birlikte sermaye, teknoloji, mal ve hizmetler daha önce görülmemiş bir şekilde ulus devletlerin sınırları dışında dolaşıma girmiş, bu da kamuyu daha etkin ve problemlere daha hızlı cevap verme zorunluluğuna itmiştir¹⁸⁶.

Yaşanmakta olan küresel değişim, sadece belirli bir coğrafi bölge veya toplumla sınırlı değil tüm dünya ölçeğinde; yalnızca belirli bir alanda değil, teknolojik, ekonomik, toplumsal, siyasal, yönetsel ve kültürel olarak tüm alanlarda sürmektedir. Oldukça karmaşık ve çok boyutlu olan toplumsal gelişmenin temelindeki küresel değişim dinamikleri, tüm dünya ülkelerini etkilemekte, düşüncelerde, inançlarda, geleneklerde, değer yargılarında ve kurumsal oluşumlarda yol açtıkları devrimlerle toplumların sosyo-ekonomik ve kültürel yapılarında köklü değişim ve dönüşümlere neden olmaktadır¹⁸⁷.

“Küreselleşmenin modern devletin niteliğinde yaptığı değişimlerden belki de en önemlisi yönetsel devletin bir “refah devleti”nden bir “şirketleşmiş devlet”e ya da “gölge devlet”e dönüşmesidir. Oluşturulmak istenen bu yeni devlet formu, bazı teorisyenler tarafından değişik adlarla kavramlaştırılmıştır: “ilgisiz devlet”, “sözleşmeci devlet”, “girişimci devlet”, “takdis eden devlet”, “sözleşmeci yönetici devlet” gibi. Kısacası devlet, adeta “siyasi bir işletme” olarak gösterilmekte, kamu hizmetleri “yeni kamu işletmesi”nin birer faaliyeti olarak algılanmaktadır”¹⁸⁸.

¹⁸⁵ Şahin A., a.g.e., s.28-29.

¹⁸⁶ Coşkun S., “Kamu Reformları: Değişim ve Süreklilik”, Der. Acar M. ve Özgür H., Çağdaş Kamu Yönetimi-II; Konular, Kuramlar, Kavramlar, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2004, s.129-158.

¹⁸⁷ Saran U.(a), a.g.e., s.1.

¹⁸⁸ Parlak B., Sobacı Z., a.g.e., s.187.

Kamu yönetiminin tekelci, hizmet amaçlı, yasal kısıtlayıcı mekanizma ve katı kurallarla karakterize edilen statik ve kapalı yapısının verimsizliğe, etkinsizliğe, savurganlığa ve yolsuzluğa neden olduğu varsayımıyla ortaya çıkan ve devleti ıslah ederek minimize etmeye çalışan bu bakış açısının, optimalden öte minimal devleti yerleştirmeye çalışması, global ekonomik trendle ve liberalizmin geldiği bugünkü aşamayla doğrudan ilişkisi vardır¹⁸⁹.

Bilgi çağının en belirgin sonuçlarından birisi de küreselleşmedir. Küreselleşme, doğrudan veya dolaylı olarak kamu yönetiminin yapı ve anlayışını etkilemektedir. Yönetime katılma konusundaki benzerlikler giderek artmaktadır. Yönetimden beklentiler ve yeni talepler birçok ülkede hemen hemen aynıdır. Bireyler kendi ülkelerinin yönetimini başka ülkelerin yönetimleriyle kıyaslamakta yeni talepler ileri sürmektedirler¹⁹⁰.

Küreselleşme ve bilgi toplumu süreçlerinin bütün dünyada meydana getirdiği değişim, yeniden yapılanma süreci içinde dikkatle izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Bu değişim süreçleri rekabeti arttırmakta, halkın yönetimden beklentilerini yükseltmekte ve daha kaliteli bir yönetimi zorunlu kılmaktadır. Küreselleşme sürecinde devletin değişen rolü, özellikle ekonomi alanında belirginlik kazanmaktadır. Bütün dünyada devletin ekonomik yaşamdaki rolü dönüşmekte buna bağlı olarak devletin yapı ve işlevleri değişmektedir. Küreselleşmenin aynı zamanda risk, belirsizlik, rekabet ve kaçınılmaz bir şekilde düzen, istikrar ve netlik sağlayacağı da savunulan bir düşüncedir¹⁹¹.

Uluslararası yatırım engellerinin büyük ölçüde ortadan kalkmasıyla çok uluslu şirketlerin sayısında ve çaplarında meydana gelen büyüme, yabancı-yerli, kamu-özel kimliklerinin birbirine karışmasına ve bu tür “devletsiz firmaların” vergilendirilmesi, denetimi ve tabi olacakları kuralların düzenlemesi yetkisi vb. konular, ulusal devletleri ve kamu yönetimlerini büyük ölçüde zorlamaya başlamıştır¹⁹².

Devletin politika belirleme ve katalizör işlevi görerek yönetme kapasitesi gelişirken, hizmet üretimi ve sunumunda piyasa ve sivil toplum kuruluşları ön plana çıkmaktadır. Diğer bir ifade ile doğrudan üreten bir devlet anlayışı yerine, üretme fırsatları yaratan, toplumun ortak

¹⁸⁹ Parlak B., a.g.e., s.2.

¹⁹⁰ Al H., a.g.e., 90-92; Parlak B., a.g.e., s.3.

¹⁹¹ G.Nweihed K., Küreselleşme İki Yüze Bir Maske, çev. Gürel B. T., Memleket Yayınları, Ankara, 2007, s.101.

¹⁹² Köse Ö., “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, Der. Nohutçu A., Balcı A., Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-II, Beta Yayın, İstanbul, 2007, s.6-7.

çıkarları için rekabet ortamını gözeten, piyasaları düzenleyen ve denetleyen bir devlet anlayışı hâkim hale gelmektedir¹⁹³.

1.6.2.2 Uluslararası Kuruluşlar

Son yıllarda çok sayıda ülke kamu yönetiminde reform çalışmalarına hız vermiştir. Bunda ülkelerin beşeri ve kültürel yapıları ve yönetim sistemlerinin özellikleri yanı sıra Ekonomik İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD), DTÖ ve IMF gibi bazı uluslararası kuruluşların da etkisi söz konusudur. Bu kuruluşlar raporlar ve uzman görüşleri ile reformlar için uygun bir ortam hazırlayıp reformların seyrini etkilemekte ve hükümetleri yönlendirmektedirler. Buna örnek olarak OECD'nin üye ülkelerdeki kamu reformlarının ortak özelliklerini ortaya koyan raporları gösterilebilir. Bu raporlar reformların nasıl olması gerektiği konusunda politikacı ve bürokratlara yol gösterir niteliktedir. Ayrıca IMF gibi uluslararası finans kuruluşları özellikle gelişmekte olan ülkeler için reformları kredilerin ön şartı olarak koşmaktadır¹⁹⁴.

Kendi iç dinamiklerinin yanında, Türk kamu yönetiminde değişim zorunluluğunun ortaya çıkmasında, IMF ve AB ile kurulan ilişkilerin getirdiği yükümlülükler etkili olmuştur. Dünya Bankası ve IMF gibi kurumlar ülkemize sağladıkları mali destek karşılığında çeşitli yapısal değişim projelerini benimseme koşulu getirmiş, bu kapsamda kamu yönetiminin yeniden yapılanmasına ilişkin hususlar da gündeme gelmiştir. Türkiye'de devletin yeniden yapılandırılması süreci, 1979'da IMF ile imzalanan stand-by anlaşması ve daha sonra Dünya Bankası ile imzalanan 5 SAL (Yapısal Uyum Kredisi) anlaşması ile başlamıştır¹⁹⁵.

2001 krizi sonrası yaşananlar ve bugün yürütülmekte olan birçok reform bu etkinin açık bir göstergesidir. Kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı gerçekleştiren OECD ülkelerinin hemen hepsinde, değişimi gerekli kılan faktörlerin benzer olduğu görülmektedir¹⁹⁶.

OECD üyesi ülkeler, vatandaşların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hükümetin etkinliği ve ekonomik performans için düzenleyici kalitenin hayati önemi haiz olduğu görüşündedir. Bu çerçevede, OECD Konseyi, düzenleyici kaliteyi gerçekleştirebilmek için ilk uluslararası prensipler bütünü "Hükümet Düzenlemelerinin Kalitesini Artırmak İçin Öneriler" başlığı altında, Mart 1995'te kabul etmiştir. 1995 yılından itibaren düzenleyici kaliteyi artırmak için yapılan teşebbüsleri, ilk önce, önemli olduğu kabul edilen alanlarda, düşük kalitedeki

¹⁹³ Dinçer Ö., Yılmaz C., a.g.e., s.9-10.

¹⁹⁴ Coşkun S., a.g.e., s.132-133.

¹⁹⁵ Parlak B., Sobacı Z., a.g.e., s.232.

¹⁹⁶ Dinçer Ö., Yılmaz C., a.g.e., s.26

düzenleme alanlarının tespiti, belirli düzenlemelerin desteklenmesi ve problemlili olanların ortadan kaldırılması konularında yoğunlaşmıştır. Başta devlet olmak üzere toplumsal yapı içindeki her bir aktör yeniden tanımlanmıştır. Başka bir deyişle, devletin küçültülmesi, faaliyet alanının daraltılması, yerinden yönetim ilkesine vurgu yapılarak devletin tek başına karar alma ve uygulama gücünün çoklu aktörlere devri söz konusu olmuştur¹⁹⁷.

1997 yılında yayımlanan “Düzenleyici Reformlarla ilgili OECD Raporu”, düzenleyici reformla ilgili eylem planı vazifesi gören “politika önerileri” ihtiva etmiştir. Bu öneriler, düzenleyici reformun tüketici politikası, dinamik etkinlik ve gelişim sorunları ile olan önemli bağının yanı sıra rekabet ve ticaret politikaları ile olan bağının kabulünü de yansıtmaktadır. 1998 ile 2004 yılları arasında OECD’nin 20 ülkede yaptığı inceleme ve değerlendirmeler sonucunda, genel olarak, iyi yapılandırılmış ve uygulanmış düzenleyici reformun, iyi ekonomik performans ve sosyal güvenliğin güçlendirilmesine katkıda bulunduğu sonucuna varmıştır¹⁹⁸.

IMF, DTÖ ve DB gibi uluslararası kurumların, özellikle sağlık hizmetlerine ilişkin reformların, uluslararası düzeyde yaygınlaştırma işlevini gördükleri belirtilmektedir. Örneğin, Latin Amerika’da yer alan devletlerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında, uluslararası kurumların ve donör ülkelerin baskısı sonucunda temel yapısal değişikliklere gitmek zorunda kaldığı, bu yapısal değişikliklerin, üreten - satın alan ayırımı ve özelleştirmeyi gerekli bir zorunluluk şekline soktuğu ifade edilmektedir. Latin Amerika’da gerçekleştirilen sağlık hizmet reformları, bölge insanının ihtiyacını yansıtmaktan çok, Kuzey Amerika kökenli şirketler başta olmak üzere, dış güçlerin çıkarlarını yansıtmaktadır¹⁹⁹.

1.6.2.3 Türkiye’nin AB Üyelik Süreci

Türkiye’nin Avrupa Birliği ile ilişkileri, 1963 yılında imzalanan Ankara Antlaşması, 1987 yılında yapılan tam üyelik başvurusu, 1995 yılında sağlanan Gümrük Birliği ve 1999 Helsinki Zirvesi ile aday ülke statüsünün kabul edilmesi şeklinde özetlenebilir. 1993’de Kopenhag’da toplanan Avrupa Konseyi Zirvesi, adaylık için başvuruda bulunan ülkelerin tam üyeliğe kabul edilmeden önce karşılaması gereken kriterleri belirlemiştir. Bu kriterler siyasi, ekonomik ve AB Müktesebatının benimsenmesi olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır²⁰⁰.

¹⁹⁷ Tortop N., İşbir G. E., Aykaç B., Yönetim Bilimi, Nobel Yayın, Ankara, 2007, s.545-555.

¹⁹⁸ Kızılcık R., “Düzenleyici Etki Analizi (Regulatory Impact Assesment), http://www.icisleri.gov.tr/tid/dergi/446_079_100.doc, E. T.: 19.02.2012 .

¹⁹⁹ Karkın N., a.g.e., s.22.

²⁰⁰ Şahin A., a.g.e., s.30.

Türkiye ile AB arasındaki ilişkiler Kopenhag kriterleri bağlamında Katılım Ortaklığı Belgesi, Ulusal Program, İlerleme Raporları, Katılım Öncesi Ekonomik Program ve Ulusal Kalkınma Planı gibi bir dizi plan ve programlar tarafından şekillendirilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda Kopenhag kriterleri çerçevesinde siyasi ve ekonomik alanlarda ve müktesebata uyum sağlanması konusunda reformlar yoğunlaştırılmıştır. AB'nin Türk kamu sistemi üzerinde doğrudan ve geniş kapsamlı etkisinin 1998 yılında hazırlanan ilk ilerleme raporundan bu yana giderek arttığı söylenebilir. Kamu reformları üzerindeki etkisini, İlerleme Raporları ve Katılım Ortaklığı Belgesi ile yapan AB, aday ülkelerin uyması gereken bir dizi politika aracını ve önceliklerini belirlemekte ve kendi koşullarını ortaya koymaktadır²⁰¹.

Türkiye, AB'nin ilerleme raporlarında eksik olarak gördüğünü bildirir tavsiye belgesinde istenen düzenlemelere cevaben 11. Uyum Yasa Paketini çıkarmıştır. 1998'den bu yana her yıl yayınlanan ilerleme raporlarında Kopenhag kriterlerine uyum sağlama doğrultusunda hangi yasa hazırlıklarının yapıldığı, hangi yasaların kabul edildiği ve bunların uygulamaya nasıl yansıdığı; ordunun politik yaşamdaki yetki ve rolünün ne ölçüde sınırlandırıldığı; sivil ve askeri yargıda istenilen değişikliklerin yapılıp yapılmadığı; yolsuzluklarla mücadele konusunda yapılan düzenlemeler, demokrasi ve insan hakları, kadın-çocuk ve azınlık hakları; Güneydoğu ve Kürt sorunu, Öcalan davası, terörle mücadele ve Kıbrıs sorunu konuları ele alınıp değerlendirilmiştir²⁰².

Avrupa Topluluk hukuku, ulus üstü düzeyde kamu yönetimiyle ilgili özel bir yetki vermediği gibi Topluluk hukukunda sınırları tam anlamıyla belirlenmiş ortak bir kamu yönetimi tanımlaması da mevcut değildir. Buna rağmen AB ile sürdürülen tam üyelik müzakereleri hem diğer aday ülkelerin hem de Türk kamu yönetimi için yol gösterici ve zorlayıcı bir etkiye sahiptir. Çünkü AB her çeşit kamu politikaları açısından belirleyici kurallara ve kamu yönetimi konusunda değişikliklere yön veren bir dizi yöntem ve ilkelere sahiptir. Bu ilkeler Avrupa Yönetimsel alanını belirleyen dört temel grupta toplanmaktadır. Bunlar; güvenilirlik ve öngörülebilirlik; açıklık ve saydamlık; hesap verme sorumluluğu; verimlilik ve etkinliktir. Bu ilkeler aynı zamanda DB'sının ortaya koyduğu iyi yönetişimin temel bileşenleridir. Avrupa Birliğine aday ülke statüsünde olan Türkiye, kamu yönetimi sistemini Kopenhag kriterleri doğrultusunda değiştirmek ve Avrupa Yönetimsel Alanını belirleyen temel ilkeleri benimsemek zorundadır. 2004 yılında veto edilen Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nın birinci

²⁰¹ Güler B.A., "Avrupa Birliği ve Kamu Reformları", 2004, <http://politics.ankara.edu.tr/bguler/ab-kamuyonetimi.pdf>, s.5-15 E. T.: 21.03.2012.

²⁰² Şahin A., a.g.e., s.31.

maddesinde katılımcı, şeffaf, hesap verebilir, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetimi oluşturulması öngörülmektedir. Türkiye'nin bu tasarı ile batıda ortaya çıkan reform uygulamaları ve ilkelerini benimseyen bir reform süreci başlattığı görülmektedir²⁰³.

²⁰³ Şahin A., a.g.e., s.30-31.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1 Türkiye’de Tarihsel Olarak Sağlık Sisteminin Değişimi

Cumhuriyetin ilk yıllarında göz ardı edilemeyecek bir kültür birliğinin yanı sıra dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalınamayarak, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda daha çok batıya dönük devlet örgütlenmesi ve hizmet politikaları oluşturulmuştur²⁰⁴.

Türkiye’de sağlık hizmetleri ve sisteminin evrelerini, Cumhuriyetin İlk Yılları: 1923-1945, İkinci Dünya Savaşı Sonrası: 1946-1960, Sosyalleşme Dönemi: 1961-1980, Yeniden Yapılanma Dönemi: 1981-2002 ve Sağlıkta Dönüşüm Programı: 2003 olarak beş dönem halinde incelemek mümkündür.

2.1.1 Cumhuriyetin İlk Yılları: 1923- 1945

Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti’ni kurarak 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, örgütlenme, yasal düzenlemeler ve alt yapının olmaması, her şeyin yeniden ya da yoktan kurulmasını gerektiriyordu²⁰⁵. Daha çok savaş yaralarının sarıldığı bu dönemde sağlıkla ilgili düzenli kayıtlar tutulamamış, mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

Cumhuriyetin ilanından sonra Sağlık Bakanı olarak Prof. Dr. Refik Saydam atanmıştır. 1937’ye kadar 14 yıl süren bakanlığının başlangıcında sağlık hizmetleri; hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları ve 86 adet kurumda toplam 6.437 yatakla, çok yetersiz sağlık personeli ile sunuluyordu. Türkiye’nin 1923 yılında sağlık personeli durumuna bakıldığında sayının oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Hekim 554, hemşire 4, sağlık memuru 560, ebe 136 ve eczacı 69 kişi idi²⁰⁶.

Cumhuriyet hükümetleri toplumcu bir sağlık anlayışını benimsemiş, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık önlemleri ve salgın hastalıklarla mücadeleyi her şeyin önünde tutmuştur.

²⁰⁴ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008, s.2.

²⁰⁵ Akdur R., “Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları” Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilanço 1923-1998 Ulusal Toplantısı, Ankara, 1999, s.49-54.

²⁰⁶ Eren N., Tanrıtanır N., Cumhuriyet ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 1998, s.7.

Bu dönemde ülkenin sağlık sorunlarının çözümü için büyük bütçeler ayrılmıştır. Ayrıca savaşların neden olduğu sosyoekonomik yıpranma da sağlık sorunlarının çözümünü zorlaştırmaktaydı. Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini, özellikle salgın hastalıklar ile savaş için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmiştir. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklara karşı dikey örgütlenme tarzında mücadele örgütleri (Verem savaş dispanseri, Sıtma savaş dispanseri vb.) kurulmuş, bu örgütlerde tam zamanlı ve yüksek ücretli hekim ve diğer sağlık çalışanları istihdam edilmiştir. Ankara’da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurularak bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için laboratuvar hizmetleri, aşı ve serum üretilmesi sağlanmıştır²⁰⁷. Toplum sağlığını korumayı devletin görevi sayan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında çıkarılmıştır²⁰⁸.

Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin hukuki alt yapısının oluşturulmasına da azami özen gösterilmiştir ve bu dönem meclisten çıkartılmış yasalar bazı değişikliklere uğrasa bile bu güne değin geçerliliğini korumuştur²⁰⁹. Hastaneler tarafından sunulan tedavi edici hizmetlerinin yürütülmesi yerel idarelere bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı yerel idarelere yol gösterme amacı ile Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da olmak üzere beş adet numune hastanesi kurmuştur²¹⁰.

Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmemiştir. Bu hizmet; hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür. Bu dönemde sağlık çalışanları halka hizmet felsefesiyle ülkenin her tarafına ulaşmıştır, ancak birinci basamak sağlık hizmeti tam olarak örgütlenemediği için sağlık alanında çok şey yapılmakla beraber herkes için sağlıklı yaşam amacına ulaşamamıştır.

2.1.2 İkinci Dünya Savaşı Sonrası: 1946-1960

İkinci Dünya Savaşında, Türkiye’nin harbe girmemekle beraber sağlık durumunda ciddi bozulmalar olmuştur. Bu dönemde sıtma, epidemik tifüs ve çiçek büyük salgınlar yapmıştır. Bir yandan salgınlar, bir yandan da beslenme koşullarının bozulması ölümlülük düzeyini arttırmıştır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki yıllarda, kırsal bölgede 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren “sağlık merkezleri” kurulmasını öngören yeni bir sağlık planı hazırlanmıştır. Ne yazık ki bu planın uygulanması ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10–25 yataklı tedavi kurumları kurularak sürdürülmüştür. Bu dönemde yönetimin

²⁰⁷ Kurt Ö. Şaşmaz T., “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003”, Lokman Hekim Journal, 2012, Sayı 2, s.22.

²⁰⁸ Resmi Gazete, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 06.05.1930, Sayı 1489.

²⁰⁹ Öztürk Y., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Ders Notları, 2009, s.8., www.tip.erciyes.edu.tr/, E. T.: 08.3.2012.

²¹⁰ Akdur R., a.g.e., s.50.

merkezleştirilmesi başta olmak üzere sağlık politikasında önemli değişiklikler olmuştur. Yerel idarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir²¹¹. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumu'na işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Sigorta Hastaneleri'nin kurulması sağlık alanında çok başlı hizmetin ilk uygulaması olarak değerlendirilmelidir²¹².

Bu dönem 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 getirilmiştir²¹³.

"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 on 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 ön görülmüştür. Ancak, bu planı Dr. Behçet Uz'dan sonra gelenler uygulayamamışlardır.

1949 yılında yapılan bir düzenleme ile Verem savaşı için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur. 1952 yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuş, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, Sağlık Bakanlığı'nca üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kayması ve hizmet açığının doğmasına yol açılmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler

²¹¹ Aksakoğlu G., "Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü", Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, 2008, Sayı 8, s.7-62.

²¹² Kurt Ö. Şaşmaz T., a.g.e., s. 23.

²¹³ Akdur R., a.g.e., s.51.

sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiştir²¹⁴. Bu arada sağlık alanında çalışan personelin yetiştirilmesine yönelik çabalar da devam etmiştir.

