



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

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE
ETKİLERİ: BATI AKDENİZ BÖLGESİ
İL MERKEZLERİ ÖRNEĞİ**

**Dilek MEMİŞOĞLU
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Hüseyin GÜL**

ISPARTA 2011



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Tarih:23/12/ 2011

Enstitü Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararıyla oluşturulan jürimiz, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Bilim Dalını Seçiniz Bilim Dalı DOKTORA öğrencisi Dilek MEMİŞOĞLU'nun "Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği" başlıklı tezini incelemek ve değerlendirmek üzere 23/12/2011 tarihinde saat 10:30'da toplanmış ve adayı tez savunmasına almıştır.

Lisansüstü Yönetmeliği Madde 39 uyarınca adaya dakika süreyle teziyle ilgili Ek'te sunulan sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tezinin aşağıda belirtilen sebeplerle,

Tezin kabul edilmesine

(Öğrenci, varsa jüri tarafından gerekli görülen düzeltmeleri yaparak, tezinin onaylı son şeklini bir (1) ay içinde Enstitü'ye teslim etmelidir.)

Tezde düzeltme verilmesine

(Öğrenci, tezde gerekli görülen düzeltmeleri yaptıktan sonra altı (6) ay içinde savunmasını yineleyecektir.)

Tezin reddedilmesine

(Öğrenci yeni tez konusu belirleyecek)

*Tez adı değişikliği yapıldı/~~yapılmadı~~ oy birliği/~~oy çokluğu~~ ile karar verilmiştir.

Gereği arz olunur.

Jüri	Adı Soyadı	İmza
Danışman	: Prof. Dr. Hüseyin GÜL	
Üye	: Prof. Dr. Şaban SİTEMBÖLÜKBAŞI	
Üye	: Doç. Dr. Erol ESEN	
Üye	: Doç. Dr. Ramazan ERDEM	
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKTEL	

Ekler :

- 1) Jüri Raporları
- 2) Sınav soru tutanağı

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

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

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



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum

“Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Dilek Memişoğlu
İmza
Dilek MEMİŞOĞLU
23.12.2011

Bu tez Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 2244-D-10 No'lu doktora projesi ile desteklenmiştir.

ÖNSÖZ

Kamu hizmeti anlayışında ortaya çıkan dönüşüm, sağlık hizmetleri üzerinde de etkili olmakta ve sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına birçok alanın yeniden düzenlenmesine yol açmaktadır. Ortaya çıkan yeni durum ise hem sağlık hizmetlerinden yararlananları, hem de sağlık hizmeti sunmakla görevli olanları etkilemektedir. Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinden yararlananların ve sağlık hizmeti sunanların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen düzenlemelere ilişkin düşüncelerinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Böylece literatürde bu yöndeki boşluğun kısmen de olsa doldurulması ve kamu politikası üretenler için geribildirim olabilecek bulgulara ulaşılması hedeflenmiştir.

Tez çalışmam boyunca bana yardım eden ve desteğini eksik etmeyen hocam sayın Prof. Dr. Hüseyin GÜL'e, tez içeriğinin şekillenmesinde, araştırma ölçeğinin hazırlanması ve verilerin analiz edilmesi noktasında bana zaman ayırıp bilgilerini benimle paylaşan tez izleme komitesi üyeleri Doç. Dr. Ramazan ERDEM ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKTEL'e göstermiş oldukları yakın ilgi, katkı ve yardımlarından dolayı sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Tez konusunu belirlememde bana yardımcı olan ve çalışmayı tamamlamam için beni gayretlendiren hocam Doç. Dr. Murat OKÇU'ya, anket sorularının belirlenmesi aşamasında bilgilerini benimle paylaşan ve bana yol gösteren Doç. Dr. İlker BELEK'e, çalışmanın içeriğinin belirlenmesi sırasında yardımlarını benden esirgemeyen Doç. Dr. Yüksel METİN'e, alan araştırması noktasında bana yol gösteren Yrd. Doç. Dr. Vahdettin AYDIN'a ve bu günlere gelmemde emeği olan tüm hocalarıma çok teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmanın en önemli bölümünü teşkil eden araştırmanın hazırlanması, istatistikî analiz ve testlerin değerlendirilmesi aşamasında desteklerini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Şeref KALAYCI'ya ve arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. H. Bahadır ESER'e, Yrd. Doç. Dr. Ayşe DURGUN'a, Arş. Gör. İbrahim Yaşar GÖK'e, Arş. Gör. Hakan BOZDAĞ'a ve yine çalışmalarım boyunca desteklerini eksik etmeyen arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. Selim KANAT'a ve Emin KİRMAN'a katkılarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Bu tez Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinasyon Birimi (BAP) tarafından, 2244-D-10 nolu proje ile desteklenmiştir. Desteklerinden dolayı BAP yönetimine teşekkür ederim.