2.1.3 Sosyalleşme Dönemi: 1961-1980

Demokratik hayatın 1960'da kesintiye uğramasıyla 1961'de yeniden yapılan TC Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devletin asli ve anayasal görevleri arasında tanımlamıştır. Yeni hükümet ve Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda yeniden yapılandırılması için çalışma başlatmıştır. Dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı ve aynı zamanda bir halk sağlığı uzmanı olan Prof. Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 5 Ocak 1961 tarihinde mecliste kabul edildi²¹⁵. Böylece, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi olarak adlandırabilecek yeni bir dönem başlamış oldu.

1963 yılında uygulamaya giren yasanın temel amacı sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, vatandaşın ayağına kadar götürülmesi, bunun için yeni örgütlenme yapısının seçilmesi ve anlayışın değiştirilmesidir. Yasa öncelikle sağlık hizmeti verilmesinde temel ilkeler belirlemiştir. Bu ilkeler; eşit, sürekli, bütünleşmiş, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip, denetlenen, uygun ve nüfusa göre hizmet ilkeleri olmuştur²¹⁶.

Ülkenin en ücra köşelerine kadar, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerini bütünleşmiş bir biçimde, nüfusa göre yaygınlaştırmayı amaçlayan projenin en temel birimini sağlık ocakları oluşturmuştu. Kurulacak bölge laboratuvarları ve bölge hastaneleri sistemi tamamlayacak ve bu organizasyonu Sağlık Grup Başkanlıkları yönetecekti. Yeni ve ileri bir yaklaşım ve örgütlenme yapısı olarak görülen proje, 1963 yılında Van ilinde pilot olarak uygulanmaya başlatılmıştır.

1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlık nedenleri olarak; sağlık yöneticilerinin Kanun'un gereğine inanmamaları, yeterli doktor ve sağlık personelinin olmaması, mevcut personelin hizmetin gerektiği şekilde eğitim almamış olması, birimler arası işbirliğinin

²¹⁴ Baran T., Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Mahiyeti ve Gelişimi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005, s.15.

²¹⁵ Resmi Gazete, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", 12 Ocak 1961, Sayı 10705.

²¹⁶ Güler Ç., Akın L., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, s.1013.

kurulamamış olması, yönetim yetersizliği ve ödeneklerin hiçbir zaman yeterli verilmemiş olması sıralanmaktadır²¹⁷.

Bununla birlikte başarısızlığı sonraki yıllardaki politik tercihlere bağlayanlar olmuştur. İzleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı, merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme / çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır²¹⁸. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çalışmalarını yine ilerleyen yıllarda devam etmiştir. 1980 yılına gelindiğinde gerçekleşen ikinci askeri darbe ve sonrasında Anayasanın yeniden yazılmasıyla sağlık hizmetleri açısından yeni bir anayasal durum ortaya çıkmıştır.

2.1.4 Yeniden Yapılanma Dönemi: 1981 – 2002

Dünyada 1980'lerden sonra başlayan neoliberal politikaların rüzgârı hızla Türkiye'yi de içine almıştır. En önemli küresel kamu mali özelliğine sahip olan sağlık ve sağlık hizmetleri, küresel gelişmeler etkisi ile Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kuruluşların başta gelen ilgi alanını oluşturmuştur²¹⁹. Nitekim Dünya Bankası ülkemizde 1980 sonrasında sağlığın özelleştirilmesi için planlarını uygulamaya başlamıştır. Öncelikle sağlık sistemine yönelik sektör analizi yaptırılarak “sağlık hizmetlerinin sunulmasında sorunlar olduğu ve bunların düzeltilmesi için girişimler yapılması gerektiği” belirtilmiştir. Sorunların çözümü için Dünya Bankası ülkemize uzun vadeli ve düşük faizli krediler vermiştir. Sonraki aşamada Dünya Bankası sağlık alt yapısının güçlendirilmesi için sağlık sisteminin değiştirilmesi görüşünü ileri sürmüştür.

Yeniden yapılan ve halk oylamasıyla 1982'de kabul edilen TC Anayasasının 56. maddesinde Türkiye'de 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

²¹⁷ Metin B., “Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Dönemi Sağlık Reformları”, WHO Türkiye Masası Başkanı, Ankara, 2002, s.5., www.undp.un.org.tr/who/bulten, E. T.: 21.03.2012.

²¹⁸ Öztekin Z., Nusret Fişek ile Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992, s.23.

²¹⁹ Altay A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı 64, 2007, s.33-58.

ve genel sağlık sigortasının kurulabileceğini ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör eliyle verilmesi anayasal bir meşruiyete bu hükümle kavuřmuřtur²²⁰.

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasa’sının 56. maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini” düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir²²¹. Bu anlayışın uygulamadaki izdüşümü ise, sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında daha ağırlıklı olarak yer alması ve rekabetçi bir ortamın yaratılarak hizmetlerin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi olmuştur. Ayrıca genel sağlık sigortası vurgusu anayasal bir teşvik olarak değerlendirilebilir.

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı 1983 yılında çıkartılan 210 sayılı Kanun Hükümünde Kararnameyle yeniden yapılandırılmış, merkez teşkilatında genel müdürlükler ve daire başkanlıkları, il sağlık müdürlüklerinde şube müdürlükleri kurulmuş ve görevleri yeniden tanımlanmıřtır²²². Sosyalleştirme 1961 yılında kabul edildiğinde 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılması planlanmasına rağmen bu sürenin bitiminde yalnızca 47 il sosyalleştirilebilmiştir. Böyle olunca, Kanun’un bu hükmü beş yıl ertelenmiştir. Buna göre sosyalleştirmenin 1981 yılı sonuna kadar yaygınlaştırılması gerekiyordu, ama bu da gerçekleştirilememiştir. Bu uzatmanın bittiği 1981 yılında ise Kanun’un uzatılması yapılmamıştır. O tarihe kadar sosyalleştirilmeyen 20 il, 1983 yılında planlaması ve hazırlıkları tamamlanmadan bir gecede sosyalleştirilerek bütün ülkede sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir!

Bir gecede sosyalleştirilen iller, başta üç büyük kenti kapsayan ülkenin çok nüfuslu, çoğu ileri derecede kentleşmiş ve gecekondulaşmış yöreleriydi. Bu illerde yeni ve standart kent tipi sağlık ocakları yapılması yerine çoğunlukla apartman daireleri kiralanarak iş çözülmeye çalışılmış, sosyalleştirme modelinin düzeni ve ilkeleri artık yok edilmeye başlanmıştır. Bu dönemde Hükümet Tabipliği döneminden bile daha geriye düşülmüştür; çünkü amaç başka bir düzen kurmak bile değil, sosyalleştirmeyi ortadan kaldırıp karmaşa yaratmaktır²²³.

²²⁰ Bostan S., Sağlıkta Dönüşüm Programı Hastane İşletmeleri Üzerine Etkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, İşletme ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2009, s.22.

²²¹ Pala K., “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Platformu?”, 2007, Bursa, s.11.

<http://www.turkacil.net/wp-content/uploads/2011/08/turkiyeicinsaglikplatformu.pdf> E.T.: 26.7.2012.

²²² Kurt Ö. şaşmaz T., a.g.e., s.24.

²²³ Aksakoğlu G., “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, Sayı 8, 2008, s.7.

Türkiye’de 1984 yılında yapılan genel seçimler sonrası hükümet kuran siyasi iktidarlar, dünyadaki özelleştirme rüzgârını arkasına alarak sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından satın alınan hizmet olması gereğini savunmuştur.

Sağlık sektörünü açık pazar ekonomisine adapte etme yolunda ilk girişim 1987 yılında kabul edilen “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu”dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamıştır. Devlet Planlama Teşkilatı’nın 1990’da tamamladığı sağlık sektöründeki sorunlar ve alternatif çözümleri mastır planı raporunda, sektörün var olan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest pazar stratejisi, ulusal sağlık hizmeti stratejisi başlıklarıyla stratejiler belirlemiştir. 1990 yılında herkese sağlık hedeflerini belirleyen ‘‘Türkiye Ulusal Sağlık Politikası’’ belgesi hazırlanmıştır²²⁴.

Sonraki yıllarda siyasi iktidarlar sağlık hizmetlerini piyasalaştırmaya yönelik girişimlerde bulunsalar da, süreç sağlık hizmetlerinin daha olumsuz hale getirilmesinden öteye gitmemiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın koordinesinde 23-27 Mart 1992 tarihleri arasında, Ankara’da yapılan 1.Ulusal Sağlık Kongresi’nde bazı kararlar alınmıştır. Bunlar; toplumun sağlık düzeyini ve sağlık sisteminin etkinliğini arttırmak; coğrafi, kentsel ve kırsal farklılıkları azaltarak hakkaniyetli dağılımı sağlamak; verimliliği artırıp, etkili sağlık hizmetleri sunumu için kaynaklarda rasyonel kullanımı sağlamak, hasta memnuniyeti için sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktır.

1993 yılında yapılan 2. Ulusal Sağlık Kongresi’nde ise; yapısal, hizmet sunumu alanında, sağlık finansmanında ve diğer alanlarda yapılacak reformlar konusunda kararlar alınmıştır. Sonuç olarak bunların hiçbiri gerçekleşmemiştir. Sadece bir ara formül olarak bulunan ve geçici olarak kullanılması düşünülen yeşil kart yasası çıkarılmıştır. 2001 yılı itibariyle 11 milyon kişi (ülke nüfusunun %17’si) yeşil kartlı olmuştur²²⁵.

Sağlık reformu başlığı altında 1980 sonrası tartışılan ve gündeme gelen birçok değişim programı, yasalaşmadan veya hayata geçmeden 2000’li yıllara gelindiğinde rafa kaldırılmak zorunda kalmıştır. Reformları gerçekleştirilememenin çok değişik nedenleri olmuştur. Bunlardan en önemlisi politik istikrarın sağlanamamış olması ve güçlü bir değişim iradesinin gösterilememesi sayılabilir²²⁶.

²²⁴ Bostan S., a.g.e., s.24.

²²⁵ Metin B., a.g.e., s.6.

²²⁶ Baran E., “Türkiye’de Sosyalleştirmeden Sağlıkta Dönüşüm’e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009, s.133.

2.1.5 Sağlıkta Dönüşüm Programı: 2003 ve Sonrası

3 Kasım 2002 seçimlerinden sonra iktidar olan Adalet ve Kalkınma Partisi 16 Kasım 2002’de hükümeti kurmaları halinde bir yıl içinde gerçekleştirecekleri öncelikli politikaları içeren “Acil Eylem Planı”nı basına açıklamıştır. Bu planda: etkin, kaliteli, yurt düzeyine dengeli dağılımı olan bir sağlık sistemi oluşturma ile temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme gibi mükerrer temel hedefler belirlenmiştir. Güvenoyunu alarak 58. Hükümeti kuran Ak Parti’nin Eylem Planı ile şekillendirilen Türkiye’nin Cumhuriyet tarihindeki en kapsamlı sağlık reformu olan Sağlıkta Dönüşüm Programı da 2003 yılında yayınlanarak, kararlı ve hızlı bir şekilde uygulamaya başlanmıştır. Bundan sonraki üst başlıkta Sağlıkta Dönüşüm Programı ayrıntılarıyla ele alınacaktır.

2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 yılı genel seçimleri ardından iş başına gelen 58. Hükümet tarafından 3 Ocak 2003 tarihinde açıklanan “acil eylem planı”na sadık kalınarak, 59. Hükümet Programı’nda, Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; “Herkesine Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklar sayılmaktadır.

- Sağlık Bakanlığı’nın İdari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin İdari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne 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 da e- Dönüşüm Programının hayata geçirilmesi²²⁷.

Hükümet Programında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Taslağı hazırlanmıştır²²⁸.

²²⁷ 59. Hükümet Programı, www.byegm.gov.tr/hukumetler/59hukumet , E.T.22.04.2012

Sağlıkta Dönüşüm Programı bütünüyle yeni bir yasal düzenleme getirmemiştir. Daha önceki mevzuat çerçevesinde yapılabilecek değişimler gerçekleştirilmiş, bir takım İdari düzenlemeler ile bazı değişiklikler yapılmıştır. Örneğin hasta hakları konusunda hastanelerde gerçekleştirilen yapılanma sadece çıkartılan yönerge ve genelgelerle oluşturulmuştur. Bunun yanında mevcut yasalarda bazı değişikliklere gidilerek, bazı maddeleri değiştirilerek veya yeni maddeler eklenerek bir takım değişiklikler yapılmıştır. Örneğin özel hastanelerle ilgili yasal mevzuatta yapılan değişiklikler gibi. Aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası yasal alt yapısı bulunmayan uygulamalara yönelik de yeni yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programı rapor ve kitaplarında belirtilen geçmişin birikimlerinden faydalanarak değişimi gerçekleştirmek ilkesiyle uyumludur. Projenin uygulanmasında Dünya Bankasından da kredi desteği alınmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, gerek kurumsal yapılanmayı gerekse kurumların işlevini köklü bir biçimde değiştirmektedir. Reformun temel unsurlarından ilki, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılıp, sağlık alanında denetleyici ve düzenleyici konuma gelmesidir. Bunun sonucunda, kamu sağlık kurumları özerkleşerek, yönetimleri yerel yönetimlere bırakılmaktadır. Reformun ikinci önemli ayağı, sosyal güvenlik kurumlarının, GSS (Genel Sağlık Sigortası) çatısı altında birleştirilmesi, üçüncü önemli ayağı ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin "aile hekimliği" tarafından gerçekleştirilmesidir²²⁹.

2.2.1 Amaçları

Her sağlık kurumunun ve sağlık hizmeti sunucusunun iki ana amacı vardır. Birincisi mümkün olan en yüksek kalitede hizmet sunmak ve ikincisi bu hizmeti mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Bu iki amaç teoride ayrılabilir fakat uygulamada birbiriyle yakından ilişkilidir. Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm kitabında aşağıdaki gibi ifade edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun* bir şekilde, organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.

Etkililik; uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Bu amaca ulaşmak epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle

²²⁸ Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003, s.2, www.burdur.saglik.gov.tr/aile/doc/SDP_konsept_notu.pdf E.T., 21.04.2012

²²⁹ Ataay F., "Kamu Reformu İncelemeleri", Ankara Tabip Odası, Ankara, 2005, s.78.

kanıtlanacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması, doğuştan beklenen ortalama ömrün uzatılması en temel göstergeler olarak görülmektedir.

Verimlilik; kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi olarak belirtilmektedir. İnsan kaynakları dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu çerçevede değerlendirilmektedir.

Hakkaniyet; insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Sosyal gruplar, kıır-kent ve doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergelerindeki farklılıkların azaltılması hakkaniyet kavramıyla açıklanmaktadır²³⁰.

2.2.2 Temel İlkeler

Programın temel ilkeleri dokuz ana başlık altında sayılmaktadır. Bunlar:

- *İnsan merkezlilik*: Sistemin planlanması ve hizmetin sunumunda, hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade eder. Sağlığın aile ortamında oluştuğu gerçeğinden hareketle, birey aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır²³¹.

- *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.

²³⁰ Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003, s.24,

²³¹ Bostan S., a.g.e., s.42

- *Gönüllülük*: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde 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 oluşacaktır²³².

Sağlıkta Dönüşüm Programının ilkelerine bakıldığında, karma ekonomik yapı içerisinde liberal politikalarla sağlık hizmetlerinin verilmesinin temel ilke olarak benimsendiği söylenebilir. Özellikle; insan (hasta) merkezilik, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, rekabet ilkeleri liberal politikaların hâkimiyetini; sürdürülebilirlik gerçekçi olma zorunluluğunu ve sürekli kalite iyileştirilmesi, toplam kalite anlayışının Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

2.2.3 Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri 2003 yılında projeye başlandığında sekiz başlık altında toplanmıştır²³³.

- *Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı*

Sağlık Bakanlığı planlayıcı, standart koyucu ve denetleyici rolünü artırmaya yönelik bir yapılanmayı öngörmektedir. Bu doğrultuda, kendisine bağlı sağlık kurumlarını yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırmayı hedeflemektedir.

²³² Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003, s.25.

²³³ İlerleme Raporu, 2008, s.20.

• *Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası*

Genel sağlık sigortası 1982 Anayasasının 56. maddesinde kurulması teşvik edilen bir yapılanmadır. Bu güne kadar birçok kez kurulması için teşebbüsler yapıldıysa da mümkün olmamıştır. Genel sağlık sigortasıyla amaçlanan, ülkedeki herkesi bir sağlık sigortası çatısı altında toplamak, sağlık sigortası primlerini diğer sigortalardan ayırarak, yaygınlaştırmak, sağlık finansmanı ile ilgili bağımsız bir yapı oluşturmak ve finansal denetimi etkinleştirmek olarak sayılabilir. Bu yönde ilk adım, 5502 sayılı ve 20.05.2006 tarihli kanunla kurulan, Sosyal Güvenlik Kurumuyla atıldı. Kurum, bütün ülkedeki kamu sigortalarını bir çatı altında topladı. Devamında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 5510 sayı ve 31.5.2006 tarihle mecliste kabul edildi. Anayasal denetim sürecinden geçtikten sonra bir takım değişiklikler de yapılarak 1 Ekim 2008 tarihinde yasa tamamıyla yürürlüğe girdi.

• *Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi*

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması ve insani değerlerin ön plana çıkarılmasıyla hizmet etkinlik ve verimliliğini yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Bu temanın 3 alt bileşeni bulunmaktadır²³⁴. Bunlar:

a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği yaklaşımı: Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye ‘tek pencere’ sistemi ile hizmet sunmayı esas alarak, başarıyı artırmayı amaçlamaktadır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi öngörülmektedir. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak sağlık hizmetlerinin etkililiği artırılabilecektir.

b) Etkili, kademeli sevk zinciri: Etkili ve kademeli sevk sisteminin temelini güvenilir aile hekimliği hizmetine bağlayan bir yaklaşımla, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumların hasta yüklerini azaltmak hedeflenmektedir. Bireylerin sevk zincirine uymalarını katılım payı oranlarının teşvik edici bir şekilde düzenlenmesiyle de sağlamayı öngörmektedir. Sevk zinciri uygulamasının tavizsiz bir şekilde bütün kademelerde bir üst kademeye geçmek için uygulanması durumunda, projenin getirdiği hekim seçme, hastane seçme gibi hakların sınırlandırılması gerekecektir. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleriyle çatışma olarak görülebilir. Ayrıca bu durum sağlık hizmetlerine ulaşımı ve sağlık kurumları arasındaki rekabeti de olumsuz etkileyecektir.

²³⁴ Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003, s.27.

c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Türkiye'deki kamu hastanelerinin özerkleştirilmesiyle, özel hastanelerin kamu sağlık sigortalı hastalara bakabilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda hastane yönetimlerinin döner sermaye gelirlerini çalışan personeline dağıtımında ve döner sermaye gelirlerine bağlı olarak hizmet satın alımı yoluyla personel temininin sağlanması konusunda yasal ve uygulamaya yönelik yasal değişiklikler yapılmıştır.

- *Bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıklı insan gücü*

Sağlıklı insan gücünün iyileştirilmesi ve motivasyonun artırılmasına yönelik, döner sermaye ödemelerinin iyileştirilmesi, hizmet içi eğitim ve mesleki eğitim kurslarının yaygınlaştırılması ve personelin katılımının kolaylaştırılması hedeflendi.

- *Sistemi destekleyici eğitim ve bilim kurumları*

Mevcut tıp eğitimi veren kurumlarla iletişimi artırarak tıp eğitimini Sağlıkta Dönüşüm Programı amaçları doğrultusunda etkilemek ve Hıfzısıha Mektebini tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmaktadır. Hıfzısıha Mektebi 10 Ekim 2008 tarihi itibarıyla Türkiye Sağlık Kurumu olarak yeniden yapılandırıldı. Kurum, uzaktan sağlık eğitimi sertifika kursları açmanın yanında sağlık sisteminin geliştirilmesi, sektörler ve uluslararası işbirliğinin güçlendirilmesini de kendine amaç edinmektedir²³⁵.

- *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon*

Sağlık hizmeti sunucularının kurumsal olarak kalite ve akreditasyon çalışmalarını teşvik etmek ve bakanlığa bağlı sağlık kurumlarının uyması gereken kalite standartlarını geliştirmek amacıyla 23.11.2007 tarihinde bakan onayı ile Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kuruldu. Bu birim kalite standartları geliştirme yanında sağlık kurumlarında ki performans uygulamalarını da takip etmektedir²³⁶.

- *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma*

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonuna, ruhsatlandırılmasına ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç

²³⁵ www.tusak.saglik.gov.tr E.T.:12.04.2012

²³⁶ www.performans.saglik.gov.tr E.T.:12.04.2012

vardır. Bu kurumsal yapının gerçekleştirilmesi amaçlanacaktır²³⁷. İlaç ve diğer tıbbi malzemelere yapılan harcamalar, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının %34’ünü oluşturmaktayken, 2003 OECD ortalaması %22’idi. Bu doğrultuda 2004 tarihli “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” ile ilaçların fiyatlanmasında beş AB ülkesinin fiyatları taban alınarak fiyatlama işlemi gerçekleştirilmeye başlanmasıyla beraber, yaklaşık 100 ilaçta %1 ila %80 arasında değişen indirimler elde edildi²³⁸. Aynı zamanda, SSK’lı ve Yeşil kartlı hastaların doğrudan serbest eczanelerden ilaçlarını almalarına olanak tanındı²³⁹. Bu gelişmeler şu anda tamamının olmasa bile Türk vatandaşlarının çoğunun, modern ilaçlara erişimlerinin iyi ve uygun olduğunu göstermektedir. Fakat Türkiye’de ilaç tüketiminin akılcı olup olmadığı ve maliyet etkili olup olmadığı konusunda bazı şüpheler vardır²⁴⁰. Tıbbi cihazlarla ilgili olarak; tıbbi cihaz yönetmeliği 2007 yılında çıkarılmış olup aynı zamanda Ulusal Bilgi Bankası adıyla tıbbi cihazların yönetimi ve kontrolüne yönelik bir yapılanma üzerinde çalışılmaktadır.

• *Karar sürecinde etkili bilgiye ulaşım*

Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda; doktorların veri bankası, uluslararası hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlama standartları oluşturulmuş ve sektörde kullanılabilir hale getirilmiştir. Ayrıca, aile hekimliği bilgi sistemi, tek düzen muhasebe sistemi, ihale bilgi sistemi, yeşil kart bilgi sistemi, organ ve doku nakli bilgi bankası, teletıp Programı, ulusal sağlık bilgi sistemleri kurulmuştur. E-kimlik ve e-reçete sistemlerine yönelik çalışmalar devam etmektedir²⁴¹.

2008 yılı İlerleme Raporunda sekiz ana başlığa üç ana başlık daha ilave edilerek, bileşenlerin sayısı on bire çıkarılmıştır.

• *Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları*

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik programların uygulanması ve sağlıklı yaşama programlarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

²³⁷ Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003, s.2.

²³⁸ OECD-Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008, s.74.

²³⁹ OECD-Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008, s.94.

²⁴⁰ OECD-Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008, s.74-84.

²⁴¹ İlerleme Raporu, 2008, s.94

•*Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu*

Tüm sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, AB uyum ve katılım sürecini yürütmek, sektörlerin Sağlıkta Dönüşüm Programını desteklemelerini sağlamaya yönelik çalışmalar hedeflenmektedir.

•*Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri*

Uluslararası düzeyde yapılmış olan birçok anlaşmadan hareketle, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetleri konusunda eğitim ve hizmet desteği vermek amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda; 2003-2008 tarihleri arasında 25 ülkede 803 sağlık personeline eğitim verildi. Ayrıca Afganistan, Sudan ve Filistin gibi ülkelere sürekli sağlık hizmeti yardımı verildi. Bu tür sağlık hizmetlerini geliştirmekle birlikte sağlık turizminin de geliştirilmesi ve sağlıkta bölgesel güç haline gelmek hedeflenmektedir²⁴².

2.2.4 Dünya Bankası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Neoliberal politikalar; devletin küçültülmesi, kamusal hizmet ve üretimlerin ticarileştirilmesi ve emeğin esnekleştirilmesi gibi uygulamaları bünyesinde barındırmaktadır. Bu bağlamda neoliberal anlayış doğrultusunda eğitim, sağlık, emeklilik, sigorta vb kamusal hizmetler metalara dönüştürülmekte ve yararlanılan her şey için bir bedel ödenmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Bu anlayış doğrultusunda sağlık hizmetleri yeni liberal politikalardan en çok etkilenen ve piyasa aktörleri açısından cazip bir yatırım aracı olarak görülen alanların başında gelmektedir²⁴³.

Dünya Bankası'nın 2003 yılında yayınladığı "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektörü Reformu'nda kimi sağlık reformu yöntemleri önerilmiştir. Başlıca öneriler şöyledir:

1. Tercihe bağlı özel ek sigorta, zorunlu genel sosyal sağlık sigortası: Burada SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı (ES) ve Yeşil Kart'ın tek bir finansman kaynağıyla birleştirilmesi önerilmektedir.

2. Temel hizmetler paketi geliştirilmesi ve kamu harcaması hedeflemesi: Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik belli bir hizmet paketi geliştirilmesi önerilmektedir. Temel hizmetler

²⁴² İlerleme Raporu, 2008, s.105

²⁴³ Belek, İ., Esnek Üretim Derin Sömürü, Nazım Kültürevi Yayınları, İstanbul, 2004, s.9.

paketini yoksullara ulaştırmak için, teşvik edilebilir yöntemler geliştirilerek, sağlık çalışanlarının yoksul kesimlerde çalışması sağlanmalıdır. Bu teşvikler ek ücret, daha kısa görev süresi, bir yoksunluk (mahrumiyet) bölgesinde hizmet verdikten sonra seçilen yere atanma ve uzmanlık programlarına avantajlı kabul edilme olabilir.

3. Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha çok serbestlik tanınması: Hastane verimliliğinin artırılması için, tüm hastanelere, özellikle devlet ve SSK hastanelerine, yönetsel ve mali özerklikle sağlık hizmetlerinin üretimi ve yönetimi için gerekli girdilerin alımında özerklik tanınması önerilmektedir.

4. Kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması: Sağlık Bakanlığı'nın öncelikli görev ve sorumluluğu politika belirleme, düzenleyici ve denetimi sağlama olmadır.

5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri arzının güçlendirilmesi: Bunu gerçekleştirmek için "Aile Hekimliği" kavramının benimsenmesi ve yaşama geçirilmesi önerilmektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın bileşenlerinden; planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan bir GSS, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği ile yönetsel ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, IMF / DB patentli programların da öngördüğu düzenlemeler olarak yaşama geçirilmiştir. Bütün bunlar, aslında ulusal sağlık sistemimizdeki “Reform” adı altında köklü değişimlerin, uluslararası güçler tarafından yönlendirildiğini açıkça göstermektedir²⁴⁴.

2.2.5 AB İle İlişkiler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sürecin diğer aktörü de AB'dir. AB ile başlayan ilişkiler sonucunda oluşan 1998 İlerleme Raporu'nda kamusal hizmetin yetersiz, sağlık sisteminde kamu ve altyapının yatırım yapılmasını engellediği, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. 1999 İlerleme Raporu'nda Sağlık ve Sosyal Güvenlik alanında müktesebatla uyumun sınırlı olduğu üzerinde durulmuştur. 2000 İlerleme Raporu'nda sağlık alanında eşit muamelenin olmadığı, Sosyal Güvenlik sisteminin ciddi mali krizde olduğu tespit edilmiştir. 2002 İlerleme Raporu'nda yabancıların hizmet sunumunda ciddi engellerle karşılaştığı, Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanması ve prim toplamada etkililiğın sağlanması gerektiği, özel emekliliğın hukuki çerçevesinin çizilmesi istenmiştir. 2003 İlerleme Raporu'nda sosyal diyalog, sağlık ve güvenlik alanında daha fazla çaba gösterilmelidir denmiş, sağlıkla ilgili önceliklerin kısmen

²⁴⁴ Baran E., a.g.e., s.194

sağlandığı bildirilmiştir. 2004 İlerleme Raporu'nda sosyal diyalog tekrarlanarak, sağlık ve güvenlik alanında daha fazla çaba istenmiştir. Temmuz 2005 İlerleme Raporu'nda Türkiye'de sağlık alanında bölgelerarası eşitsizlik vurgulanmış ve Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemindeki önemli değişikliklerin o dönemde devam etmesi üzerinde durulmuştur. Ocak 2005 itibariyle tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı'nda toplanması, ilave gayret ve idari kapasitenin iyileştirilmesi gerektiği rapor edilmiştir.

2006 İlerleme Raporu'nda Sosyal Güvenlik Sisteminin yasalaştırılmış, basitleştirilmiş, bürokrasisi azaltılmış hale getirilmesi ve denetim sisteminin artırılması üzerinde durmuştur. 2007 İlerleme Raporu'nda sağlık harcamalarının bütçeyi aştığı, Sosyal Güvenlik Reformunun uygulamasının durduğu; Sağlık Bakanlığı'nın piyasa gözetimi için mevzuat sınırlı olmakla beraber, ilgili yönetmelik yayınladığı belirtilmiştir. 2008 İlerleme Raporu'nda ise Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun kabul edilmesiyle, sosyal politikalar ve istihdam alanında bir miktar ilerleme kaydedildiği yazılmıştır²⁴⁵.

59. Hükümet, Haziran 2003'de yayınlanan SDP'da, sağlık alanında yapacağı reformları AB ile ilişkilendireceğini sayfa 28'de ifade etmiştir:

“SDP, belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi” ve ülkemiz tarafından hazırlanan “Ulusal Program” doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı'nın Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alacaktır”²⁴⁶.

2.3 Sağlık Sisteminde Öngörölmüş ve Geçilmiş Uygulamalar

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları ve bileşenleri incelendiğinde, projenin bütün sağlık sistemini, sektörünü ve hatta sağlıkla ilgili diğer sektörleri de kapsadığı görölmektedir. Bu nedenle öngörölmüş ve uygulanmış birçok proje bulunmaktadır. Bu projelerden ve uygulamalardan Türkiye'deki hastane işletmelerini doğrudan etkileyen ve gerçekleştirilmiş olan uygulamalar başlıklar halinde sıralanmıştır.

²⁴⁵ Demirel Etöz S., “Sağlık Reformu 1980-2010”, Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform, Der. Güler B. A., Ankara Üniversitesi, 2011, s.159.

²⁴⁶ Yıldırım H. H., “Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği”, s.4. http://www.absaglik.com/hhy_abhastane.pdf E. T.: 21.04.2012.

2.3.1 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortasının Kurulması

1963 yılındaki ilk kalkınma planından bu yana gerçekleştirilmeye çalışılan Sosyal Güvenlik Kurumları olan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'yı tek bir kurum çatısı altında toplayan Genel Sağlık Sigortasının kurulması, 13.04.2006 tarihli 5487 sayılı kanun²⁴⁷ ile bu üç kurum Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak birleştirilmesiyle başarılmış, ama tam olarak faaliyete geçmesi 2008 yılına dek sarkmıştır.

Sosyal Sigortalar Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumu'na, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu sayede sağlık hizmetini sunanla bunun finansmanını sağlayan kurumlar tamamen birbirinden ayrılmıştır.

Primli sosyal güvenlik sistemini getiren 31.05.2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu bu yapının bir tamamlayıcısı olarak hemen ardından kabul edilmiştir. Kanunun geçiş aşamasında çıkabilecek aksaklıklar için Yeşil Kart uygulamasının kapsamı genişletilmiş, ilaç ve ayakta tedaviyi karşılar hale getirilmiştir. Mevcut sosyal güvenlik kapsamında olmayan kimselerin büyük çoğunluğu Yeşil Kart sistemine dahil edilmiştir. Yakın zamandaki verilere göre aşağıdaki durum Türkiye'deki Sosyal Güvenlik'in durumunu göstermektedir²⁴⁸:

2008 itibariyle aktif ve pasif sosyal güvenlik sisteminde olan nüfus 58.393.880, Yeşil Kartlılar 9.342.306, sosyal güvenlik kapsamı dışında kalanlar ise 2.851.129'dir²⁴⁹. Yeşil Kartlılar nüfusun yedide birini temsil etmektedir ve bu sistem için yükü fazladır. Devletin uzunca bir süre finansmanı sağlayamayacağından zamanla görece refah durumu iyi kimseler bu haktan faydalandırılmayacaktır. Ayrıca sosyal güvenlik kapsamında bulunan kimi kesim ise yılın belli dönemi çalışıp diğer dönemlerde işsiz olan, primini yatıramayan veya bir sosyal güvenlik kanununa tabi olduğu için Yeşil Kart alamayan fakat bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kanununun gereğini yerine getirmeyenler vardır. Bu halde, sistemin "toplumun bütününe kucaklama" ve genel sağlık sigortasından ve temel teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kimseyi bırakmama iddiası pek gerçekçi görülemeyebilir²⁵⁰.

²⁴⁷ Resmi Gazete Tarih: 16/6/2006 Sayı : 26200.

²⁴⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu, Aralık 2008 İstatistikler, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/f4104a804cd448629a40ffc1fec92a73/2008_aralik.xls?MOD=AJPERs, E.T.: 20.04.2012.

²⁴⁹ Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara 1993, s.51. <http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/Default.aspx>, E.T.: 15.04.2012.

²⁵⁰ Ataay F., "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", Amme İdaresi Dergisi, Cilt 41, Sayı 3, 2008, s.173.

GSS ile ilgili iki önemli husus vardır. Bunlardan birincisi, genel sağlık sigortası 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 gelirlerden oluşması nedeniyle kayıt dışı ekonomi meselesidir²⁵¹.

GSS sisteminde, finansman ile sağlık üretimi birbirinden ayrılarak, sistem sağlık hizmeti satın alınması mantığı üzerine kurulmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarına pazar yaratılmak istendiği açıktır. Bu yapılanmayla sağlık hizmetlerinin pahalılaşacak olması kaçınılmazdır. GSS sisteminde temel teminat paketinin çok dar tutuluyor olması nedeniyle vatandaşlara katkı payı adı altında maddi yük bindirilmesiyle, özel sağlık sigortası yaptırmak zorunlu hale gelecektir²⁵². Genel sağlık sigortası zorunlu olarak tüm toplumu kapsamakla birlikte uygulamadan kaynaklanan, primlerini ödemeyen insanların güvence dışında kalmalarına yol açacağı kaygısı da gündeme getirilen konulardan birisidir. Öte yandan bu sistemin finansmanı açısından da çok hakkaniyetli olmadığı kanısı da ortaya atılmaktadır. Prim oranları bir düzeyden sonra gelire orantılı olarak artmamakta ve bu nedenle varlıklı üst kesimler avantajlı duruma geçmektedir. Yük ağırlıklı olarak geliri orta denebilecek insanların üzerine binecektir.

2.3.2 Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması ve Kamu Hastanelerine İdari ve Mali Özerklik Tanımak

SDP’da “Tüm kamu hastanelerine, hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacak, bütün kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığının denetiminde özerk kurumlar haline getirilecektir” açıklamasına yer verilmiştir. Bu açıklamanın Dünyada dayatılmakta olan gelişime paralel olduğu görülmektedir. Literatürde bu doğrultuda saptamalar mevcuttur: “Türkiye’de 1990’lardan itibaren kamu hastane sektöründe yapılmaya çalışılan reform girişimlerinin dünya genelinde yapılmakta olan reformlar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Neo-liberalizmin küreselleşmesi sağlık sektörüne devletin müdahalesini azaltmış ve artık hükümetler sağlık sektöründeki birincil ve asli sorumluluklarını azaltma davranışları sergilemeye başlamışlardır. Bu süreç kamu hastaneciliğine de yansımaktadır. Türkiye dahil gelişmekte olan ülkelerde hastane reformlarında öncelikle kamu

²⁵¹ Ataay F., “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, Kamu Reformu İncelemeleri, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara 2005, s.78.

²⁵² Ataay F., a.g.e., s.79.

hastanelerinin merkezi hükümetin birer bütçe birimi olmasından çıkartılıp, kendi gelir ve giderlerinden sorumlu daha otonom, özerk veya özelleştirilmiş hastane özelliğine kavuşturulması amaçlanmaktadır”²⁵³.

Tüm kamu hastanelerine, hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacak, bütün kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığının denetiminde özerk kurumlar haline getirilecektir.

Sağlık Bakanlığı sosyal devlet anlayışı gereği koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetleriyle birlikte, sağlık politikalarını hazırlamak, sektörel öncelikleri belirlemek, kalite ve akreditasyon yaklaşımı çerçevesinde denetim görevini yerine getirmeyi önceleyen yeni “Teşkilat Kanunu” çalışmaları devam etmektedir. Bu anlayışı da yansıtmak üzere hazırlanan “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa Tasarısı” ile, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılarak küçük, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulması öngörülmüştür. Bu tasarıya göre²⁵⁴;

- 1) Sağlık Bakanlığının taşra örgütü kaldırılarak, sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilecek,
- 2) Bakanlığa bağlı kuruluşların (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, Hudut ve sahiller Gn. Md.) taşra örgütü olabilecek,
- 3) Eğitim hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmeye devam edecek,
- 4) Bazı devlet hastaneleri özerk statüye geçecek, diğerleri il özel idarelerine devredilecek,
- 5) Verem, sıtma, bağışıklama, aile planlaması gibi bazı ulusal programlar Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek,
- 6) İl özel idareleri sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecek,
- 7) Bakanlık içinde strateji belirleme ve performans değerlendirme birimi kurulacak, yıllık planlar hazırlanacak.

Böylece SB, sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılacak, sadece politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve sağlık piyasasını düzenleyen ve denetleyen bir kuruma dönüştürülmüş olacaktır.

²⁵³ Top M., Gider Ö., “Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme”, TÜSİAD Görüş Dergisi, Sayı 60, 2004, s.73.

²⁵⁴ Yenimahalleli Yaşar G., “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, Mülkiye Dergisi, Sayı 260, 2008, s.157-192.

1928'den 2010'a kadar yıllara göre Sağlık Bakanlığı personel sayısına baktığımızda 2002 yılından itibaren personel artışının oldukça yavaşladığı ve artış oranının düştüğünü görmekteyiz²⁵⁵. SDP ile birlikte hekim dışı sağlık personeli genellikle sözleşmeli olarak istihdam edilmiştir. “Özellikle mahrumiyet bölgeleri olarak nitelendirilen beş ve altıncı hizmet bölgelerinde olmak üzere 4/B maddesine göre sözleşmeli statüde 84.838 ve 4924 sayılı kanuna göre sözleşmeli statüde 19.755 sağlık personeli Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev almıştır”²⁵⁶. Sekiz yıllık süreçte Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaklaşık 105 bin kişinin sözleşmeli olarak görev yapması dönüşümün yönünü net bir şekilde ortaya koymaktadır²⁵⁷.

SDP yürürlüğe girdikten sonra hızlı bir artış gösteren taşeron istihdam biçimi, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kategorisini oluşturmaktadır. 2003 yılından sonraki sekiz yıl içinde hizmet alımı sayısı 11 binden 2011 yılı itibarıyla 120 bine yükselerek yaklaşık 11 kata yakın bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde taşeron personel çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde genişletilmiştir²⁵⁸.

Hastanelerde etkinlik ve verimliliğin artırılması amacıyla ve önceden ayrıntılı olarak hukuksal ilkeleri saptanmış bir özerkleştirme uygulamasının, işletmecilik biliminin ilkelerine uygun ve kamu yararı da gözetilerek gerçekleştirilmesi halinde, yararlı olması mümkündür. Ancak bu yolla işletilecek kamu sermayesinin denetiminin de çok sağlıklı ve hızlı bir biçimde gerçekleştirilmesi ayrı bir zorunluluktur²⁵⁹.

Söz konusu uygulama, kamu sağlık kuruluşlarının önce yerel yönetimlere ve ardından da yerli ve/veya yabancı sermayeye intikalini amaçlıyorsa, bunun onaylanabilir yanı olamaz. Bu bir anlamda kamu sermayesinin özel kesime aktarılması anlamını taşır. Diğer yandan, sağlık hizmetinin piyasada alınıp satılabilinen bir meta haline getirilmesi, yani ticarileştirilmesi, sağlık hizmetinin özü ile bağdaşır nitelikte değildir; bu yola gidilmesi, bireyin gerektiği kadar değil, ekonomik gücü oranında sağlık hizmetlerinden yararlanması sonucunu doğurur; bunun ise, artık uluslararası belgelerde ve ileri toplumlarda, temel hak kabul edilen sağlık hakkına ulaşımı

²⁵⁵ Saran U., “Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Der. Aktan C.C., Saran U., Aura Kitapları, İstanbul, 2007, s. 670.

²⁵⁶ Akdağ R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2010), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:839, Ankara, 2011, s.205.

²⁵⁷ Er Ü. Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011, s.290.

²⁵⁸ Sayan İ. Ö., Küçük A., “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, 2012, s.171-203.

²⁵⁹ Saran U., a.g.e., s.652.

engelleyeceği açıktır. Dolayısıyla böyle bir uygulamada, sağlık hizmetlerinden, gereksinimi olan herkes değil, sadece parası olanlar yararlanabilecek demektir. Bunun ise Anayasamızın değiştirilemeyen hükümleri arasında yer alan “sosyal devlet” ilkesinin çığnenmesi anlamına geleceği ortadadır²⁶⁰.

Anayasa Mahkemesinin, “Sosyal hukuk devleti, insan hak ve özgürlüklerine saygı gösteren, kişilerin huzur, refah ve mutluluk içinde yaşamlarını güvence altına alan, kişi ve toplum arasında denge kuran, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak sosyal adaleti gerçekleştiren, bu bağlamda sağlık hizmetlerinden bireyin yeteri kadar yararlanmasını sağlayan devlettir” şeklindeki “sosyal hukuk devleti” tanımına, eklenecek fazla bir hususun bulunmadığı söylenebilir²⁶¹.

Bu nedenlerledir ki, Sağlıkta Dönüşüm Programının en fazla tartışılan yanı, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kuruluşlarının “özerkleştirilerek” “sağlık işletmesi” haline getirilmesi ve işletme haklarının devrine olanak tanınmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu yeni yapılanmada, sağlık işletmeleri kar amaçlı olarak çalışacak, sağlık hizmetlerini de GSS, özel sağlık sigortaları ve “katkı payı” adı altında finanse edecektir. Böylece kamu sağlık kuruluşları hizmet merkezli kuruluşlardan, kazanç merkezli kuruluşlara, sağlık çalışanları da kamu personeli statüsünden işçi statüsüne dönüşecektir²⁶².

²⁶⁰ Er Ü., a.g.e., s.294.

²⁶¹ Anayasa Mahkemesi 22.11.2007 tarihli, Esas Sayısı 2004/114, Karar Sayısı 2007/85, RG: 24.12.2007/26727.

²⁶² Atay F., a.g.e., s.79.