Son olarak, her zaman olduğu gibi bu zor ve yorucu süreçte de yanımda olan, sürecin stresini en az benim kadar yaşayan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyerek beni bu günlere getiren canım aileme ve destek ve yardımlarını eksik etmeyen tüm dostlarıma sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dilek MEMİŞOĞLU

Isparta, 2011

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE ETKİLERİ: BATI AKDENİZ BÖLGESİ İL MERKEZLERİ ÖRNEĞİ

Dilek MEMİŞOĞLU

Süleyman Demirel Üniversitesi, Kamu Yönetimi Bölümü, Doktora Tezi,
445 Sayfa, Aralık 2011

Danışman: Prof. Dr. Hüseyin GÜL

1980 sonrası dönemde neoliberal politikaların etkisiyle devlete ilişkin bakış açısı ve buna bağlı olarak kamu hizmeti anlayışı değişime uğramıştır. Yeni dönemde geçerli olan düzenleyici ve denetleyici devlet anlayışı ile birlikte devletin faaliyet alanı sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırma devletin sunduğu kamu hizmetlerinin kapsamını da etkilemiş ve bazı kamu hizmetleri özel sektör kuruluşlarına bırakılırken bazı kamu hizmetleri de yine özel sektörden satın alınarak yerine getirilmiştir. Devletin özel sektör kuruluşlarıyla birlikte yürüttüğü kamu hizmetlerinden biri de sağlık hizmetleridir.

Özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanındaki rolü her geçen gün artmaktadır. Türkiye’de bu süreç 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hız kazanmıştır. Düzenleyici ve denetleyici Sağlık Bakanlığı anlayışla hareket eden Sağlıkta Dönüşüm Programı, gerek sağlık hizmetlerinin sunumu gerekse de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından önemli düzenlemeler getirmiştir.

Bu çalışmanın amacı Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık sisteminde meydana gelen değişimler hakkında bilgi vermek ve sağlık hizmeti sunucuları, yararlanıcıları ve yöneticilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programına yönelik algılarını ve bakış açılarını ortaya koymaktır. Bu kapsamda sağlık hizmeti yararlanıcıları, sunucuları ve yöneticilerinin bakış açılarında bir farklılaşma olup olmadığının tespit edilmesi hedeflenmektedir. Çalışmanın ilk aşamasında konu ile ilgili literatür taraması yapılmış, ikinci aşamada ise anket tekniği ile Batı Akdeniz Bölgesi il merkezlerinde (Antalya, Burdur ve Isparta) bulunan sağlık hizmeti yararlanıcıları, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti yöneticilerinden veriler toplanmış ve sonra bulgular değerlendirilmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türk sağlık sisteminde yeni bir döneme girildiğini söylemek mümkündür. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında değişikliklere gidilmiş ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, fiyatlandırılması ve desantralizasyonu gibi uygulamalar gündeme gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen düzenlemeler hem sağlık hizmeti yararlanıcıları hem de sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri üzerinde etkili olmuştur. Genel anlamda, sağlık hizmetlerinden yararlananlar düzenlemeleri desteklerken, sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri ise çekimser kalmışlardır.

Anahtar Kelimeler: Kamu hizmeti, sağlık hizmeti, Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin dönüşümü, Batı Akdeniz Bölgesi, Antalya İli, Isparta İli, Burdur İli

ABSTRACT**THE EFFECTS OF THE TRANSFORMATION OF HEALTH SERVICES: EXAMPLE OF THE PROVINCIAL CENTERS OF THE WESTERN MEDITERRANEAN REGION****Dilek MEMİŞOĞLU**

Süleyman Demirel University, Department of Public Administration
Ph. D., 445 pages, December 2011

Supervising Professor: Prof. Dr. Hüseyin GÜL

Perspectives on the state and the understanding of public service have changed as a result of the influences of neoliberal policies after 1980. Current understanding of regulatory and supervisory state seems to have shrunk the space for state actions and intervention. This shrinkage has also affected the scope of public services offered by the state and some public services were devolved to the private sector institutions whereas some other public services were purchased from the private sector. Health care services are one of the public services which are provided together with public and private sector organizations.

The role of private health institutions in the provision and finance of health care services has been increasing in recent years. This process has accelerated by the Health Transformation Program launched in 2003 in Turkey. Health Transformation Program based on an understanding of Ministry of Health as a regulatory and supervisory organization included important arrangements both in terms of health care provision and finance.

The main purposes of this study are to provide information about the changes that have occurred in the health care system after Health Transformation Program and to determine the perceptions and perspectives of health service beneficiaries, providers and managers about Health Transformation Program. In this context, it is aimed to determine whether there is a difference in the perceptions and perspectives of the beneficiaries, providers and managers of health services. In the first part of study, literature review about the subject has been done and in the second stage, data were collected about the health service beneficiaries, health service providers and health service managers in the provincial centers of Western Mediterranean Region (the provinces of Antalya, Burdur and Isparta) by survey technique and then findings were evaluated.

The findings indicate that a new era is started in Turkish health system by Health Transformation Program. During this period, changes have been made in the health care service provision and finance and some policies such as privatization, pricing and decentralization of health services have been implemented. Arrangements introduced by the Health Transformation Program have had effects on both health service beneficiaries and also health service providers and managers. In general, health service beneficiaries have supported the arrangements, but health service providers and managers seem to have conflicting perceptions.

Key Words: Public service, health service, Health Transformation Program, transformation of health services, Western Mediterranean Region, Antalya province, Isparta province, Burdur province.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
GİRİŞ	1
Araştırmaya İlişkin Genel Bilgiler	3
Araştırmanın Konusu ve Sorusu	3
Araştırmanın Önemi.....	4
Araştırmanın Amacı	4
Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	5
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	6
Araştırmanın Ölçeği ve Veri Analiz Yöntemi.....	8
Araştırmanın Hipotezleri.....	11
Araştırmanın Değişkenleri.....	18

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

KAMU HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMLARI

1.1. Kamu Hizmeti Kavramının Tanımı ve Unsurları	19
1.1.1. Kamu Hizmetinin Temel İlkeleri.....	22
1.1.1.1. Süreklilik İlkesi.....	22
1.1.1.2. Değişkenlik ve Uyum İlkesi	22
1.1.1.3. Eşitlik İlkesi	23
1.1.1.4. Tarafsızlık İlkesi	23
1.1.1.5. Bedelsizlik İlkesi	23
1.1.1.6. Kamu Hizmetinde Güncel İlkeler.....	24
1.1.2. Kamu Hizmetinin Kapsamı ve Türleri	26
1.1.3. Kamu Hizmetinin Kurulması ve Kaldırılması	27
1.1.4. Kamu Hizmetinin Yürütülme Usulleri	28