Tablo 0.1 Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Personel Sayısı

Yıl	Hekim	Dış Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı	Yıl	Hekim	Dış Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı
1928	1 078	-	130	1 059	377	128	1970	15 856	3 245	8 796	9 954	11 321	3 011
1929	1 090	-	164	1 189	397	131	1971	16 514	3 517	9 436	10 285	12 176	3 477
1930	1 182	-	202	1 268	400	127	1972	16 290	3 789	11 358	10 426	13 056	3 981
1931	1 123	-	223	1 224	429	115	1973	18 511	4 279	13 401	11 025	13 567	4 781
1932	1 188	-	216	1 246	421	116	1974	20 868	4 269	12 641	8 479	12 228	4 715
1933	1 211	-	257	1 306	402	121	1975	21 714	5 046	14 806	11 021	12 975	7 002
1934	1 217	-	292	1 303	413	124	1976	23 388	5 379	16 566	11 517	13 873	7 828
1935	1 243	-	325	1 365	451	125	1977	23 920	5 954	19 859	11 183	16 785	10 572
1936	1 287	-	357	1 405	471	135	1978	25 230	6 826	20 966	11 141	16 219	11 280
1937	1 391	-	356	1 497	486	137	1979	26 298	7 021	23 797	11 606	15 904	11 865
1938	1 379	-	408	1 604	529	143	1980	27 241	7 077	26 880	11 664	15 880	12 059
1939	1 514	-	409	1 638	559	143	1981	28 411	6 790	29 459	12 226	13 890	11 610
1940	1 500	-	405	1 493	616	129	1982	30 956	7 625	29 243	11 830	13 454	11 428
1941	1 585	-	410	1 462	475	138	1983	32 263	7 763	29 316	10 704	14 570	11 527
1942	1 759	-	419	1 501	667	139	1984	34 195	8 133	30 261	10 456	15 536	11 586
1943	1 742	-	411	1 564	687	131	1985	36 427	8 305	30 854	10 525	17 987	11 602
1944	1 693	-	401	1 615	786	128	1986	37 142	8 410	32 392	11 684	19 127	12 866
1945	1 945	-	409	1 632	806	116	1987	38 829	8 589	34 855	12 352	21 982	13 668
1946	2 181	-	473	2 756	1 110	137	1988	42 502	9 639	38 903	18 831	25 665	14 567
1947	2 514	-	519	2 963	1 622	148	1989	46 708	10 132	43 374	18 869	27 805	15 201
1948	2 617	-	643	2 938	1 326	115	1990	50 639	10 514	44 984	21 547	30 415	15 792
1949	2 617	-	643	2 938	1 326	115	1991	53 264	10 623	47 540	23 813	33 724	16 002
1950	3 020	-	721	4 018	1 285	130	1992	56 985	10 703	50 456	24 160	35 096	16 593
1951	6 570	953	687	3 003	1 586	1 047	1993	61 050	11 069	54 268	28 776	36 263	17 696
1952	6 232	966	1 368	4 448	1 734	1 089	1994	65 832	11 457	56 280	30 811	35 604	18 366
1953	7 179	1 157	1 496	3 474	1 946	1 026	1995	69 349	11 717	64 243	34 342	39 551	19 090
1954	6 913	978	1 137	3 208	1 737	1 231	1996	70 947	12 406	64 526	39 075	38 945	19 681
1955	7 077	958	1 525	3 927	2 001	1 256	1997	73 659	12 737	67 265	39 658	40 230	20 557
1956	7 603	1 042	1 492	4 135	1 852	1 311	1998	77 344	13 421	69 246	41 461	41 059	21 441
1957	7 396	1 071	1 608	3 345	1 965	1 298	1999	81 988	14 226	70 270	43 032	41 271	22 065
1958	7 702	1 220	1 804	3 191	2 102	1 394	2000	85 117	16 002	71 600	46 528	41 590	23 266
1959	7 879	1 287	1 889	3 366	2 843	1 387	2001	90 757	15 866	75 879	45 560	41 158	22 922
1960	9 826	1 395	2 420	3 890	3 126	1 406	2002	95 190	17 108	79 059	49 324	41 513	22 322
1961	8 214	1 367	1 658	3 550	3 219	1 390	2003	97 763	18 073	82 246	50 432	41 273	23 757
1962	8 998	1 555	1 564	3 443	3 729	1 507	2004	104 226	18 363	82 616	57 723	42 649	24 615
1963	11 124	1 824	4 736	5 738	4 080	1 761	2005	106 698	18 771	83 411	58 599	43 429	21 344
1964	10 051	1 769	4 184	5 809	3 837	1 650	2006	104 475	18 332	82 626	58 473	43 640	23 140
1965	10 895	1 932	4 592	4 676	4 339	1 771	2007	108 402	19 278	94 661	78 439	47 175	23 977
1966	11 335	2 140	5 039	5 180	4 951	1 933	2008	113 151	19 959	99 910	83 993	47 673	24 778
1967	11 875	2 246	6 161	5 897	5 621	2 203	2009	118 641	20 589	105 176	92 061	49 357	25 201
1968	12 389	2 381	7 426	6 494	6 676	2 307	2010	123 447	21 432	114 772	94 443	50 343	26 506
1969	15 203	3 025	8 110	9 461	10 251	2 546							

Kaynak: tuik.gov.tr

2.3.3 Kamu Hastane Birlikleri

24.11.2004 tarihinde Aile Hekimliği Sistemine Geçiş, 01.10.2008 tarihinde 5510 sayılı Kanunla Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve 26.03.2010 tarihinde Plan ve Bütçe Komisyonundan geçen, fakat kanunlaşmamış olan Kamu Hastane Birlikleri (KHB)'nin oluşturulması ile SDP'nin üçüncü aşaması tamamlanmak istenmiştir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, bakanlığın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve "Sağlık Piyasası"nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim durumuna getirilmesinin amaçlandığı, bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme haklarının devredilmek yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlanmasının öngörüldüğü ileri sürülmektedir²⁶³.

Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile özel kanun veya statü ile kurulan, kamu tüzel kişiliğine sahip, ayrı bütçeli, hizmet bakımından yerinden yönetim kuruluşları şeklinde düzenlenen²⁶⁴ ilgili kuruluş statüsünde, birliğe dönüştürülecektir. Birlikler bu kanunla birlikte özel hukuk hükümlerine de tabidir. Bakanlığın değerlendirmeleri sonucu aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği gibi, birden fazla ili kapsayacak şekilde de birlik kurulabilir. Ayrıca Bakanlığın belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirerek birlikler koordinatörlüğü de oluşturabilir. Birlikler koordinatörlüğünün kurulması zorunlu olmayıp, ortak politikaların daha rahat belirlenebilmesi içindir. Kararları istişari mahiyette olup, çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir. Birliğin organları; yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.

Sağlık Bakanlığı'nın resmi sitesinden yaptığı açıklamaya göre²⁶⁵:

"663 sayılı KHK²⁶⁶, KHB'nin 1 yıl içerisinde kurulmasını öngörmektedir. Buna göre 2 Kasım 2012 tarihine kadar bu yapının oluşturulması gerekmektedir. Ancak bu tarih beklenmeden tedrici olarak bütün illerde Birlikler kurulacaktır. Ayrıca pilot uygulama yapılmayacaktır.

KHB'lerdeki en üst yönetici Genel Sekreter'dir. Genel Sekreter olabilmek için, en az 4 yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından mezun olma ve kamu veya özel sektörde 8 yıl

²⁶³ Ataay F., Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, s.11.

²⁶⁴ İdari Hukuk Özerklikle ilgili tanım.

²⁶⁵ Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15550/kamu-hastane-birlikleri-khb.html> E.T.: 12.07.2012.

²⁶⁶ Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Resmî Gazete

iş tecrübesine sahip olma şartı aranacaktır. Ayrıca sektör tecrübeleri, geçmiş yönetim deneyimleri, başarılar vb. özellikler de dikkate alınacaktır. Genel Sekreterler KHB'lerin kurulmasını müteakip belirlenecek ve sözleşmeleri yapılacaktır.

Başkanlar ve hastane yöneticileri Genel Sekretere bağlıdır. İdarî hizmetler ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdür olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından mezun olma ve kamu veya özel sektörde en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olma şartı aranacaktır.

KHB'lerde genel sekreterler, başkanlar, uzmanlar, büro görevlileri; hastanelerde ise hastane yöneticileri, başhekim ve başhekim yardımcıları ile müdürler ve müdür yardımcıları sözleşmeli statüde çalışacaktır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapacaktır. Başhekim yardımcılıyla başhekimin, müdür yardımcılıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılacaktır.

Şu an hastanelerde hizmet veren diğer personel mevcut statüsünde çalışmaya devam edecektir. Mevcut kadrolu çalışanların sözleşmeye geçirilmesi gibi bir durum söz konusu değildir. Ancak mevcut personel, yukarıda sayılan pozisyonlara kurumlarından aylıksız izinli sayılmak suretiyle sözleşmeli statüde görevlendirilebilecektir. Sözleşmesi sona erenler eski kadrosuna dönebileceklerdir.

Sözleşmeli personel ayrı bir ücretlendirme modeline tabi tutulacaktır. Bunlara sözleşme ücretlerine ilaveten performansa dayalı ek ödeme verilecektir. Ek ödemeye ilişkin Yönetmelik taslağı hazırlanmış olup Maliye Bakanlığı ve Sayıştay görüşlerinin alınmasını müteakiben yayımlanacaktır.

Mevcut kadrosunu bırakıp KHB'lerde sözleşmeli statüye geçen çalışanlar aylıksız izinli sayılacaklardır. Sözleşmeleri sona erdiğinde 1 ay içerisinde müracaatları halinde eski kadrolarına atamaları yapılacaktır.

Sözleşmeli statüdeki personelle yapılacak sözleşmelerde, kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri çerçevesinde bireysel performans kriterleri ve hedefleri yer alacaktır. Sözleşme süresi 2 yıldan 4 yıla kadar olabilecektir. Sözleşme ekindeki performans hedeflerinin gerçekleşmemesi durumunda, sözleşmeler süresinden önce de sona erdirilebilecektir. Sözleşmelerde performans hedefleri ile başarısızlığa bağlı sözleşme fesih halleri ve süresinden önce yapılacak fesihlere yönelik diğer durumlar belirtilecektir.

KHB'lerin kurulmasıyla birlikte ek ödemelerde Birlik tahakkukunun da etkili olabileceği bir sisteme geçilecektir.

Yeni yapıda profesyonel bir yönetim anlayışı ile hastanelerin hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. KHB'ler ile kaynaklar daha etkin ve verimli kullanılacaktır. Hastanelerin ve KHB'lerin performansı izlenecek, performans kriterlerinden biri de hizmet kalitesi olacaktır²⁶⁷.

Tasarıya getirilen en önemli eleştirinin, kamu hastanelerini özelleştirmek için söz konusu kanun tasarısının bir kılıf olarak gösterilmeye çalışıldığı düşüncesinin olduğunu görmekteyiz. Birlik Yönetim Kurulunun; birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek ile hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işletmek gibi hususlarda yetkili olması, özelleştirilme konusuna gerekçe olarak gösterilmektedir²⁶⁸. Birlik Yönetim Kurulu kararıyla yapılacak bu satışlarla; kamuoyu tarafından gelecek olan tepkiler ve açılacak muhtemel davalar nedeniyle bütün olarak yapılması zor olan özelleştirmenin, birliklere verilen bu yetkilerle daha kolay ve hissettirmeden yapılacağı düşüncesinin bazı sivil toplum örgütlerine ve bazı akademisyenlere hâkim olduğu görülmektedir²⁶⁹.

“Kamu hastane birliklerinde görev yapacak olan personelin iş güvencesinden yoksun bir şekilde sözleşmeli olarak çalıştırılmak istenmesiyle, bu kurumlara siyasi müdahaleler daha da artacak kurumlar politize olacaktır²⁷⁰” düşüncesi ile yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin “özel sözleşmeli” statüsünde çalıştırılmasının öngörülmesi hükmünün, Anayasa'nın 128. maddesine aykırılık taşıdığı, ilgili Anayasa maddesi, kamu kurum ve kuruluşlarında yönetim kademesinde bulunan personelin “kamu görevlisi” statüsünde bulunmasını gerekli kıldığı ileri sürülmektedir²⁷¹.

Birlik içerisinde personel alımında genel sekreterin neredeyse tek yetkili olması, sözleşme yapılacak personeli genel sekreterin yönetim Kuruluna teklif edecek olması, yani personel alımı konusunda Bakanlığın yetkilerini devrettiği, Yerinden ve katılımcı yönetime bir katkısı

²⁶⁷ Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15550/kamu-hastane-birlikleri-khb.html> E.T.: 12.07.2012.

²⁶⁸ Erdem R., Yıldızlı Ü. K., a.g.e., s.56.

²⁶⁹ Erdem R., Yıldızlı Ü. K., “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun Tasarısı Üzerine Değerlendirmeler”, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Sayı 70, 2011, s.52-59. (57)

²⁷⁰ Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı İle İlgili Olarak Türk Sağlık-Sen'in Görüşlerini İçeren Rapor, s. 4.

²⁷¹ Ataay F., a.g.e.(kamu hast...), s.8.

olmayacağı ve aksine genel sekreterin mutlak hâkimiyetine bağlı kişiselleştirilmiş bir merkezi yönetim kurulacağı, genel sekreterin teklifleri üzerinde karar verecek yönetim kurulunda bulunan 7 üyenin son kararı verecek olmasının da çok başlılığa sebep olacağı, eleştirisinin yapıldığını görmekteyiz²⁷².

Sağlık Personeli Platformu web sitesinde; “SGK'dan ilaç pazarlığını devralacak KHB'nin hükmedeceği pazarın büyüklüğü 100 milyar TL'ye yaklaşacak. KHB'nin SGK'nın açığını da kapatması bekleniyor. Zira SGK'nın gelir ve giderleri arasındaki fark her geçen yıl daha fazla artıyor. SGK verilerine göre kurum geçen yıl 124 milyarlık gelirin karşılığında 140 milyarlık giderde bulundu ve açığı yüzde 15 oranında artarak 16 milyara ulaştı. KHB İlaç sektörünün baş aktörü olacak. Kamu hastanelerinin masasından sandalyesine kadar tedariklerinden sorumlu olacak. Başhekim ve rektörlerin yetkilerini kısıtlayacak. Kamu sağlık ihaleleri ondan sorulacak” yorumu yapılarak olacak değişikliklerden söz edilmiştir²⁷³.

Tablo 0.2 1970-2007 Yılları Arasında Özel Hastane Oranları

Yıl	Toplam hastane sayısı	Özel hastane sayısı	%
1970	743	79	10,6
1980	827	90	10,9
1990	857	125	14,6
2000	1.184	261	22,0
2007	1.276	365	28,6

Kaynak: tuik.gov.tr

2.3.4 Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş

Aile Hekimliği bileşeni, sağlığın aile ortamıyla birlikte geliştiği gerçeğinden hareketle, bireyin sağlığını aile sağlığı kavramı çerçevesinde değerlendirebilecek, bireyin kendi seçeceği bir hekim tarafından, sağlık sorumluluğunun üstlenilmesini sağlayacak bir sistem kurulması amacını taşımaktadır²⁷⁴.

²⁷² Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı İle İlgili Olarak Türk Sağlık-Sen'in Görüşlerini İçeren Rapor, s. 5.

²⁷³ Sağlık Personeli Platformu: <http://www.saglikpersoneliplatformu.net/haber/10326/kamu-hastane-birlikleri-tam-yetkiyle-geliyor.html#ixzz25O0UKhKg> E.T.:23.07.2012.

²⁷⁴ Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Ağustos 2008, Ankara, s.143-144.

Aile hekimliği, Dünya Bankasının, Türkiye’ye birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda bir seçenek olarak önerilmektedir. Dünya Bankası’nın 2004 Sağlık Türkiye raporuna göre, aile hekimliği Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin en önemli adımıdır. Bu nedenle Türkiye’ye 2004 yılında 49.4 milyon Euro kredi verilmiştir. T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 11 Haziran 2004 tarihinde imzalanan Kredi Anlaşması ile ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’na Destek Projesi için Banka’dan 49,4 milyon Euro sağlanmıştır. Söz konusu kredi 200 milyon Dolarlık bir paketin 2004-2007 yıllarını kapsayan ilk dilimini oluşturmaktadır. Projenin temel amacı, sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesinin alt yapısının oluşturulması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, aile hekimliği sisteminin hayata geçirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında entegre bir bilgi teknolojisi sistemi oluşturmak olarak açıklanmıştır. Proje Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından birlikte yürütülecektir. Dünya Bankasından sağlanan kredi, 4 yıl geri ödemesiz dönem olmak üzere toplam 17 yıl vadelidir²⁷⁵.

Bu doğrultuda 24.11.2004 tarihinde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ıkartıldı²⁷⁶. Aile hekimliğinin Düzce ilinde pilot uygulamasına başlandı. 2010 yılı Aralık ayı itibariyle tüm yurttta aile hekimliği uygulamasına geilmiřtir²⁷⁷. 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK’nın 58 inci maddesiyle bu maddede geçen ‘‘pilot olarak’’ ibaresi yürürlükten kaldırılmış, kanunun adı Aile Hekimliği Kanunu olarak deđiřtirilmiřtir²⁷⁸.

Yasada aile hekimi şöyle tanımlanmıştır: ‘‘Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir meknda vermekle yükümlü, gerektiği lde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimi uzmanı veya Sağlık Bakanlığının ngrdğ eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir’’.

Yasaya göre, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları ‘‘koruyucu hekimlik hizmetleri’’ topluma ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmakta, topluma yönelik sağlık hizmetleri, sağlık ocaklarının yerine kurulan ‘‘Toplum Sağlığı Merkezleri’’nin sorumluluğuna verilmekte, kişiye yönelik sağlık hizmetleri ise aile hekimlerinin sorumluluk alanında

²⁷⁵ T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, 11 Haziran 2004, Sayı:2004/73, <http://www.hazine.gov.tr/duyuru/basin> 2004. E. T.: 12.02.2011.

²⁷⁶ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, RG: 09.12.2004, 25665.

²⁷⁷ www.saglik.gov.tr

²⁷⁸ www.ailehekimligi.gov.tr

birakılmaktadır. Yasa buna ek olarak, aile hekimlerini, birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetlerinden de sorumlu kılmaktadır²⁷⁹.

Yasaya göre aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. SSGSSK (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu) ise her türlü sağlık hizmetinde değişik oranlarda katkı payı alınmasını öngörmektedir (md. 68, 69). İki yasa arasında çelişki dolayısıyla, yönetimlerce maliyet artışı, ekonomik kriz ve bütçe açığı gibi gerekçeler gösterilerek katkı paylarının artırılması her an için mümkündür. Böyle bir uygulama ise aile hekimliğinin ücretsiz olduğuna ilişkin hükmü geçersiz hale getirecektir.

Aile Hekimlerinin, birbirinden bağımsız ve rekabetçi bir ortamda çalışması öngörülmüş olduğundan ve dolayısıyla birlikte kullanım ve yardımlaşma olamayacağından, tıbbi cihaz ve araç-gereç bakımından bireysel donanım sağlamaları gerekecek, bu da bu tür cihazları üreten firmalara ek pazar yaratacaktır. Günümüzde bu cihazlar büyük çoğunlukla yabancı firmalar tarafından üretildiğinden ve orta vadede de durum fazla değişmeyeceğinden, daha çok yurt dışı firmalar için yeni bir pazar ve ek istihdam olanakları yaratılmış olacaktır. Oysa işsizliğin büyük boyutlara ulaştığı ülkemizde, konunun bu yönü üzerinde önemle durulması gerekir.

Temel yaklaşımlardan biri de hastanın hekimi serbestçe seçebilmesi olduğuna göre, aile üyeleri ve reşit olmuş çocuklar farklı Aile Hekimi seçtiği takdirde, sistemin adı ve niteliği değişecek, bireysel hekimlik sistemine dönüşecek, Aile Hekimliği konsepti işlevini yitirecektir.

Hasta gibi hekimin de seçim hakkı bulunduğundan, bazı hastalar (bulaşıcı hastalığı olanlar, ruhsal sorunlar yaşayanlar, kronik hastalar vb.) Aile Hekimi tarafından reddedildiğinde, bu durumdaki hastaların kendilerini kabul edecek doktor bulmaları gerekecek, bu ise tedavi şanslarını azaltacak, sorunlar yaşamalarına neden olacaktır.

Bireysel koruyucu hekimliğin Aile Hekimleri ve toplumsal koruyucu hekimliğin ise sağlık ocakları vasıtasıyla gerçekleştirilmesi ilkesi benimsenmiş olduğundan, bu iki organizasyon arasında zaman zaman “olumlu veya olumsuz görev uyuşmazlığı” doğacak ve sonuçta koruyucu hekimlik gibi temel ve yaşamsal bir sağlık hizmetinde aksamalar yaşanacaktır. Böyle bir durum ise, “temel sağlık hizmetinin güçlendirilmesi” hedefine tamamen ters bir sonuç yaratacaktır.

Aile Hekimliğinin statüsünün kesin olarak yasa ile belirlenmesi, görevleri kadar yetki ve sorumluluklarının da açık bir biçimde ortaya konması gerekir. Eğer sözleşmeli çalışacaksa, kamu görevlisi gibi mi işleme tabi tutulacağı; yoksa özel hukuk hükümlerine tabi olacaksa, hukuksal sorumluluğun Borçlar Kanunumuzdaki “vekâlet sözleşmesi” hükümlerine göre mi çözümleneceği

²⁷⁹ Ataay F.(a), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 41, Sayı 3, 2008, s.175.

ya da henüz hukukumuzda bulunmayan “Hekimlik/Tedavi ve Bakım Sözleşmesi” adı altında Borçlar Kanununda oluşturulacak yeni bir düzenleme ile mi bir statüye kavuşturulacağı kesin olarak belirlenmeli ve hukuki durumu belirgin hale getirilmelidir.

Aile Hekimlerinin tutacağı kayıtların düzgünlüğü, sürekliliği ve istenilen süreler içinde gerekli bilgilerin Sağlık Bakanlığının ilgili ve yetkili birimlerine iletilmesi konusu da kuşku yaratıcı niteliktedir. Aile Hekimi yanında çalıştırılacak düşük ücretli ve eğitimi belirsiz kişilerce yerine getirilmesi gereken bu hizmetlerde kalitenin nasıl sağlanacağı belirsiz bir durumdadır.

Nüfusun dağınık ve seyrek olduğu Doğu Karadeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu gibi bölgelerimizde evlerde yapılacak kontrol ve bakım çalışmaları sırasında ulaşım için gerekli araç ve sürücü Aile Hekiminin olanaklarıyla sağlanacak, bunun yaratacağı masraflar da kendisi tarafından karşılanacaktır. Aile Hekimliğinin, buralarda ne derecede başarıyla uygulanabileceği de kuşkuludur.

Bazı çalışma alanları, zaman zaman danışma ve fikir alış verişini, hatta tartışmayı ve birlikte değerlendirme yapmayı, konsültasyonu gerekli kılar. Oysa, Aile Hekimi, ilke olarak, bireysel ve rekabetçi bir ortamda tek başına çalıştığından, fikir danışma vb. bir olanaktan yoksundur. Bu ise, sağlık hizmetinin yerine getirilmesini olumsuz etkileyecek ve sonuç olarak reformdan beklenen gelişmenin sağlanmasını engelleyecektir.

“Aile hekimliği” modeli ile sağlık ocağı temelli, kamu finansmanı çerçevesinde, topluma dönük ve bütüncül koruyucu sağlık hizmetleri yerini serbest piyasa ekonomisinin arz talep dengesine ve bireyi temel alan bir yaklaşıma bırakmaktadır²⁸⁰. Hizmet sunumu ise kamu görevlisi ile değil, girişimci hekim vasıtasıyla yürütülmektedir²⁸¹.

Aile hekimliğinin eksikleri arasında, aileyi bir bütün olarak görememesi, bölge tabanlı olmaması, gezici hizmetin yeterince verilememesi, koruyucu hizmetleri zayıflatması, ekip kavramının zayıf olması, olağan dışı durumlarda yararlı olamaması ve hekimin iş yükünü artırması da sayılmaktadır²⁸².

Buna benzer eleştirileri artırmak mümkündür. Ancak bu konuda söylenecek en önemli husus, 40 yıllık toplumsal ve kurumsal deneyiminle ulaşılan sosyalizasyon sistemini bir kalemde

²⁸⁰ Gül Sallan S., Dericioğulları A. Ergun C., “Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Bir İnceleme”, 18.Yüzyıldan 21.Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform, Der. Akyıldız, Necat vd., Kayfor, 2008, s. 565-586.

²⁸¹ Ataay F. (a), a.g.e., s.63.

²⁸² Algin K., Türkiye’de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Çalışması, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2002, s.60.

silip atmak yerine, bu deneyimlere dayanılarak güncellenmesi ve başka ülkelerde bile örnek alınan bize özgü bu sistemin yaşatılması, hem daha sağlıklı ve mantıklı, hem de verilen emeklere daha saygılı bir davranış olurdu²⁸³.

2.3.5 Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması ve Hastane Seçme Hakkı

Türkiye’de hastane işletmeleri kamu ağırlıklı ve çeşitli kamu kuruluşlarına dağılmış bir yapılanma arz etmekteydi. 2002 yılı itibariyle Türkiye’deki hastanelerin mülkiyet ve yatak sayısı dağılımları şöyledir.

Tablo 0.3 Türkiye’de 2002 Yılı Hastane İşletmelerinin Dağılımı

Mülkiyeti	Hastane Sayısı	%	Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	654	63.1	72.988	45.6
SSK	120	11.5	29.706	18.5
Üniversite	50	4.8	26.341	16.4
MSB	42	4.0	15.900	9.9
Diğer Kamu	20	1.9	2.477	1.5
Özel	270	26.0	12.364	7.7
Toplam	1036	100	159.776	100

Kaynak: 2002 Yılı Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Hizmetleri İstatistik Yıllığı

Bu tabloya göre toplam kamunun hastane payı 2002 yılı itibariyle %74 ve yatak payının %92,3 olduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının hastaneler açısından ilk uygulaması SSK ve diğer kamu kurumlarına ait olan kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrinin yapılması ve Sağlık Bakanlığındaki diğer hastanelerle standart birliğin sağlanmasıdır. Bu konudaki yasal düzenleme 6.1.2005 tarih ve 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanunla”²⁸⁴ gerçekleştirilmiştir.

Sadece üç büyük şehirdeki üç tane belediye hastanesi, üniversite hastaneleri ve askeri hastaneler dışında diğer hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu birleştirmeye Sağlık Bakanlığı ülkedeki hastanelerin %76,5’ini, yatak kapasitesinin ise %65,6’sını doğrudan kontrol etmeye başlamıştır. 2005 yılında gerçekleştirilen bu entegrasyon SSK hastanelerini de Sağlık

²⁸³ Er Ü., a.g.e., s.298.

²⁸⁴ 19.01.2005 tarih ve 5705 sayılı R.G.

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 artıran performans yönetim modelinin kabulüyle, tahsis ve teknik verimliliği iyileştirmesi beklenmektedir²⁸⁵. İzleyen dönemlerde Maliye Bakanlığının hazırladığı Sağlık Uygulama Tebliği ile hastaların diledikleri kamu hastanelerini tercih ederek gitmelerine imkân tanınmıştır. Hastanelere gidişte ilk önce emeklilerin sevk zorunluluğu, akabinde çalışan diğer kesimin ve diğer kamu sağlık sigortalıların sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Sadece yeşil kartlı hastaların sevk sistemi dâhilinde sağlık kurumları arasında sevk edilmesi esası korunmuştur. Böylece hastane seçme hakkı uygulaması büyük ölçüde sağlanmıştır.

Kamu sağlık sigortalılarının Sosyal Güvenlik Kurumu (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 tamamıyla açılmıştır. Bunun sonucu olarak hastaların hastane seçme hakkı kamu hastaneleriyle sınırlı kalmayarak, SGK ile sözleşmesi olan özel hastaneleri de kapsar hale gelmiştir. Hastaların beklentilerinin en üst sırasında olan “istediği hastaneye gitme” beklentisi bu düzenlemelerle karşılanmaya çalışılmıştır.

2.3.6 Hekim Seçme Hakkı

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde poliklinik hizmetleri, birden çok uzman hekim bulunan hastanelerde, uzman hekimler tarafından nöbetleşe gerçekleştirilmekteydi. 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 imkân verecek her türlü tedbirin alınması gerektiğini ifade etmiştir. Genelgede, hastaların hekim seçebilmesi için, hastane de görev yapan bütün uzman hekimlerin poliklinik yapmasına imkân tanıyacak şekilde oda sayısının artırılması ve hekimlere tahsis edilmesini istenmiştir. Böylece nöbet esasına dayalı poliklinik hizmetleri yerine aynı branştan olan hekimlerin aynı anda muayene yapması sağlanmıştır.

Poliklinik oda sayısında üç kata yakın bir artış, muayene sayısında iki kata yakın bir artış olmakla birlikte; poliklinik odası başına düşen muayene sayısında %32'lik bir azalış görülmüştür. Yıldaki mesai gün sayısı ortalama 240 alındığında; 2002 yılında her hekim ortalama olarak günde

²⁸⁵ OECD-Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008, s.43-44

68 hastaya bakarken, 2008 yılında 46 hastaya baktığı hesaplanmaktadır. Hasta muayene sayısı artarken, poliklinik odası başına düşen hasta sayılarında azalma olmasının yanında, hastaların tercih ettikleri hekime gidebilmeleri ve isterlerse kontrol ve tekrar muayenelerini aynı hekime yaptıрма imkânlarının olması veya memnun olmadığında değiştirme imkânlarının olması sağlanmıştır.

Türkiye’de doktor yoğunluğu düşük olmasına rağmen doktorlara başvuru oranı kişi başı 4,6 olup 2006 yılında kişi başı 6,5 olan OECD ortalamasının %70’i civarındayken, 2007 yılında 5,4’e yükselerek OECD ortalamasının %80’ine ulaşmıştır²⁸⁶. Hekim başına düşen başvuru oranının yüksek olması ve Türkiye’deki hekim yoğunluğunun düşük olmasını, doktor başına düşen hasta sayısını artırmakta bu durum da muayene süresini ve verimi düşürmektedir.

2.3.7 Hastane Personeline Performansa Göre Ek Ödeme Yapılması ve Hekimlerin Tam Gün Hastanede Çalışmasının Teşvik Edilmesi

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. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları dâhilinde; 4.1.1961 tarih ve 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına 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 sistemi geliştirilmiştir.

2004’te performansa dayalı ödeme sisteminin başlatılması ile birlikte hekim ve diğer personelin gelirlerinde net bir iyileşme yaşanmıştır. Performansa dayalı ödeme sistemi başlatılmasından beri bordolu hekim başına bildirilmiş muayene sayısına bakıldığında, Türkiye’de hem faaliyet hacminde, hem de hekim üretkenliğinde büyük artışlar olduğu görülmektedir²⁸⁷. 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

²⁸⁶ OECD-Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008, s.73.

²⁸⁷ OECD-Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008, s.84.

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 ulaşmıştır²⁸⁸.

Sağlık personelinin performansa dayalı çalıştırılmalarının da tartışılan ve sakıncalı taraflarının olduğu belirtilen durumlar da mevcuttur. Mevcut koşullarda özellikle hekimler çalıştıkları kurumların bir çeşit ortağı durumundalar. Kamu hastaneleri de dahil olmak üzere hastanelerin büyük çoğunda kar etme amacı öne çıkmıştır. Kar amacı güden hastanelere ortak edilen hekimler de kurumlarının ve dolayısı ile kendilerinin çıkarı için daha çok hasta bakmak, daha çok tetkik yapmak, daha çok ameliyat yapmak, daha çok iş yapmak baskısı altına alındılar. Hastanelerde yapılan tanı ve tedavi işlemlerin gerçekten gerekli mi olduğuna ilişkin toplumsal kaygılar giderek artmış durumdadır. Kimi zaman paranın ve ticaretin kuralları hekimliğin kurallarının önüne geçmektedir. Hekimler arasında rekabet duygusu artmış, dayanışma azalmıştır. Bir başka boyutta ise hekimler daha çok çalışmak zorunda kalmışlardır çünkü en doğal hakları olan senelik izinlerini kullandıklarında ek ödemeleri kesildiği için senelik izinlerini bile kullanamaz olmuşlardır²⁸⁹.

Türkiye'de sağlık hizmetinin kapasitesinde son yıllarda önemli bir artış olmuştur. Niceliksel olarak sağlık hizmeti büyümüştür, ancak niteliğe ilişkin kaygılar yüksektir. Örneğin poliklinik sayılarının artması iyi bir gelişme olarak adlandırılabilir, ancak gereksiz yapılan başvurular nedeni ile gerçekten önemli sorunları olan hastalara yeterli zaman ayırlamamakta belki de bu hastalar da atlanmaktadır. Gereksiz ameliyatlara, tetkik ve girişimler yapıldığına ilişkin kanı sadece toplumda değil hekimler arasında da yaygındır²⁹⁰.

2.3.8 Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Çalışmaları

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 Dire Başkanlığı olarak yeniden yapılandırılmıştır²⁹¹. Bu çerçevede ulusal ve uluslararası Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon kuruluşlarıyla ortak çalışmalar yürütülmüştür. Bu birimin değişik zamanlarda hazırladığı ve geliştirdiği kalite yönergesi, hizmet kalitesi standartları, hasta ve çalışan

²⁸⁸ İlerleme Raporu, 2008, s.80.

²⁸⁹ HASUDER, Halk Sağlığı Gündem Elektronik Bülteni, Cilt 2, Sayı 3, 2012, s.8

²⁹⁰ HASUDER, Halk Sağlığı Gündem Elektronik Bülteni, Cilt 2, Sayı 3, 2012, s.22-24.

²⁹¹ www.performans.saglik.gov.tr E.T.:12.04.2012

memnuniyeti anketlerinin bağı hastanelerde uygulanması devlet hastanelerinde kalite geliştirme ile ilgili çalışmaları artırmıştır.

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 hastaneleri denetleyerek “Hizmet Kalite Belgesi” vermektedir²⁹².

2.3.9 Hasta Hakları Yapılanması ve Uygulaması

Türkiye’de AB süreciyle birlikte hasta haklarına yönelik 1998 yılında 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlarak Hasta Hakları Yönetmeliğini çıkarmıştır. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde öncelikle Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğünü kurdu. Kendine bağı hastanelerde yönetmeliğin uygulamasını sağlamak üzere 2003 yılında bir yönerge hazırlamıştır. Yönergeyle birlikte hastanelerde hasta hakları birimleri ve kurullarının oluşturulması, hasta şikâyetlerinin birimler vasıtasıyla alınarak, kurullarda karara bağlanması öngörülmüştür.

Ayrıca hasta ve sağlık çalışanlarına hasta haklarıyla ilgili eğitim vermek, sorunlara çözüm önermek ve hasta hakları ve sorumluluklarının yazılı bulunduğu tabloları bütün servis ve polikliniklerde bulundurmak gibi uygulamaları getirilmiştir. Pilot uygulama olarak 2004 yılında başlayan uygulama, kısa dönemde bütün devlet hastanelerine Yaygınlaştırılmıştır. 2005 yılında “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” yeniden düzenlenmiştir.

Ayrıca 2004 yılında yapılan “Özel Hastaneler Yönetmeliğine” yapılan bir ekleme ile özel hastanelerde de hasta haklarına yönelik yapılanma gerekliliği getirilmiştir (Özel Hastaneler Yönetmeliği, ek madde 2). 2008 yılı itibariyle hasta hakları birimlerine 87.562 başvurunun olduğu, 73.464’ü (%84) yerinde çözüldüğü, 14.098’i (%16) hasta hakları kurullarında görüldüğü ifade edilmektedir.

2.3.10 Bilgisayar Otomasyonu

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarında hastanelerde bilgisayar otomasyon sistemlerinin kullanılması ve bunun sonucu olarak evrak işlemlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Hasta evrak işlemlerinin MEDULLA sistemiyle doğrudan

²⁹² İlerleme Raporu, 2008, s.92.

bilgisayar ortamında gerçekleştirilmesi, hekim reçetelerinin onaylanma zorunluluğunun kaldırılması gibi yeni uygulamalar geliştirilip yaygınlaştırılmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin %20'sinde elektronik bilgi sistemi bulunmakta iken 2006 yılında %100 ulaşmıştır. Hasta kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulmasına dair “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesine” 2004 yılında eklenen bir madde ile imkân tanınmıştır.

2.3.11 Yatan Hastaların İlaç ve Tıbbi Malzeme İhtiyaçlarının Hastane Tarafından Karşılanması

Sosyal Güvenlik Kurumunun yıllık yayınladığı 2007 yılı “Sağlık Uygulama Tebliğinde” getirdiği düzenleme ile hastanelere yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacını karşılama zorunluluğu getirilmiştir. 2007 Ekim ayında uygulanmak istenen tebliğ, sağlık kurumlarının itirazı üzerine 1 Ocak 2008 tarihinde uygulamaya konulmuştur. Düzenlemeye göre hastanenin yatan hastasının her türlü tıbbi malzeme ve ilaç ihtiyacını karşılaması gerekmektedir. Dışarıdan bir malzeme hastaya aldırırca SGK bu malzemenin parasını hastanenin faturasından keserek, hastaya geri ödemektedir.

Tablo 0.4 Türkiye Sağlık Harcamaları (1999-2008)

YIL	GENEL TOPLAM	Genel Devlet				Özel Sektör		
		Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane Halkları	Diğer
1999	4 985	3 048	1 274	158	1 616	1 937	1 449	488
2000	8 248	5 190	1 846	458	2 886	3 058	2 280	778
2001	12 396	8 438	3 612	231	4 595	3 958	2 832	1 126
2002	18 774	13 270	5 283	356	7 631	5 504	3 725	1 779
2003	24 279	17 462	6 317	482	10 662	6 817	4 482	2 335
2004	30 021	21 389	7 659	500	13 231	8 632	5 775	2 856
2005	35 359	23 987	9 520	467	14 000	11 372	8 049	3 323
2006	44 069	30 116	11 766	683	17 667	13 953	9 684	4 269
2007	50 904	34 530	13 966	867	19 697	16 374	11 105	5 269
2008	57 740	42 159	15 948	865	25 346	15 580	10 036	5 545

Kaynak: tuik.gov.tr

2.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı ile İlgili Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin Görüşleri

TTB'nin www.ttb.org.tr adresinden aktarmış olduğu bildirimlerinden bazıları:

“Sağlıkta Dönüşüm Programının özü itibariyle, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinden başka bir anlamı olmadığını düşünüyoruz. Bu ticarileştirme, yani sağlığın alınır satılır bir hizmet olarak sunulması, doğrudan sağlık hakkının gaspıdır. Bu hak gaspı kişilere yönelik asgari sağlık yardımı ile maskelenmekte ve en iyisinin de bu olduğu propagandası yapılmaktadır. Herkesin sosyal güvenceye kavuşturulacağı söylemi son derece aldatıcıdır. İnsanlar, Sağlık Bakanı, Başbakan ve bürokratlar tarafından doğru bilgilendirilmemektedirler. GSS çıktığında, sosyal güvenceye sahip olduğunu düşünenler sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları bir anda, sosyal güvencelerinin ihtiyaçları olan tıbbi müdahaleyi ve/veya gerekli olan testleri/ilaçları karşılamadığı ya da çok azını kapsadığı gerçeği ile karşılaştılar”²⁹³.

“AKP döneminde sağlık alanında yapılan en önemli yapısal düzenleme SSK sağlık kurumlarının gaspı oldu. Uzun yıllar boyunca altyapı ve personel sayısı açısından büyük bir yetmezliğe sürüklenmiş olan SSK hastaneleri doğal olarak hasta memnuniyetinin en düşük olduğu kurumlardandı. Bu durumda siyasi iktidarın bu “devir” işlemini önemli bir muhalefetle karşılaşmadan, kolaylıkla gerçekleştirmesi bekleniyordu. Oysa TTB, SSK hastanelerinin “devri” ile kamunun yeniden yapılandırılması ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi arasındaki bağı anlaşılabilir biçimde kurdu ve diğer emek örgütlerinin karşı çıkması için gerekli zemini hazırladı”²⁹⁴.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli bileşenlerinden biri sağlık hizmetlerinde taşeronlaştırılmasıdır. Önceki yirmi yıl boyunca destek hizmetlerinde yaygınlaşan taşeronlaştırmanın kapsamı AKP Hükümeti döneminde doğrudan sağlık hizmetlerine genişletilmek istendi. Düzenleme, kamu sağlık kurumlarının mülkiyet devrine gerek kalmadan büyük ölçüde özelleştirilmesi riskini taşıyordu. TTB'nin sağlıkta taşeronlaştırmaya karşı yürüttüğü eylemler ve ardından Danıştay'da açtığı dava ile uygulama hukuki yoldan durduruldu. AKP, bu durdurmaya karşın hukuki engelleri aşarak taşeronlaştırmayı devam ettirmek için çalıştı ve özellikle görüntüleme hizmetlerini satın alma yoluyla gördürmek için girişimlere devam etti”²⁹⁵.

“Sağlık hizmetlerinden maddi yetersizlikleri, yoksunlukları nedeniyle, en fazla yararlanmaları gereken dar gelirli ve yoksul toplum kesimleri, asgari yardım anlayışının

²⁹³ <http://www.ttb.org.tr/TD/TD110/17.php> E.T.:12.05.2012. s.2.

²⁹⁴ http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf E.T.: 12.05.2012. s.67.

²⁹⁵ http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/saglikpolitik.htm E.T.: 12.05.2012. s.2.

mağdurları haline gelebileceklerdir. TTB, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, kamu sağlık hizmetlerinin tümüyle tasfiyesini ve sağlığın ticarileştirilmesini/özelleştirilmesini öngördüğünü, bu programa göre sağlık hizmetlerinin piyasadan satın alınacağını, Sağlık Bakanlığı'nın görevinin sağlık piyasasını planlamak ve denetlemek ve ÇSGB' nin görevi ise kasa işlevi yaparak sağlık sigortası primlerini toplamak olacağını belirtmektedir²⁹⁶.

“Koruyucu sağlık hizmeti anlayışı ile SSK, ES, Bağ-Kur ve Yeşil Kart kapsamında yapılan sağlık yardımları eşitlenecektir. Ancak bu eşitleme dar kapsamlı bir sağlık anlayışı nedeniyle, önemli bir hak kaybı ile sonuçlanacaktır. GSS ile sınırlı, şartlı, katılım paylı ve primli sistem getirildiği, bu uygulamanın IMF ve DB talepleri ile Macaristan, Polonya ve Bulgaristan'da uygulanması sonucunda, sağlık sisteminin çöktüğü belirtilmektedir²⁹⁷.

“İstanbul Tabip Odası' na göre, SSK hastanelerinin devri ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi, bir özelleştirme/yeni-liberal dönüşüm projesidir. Bu anlamda, SSK hastanelerine sahip çıkmak gerekmektedir. 1992 yılından günümüze uzanan projenin esasında, IMF'nin yapısal uyum programlarının sağlık alanına uyarlanmasıdır. Program, küreselleşen dünyada, Türkiye sağlık sisteminin de dönüşüm geçirmesini ve küreselleşmeye uyum sağlamasını hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumu ayrılarak, finansmanın bir tür sağlık vergisi olan ek sağlık primleri ile sağlandığı vurgulanmaktadır²⁹⁸.

“Temel teminat paketinin kapsamının dar olması nedeniyle, ek tamamlayıcı özel sigortaların teşvik edildiği üzerinde durulmaktadır. Bu durum TTB'nin KESK, DİSK ve TMMOB ile birlikte Cumhurbaşkanlığı'na sundukları görüşler arasında yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının kaldırılması ve hizmet sunumundan çekilmesi, Bakanlığın yeni liberal politikalar gereğince düzenleyici ve planlayıcı bir rol üstlenmesi olarak nitelendirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olan sağlık ocağı uygulamasının bırakılması ile aile hekimliğinin devreye gireceğini, sonuçta SSK hastanelerinin, il özel idareleri ile belediyelere devri ile tamamlanacak bir sürece girildiğini belirtmektedir²⁹⁹.

“Ankara Tabip Odası'na göre, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında, Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı'nın sigortalılardan toplanacak primlerle oluşturulan fonu yönetmeyi, bu fonla özel sigorta şirketleri aracılığı ile kamu ve özel sağlık işletmelerinden hizmet satın alınması hedeflenmektedir. Hizmet sunumu ile finansmanında ki her yeni yapı (parçalanma, çok

²⁹⁶ http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=696:saikta-d-ve-sosyal-genl-reformu-projes-fansmani--kredanlaasi&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36 E.T.: 12.05.2012.

²⁹⁷ http://www.ttb.org.tr/tuek/sunular/kurultay/2gun/mehmet_zencir/mzencir.ppt E.T.: 12.05.2012.

²⁹⁸ http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf E.T.: 12.05.2012. s.67.

²⁹⁹ http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/CEVAP_DEGERLENDRME.pdf E.T.: 12.05.2012. s.2.

parçalılık), ek bir yönetim gideri (bina, personel, araç-gereç, vb.) yaratacağından sağlık hizmetlerinin maliyeti artacaktır. Özel sağlık sigorta şirketleri ve özel sağlık işletmeleri kârlılık hedefiyle kurulan/kurulacak yapılar olduğundan, sigorta şirketleri, hizmeti her zaman daha ucuza satın almak ve işletmeleri daha ucuza mal etmek için çaba gösterecektir. Bu durum sağlık çalışanları için, emeğinin karşılığını alamama (ucuz işgücü) ve örgütsüz/güvencesiz çalışma koşulları ve işsizlik sonucunu doğuracaktır³⁰⁰.

“GSS sistemi ile, güvencesiz kesimin bireysel olarak yaptığı harcamalar, özel sektöre daha düzenli olarak aktarılacaktır. Ancak, ödenen miktarların büyük bir kısmı sistemin işletimi için kullanılacağından, bireyler bugüne göre, daha az sağlık hizmetine ulaşabileceklerdir. Hizmet sunan ve hizmet satın alanı birbirinden ayırmak; endikasyona göre değil, prime göre hizmet sunumunu koşullar. Bunu engellemenin yolu hizmet sunumu ile finansman sisteminin devlet eliyle yürütülmesidir. Özel sağlık sektörüne hiçbir kaynak aktarımı (teşvikler, sevk, vb.) yapılmamalıdır. TTB, proje ile ilgili olarak toplumu, yazılı, sözlü ve kitlesel eylemler ile bilinçlendirme çalışmaları nedeniyle, DB tarafından engel olarak görülmektedir.