1.1.4.1. Kamu Hizmetinin Kamu Tüzel Kişilerince Yürütülmesi	29
1.1.4.2. Kamu Hizmetinin Özel Hukuk Kişilerince Yürütülmesi	29
1.1.5. Değişen Devlet Anlayışı ve Kamu Hizmetine Yansımaları.....	31
1.1.5.1. Değişimin Dinamikleri.....	31
1.1.5.2. Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim ve Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı.....	33
1.1.5.3. Kamu Hizmeti Anlayışının Değişimi.....	36
1.1.5.4. Yeni Kamu Hizmeti Anlayışı	40
1.2. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Kavramlar	42
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	43
1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	43
1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	45
1.2.1.3. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Hizmetleri.....	46
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	46
1.2.2.1. Kamusalılık Özelliği.....	46
1.2.2.2. Dışsallık Özelliği	47
1.2.2.3. Sağlık Alanında Eksik Rekabet Koşullarının Geçerli Olması	47
1.2.2.4. Bilgi Asimetrisinin Olması	48
1.2.2.5. Sağlık Hizmetleri Talebinin Belirsizliği	48
1.2.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsallığı	49
1.2.2.7. Sağlık Hizmetleri Çıktısının Parasal Değerini Belirlemenin Güçlüğü .	49
1.2.2.8. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemezliği ve Ertelenememesi.....	49
1.2.3. Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	50
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	53

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE DÖNÜŞÜMÜ

2. 1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	58
2.1.1. 1920–1945 Dönemi Sağlık Hizmetleri	59
2.1.2. 1946–1960 Dönemi Sağlık Hizmetleri	60
2.1.3. 1961–1979 Dönemi Sağlık Hizmetleri	61
2.1.4. 1980–1989 Dönemi Sağlık Hizmetleri	64
2.1.5. 1990–2002 Dönemi Sağlık Hizmetleri	66
2.1.6. 2003 Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetleri	70

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	74
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı.....	74
2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri.....	75
2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	76
2.2.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	76
2.2.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	76
2.2.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi	77
2.2.3.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsangücü.....	77
2.2.3.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları	78
2.2.3.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon	78
2.2.3.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	78
2.2.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi.....	79
2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na Bağlı Olarak Gerçekleştirilen Yasal Düzenlemeler.....	79
2.2.4.1. Bazı Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na Devri ve Hastanelerin Tek Çatı Altında Birleştirilmesi	79
2.2.4.2. Aile Hekimliği Sistemine Geçilmesi.....	81
2.2.4.3. Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumunun Kurulması	86
2.2.4.4. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı	90
2.2.4.5. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışması.....	96

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜMÜN DİNAMİKLERİ VE TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMALARI

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜMÜN NEDENLERİ VE REFORM İHTİYACININ ORTAYA ÇIKMASI.....	102
3.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu	104
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Dinamikleri	106
3.2.1. Küreselleşme Süreci ve Uluslararası Kuruluşların Etkisi	108
3.2.2. Avrupa Birliği'ne Üyelik Süreci.....	114
3.2.3. Yeni Kamu İşletmeciliği Anlayışı	117
3.2.4. Nüfus Artışı ve Demografik Yapıdaki Değişiklikler.....	119
3.2.5. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinde ve Sağlık Teknolojilerinde Ortaya Çıkan Gelişmeler.....	123

3.2.6. Refah Düzeyinin Yükselmesi ve Sağlık Hizmetlerine Olan Talebin Artması	125
3.3. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Türk Sağlık Hizmetlerine Yansıması.....	125
3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi	126
3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasalaştırılması	130
3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu.....	139
3.3.3.1. Kamu Yönetimi Reformu, Yerelleşme ve Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü.....	143
3.4. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Personel Boyutu.....	146
3.4.1. Sözleşmeli Personel Anlayışı.....	148
3.4.2. Performansa Göre Ücretlendirme	150
3.4.3. Taşeron Çalışma Yöntemleri.....	153

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE ÜLKE DENEYİMLERİ

4.1. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması ve Sağlıkta Reform Arayışları	155
4.1.1. İngiltere.....	158
4.1.2. Amerika Birleşik Devletleri	162
4.1.2.1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri	163
4.1.2.2. Mavi Haç (Blue Cross) ve Mavi Kalkan (Blue Shield) Uygulaması ..	164
4.1.2.3. Yönetilen Bakım Modeli ve Sağlık Organizasyonları	164
4.1.2.4. Kamu Sigortaları: Medicare Programı ve Medicaid Programı.....	167
4.1.3. Almanya	172
4.1.4. Yunanistan.....	178
4.1.5. Latin Amerika Ülkeleri.....	184
4.1.5.1. Şili.....	184
4.1.5.2. Kolombiya.....	187
4.1.5.3. Brezilya	188
4.2. Ülke Örneklerinden Türkiye İçin Çıkarılabilecek Dersler	191

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARININ SUNUMU VE DEĞERLENDİRİLMESİ

5.1. Batı Akdeniz Bölgesinin Sosyo-Ekonomik Özellikleri	201
--	------------

5.2. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarına Ait Araştırma Bulgularının Sunumu ve Değerlendirilmesi.....	204
5.2.1. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarının Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Görüşlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	215
5.3. Sağlık Hizmeti Sunucularına Ait Araştırma Bulgularının Sunumu ve Değerlendirilmesi.....	262
5.3.1. Sağlık Hizmeti Sunucularının Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Görüşlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	271
5.4. Sağlık Hizmeti Yöneticilerine Ait Araştırma Bulgularının Sunumu ve Değerlendirilmesi.....	337
5.4.1. Sağlık Hizmeti Yöneticilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Görüşlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	341

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	385
KAYNAKÇA.....	416
EKLER.....	435
EK–1. Sağlık Hizmeti Yararlanıcıları Anket Formu.....	436
EK–2. Sağlık Hizmeti Sunucuları Anket Formu.....	438
EK–3. Sağlık Hizmeti Yöneticileri Anket Formu.....	440
ÖZGEÇMİŞ	442

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
EPO	Belirlenmiş Hizmet Organizasyonları
FONASA	Ulusal Sağlık Fonu
GATS	General Agreement on Trade in Services
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HMO	Sağlığa Destek Organizasyonları
IBBS	İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	Uluslararası Para Fonu
IPA	Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu
ISAPRES	Özel Sigorta Şirketleri
KYTK	Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı
NHS	National Health Service
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
ÖFG	Özel Finans Girişimi
PESY	Bölgesel Sağlık Sistemi
PHO	Doktor Hastane Organizasyonları
PHRD	Policy and Human Resources Development Fund
PPO	Tercihli Hizmet Organizasyonları
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUS	Birleşik Sağlık Sistemi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USH	Ulusal Sağlık Hizmetleri
YKİ	Yeni Kamu İşletmeciliği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hizmetin Finansmanına Göre Kamu Hizmetinin Yürütülme Yöntemleri ..	39
Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri Açısından Ülkelerin Karşılaştırılması...	200
Tablo 3. Batı Akdeniz Bölgesinde Bulunan Hastane ve Yatak Sayıları	203
Tablo 4. Batı Akdeniz Bölgesinde Sağlık Personelinin Dağılımı	204
Tablo 5. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı	205
Tablo 6. Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu.....	206
Tablo 7. Yararlanıcıların Sağlık Hizmetlerinin Kim Tarafından Sunulması Gerektiğine Yönelik Tercihleri.....	208
Tablo 8. Yararlanıcıların Sağlık Hizmetleri Açısından Önem Verdiği Unsurlar	209
Tablo 9. Devletin Sağlık Hizmetlerinde Yaptığı Düzenlemelerin Öncelikli Amacı	210
Tablo 10. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarına Yöneltilen İfadelere Verilen Cevapların Sayıları (n), Aritmetik Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (S)	212
Tablo 11. “Son Birkaç Yıldır Sağlık Kuruluşlarından Aldığım Sağlık Hizmetlerinde Hissedilir Bir İyileşme Oldu” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	216
Tablo 12. “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	218
Tablo 13. “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	219
Tablo 14. “Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	221
Tablo 15. “Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	223
Tablo 16. “SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	225

Tablo 17. “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	226
Tablo 18. “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı	228
Tablo 19. “Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı	23030
Tablo 20. “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı.....	231
Tablo 21. “Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	2333
Tablo 22. “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	234
Tablo 23. “Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2366
Tablo 24. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	237
Tablo 25. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2399
Tablo 26. “Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	240
Tablo 27. “Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	2422
Tablo 28. “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	2433
Tablo 29. “Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	244
Tablo 30. “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	245
Tablo 31. “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	2477