Sosyal tarafların, sosyal güvenlik sistemimizde yaşanan dönüşümle ilgili görüşleri incelendiğinde, işveren temsilcilerinin ağırlıkla, sistemin sermayeye açılımından yana görüş sergiledikleri görülmektedir. Siyasi iktidara yakınlığı ön planda olan tarafların genel açıklamalar yoluyla görüş bildirdikleri ve açıklama yapmaktan kaçındıkları görülmektedir. DİSK, KESK, TTB ve TÜRK-İŞ sistemde yaşanan dönüşüme karşı, ayrıntılı raporlar hazırlayarak ve toplumsal tepki göstermek yoluyla karşı çıkmaktadır³⁰¹.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) 2007 yılındaki “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu”nda sağlık hizmetlerinin devletin anayasal görevi olduğu hatırlatılarak, bu alandaki özelleştirmeye son verilmesi ve 224 Sayılı Yasa’da yer alan; *herkese - her yerde ve her zaman sağlık hizmeti, koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetlerin aynı birim tarafından verilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunlarına öncelik verilmesi, başvurmayanlara da hizmet verilmesi, sevk zinciri, halkın sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması kararlarına katılımı, takım hizmeti, planlı ve değerlendirilen hizmet ve esnek model (hizmet kapsamındaki nüfusun özelliklerine göre uyarlanmış hizmet sunumu) ilkelerine değinilmiştir. 224 sayılı Sağlık*

³⁰⁰ <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/179-ttb/1846-tamgun> E.T.: 12.05.2012

³⁰¹ <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tamgunbrosur.pdf> E.T.: 12.05.2012.

Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın özü korunarak uygulanması gerektiği vurgulanmıştır³⁰².

2.5 Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi

2.5.1 Yöntem

Çalışmamızda örneklem alanı olarak, bir büyük hastane (Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi - AEAH) ve bir küçük hastane (Kumluca Devlet Hastanesi - KDH) seçildi. Anket için en müsait ortam olarak hastane kantinleri belirlendi ve ilk uygulanmaya başlandığında, kabul eden bireylere anket formları dağıtılıp bir süre sonra toplama yoluyla çalışma yapılmaya çalışıldı. Geri dönüş sonrasında incelendiğinde, cevapların tutarsız olduğu ve bireylerin birkaç sorudan sonra okumaktan vazgeçtiği ve rastgele cevaplar işaretlediği kanısına varıldı. Bu anketler atılarak, bundan sonrasında izinleri alınan bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak ve anlamadığı sorular tarafsız bir şekilde izah edilerek anket soruları yöneltildi. Katılımcılardan bazıları, bir yakını için orda bulunmaktaydı ve anketin ilk bölümünde yer alan “son 6 ay içerisinde kamu hastanelerine gitme sıklığı” sorusuna hiç gitmedim cevabını vermişlerdir. Bu durumun kamu hastanelerini kullananlarla yapılan bir ankette çelişki yaratıyor görülsede, devlet hastanesi ortamında olup durumu gözlemlemiş olmalarından dolayı bu bireylerin cevapları dikkate alınmıştır.

Anket formu iki bölümden ve iki sayfadan oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde, bireylerin kişisel bilgilerine yer verilmiştir. Bu bölümde yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, kamu ve özel sağlık kurumlarına gitme sıklığını belirleyen 8 adet soru bulunmaktadır. Formun ikinci bölümünde ise, örneklem birimlerinin değişen sağlık sisteminin etkinliğine ilişkin görüşlerini yansıtacak 20 adet değerlendirmeye yer verilmiştir. Saha çalışması eşliğinde, sağlık sisteminden yararlanan ya da yararlanması muhtemel vatandaşlar ile anketlerin, eksik, yarım, yanlış ve okumadan doldurulma ihtimaline karşı yüz yüze görüşülerek doldurulması sağlanmıştır.

Görüşmede sorular arasında tutarlılığa dikkat edilmiş ve aynı konudakiler ardı ardına sıralanmıştır. Sorular arası iç bütünlüğe dikkat edilmiştir. Araştırma anketinin oluşturulması sürecinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla ilgili ulusal yayınlar incelenmiş, tarafların açıklamaları ve sağlık medyasındaki görüşler takip edilmiş, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın

³⁰² <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/rapor/161-halk-salii-uzmanlari-derne-2006-2007-yili-calima-raporu-E.T.: 25.06.2012.>

günlük kamuoyundaki tartışmalarda olumlu ve olumsuz olarak nitelendirilen yanları liste haline getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nda değişik meslek gruplarına ait sağlık çalışanlarının görüşlerine başvurulmuştur. Konuyla ilgili daha önce yapılan çalışmalar ve anketler incelenmiştir. Sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarıyla ve halktan kişilerle görüşülmüştür. Ayrıca anket hazırlama sürecinde, anket tekniklerinde uzman sosyal bilimciler ve daha önce anket çalışması yapmış akademisyenlerden fikirler alınmıştır.

Anket ve görüşme formunda sorularla problemler arasında doğrudan ilişkiler vardır ya da sorular, problemlerdeki değişkenleri daha yakından tanımamıza katkıda bulunmaktadır. Araştırma anketinin uygulanabilir hali böylece ortaya çıkartılmıştır. Oluşturulan araştırma anketi ile öncelikle deneme anketleri yapılmıştır. Deneme anketi sonuçları istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Anketin faydalı veriler sağlayacağı kanısına varılarak uygulamaya geçilmiştir.

Araştırmada görüşmeden önce kişilerin onayı istenmiş, önemi anlatılmış ve güvenilirlik ve gizlilik ile ilgili güvence verilmiştir.

Anket veya görüşmenin 1 saatten fazla sürmemesine ve ortalama 30-40 dakikada bitirilecek şekilde planlanmasına özen gösterilmiştir.

2.5.1.1 Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Türkiye'de kamu sağlık kuruluşlarından yararlanmakta olan kişiler oluşturmaktadır. Örneklemi ise Antalya ilinde devlet hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinden, sahip oldukları sosyal güvenceleri ya da kendi imkânları ile yararlanmakta olan 100 kişi oluşturmaktadır.

Tablo 0.5 Ankete Katılan Bireylerin Demografik Dağılımı

Ankete Katılan Birey Sayısı:100			Eski Sistemde Tabi Oldukları Sosyal Güvence		
Ankete Katılan Bireylerin Cinsiyeti			BAĞ-KUR	27	%27
Kadın	50	%50	SSK	35	%35
Erkek	50	%50	Emekli Sandığı	36	%36
Bireylerin Yaş Dağılımı			Yok	2	%2
18-30	17	%17	Bakmakla Yükümlü Oldukları Kişi Sayısı		
31-40	31	%31	1-2	40	%40
41-50	23	%23	3-4	21	%21
51-60	12	%12	4'den Fazla	6	%6
61 Yaş Üstü	17	%17	Hiç	33	%33
Bireylerin Eğitim Düzeyleri			Bireylerin Devlet Hastanesine Gitme Sıklığı		
İlkokul	28	%28	Hiç Gitmedim	17	%17
Ortaokul	10	%10	1-3 Kez	49	%49
Lise	24	%24	4-6 Kez	24	%24
Üniversite	38	%38	7'den Fazla	10	%10
Bireylerin Gelir Seviyeleri			Bireylerin Özel Hastaneye Gitme Sıklığı		
650 TL'den az	10	%10	Hiç Gitmedim	35	%35
651-1000 TL	29	%29	1-3 Kez	52	%52
1001-2000 TL	31	%31	4-6 Kez	8	%8
2000 TL'den fazla	30	%30	7'den Fazla	5	%5

Anketimize dâhil olan bireyler, rastgele belirlenmekle birlikte, değişkenlerin çeşitliliği sağlanmaya çalışılmıştır. 100 kişi tamamlanmaya başlandığında daha az olan cinsiyet eşitlenmeye çalışılıp, 50 erkek, 50 kadın katılımcıya tamamlanmıştır. Anketimize katılan bireylerin özellikleri tablo 3.1'de verilmiştir. Buna göre; yaş dağılımında en fazla oran % 31 ile 31-40 yaş arası, eğitim dağılımında en fazla oran %38 ile üniversite, gelir seviyesinde ise en fazla oran %31 ile 1001-2000 TL arasındır. Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının en yüksek oranı %40 ile 1-2 kişi, devlet sağlık kurumlarına son altı ay içinde gitme sıklığı %49 ile 1-3 kez, özel sağlık kurumlarına son altı ay içinde gitme sıklığı en fazla %52 ile 1-3 kezdir. Yani, örneklemimizin çoğunluğu orta aralıkta diyebiliriz.

Hazırlanan anket formu Türkiye nüfusunun cinsiyet dağılımı temel alınarak 50 kadın, 50 erkeğin değerlendirmelerine sunulmuştur.³⁰³ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ve Kumluca Devlet Hastanesi'nin kantinleri anket çalışmasının sahası olarak seçilmiştir. Devlet

³⁰³ TÜİK 2011 nüfus sayımı verilerine göre, erkek nüfusu: 37 532 954, kadın nüfusu: 37 191 315 <http://search.searchcompletion.com/?local=true&q=kad%C4%B1n%20erkek%20oran%C4%B1&bi=629435&si=35494&ssid=chptrxucy&cc=TR, E.T.: 07.01.2012>

hastanesinden sağlık hizmetini henüz almış ve kantinde beklemeye geçmiş olan hasta veya hasta yakınının, ankete daha etkin ve verimli zaman harcayabilmesi ve hastane çalışanlarına engel olunmaması adına hastane kantinlerinin çalışma sahası olarak uygun olduğu düşünülmüştür.

2.5.1.2 Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Analiz sürecinde elde edilen verilerden örneklem birimlerinin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, aylık gelirleri ve eski sistemde tabi oldukları sigorta kurumları bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler ise kamu hastanelerinde değişen sisteme ilişkin yargılara yer verilen yirmi adet değerlendirme olarak saptanmıştır. Bireylerin sağlık sistemiyle ilgili memnuniyetini ölçebilmek için Likert tipi ölçekleme kullanılmış olup, “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” olmak üzere, görüşler sırasıyla en yüksek 5 puandan (kesinlikle katılıyorum) en düşük 1 puana doğru (kesinlikle katılmıyorum) derecelendirilmiştir.

Anket çalışmasının ilk bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyi, eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu, son altı ay içerisinde özel ve kamu sağlık kurumlarına gidilme sıklığına ilişkin sorulara yer verilmiştir. Bu sorular ile deneklerin demografik özellikleri tespit edilmiştir.

Bireylerin demografik özellikleri bakımından cevaplar, yaşları, gelir düzeyleri ve eğitim durumlarına göre incelendiğinde anlamlılık elde edilmiştir. Bu bakımdan bu üç kriter ele alınacaktır. Bilgisayar ortamında SPSS 11 programına yüklenen araştırma verilerinin anlamlılık ifade eden, eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyi ve yaş değişkenlerine göre ortalamaları alınmıştır.

Likert tipi ölçekleme puanlamasından hareketle; $5-1=4$ puan aralığı beş seçeneğe bölünerek ($4/5= 0.80$), her bir soruya ve toplamda faktöre verilen cevapların ortalama puanlarının tanımladığı değişim düzeyi belirlenmiştir.

Buradan hareketle her bir soru veya faktörün ortalamaya göre;

- 1-1.80 puan aralığı kesinlikle katılmıyorum,
- 1.81 - 2.60 puan aralığı katılmıyorum,
- 2.61- 3.40 puan aralığı kararsızım,
- 3.41 – 4.20 puan aralığı katılıyorum,
- 4.21 – 5 puan aralığı kesinlikle katılıyorumu ifade etmektedir.

2.5.2 Bulgular

2.5.2.1 Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesi

Tablo 0.6 Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesinin Değerlendirme Ortalamaları

İlgili Maddeler – Ortalama Değerleri	Yaş Aralığı					Eğitim Seviyesi				Gelir Seviyesi				Genel Ortalama
	19-30 Yaş	31-40 Yaş	41-50 Yaş	51-60 Yaş	60 Yaş Üstü	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	650 TL'den az	651-1000 TL	1001-2000 TL	2000 TL'den çok	
Soru 1 ¹	3	2,84	3,40	4	2,94	3,11	4,30	2,88	3,05	4,10	3,38	2,84	2,93	3,15
Soru 2 ²	3,12	3,16	3,57	4,08	3,24	3,43	4,10	3,17	3,26	4,20	3,38	3,26	3,20	3,37
Soru 3 ³	2,76	2,68	2,87	3,08	2,76	2,93	3,50	2,42	2,76	3,60	2,83	2,58	2,73	2,80
Soru 4 ⁴	3,94	3,61	3,96	3,42	3,76	3,60	4	3,75	3,79	3,80	3,72	3,61	3,90	3,75

¹ Yeni sistemde, Devlet Hastanelerinde çalışanlar hastalarla daha fazla ilgilenmektedir.

² Yeni sistemde, Devlet Hastanelerinde hasta görüşlerine, beklenti ve sorunlarına verilen önem artmıştır.

³ Devlet hastanelerindeki polikliniklerde hasta muayenesine yeterli süre harcanmaktadır.

⁴ Randevulu sistem gibi teknolojik gelişmeler Devlet Hastanelerinin hizmet kalitesini arttırmıştır.

Anket katılımcıları SDP'dan sonra Devlet Hastanelerinde hizmet kalitesinin arttığını düşünmektedirler. Ankete katılımcılarının yaşlarına göre değerlendirme yapıldığında; 51-60 yaş aralığındaki katılımcılar diğer yaş gruplarına göre daha fazla ilginin arttığını düşünmektedirler. Çalışanlarda pozitif değişime en az katılan 31-40 yaş aralığındaki katılımcılardır. Gelir düzeyi yükseldikçe değişimden beklentilerinin karşılanma oranı azalmaktadır. Yeni sistemin çalışanlar üzerine etkisini, ilkokul veya ortaokul seviyesinde eğitime sahip olan katılımcılar, lise veya üniversite eğitim seviyesine sahip katılımcılardan daha fazla olumlu bulmaktadırlar. Gelir durumu düşüğe, değişimden hizmet bazında memnuniyet artmaktadır.

Ankete katılan bireyler devlet hastanelerinde, polikliniklerde yeterli zaman harcanmadığı konusunda kararsız durumdadır. 51- 60 yaş grubu yeterli bulurken diğer yaş grupları muayene sürelerini yeterli bulmamaktadır. Eğitim durumu orta olan bireylerin çoğunluğu süreyi yeterli bulmaktadırlar. Bununla birlikte sadece gelir durumu en düşük olan grup muayene süresini yeterli bulmaktadır.

Anket katılımcıları teknolojik gelişmelerin Devlet Hastanelerinin hizmet kalitesini arttırdığını düşünmektedirler. Teknoloji ve bilgisayar otomasyonu vatandaşın sağlığa ulaşma hızlarını arttıran önemli unsurlardır ve insanlar gelişmelerden memnundurlar.

2.5.2.2 Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Sistem

Tablo 0.7 Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Sistemin Değerlendirme Ortalamaları

İlgili Maddeler – Ortalama Değerleri	Yaş Aralığı					Eğitim Seviyesi				Gelir Seviyesi				Genel Ortalama
	19-30 Yaş	31-40 Yaş	41-50 Yaş	51-60 Yaş	60 Yaş Üstü	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	650 TL'den az	651-1000 TL	1001-2000 TL	2000 TL'den çok	
Soru 5 ¹	3,29	3,29	3,39	3	3,24	3,11	3,10	3,17	3,50	3,70	3	3,23	3,43	3,27
Soru 6 ²	4,06	3,68	3,87	3,75	4	3,75	3,80	4	3,84	4,20	3,97	3,65	3,83	3,85
Soru 7 ³	2,65	2,39	2,61	3,17	3,24	2,93	2,60	2,42	2,79	3,90	2,72	2,42	2,63	2,72
Soru 8 ⁴	2,88	2,58	2,52	2,92	2,53	2,57	3,30	2,63	2,55	2,80	2,76	2,61	2,53	2,65

¹ Devlet Hastanelerinde doktorların gösterdikleri performansa göre ücret almaları hastaların yararına.

² Devlet kurumlarında çalışan doktorların muayenehanelerinin kapatılması doğru bir karardır.

³ Devlet Hastanesinde tedavimi takip eden doktora her zaman ulaşabiliyorum.

⁴ Devlet Hastaneleri doktor sayısı olarak yeterlidir.

Ankete katılan bireylerin çoğunluğu, performansa dayalı ücretlendirmeyi kendileri açısından olumlu bulma konusunda kararsızdılar. Eğitim durumu yükseldikçe bu durumu hasta açısından faydalı bulma oranı da artmaktadır. Geliri asgari seviyede olan katılımcılar, geliri en fazla olanlar ve üniversite mezunları doktorların performansa dayalı çalıştırılmasını hasta açısından olumlu bulmaktadırlar.

Ankete katılan bireyler, kamuda çalışan doktorların muayenehanelerini kapatması gerektiğine katılmaktadırlar. Fikre katılımın gençler ve en yaşlılarda daha yüksek ortalamaya sahip olduğu gözlenmektedir. Eğitimi ortaokulun üstünde olanlar daha yüksek oranda kamu doktorlarının yalnızca kamuda çalışmasını desteklemektedirler. Gelir durumu düştükçe de devlet hastanelerinde çalışan doktorların muayenehane açma yasağına katılım artmaktadır.

Ankete katılan bireylerin çoğunluğu, devlet hastanesinde tedaviye başladığı ve hastalığının takibini yapan doktora her zaman ulaşamamaktadırlar. 51 yaş üstü bireyler kararsızdılar. Gelir durumu en alt düzeyde olan bireyler doktora ulaşabilmektedirler.

Katılımcılara göre, doktor sayısını yetersizdir. Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, ortaokul mezunları kararsız durumdadırlar. Gelir durumu yükseldikçe devlet hastanelerinde doktor sayısını yetersiz bulma eğilimi artmaktadır.

Katılımcılar tam gün yasasını onaylamaktadırlar fakat tedavisini yapan doktora ulaşamamaktan ve doktor sayısının yetersiz olmasından da şikâyetçidirler. Tam gün yasası sebebiyle muayenehanesi kapatan doktora poliklinik günleri haricinde ulaşma imkanı kalmamıştır ve yasa sonrasında hasta potansiyeli yüksek bir çok doktor özel kurumlara geçmiştir

2.5.2.3 Aile Hekimliği ve Sevk Zinciri

Tablo 0.8 Aile Hekimliği ve Sevk Zincirinin Değerlendirme Ortalamaları

İlgili Maddeler – Ortalama Değerleri	Yaş Aralığı					Eğitim Seviyesi				Gelir Seviyesi				Genel Ortalama
	19-30 Yaş	31-40 Yaş	41-50 Yaş	51-60 Yaş	60 Yaş Üstü	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	650 TL'den az	651-1000 TL	1001-2000 TL	2000 TL'den çok	
Soru 9 ¹	4	2,55	3,35	3,33	3,58	3,57	3,50	3,50	3,60	3,40	3,62	3,42	3,70	3,56
Soru 10 ²	2,29	1,77	2,52	2,50	1,76	2,04	2,70	1,92	2,16	2,30	2,17	2	2,13	2,12

¹Birinci basamak olarak aile hekimliğine gitme zorunluluğu tanı, tedavide yetersiz kalma endişesi yaratmaktadır.

²Aile Hekiminden sevk alma zorunluluğunu olumlu bir uygulama olarak görüyorum.

Ankete katılan bireyler, ortalama olarak birinci basamak olarak aile hekimliğine gitme zorunluluğuna karşı, tanı ve tedavide yetersiz kalma endişesi taşımaktadırlar. En genç grup endişeye daha yüksek oranda sahipken, 31- 40 yaş grubu bu endişeyi taşımamaktadırlar. Gelir düzeyi en yüksek olan grup aile hekimliği ile ilgili bu endişeyi en fazla taşıyan gruptur.

Katılımcıların çoğunluğu aile hekimliğinden sevk alma zorunluluğunu olumlu bulmamaktadırlar. Tüm yaş grupları olumsuz düşünmekle birlikte 31-40 yaş arası ve 60 yaş üstü daha olumsuz bulmaktadır. Ortaokul mezunları kararsız aralığında kalırken, 31-40 yaş ve 51-60 yaş kesinlikle katılmıyorum aralığında ve diğer değişkenlere göre ortalamalar katılmıyorum aralığındadır.

Katılımcılara göre, aile hekimliği uygulamasına geçişten sonra, birinci basamak işleyişinde şu ana kadar önemli bir fark olmamıştır. Sağlık ocağına gitme sıklığı ve gerekçeleri açısından eski düzende ile yeni düzen arasında bir fark yaşamamaktadırlar. Aile Hekimliğine geçişi, sadece; sağlık ocağına gittiklerinde hep aynı doktora muayene olmak olarak algılamaktadırlar. Aile Hekimliği uygulamasının hasta açısından birinci basamak olarak zorunlu

olması konusunda tedirgin ve tepkilidirler. Katılımcılar, aile hekimliği konusunda şu ana kadar yapılanlar ilgili sorun yaşamazken, sevk zincirine geçişi onaylamamaktadırlar.

2.5.2.4 Genel Sağlık Sigortası

Tablo 0.9 Genel Sağlık Sigortasının Değerlendirme Ortalamaları

İlgili Maddeler – Ortalama Değerleri	Yaş Aralığı					Eğitim Seviyesi				Gelir Seviyesi				Genel Ortalama
	19-30 Yaş	31-40 Yaş	41-50 Yaş	51-60 Yaş	60 Yaş Üstü	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	650 TL'den az	651-1000 TL	1001-2000 TL	2000 TL'den çok	
Soru 11¹	3,71	3,61	3,93	3	3,24	2,96	3,40	3,79	3,58	2,90	3,66	3,26	3,60	3,44
Soru 12²	3	2,42	3	3,25	3,64	3,18	3	2,54	3,05	3,10	3,07	2,97	2,80	2,96
Soru 13³	3,88	3,65	3,17	3,41	3,76	3,54	3,90	3,67	3,45	3,40	3,79	3,71	3,27	3,57
Soru 14⁴	3,94	3,58	3,74	3	3,18	2,89	3,30	3,50	4	2,90	3,24	3,42	4,17	3,54
Soru 15⁵	3,59	3,55	3,44	3,08	3,35	2,96	2,90	3,46	3,92	2,70	2,97	3,71	3,87	3,44
Soru 16⁶	3,47	3,55	3,26	2,58	3,06	2,79	2,60	3,75	3,50	2,50	2,97	3,65	3,43	3,27

¹ Sağlık kurumlarından alınan katılım payı doktora gitmeyi zorlaştırmaktadır.

² Muayenelerden alınan katılım payının eczanelerde ödenmesini olumlu buluyorum.

³ Sağlık kurumlarından alınan katılım payı gereksiz yere doktora gidilmesini engellemektedir.