Tablo 32. “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı	248
Tablo 33. “Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	250
Tablo 34. “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	251
Tablo 35. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	253
Tablo 36. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	255
Tablo 37. “Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	257
Tablo 38. “Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2599
Tablo 39. “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	26060
Tablo 40. “Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	261
Tablo 41. Sağlık Hizmeti Sunanların Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı	2633
Tablo 42. Sunucuların Sağlık Hizmetlerinin Kim Tarafından Sunulması Gerektiğine Yönelik Tercihleri	264
Tablo 43. Sunucuların Sağlık Hizmetleri Açısından Önem Verdiği Unsurlar	265
Tablo 44. Devletin Sağlık Hizmetlerinde Yaptığı Düzenlemelerin Öncelikli Amacı	266
Tablo 45. Sağlık Hizmeti Sunucularına Yöneltilen İfadelere Verilen Cevapların Sayıları (n), Aritmetik Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (S)	268
Tablo 46. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2722

Tablo 47. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlamasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2744
Tablo 48. “Özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	275
Tablo 49. “Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	277
Tablo 50. “Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2799
Tablo 51. “Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	28080
Tablo 52. “Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	281
Tablo 53. “Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	2833
Tablo 54. “Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	285
Tablo 55. “Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	287
Tablo 56. “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	288
Tablo 57. “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	290
Tablo 58. “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	2922

Tablo 59. “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	294
Tablo 60. “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	296
Tablo 61. “Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	298
Tablo 62. “Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	299
Tablo 63. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	300
Tablo 64. “Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ...	302
Tablo 65. “Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	3044
Tablo 66. “Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ...	3066
Tablo 67. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	308
Tablo 68. “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ...	31010
Tablo 69. “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3122
Tablo 70. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	3144
Tablo 71. “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	315

Tablo 72. “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3177
Tablo 73. “Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	319
Tablo 74. “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3211
Tablo 75. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	323
Tablo 76. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	3255
Tablo 77. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	326
Tablo 78. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması..	328
Tablo 79. “Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	330
Tablo 80. “Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	332
Tablo 81. “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3344
Tablo 82. “Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	335
Tablo 83. Sağlık Hizmeti Yöneticilerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı	3388
Tablo 84. Sağlık Hizmeti Yöneticilerine Yöneltilen İfadelere Verilen Cevapların Sayıları (n), Aritmetik Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (S)	338

Tablo 85. “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	3422
Tablo 86. “Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3444
Tablo 87. “Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3455
Tablo 88. “Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3466
Tablo 89. “Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	347
Tablo 90. “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüğe yol açmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	348
Tablo 91. “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK’ya olan maliyetini artırmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	35050
Tablo 92. “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	351
Tablo 93. “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3533
Tablo 94. “KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	354
Tablo 95. “KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3566

- Tablo 96.** “KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 3577
- Tablo 97.** “Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 358
- Tablo 98.** “Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 359
- Tablo 99.** “Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 361
- Tablo 100.** “Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 362
- Tablo 101.** “Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .. 363
- Tablo 102.** “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 3655
- Tablo 103.** “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 3666
- Tablo 104.** “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 3677
- Tablo 105.** “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 368
- Tablo 106.** “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 37070
- Tablo 107.** “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 3711
- Tablo 108.** “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 372

Tablo 109. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	373
Tablo 110. “Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	374
Tablo 111. “Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3766
Tablo 112. “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	377
Tablo 113. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	378
Tablo 114. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	38080
Tablo 115. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3811
Tablo 116. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	382
Tablo 117. “Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	3844
Tablo 118. Hipotez Sonuçları	387