⁴ Sağlık kurumlarından alınan katılım payı hastaları acil servise yönlendirmektedir.

⁵ Yeni sistemle hastaya eski düzene nazaran daha fazla mali yük getirilmişti

⁶ Genel Sağlık Sigortam sağlık masraflarımı karşılamada yetersizdir.

Anket katılımcıları, katkı payının doktora gitmeyi zorlaştırdığını düşünmektedirler. 51 yaş üstü katılımcılar, kararsızlık göstermektedirler. Eğitim durumu ortaokul seviyesinin altında olan bireyler, katkı payının doktora gitmeyi zorlaştırdığına daha fazla katılmaktadırlar. Yine gelir durumu düştükçe katkı payının doktora gitmeyi zorlaştırdığı kanısına katılım oranı yükselmiştir.

Muayenelerden alınan katılım payının eczanelerde ödenmesi konusunda katılımcılar kararsızdırlar. 31-40 yaş ve lise grubu katılmıyorum, 60 yaş üstü ise katılıyorum aralığındadır. Gelir düzeyi yükseldikçe eczanelerde katkı payı ödenmesine karşı olumsuz düşünce de artmaktadır.

Ankete katılan bireyler, sağlık kurumlarından alınan katılım payı gereksiz yere doktora gidilmesini engellediğine katılmaktadırlar. 41-50 yaş aralığında olan katılımcılar ve 2000 TL'nin üzerinde gelir durumuna sahip katılımcılar kararsızdırlar.

Katılımcılar, sağlık kurumlarından alınan katılım payının hastaları acil servise yönlendiğine katılmaktadırlar. 50 yaş üstü, lisenin altında eğitim düzeyinde ve 1000 TL gelir düzeyinin altında kararsızlık görülmektedir.

Anket katılımcıları, yeni sistemle hastaya eski düzene nazaran daha fazla mali yük getirildiğine ve GSS'nın sağlık masraflarını karşılamada yetersiz olduğuna katılmaktadırlar. Bir önceki soruda olduğu gibi, 50 yaş üstü, lisenin altında eğitim düzeyinde ve 1000 TL gelir düzeyinin altındaki bireyler kararsızdır.

Sosyal güvenlik kapsamında bulunan kimi kesim ise yılın belli dönemi çalışıp diğer dönemlerde işsiz olan, primini yatıramayan veya bir sosyal güvenlik kanununa tabi olduğu için Yeşil Kart alamayan fakat bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kanununun gereğini yerine getirmeyenler vardır. Bu halde, sistemin —toplumun bütününe kucaklamak ve genel sağlık sigortasından ve temel teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kimseyi bırakmama iddiası pek gerçekçi görülemeyebilir

2.5.2.5 Kamu Hastanelerinin Özelleştirilmesi ve Özel Hastanelere Başvuru

Tablo 0.10 Kamu Hastanelerinin Özelleştirilmesi ve Özel Hastanelerin Değerlendirme Ortalamaları

İlgili Maddeler – Ortalama Değerleri	Yaş Aralığı					Eğitim Seviyesi				Gelir Seviyesi				Genel Ortalama
	19-30 Yaş	31-40 Yaş	41-50 Yaş	51-60 Yaş	60 Yaş Üstü	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	650 TL'den az	651-1000 TL	1001-2000 TL	2000 TL'den çok	
Soru 17 ¹	3,06	2,58	2,17	1,67	2,71	2,46	1,70	2,29	2,82	2	2,45	2,19	2,97	2,48
Soru 18 ²	2,94	3,10	3,13	3,08	3,12	2,86	2,60	2,75	3,58	1,80	2,69	3,26	3,70	3,08
Soru 19 ³	3,76	3,23	3,48	3,67	4,06	3,46	3,90	3,54	3,58	4,20	3,34	3,68	3,47	3,57
Soru 20 ⁴	3,65	3,45	3,74	4	4,24	3,86	4,40	3,88	3,42	4,40	3,72	3,87	3,43	3,75

¹ Devlet Hastanelerinin özel işletmelere dönüştürülmesi hastalara sunulan hizmet kalitesini artırır.

² Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense ek ücret ödeyerek özel hastaneyi tercih ediyorum.

³ Özel hastaneleri, daha fazla gelir elde etmek için gereksiz tetkik ve işlemler yapıldığından tercih etmiyorum.

⁴ Özel Hastaneleri katılım payı olarak yüksek ücretler alındığı için tercih etmiyorum.

Anket katılımcıları, Devlet Hastanelerinin özel işletmelere dönüştürülmesinin hastalara sunulan hizmet kalitesini arttıracığına katılmamaktadırlar. 51-60 yaş grubu ve ortaokul eğitim düzeyinde olanlar kesinlikle katılmıyorum aralığındadır. 19-30 yaş grubu, üniversite mezunları ve 2000 TL'den yüksek gelire sahip olanlar kararsızdırlar.

Katılımcılar, Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense ek ücret ödeyerek özel hastaneye gitmek konusunda kararsızlar. Gelir düzeyi düşük gruplar ve ortaokul mezun düzeyinde olanlar olguya katılmıyorlar. Gelir düzeyi arttıkça Devlet Hastanelerinde uzun kuyruklarda sıra beklemektense özel hastanelere gitmek tercih edilmektedir.

“Özel hastaneleri, daha fazla gelir elde etmek için gereksiz tetkik ve işlemler yapıldığından dolayı tercih etmiyorum” yargısına genel ortalama katılmaktadır. Gelir düzeyi düştükçe özel hastaneler hakkında bu kanıya katılım artmaktadır.

Anket katılımcılarına, “Özel Hastaneleri katılım payı olarak yüksek ücretler alındığı için tercih etmiyorum” yargısı yöneltildiğinde katılıyorum cevabı çoğunlukta olan cevap olmuştur. 60 yaş üstü, ortaokul mezunu düzeyinde olanlar ve 650 TL’den az gelire sahip olanlar kesinlikle katılmaktadırlar.

2.5.3 Değerlendirme

Çalışmada değişim içerisindeki sağlık sisteminin etkinliği ve geleceği, vatandaşların bakış açıları temelinde ele alınmış, özellikle sunulan hizmetin yeterliliği ve niteliği açısından toplumsal memnuniyet düzeyi saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada yapılan analizlere göre “yaş”, “gelir seviyesi” ve “eğitim durumu” gibi değişkenler, bireylerin sağlık sistemiyle ilgili düşüncelerinde ortaya çıkacak farklılıkların asıl nedenlerini oluşturmaktadır.

Elde edilen bulgular, genellikle düşük gelirli ve 36 ve daha yukarı yaşlardaki vatandaşların oluşan yeni sağlık sistemine olumlu baktıklarını, yaşanan süreç sayesinde en azından orta ve uzun vadede refah seviyelerinde bir artış yaşayacakları düşüncesinde olduklarını yansıtmaktadır. Buna karşılık nispeten genç olanlar ile eğitim seviyesi yüksek vatandaşların ise yapılan değişiklikleri yetersiz bularak, sağlık sistemine daha karamsar yaklaştıkları görülmektedir.

Ayrıca, bireylerin gelir seviyeleri yükseldikçe buna benzer bir tutum sergiledikleri yapılan analizlerden net bir şekilde anlaşılmaktadır. Yüksek gelirli vatandaşların reform öncesine göre durumlarında çok fazla bir gelişme olmaması bu şekildeki karamsar tutumun nedeni olarak gösterilebilir. Genç bireylerin sağlık sisteminden beklentileri çok yüksektir. Ayrıca sistemin geçmişi ile içinde bulunulan dönemi karşılaştırabilecek bir birikimden yoksun olmaları, yapılan değişikliklere daha mesafeli yaklaşımlarına neden olmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre toplumun büyük bir kesimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır.

Ancak sistemin aksamasına neden olan ve henüz tam verim elde edilemeyen uygulamalar da bulunmaktadır. Özellikle yeni geliştirilen aile hekimliği kurumunun güvenilir ve nitelikli sunamadığı algısı, sevk zinciri mekanizmasında arzu edilen akışkanlığın sağlanmasını önlemektedir.

Ayrıca kıt kaynakların gereksiz yere kullanımını önleyebilme amacıyla uygulamaya konulduğu iddia edilen katkı payları, vatandaşlar tarafından mali bir külfet olarak algılanmaktadır. Bu olumsuzluklar vatandaşların azımsanmayacak bir bölümünün, sağlık risklerini kapsamada sistemi yetersiz görmelerine neden olmaktadır.

Bu güvenin tesis edilmesi ise aile hekimliğinden, sevk zincirine, ilaç tedarikinden katılım payı uygulamasına, genel sağlık sigortasından kamu ve özel sağlık kurumlarınca sunulan hizmete kadar uzanan ve sağlıkta dönüşüm sürecinin en önemli bileşenleri olan müesseselerin etkin işlemesiyle sağlanabilir.

SONUÇ

Sağlık Hakkı, en temel insan haklarının başında gelir. Sağlık hizmetleri herkesçe ulaşılabilir, sürekli, hakça ve nitelikli olmalıdır. Ancak yeni dünya düzeninde sağlık hizmetlerine erişim piyasa kurallarına bırakılmakta, eşitsizlikler büyümektedir. Ülkemizde mevzuat düzenlemeleri evrensel sağlık hakkını pekiştirip yaygınlaştıracağına, özelleştirerek kamuyu dışlamaya, uluslararası pazara açmaya dönük işleve araçtır ve ne yazık ki sağlık harcamaları verimsiz biçimde artmaktadır.

1961 Anayasası 49. maddesiyle sağlık hizmetini yurttaşa hak, Devlete ise ödev olarak tanımlamıştır. Üstün hukuk normu gereği 224 sayılı yasa çıkarılarak sağlık hizmetleri Sosyalleştirilmiş ve ilke olarak bütçeden finansmanı öngörülmüştür. Sistem 20 yıl içinde tüm ülkeye yayılmış ancak zaman içinde, pek çok nedenle bu finansman ve sağlık hizmeti sunma rejiminden uzaklaşmıştır. 12 Eylül 1980 sonrasında 1982 Anayasası çıkarılarak temel politik seçimler değiştirilmiştir. 56. madde Devleti sağlık hizmetlerini düzenleyen ve denetleyen bir işleve indirgemiş, özelleştirmenin önünü açmıştır.

1990'lar, Küresel kapitalist sistemin güçlenerek yoğun baskısı ile Türkiye'de Sağlıkta Reform denilen sürecin hızlanmasını doğurmuştur. Pek çok mevzuat değişikliği yapılmıştır. 2000-2001 ekonomik bunalımının ardından iktidar olan AKP, 2003'te Sağlıkta Dönüşüm sürecini başlatarak ivme kazandırmıştır. Farklı sosyal sigorta kuruluşlarına tabi olanlar genel sağlık sigortası bünyesinde tek elde toplanmıştır. Finansman büyük ölçüde Genel Sağlık Sigortası'na, sosyal güvenlik tek bir Kuruma (SGK) ve kamusal sağlık kurumları tek ele, şimdilik Sağlık Bakanlığı'na bırakılmış, il-ilçe özel yönetimlerine mülkiyet devri yetkisiyle satılmasına ilişkin yasa teklifi TBMM'ye sunulmuştur. 224 sayılı yasanın sosyalleştirme rejimi tümü ile terk edilerek 6200 Sağlık Ocağı kapatılmaya başlanmış ve 1. Basamak da özelleştirilerek ülke genelinde Aile Hekimliğine geçilmiştir. Süreç içinde sağlık giderleri sürekli ve GSMH büyüme hızını aşarak büyümüş ve % 7,6'lara ulaşarak OECD ortalamasına yaklaşmıştır. 2007'de 50 milyar \$'ı bulan sağlık harcaması yapılmıştır (%38'i ilaç).

Kapsamı ve tutarı zamanla genişletilen katılım payları, GSS'ye karşın hizmete ulaşımı giderek daha çok engeller olmuştur. Prim = ek sağlık vergisi eşitsizlikleri artırmaktadır. Ayrıca prim toplamada zorluklar GSS gelirlerini azaltacaktır. Türkiye; herkesi kapsayacak, genel vergilerle finanse edilen, sosyal devlete uygun, kamusal ağırlıklı bir ulusal sağlık sistemi

benimsemelidir. Gelişmekte olan bir ülke için kıt kaynakları olası en yüksek verimli yöntemlerle değerlendirmek, stratejik bir politika aracı olarak büyük önem taşımaktadır. Gereksiz şişirilen ve kamu eliyle yerli-yabancı sermayeye aktarılan sağlık harcamalarını azaltmak için etkin ve yaygın koruyucu sağlık hizmetlerine kesin bir öncelik verilmelidir. İlaç harcamalarını azaltmak için eşdeğer (jenerik) ilaçların yazımı, akılcı ilaç kullanımını sağlanmalı ve ulusal ilaç-aşı üretimi yeniden artırılmalıdır.

Vatandaşın cebinden her geçen gün daha fazla para çıkmasına neden olan muayene katkı payları, ilaç ve yatak farkı ile bazı hastanelerde uygulanmaya başlayan MR - Tomografi ve Laboratuvarın özel işletmelere kiraya verilmesi sağlık hizmetlerini adım adım paralı hale getirilmesidir. Sağlıkta Dönüşüm adı altında yapılan özelleştirmenin yükü halkın sırtına yüklenmiş ve yüklenmeye devam etmektedir. Sağlık alanında yapılan bir kaç olumlu değişimin nedeninin perde arkasını iyi görmemiz ve asıl amacın özelleştirme olduğunu göz ardı etmememiz gerekir. Son çözümlemede Türkiye, kökü dışarıda, Küreselleşmeci ve halktan yana olmayan politika dayatmalarını bir bütün olarak köktenci biçimde gözden geçirmelidir.

Sağlık personeli için sözleşme rejimi ve performans göre ücretlendirme getirilmiş, kamu hastaneleri döner sermaye işletmelerine dönüştürülmüştür. Sağaltıcı hizmetlere harcamalar abartılı artmış, ancak sağlık düzeyi göstergeleri beklenen ölçüde iyileşmemiştir. Sağlık harcamalarının işlevsel alt dağılımı dengesizleşmiş, bağımsız uzmanlık kuruluşları sağlık giderlerinin maliyet-etkin olmadığı ve başka sektörler aleyhine gereksiz şiştiği eleştirisini getirmişlerdir. Ayakta sağaltım hizmetlerinde özel sektör cari sağlık harcamaları, kamunun 2 katıdır. Harcamaları dizginlemek zorunlu olmuş, zorunlu tasarruf adına hizmete erişimi çok güçleştirici katı kurallar getirmiştir. Bu düzenlemelerin oldukça sık değiştirilmesi sektörde güvensizlik, belirsizlik ve istikrarsızlık doğurmuştur.

SDP yürürlüğe girdikten sonra hızlı bir artış gösteren taşeron istihdam biçimi, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kategorisini oluşturmaktadır. 2003 yılından sonraki sekiz yıl içinde hizmet alımı sayısı 11 binden 2011 yılı itibarıyla 120 bine yükselerek yaklaşık 11 kata yakın bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde taşeron personel çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde genişletilmiştir.

Tüm kamu hastanelerine, hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacak, bütün kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığının denetiminde özerk kurumlar haline getirilecektir. Bu durumda

SB, sahibi olduğu bütün sağlık kuruluşlarını elinden çıkaracak, bu amaçla elindeki sağlık kuruluşlarını önce özerk bir yapıya kavuşturacak, daha sonra özelleştirerek ve/veya yerel yönetimlere devrederek sağlık hizmeti sunumundan çok büyük oranda çekilecek; sadece toplumsal koruyucu hekimlik, ana-ocuk sağlığı gibi temel konularda hizmet üretecektir.

Ancak sağlık kuruluşlarının zerkleştirilmesi ve daha sonra elden çıkarılması konusunda gerekli hukuksal düzenleme henüz gerçekleştirilememiş, bu konulara ilişkin yasalar yürürlüğe konulamamıştır. Bu nedenle, bu amaca ne zaman, hangi biçimde ve hangi kapsamda ulaşılacağı belirgin bir hale gelmemiştir

Araştırma sonucunda görülmüştür ki, SDP uygulamalarıyla kamu hastanelerinden faydalananlar tarafından olumlu karşılanan birçok değişimin gerçekleştirilmesine rağmen, sorunlar ancak kısmen üzülmüştür. Hastaların hizmete ulaşabilirliğinden, hizmet kalitesi, etkililik, verimlilik, sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerini yenileme ihtiyaı, hasta hakları, personel ücretleri gibi birçok alanda iyileşmeler görülmesine rağmen kesin bir başarı kazanılmamıştır. Kesin başarının ancak gelişmiş ülke sağlık göstergelerine ulaşılması ve sürdürülmesiyle mümkün olacağı bilinmektedir. Kesin başarı için SDP uygulamalarının mevcut sorunlar ve ortaya çıkan yeni sorunların zmne yönelik geliştirilerek devam etmesi ve değişen koşullar karşısında sürekli yenilenmesi ihtiyaının unutulmaması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

59. Hükümet Programı, www.byegm.gov.tr/hukümetler/59hukümet , E.T.: 22.04.2012.
- Acartürk E., “Yerel Yönetimlerin Hizmet Sunumunda Alternatif Yöntemler”, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 6, 2001, s.46-60
- Akalın T. T., “Hükümet Programlarında ve Kalkınma Planlarında Türk Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ve Yeniden Düzenlenmesi,” Türk İdare Dergisi, Yıl 56, Sayı 363, 1984, s.41.
- Akbelen M., Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Akdağ R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2010), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:839, Ankara, 2011.
- Akdur R., “Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları” Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilanço 1923-1998 Ulusal Toplantısı, Ankara, 1999, s.49-54.
- Akın C., “Kamu Yönetimini Yeniden Düzenleme İhtiyacı”, Türk İdare Dergisi, Sayı 419, 1998, s.89–100.
- Aksakoğlu G., “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, Sayı 8, 2008, s.7-62.
- Al H., Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi, Bilim Adamları Yayınları, 2002.
- Algın K., “Türkiye’de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Çalışması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 7, Sayı 3, 2004, s.252-257.
- Altay A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı 64, 2007, s.33-57.
- Ar A.F., “Türkiye ve Amerika Birleşik Devletlerinde Yapılan Bazı İdari Reform Çalışmaları,” Amme İdaresi Dergisi, Cilt No 16, Sayı 3, 1983, s.65-88.
- Arslan N. T., Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları Üzerine İncelemeler, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005, s.83.

- Ataay F. (a), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 41, Sayı 3, 2008, s.169-184
- Ataay F. (b), Kamu Reformu İncelemeleri, Ankara Tabip Odası, Ankara, 2005, s.78.
- Ataay F. (c), Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
- Aykaç B. ve Yüksel Ö., “Frederick Taylor’ın Görüşlerinin Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Der. Burhan Aykaç vd., Ankara, Yargı Yayınevi, 2003, s.349.
- Aykaç B.(a), Kamu Bürokrasisi ve Türk Kamu Personel Yönetiminde Bürokratik Eğilimler, YÖK Matbaası, Ankara, 1997.
- Aykaç, B.(b), “Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel Değişim”, AİD, Cilt 24, Sayı 2, 1991, s.88-106.
- Balaban O., “Krizden Kaçış, Krize Kaçıs: Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu”, Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 13, Sayı 4, 2004, s.3-32.
- Balcı Ş. G., “Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmetler Ekseninde Kamu Yönetimi Reformu”, Hukuk ve Adalet Dergisi, Sayı 2, 2004, s.115-126.
- Baran E., Türkiye’de Sosyalleştirmeden Sağlıkta Dönüşüm’e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı, Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009.
- Baran T., Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Mahiyeti ve Gelişimi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Baransel A., Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi Klasik ve Neoklasik Yönetim ve Örgüt Teorileri, Avcıyol Basım Yayın, İstanbul, 1993.
- Belek, İ., Esnek Üretim Derin Sömürü, Nazım Kültürevi Yayınları, İstanbul, 2004.
- Bostan S., Sağlıkta Dönüşüm Programı Hastane İşletmeleri Üzerine Etkisi, Karadeniz Teknik Üni., İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2009.
- Can H., Yönetim ve Organizasyon, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1997.
- Coşkun B., Nohutçu A., “Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kuramsal-Tarihsel Perspektif, Genel Değerlendirme ve Sapmalar”, Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması, Der. Nohutçu A., Balcı A., Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.23-39.

- Coşkun S. (a), “Kamu Reformları: Değişim ve Süreklilik”, Çağdaş Kamu Yönetimi-II; Konular, Kuramlar, Kavramlar, Der. Acar M. ve Özgür H., Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2004, s.129-158.
- Coşkun S. (b), *Kamu Yönetiminde Yönetişim Yaklaşımı*, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, Sözkese Matbaacılık, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003.
- Çal S. (a), “Anayasa Değişikliği Sonrasında Kamu Hizmeti Kavramının İrdelenmesi”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 51, Sayı 2, 2002, s.163-197
- Çal S. (b), Türkiye’de Kamu Hizmeti ve İmtiyazın Dönüşüm Öyküsü, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Yayın Sıra No: 58, 2008, Ankara, s.17-23.
- Çelik K., “E-Devlet ve Yeniden Yapılanma”, Türk İdare Dergisi, Sayı 440, 2003, s.149–158.
- Çukurçayır M. A., Sipahi E., “Yönetişim Yaklaşımı ve Kamu Yönetiminde Kalite”, Sayıştay Dergisi, Sayı 50-51, s.35-66.
- Demirel D., “Yönetişimde Yeni Bir Boyut: E-Yönetişim”, Türk İdare Dergisi, Sayı 466, 2010, s.65-94.
- Demirel Etöz S., “Sağlık Reformu 1980-2010”, Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform, Der. Güler B. A., Ankara Üniversitesi, 2011, s.148-179.
- Devrim F., Kamu Maliyesine Giriş, İzmir, Anadolu Matbaacılık, 1998.
- Diñcer Ö., Yılmaz C., Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 1 Değişim Yönetimi İçin Yönetimde Değişim, T.C. Başbakanlık, Ankara, 2003.
- DPT, Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT, Ankara, 2000.
- Duran L., İdare Hukuku Ders Notları, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1982.
- Eken M., “Kamu Yönetiminde Gizlilik Geleneği ve Açıklık İhtiyacı”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 22, Sayı 2, Ankara, 1994, s.26-42.
- Eker A. Y., “Kamu Özel Sektör Ortaklıkları”, Bütçe Dergisi, Cilt 2, Sayı 25, 2007, s.59-68.
- Emek U., Ek ve Değişiklikleri ile Yap-İşlet-Devret(YİD), Yap-İşlet(Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı, DPT Yayın, Ankara, 1999.
- Emrealp S., Belediyelerde Mali Yönetim, Kent Basımevi, İstanbul, 1993.
- Er Ü. Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011.

- Erdem R., Yıldızlı Ü. K., “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun Tasarısı Üzerine Değerlendirmeler”, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Sayı 70, 2011, s.52-59.
- Eren N., Tanrıtanır N., Cumhuriyet ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 1998.
- Ergun T., “Yönetimin Yeniden Düzenlenmesi Gereksinimi ve KAYA Projesi”, Amme İdare Dergisi, Sayı 4, 1991, s.12-45.
- Ergun T., Polatoğlu A., Kamu Yönetimine Giriş, Sevinç Matbaası, Ankara, 1984.
- Ertan B., “Kamu Yönetimi Reformu: KKTC Örneği”, Review of Social, Economic & Business Studies, Vol.5/6, 2006, s.367-379.
- Eryılmaz B. (a), Kamu Yönetimi, Erkam Matbaası, İstanbul, 2003.
- Eryılmaz B. (b), “Türkiye’de Bürokrasinin Sorunları”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Der. Aykaç B. vd., Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s.189-211.
- Eryılmaz B. (c), “Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Bürokrasi İktidar İlişkileri”, Türkiye’de Yönetim Geleneği: Kurumlar, Sorunlar ve Yeniden Yapılanma Arayışları, Der. Dursun D. vd., İlke Yayıncılık, İstanbul, 1998, s.153-166.
- Eryılmaz B. (d), Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılandırılması, İstanbul, Birleşik Yayıncılık, 1997.
- Eryılmaz B. (e), “Kamu Yönetiminde Değişim”, II: Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR II) Hacettepe Üniversitesi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2004, s.50-64.
- G.Nweihed K., Küreselleşme İki Yüze Bir Maske, çev. Gürel B. T., Memleket Yayınları, Ankara, 2007.
- Geray C., “KAYA Yazanağı Açısından Yönetimin Taşra Birimlerinin ve Yerel Yönetimlerin Yeniden Düzenlenmesi”, Çağdaş Yönetimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, 1993, s.3-17.
- Gözel K. A., “Yeni Kamu Yönetimi Nedir?”, Türk İdare Dergisi, Sayı 438, 2003, s.187-208.
- Gözübüyük A. Ş., Tan T., İdare Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara, Cilt I, 2006.
- Gül H., “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısına Adem-i Merkezileşme-Küreselleşme Dinamikleri ve Yönetimi Geliştirme Açılımlarından Bakış”, Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar-1, Der. Özgür H., Kösecik M., Nobel Yay., Ankara, 2005, s.31-55.

- Gül H., Aktel M., “Tarihsel Bir Bakış Açısıyla Kamu ve Yerel Yönetimler Reformu”,
Dünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma Yerel Yönetimler
Kongresi Bildiriler Kitabı, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, 2004, s.79-90.
- Gül Sallan S., Dericioğulları A., Ergun C., “Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm
Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Bir İnceleme”,
18.Yüzyıldan 21.Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform, Der. Akyıldız, Necat vd.,
TODAİE Yayınları, Ankara, 2008, s.565-586.
- Gülan A., “Kamu Hizmeti Kavramı”, İHİD (İş Yeri Hekimliği ve İş Güvenliği Derneği)
Dergisi, Prof. Dr. Lütfi Duran’a Armağan Özel Sayısı, 1988, s.137-154.
- Güler B. A. (a), Türkiye’nin Yönetimi: Yapı, İmge Kitabevi, Ankara, 2009.
- Güler B. A. (b), Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları, TODAİE,
Ankara, 1996.
- Güler B. A. (c), “Avrupa Birliği ve Kamu Reformları”, 2004, [http://
politics.ankara.edu.tr/bguler/ab-kamuyonetimi.pdf](http://politics.ankara.edu.tr/bguler/ab-kamuyonetimi.pdf), E. T.: 21.03.2012.
- Güler Ç., Akın L., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara,
2006.
- Gülmez B., Taştemel M., “Kamu Tercih Teorisi”, Uşak Üniversitesi, İktisadi ve İdari
Bilimler Bölümü, 2011, s.1. [http://www.belgeler.com/blg/2bu9/kamu-tercihi-
teorisi](http://www.belgeler.com/blg/2bu9/kamu-tercihi-teorisi) E. T.: 28.06. 2012.
- Günaydın O., “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma”, Türk İdare Dergisi, Sayı 440, 2003,
s.127-148.
- Güzelsarı S., “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim
Yaklaşımları”, <http://yonetibilimi.politics.ankara.edu.tr/selime.doc>. E. T.:
28.06.2012.
- HABİTAT II İSTANBUL, 5 Ülke Raporu, Yönetişim Alt Bölümü, İstanbul, 2000.
- Haktankaçmaz M. İ., Türk Kamu Yönetimi Yaklaşımı ve Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu,
Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi,
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2009.
- HASUDER, Halk Sağlığı Gündem Elektronik Bülteni, Cilt 2, Sayı 3, 2012.
[http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/rapor/161-halk-salii-uzmanlari-derne-
2006-2007-yili-calima-raporu-](http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/rapor/161-halk-salii-uzmanlari-derne-2006-2007-yili-calima-raporu-) E.T.: 25.06.2012.
- http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/saglikpolitik.htm E.T.: 12.05.2012. s.2.

- <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/179-ttb/1846-tamgun> E.T.: 12.05.2012.
- http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf E.T.: 12.05.2012.
- http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf E.T.: 12.05.2012.
- <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tamgunbrosur.pdf> E.T.: 12.05.2012.
- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=696:saikta-d-ve-sosyal-genl-reformu-projes-fansmani--kredanlaasi&catid=6:uluslararasıge&Itemid=36 E.T.: 12.05.2012.
- http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/CEVAP_DEGERLENDIRME.pdf E.T.: 12.05.2012.
- <http://www.ttb.org.tr/TD/TD110/17.php> E.T.:12.05.2, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, 2006.
- İlerleme Raporu, 2008.
- Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı İle İlgili Olarak Türk Sağlık-Sen'in Görüşlerini İçeren Rapor.
- Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı İle İlgili Olarak Türk Sağlık-Sen'in Görüşlerini İçeren Rapor.
- Kamu Yönetimi Sözlüğü, Ed. : Bozkurt Ö., Ergun T., Sezen S., TODAİE Yayınları, Ankara, 1998.
- Karaer T., "Kamu Yönetimini Yeniden Düzenleme Girişimleri ve Sonuçları Üzerine Bir Deneme," Amme İdaresi Dergisi, Cilt 20, Sayı 2, 1987, s.18-33.
- Karaman Z. T., "Yönetim Stratejilerindeki Değişmeler", Türk İdare Dergisi, Sayı 426, 2000, s.36-50.
- Karataş S., İmtiyaz Sözleşmeleri (Yap-İşlet-Devret Dahil), Ankara, 2011, [http://www.dayanirsagkan.av.tr/site/yayinlar/İmtiyaz Sözleşmeleri \(Yap-İşlet-Devret Dahil\).docx](http://www.dayanirsagkan.av.tr/site/yayinlar/İmtiyaz_Sözleşmeleri_(Yap-İşlet-Devret_Dahil).docx) E.T.: 26.06.2012.
- Karkın N., Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Sürecinde Yerel Yönetimlerin Tutum ve Beklentileri: Büyükşehir Bele, Akdeniz Üniversitesi, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Antalya, 2007.
- Kepenek Y., "Ulus Devletten Gelişmeci Devlete", ODTÜ Gelişme Dergisi, Ankara,1999, Sayı 26, s.306-323.

- Keşli A. T., “Kamu Projelerinin Özel Sektör Tarafından Finanse Edilmesinin Hukuki Rejimi”, IWES 3. Atık Teknolojileri Sempozyumu Bildiriler Kitabı, İstanbul, Kasım 2011, s.1-9.
- Kızılcık R., “Düzenleyici Etki Analizi (Regulatory Impact Assesment), http://www.icisleri.gov.tr/tid/dergi/446_079_100.doc, E. T.: 19.02.2012.
- Köse Ö., “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, Der. Nohutçu A., Balcı A., Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-II, Beta Yayım, İstanbul, 2007.
- Kurt Ö. Şaşmaz T., “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003”, Lokman Hekim Journal, Sayı 2, 2012, s. 20-32.
- Leblebici O., Kamu Hizmetlerinin Sunulmasında Alternatif Arayışlar: Yap-İşlet-Devret Model ve İzmit Yuvacık Barajı Örneği, Ankara Üniversitesi, İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Memişoğlu D., Yeni Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Reformu, Süleyman Demirel Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Metin B., “Türkiye’nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Dönemi Sağlık Reformları”, WHO Türkiye Masası Başkanı, Ankara, 2002, www.undp.un.org.tr/who/bulten, E. T.: 21.03.2012.
- Mihçioğlu C., “Kamu Yönetiminde Verimlilik”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Der. Aykaç B., Durgun S. ve Yayman H., Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s.388-402.
- Muter N. B., “Yerel Yönetim Hizmetleri ve Özelleştirme”, Özelleştirme Sempozyumu, Manisa, 1994, s.141-165.
- Nohutçu A., Balcı A., “Kamu Yönetiminin Yeni Perspektif ve Dinamizmi: ‘Kamu’nun Yönetilmesinden ‘Kamu’nun Yönetmesi Anlayışına Doğru”, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları, Der. Balcı A., Nohutçu A., Öztürk N. K., Coşkun B., Seçkin Yayınları, Ankara, 2008, s.15-26.
- OECD- Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008.
- Onar S. S., İdare Hukukunun Umumi Esasları, Akgün Matbaası, Cilt I, İstanbul, 1966.
- ORAK C. Ç., Kamu Hizmeti İmtiyaz Sözleşmelerinde Tahkim, Dayınlarlı Yayınları, 2006.

- Ökmen M., “Teoriden Pratiğe Kamu Yönetimi; Yaklaşımlar, Sorunlar ve Metodlar” içinde “Liberal Düşüncenin Yerel Yönetim Kent Pratiği Üzerine Notlar” , Der. Arslan N. T., Aktüel Yayınları, İstanbul, 2005, s.19-61.
- Öktem M. K. (a), “Kamu Yönetiminin Yeniden Düzenlenmesi,” Türk İdare Dergisi, Sayı 380, 1998, s.104-123.
- Öktem M. K. (b), “Bilgi Teknolojileri ve Kamu Yönetimi”, Kamu Yönetimi; Gelişimi ve Güncel Sorunları, Der. Öktem M.K., ve Ömürgönülşen U., İmaj Yayınevi, Ankara, 2004, s.139–186.
- Ömürgönülşen U., “Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği”, Çağdaş Kamu Yönetimi I, Der. Acar M.ve Özgür H., Ankara, Nobel, 2003, s.3-43.
- Öner H., “Kamu Yönetimi Felsefesi”, Mersin Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Övgün B., Kamu Yönetişimi, Kamu Yönetimi Çalışmaları 2002–2003 Disiplin Sorunları, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın No: 598, Ankara, 2003.
- Özer M. A. (a), “Kamu Yönetiminin Geleceğine Dair Düşünceler”, Sayıştay Dergisi, Sayı 57, 2005, s.55-80.
- Özer M. A. (b), Yeni Kamu Yönetimi-Teoriden Uygulamaya, Platin Yayınları, Ankara, 2005.
- Öztek Z., Nusret Fişek ile Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara,1992.
- Öztürk Y., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Ders Notları, 2009, www.tip.erciyes.edu.tr/, E. T.: 08.3.2012.
- Pala K., “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Platformu?”, 2007, Bursa, s.11. <http://www.turkacil.net/wp-content/uploads/2011/08/turkiyeicinsaglikplatformu.pdf> E.T.: 26.7.2012.
- Parlak B., “Teoriden Pratiğe Kamu Yönetimi; Yaklaşımlar, Sorunlar ve Metodlar” içinde Küresel Gelişmeler ve Avrupa Birliği Ekseninde Yerelleşme, Der. Arslan N. T., Aktüel Yayınları, İstanbul, 2005.
- Parlak B., Sobacı Z., Kuram ve Uygulamada Kamu Yönetimi Ulusal ve Küresel Perspektifler, Alfa Akademi Yayınları, İstanbul, 2008.

- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993.
<http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/Default.aspx>, E.T.: 15.04.2012.
- Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15550/kamu-hastane-birlikleri-khb.html> E.T.: 12.07.2012.
- Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15550/kamu-hastane-birlikleri-khb.html> E.T.: 12.07.2012.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Ağustos 2008, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara, 2008.
- Sağlık Personeli Platformu: <http://www.saglikpersoneliplatformu.net/haber/10326/kamu-hastane-birlikleri-tam-yetkiyle-geliyor.html#ixzz25O0UKhKg> E.T.:23.07.2012.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003.
- Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003.
www.burdur.saglik.gov.tr/aile/doc/SDP_konsept_notu.pdf E.T., 21.04.2012
- Saran U. (a), Türk Kamu Yönetiminde Değişimin Genel Çizgisi: Reform Arayışlarının Karşısındaki Beklentiler ve Güçlükler”, Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması, Der. Nohutçu A., Balcı A., Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.40.
- Saran U. (b), “Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Der. Aktan C.C., Saran U., İstanbul, Aura Kitapları, 2007, s. 643-679.
- Saran U. (c), “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, 2004, s.22, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/saran1.pdf>, E. T.: 12.01.2012.
- Sayan İ. Ö., Küçük A., “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No 1, 2012, s.171-203.
- Saylı H., Tüfekçi A., “Başarılı Bir Örgütsel Değişimin Gerçekleştirilmesinde Dönüştürücü Liderliğin Rolü”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 30, 2008, s.193-210.
- Sezer Ö., Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Yerel Yönetimlerin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü, Gazi Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008.

Sosyal Güvenlik Kurumu, Aralık 2008 İstatistikler,

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/f4104a804cd448629a40ffc1fec92a73/2008_aralik.xls?MOD=AJPERs, E.T.: 20.04.2012.

Sürgit K.(a), “12 Eylül Yönetimin Yeniden Düzenlenmesi,” Amme İdaresi Dergisi, Cilt No 13, Sayı 3, 1980, s.34-56.

Sürgit K.(b), Türkiye’de İdari Reform, Sevinç Matbaası, Ankara, 1972.

Şahin A., Türk Kamu Yönetiminde Yapısal Dönüşüm ve E-Devlet, Çizgi Kitabevi, Konya, 2008.

Şaylan G. (a), “Bir Yapısal Değişim Sorunu Olarak Yönetim Reformu”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Der.: Aykaç B., Durgun Ş., Yayman H., Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s.403-450.

Şaylan G. (b), “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, Amme İdaresi Dergisi, Sayı 2, Ankara, s.1–22.

Şen A. F., “Müzakereci Demokrasi ve Halkla ilişkiler: Kamu Yönetiminde Alternatif Bir Halkla İlişkiler Arayışı”, Journal of Yaşar University, Cilt 27, Sayı 7, 2012, s.4589–4610.

T.C. Başbakanlık, Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, 11 Haziran 2004, Sayı 2004/73, http://www.hazine.gov.tr/duyuru/basin_2004. E. T.: 12.02.2011.

T.C. Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, 2001 Hedefleri Doğrultusunda 21. Yüzyıla Girenken Türkiye’de Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ve Bazı Ülkelerdeki Uygulamalar-Araştırma Raporları 2, T.C. Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 1994.

TODAİE, İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor, Ankara, 1965.

TODAİE, Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor, TODAİE Yayınları, 1991, No:238, <http://www.todaie.gov.tr/pdf/KAYA.PDF> E. T.: 12.01.2012.

Top M., Gider Ö., “Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme”, TÜSİAD Görüş Dergisi, Sayı 60, 2004, s.73-89.

Toprak E., Demokratik Ve Etkin Bir Devlet İçin Türk Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Ankara Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2000, Ankara.

Tortop N., İşbir G. E., Aykaç B., Yönetim Bilimi, Nobel Yayın, Ankara, 2007.

- Tutum C., “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma”, TESAV Yayınları, Ankara, 1994.
- TÜSİAD, Kamu Bürokrasisi, İstanbul, 1983.
- Ulusoy A., Kamu Hizmeti İncelemeleri, Ülke Kitapları, Ankara, 2004.
- Üstüner Y., Kamu Yönetimi Disiplininde Kimlik Sorunsalı, Türkiye’de Kamu Yönetimi, Yargı Yayınları, Ankara,1994.
- www.ailehekimligi.gov.tr
- www.performans.saglik.gov.tr E.T.:12.04.2012
- www.performans.saglik.gov.tr E.T.:12.04.2012
- www.saglik.gov.tr
- www.tusak.saglik.gov.tr E.T.:12.04.2012
- Yap-İşlet-Devret ve Yap-İşlet Modeli Kapsamında Yaptırılan Enerji Projeleri Hakkında Sayıştay Raporu Hakkında Özet Bilgi, Sayıştay Dergisi, Sayı 52, 2004, s.169-172.
- Yenimahalleli Yaşar G., “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, Mülkiye Dergisi, Sayı 260, 2008, s.157-192.
- Yıldırım H. H., “Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği”, s.4. http://www.absaglik.com/hhy_abhastane.pdf
- Yılmaz O., Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri, DPT Yayınları, 2011, s.91. <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> E.T.: 15. 08. 2012.

EK 1 - ANKET FORMU
DEVLET HASTANELERİNDE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI
HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Bu çalışma, Kamu Hastanelerine başvuran hastaların 2003 tarihinden itibaren uygulanmaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan düzenlemelerle ilgili memnuniyetini ölçmek amaçlı yapılmaktadır. Araştırma sayesinde elde edilecek veriler sadece akademik amaç için kullanılacak ve tamamen anonim olarak kalacaktır. Sizin görüşleriniz, uygulanan sağlık politikalarının başarısının değerlendirilmesinde kullanılabileceği gibi bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda da yol gösterici olacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlardan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Emel PEKŞEN

...../...../2011

Anketimiz 2 bölümden oluşmaktadır. 1. Bölüm kişisel bilgilerinizle ilgili soruları içerir. 2. Bölümde ise sunulan yargılarla ilgili fikirleriniz istenmektedir, size uygun şıkkı işaretlerken doğruluk derecesini [kesinlikle katılmıyorum;1], [katılmıyorum;2], [kararsızım;3], [katılıyorum;4], [kesinlikle katılıyorum;5] şeklinde puanlamış olursunuz.

BÖLÜM1

1- Yaşınız?.....

2- Cinsiyetiniz?

Erkek Kadın

3- Sosyal güvenceniz? (eski sisteme göre)

Yok Bağkur

SSK Emekli Sandığı

Özel Sigorta

4- Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi sayısı?

Yok 1-2

3-4 4'den fazla

5- Eğitim durumunuz?

İlkokul Ortaokul

Lise Üniversite

6- Ortalama aylık net geliriniz?

650 TL'den az 651-1000 TL

1001-2000 TL 2000 TL'den fazla

7- Aile bireyleri de dâhil son altı ay içerisinde Devlet Hastanesine başvuru sayınız?

Hiç gitmedim 1 – 3 kez

4 – 6 kez 7 'den fazla

8- Aile bireyleri de dâhil son altı ay içerisinde Özel Hastaneye başvuru sayınız?

Hiç gitmedim 1 – 3 kez

4 – 6 kez 7'den fazla

BÖLÜM 2:

Devlet Hastanelerinde 2003 Sonrası Düzenlemelere İlişkin Değerlendirmeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yeni sistemde, Devlet Hastanelerinde çalışanlar hastalarla daha fazla ilgilenmektedir.					
2. Yeni sistemde, Devlet Hastanelerinde hasta görüşlerine, beklenti ve sorunlarına verilen önem artmıştır.					
3. Devlet hastanelerindeki polikliniklerde hasta muayenesine yeterli süre harcanmaktadır.					
4. Randevulu sistem gibi teknolojik gelişmeler Devlet Hastanelerinin hizmet kalitesini arttırmıştır					
5.. Devlet Hastanelerinde doktorların gösterdikleri performansa göre ücret almaları hastaların yararınadır.					
6. Devlet kurumlarında çalışan doktorların muayenehanelerinin kapatılması doğru bir karardır.					
7. Devlet Hastanesinde tedavimizi takip eden doktora her zaman ulaşabiliyorum.					
8. Devlet Hastaneleri doktor sayısı olarak yeterlidir					
9. Birinci basamak olarak aile hekimliğine gitme zorunluluğu tanı ve tedavide yetersiz kalma endişesi yaratmaktadır.					
10. Aile Hekiminden sevk alma zorunluluğunu olumlu bir uygulama olarak görüyorum.					
11. Sağlık kurumlarından alınan katılım payı doktora gitmemi zorlaştırmaktadır.					
12.Muayenelerden alınan katılım payının eczanelerde ödenmesini olumlu buluyorum.					
13. Sağlık kurumlarından alınan katılım payı gereksiz yere doktora gidilmesini engellemektedir.					
14. Sağlık kurumlarından alınan katılım payı hastaları acil servise yönlendirmektedir.					
15. Yeni sistemle hastaya eski düzene nazaran daha fazla mali yük getirilmiştir.					
16. Genel Sağlık Sigortam sağlık masraflarımı karşılamada yetersizdir.					
17. Devlet Hastanelerinin özel işletmelere dönüştürülmesi hastalara sunulan hizmet kalitesini arttırır.					
18. Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense ek ücret ödeyerek özel hastaneye gitmeyi tercih ediyorum.					
19. Özel hastaneleri, daha fazla gelir elde etmek için gereksiz tetkik ve işlemler yapıldığından dolayı tercih etmiyorum.					
20. Özel Hastaneleri katılım payı olarak yüksek ücretler alındığı için tercih etmiyorum.					

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Emel PEKŞEN

Doğum Tarihi ve Yeri : 28/11/1974 – Akşehir/KONYA

Medeni Durumu : Evli 3 Çocuk Sahibi

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Haydarpaşa Sağlık Meslek Lisesi – Anestezi Teknisyenliği / İSTANBUL

Lisans Diploması : Anadolu Üniversitesi AÖF Kamu Yönetimi Bölümü

Yükseklisans Diploması :

Tez Konusu : Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Kamu Yönetimi Reformu Bağlamında Değerlendirilmesi.

Yabancı Dil / Diller : İngilizce (orta)

İş Denevimi

Stajlar :

Çalıştığı Kurumlar : Antalya Devlet Hastanesi (1992 – 1995), Kumluca Devlet Hastanesi (1995 – halen çalışmakta)

E-Mail : kutay.irem.nil@hotmail.com.tr