GİRİŞ

Günümüzde küresel anlamda hızlı bir gelişim ve değişim süreci yaşanmaktadır. Ekonomik, sosyal, siyasal, kültürel ve teknolojik boyutlarda meydana gelen söz konusu değişim süreci, birçok alanı olduğu gibi devletin görev ve sorumluluk alanını da dönüştürmektedir. Diğer bir ifadeyle, neoliberal dönüşüm süreci olarak adlandırabileceğimiz bu gelişmeler, ulus devletleri de etkilemekte ve devletin faaliyet alanının yeniden düzenlenmesini gündeme getirmektedir. Bu süreçte devletin rolünün sınırlandırılması, devletin özel sektör tarafından yerine getirilemeyecek olan görevleri üstlenmesi, bunun dışındaki görevleri ise özel sektör, yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar gibi oluşumlara bırakması söz konusu olmaktadır. Bu değişimden kamu hizmeti kavramı da etkilenmekte ve sınırlı devlet anlayışı ile birlikte, kamu hizmeti anlayışı da değişmektedir. Buna bağlı olarak, birçok hizmet kamu hizmeti niteliğini tamamen ya da kısmen kaybetmektedir. Bu değişimden etkilenen hizmetlerden birisi de sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye açısından da benzer bir süreç gerçekleşmiş ve özellikle 1980'den sonra hayata geçirilen neoliberal politikalar, sağlık alanı üzerinde de etkili olmuştur. 1990'larla birlikte sağlık sistemini yeniden düzenlemek amacıyla toplantılar yapılmış, proje çalışmaları gerçekleştirilmiş ve yasal düzenlemelere yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Ancak bu çalışmaların hayata geçirilmesi mümkün olmamış, 2003 yılına kadar yapılan çalışmalar kâğıt üzerinde kalmıştır. 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık alanında yeni bir döneme girilmiş, bu doğrultuda kapsamlı çalışmalar gerçekleştirilmiş ve düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve programa bağlı olarak gerçekleştirilen düzenlemeler, hem sağlık hizmeti sunumu, finansmanı, sağlık personeli gibi konularda hem de ilaç yönetimi, sağlıkta kalite ve akreditasyon, sağlık bilgi sistemleri gibi konular üzerinde yoğunlaşmıştır. Düzenleyici ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı anlayışı ile hareket eden Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli düzenlemeleri hayata geçirmiştir. Genel sağlık sigortası, aile hekimliği uygulaması, kamuya ait hastanelerin tek çatı altında toplanması, özel hastanelerden hizmet alımının kolaylaşması, bunların başlıcalarını oluşturmuştur. Diğer yandan Sağlıkta

Dönüşüm Programı, sadece sağlık hizmetlerinden yararlanalar açısından değil, aynı zamanda sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar için de yeni düzenlemeler öngörmüştür.

Çalışmanın birinci bölümünde, kavramsal çerçeve üzerinde durulmuş ve genel olarak kamu hizmeti ve sağlık hizmeti kavramları hakkında bilgi verilmiştir. Bu doğrultuda, kamu hizmeti nedir, kamu hizmetinin kapsamı ve türleri nelerdir gibi konular ele alınmış, kamu hizmetinin temel ilkeleri ve geçirdiği dönüşüm süreci tartışılmıştır. Ardından sağlık hizmeti kavramı üzerinde durularak sağlık hizmetlerine ait sınıflandırmalardan bahsedilmiş ve sağlık hizmetinin özellikleri, sunumu ve finansmanı gibi konulara yer verilmiştir.

İkinci bölümde ise, öncelikle genel olarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin nasıl bir gelişim süreci geçirdiği hakkında bilgi verilmiştir. Bu noktada tarihsel gelişim süreci belli dönemlere ayrılmış ve bu dönemde gerçekleştirilen düzenlemeler üzerinde durulmuştur. Devamında ise Sağlıkta Dönüşüm Programı ele alınmış ve bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amacı, ilkeleri ve bileşenlerine yer verilmiştir. Ardından da Sağlıkta Dönüşüm Programı’na dayanarak gerçekleştirilen yasal düzenlemeler üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm ve bu dönüşümün Türkiye’deki sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği incelenmiştir. Yine bu bölümde sağlık hizmetlerinde dönüşüme yol açan süreç ve bu dönüşüm dinamikleri tartışılmıştır. Bunları takiben, sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün sonuçları ele alınmış ve dönüşümle birlikte ortaya çıkan özelleştirme, fiyatlandırma, yerelleşme uygulamaları ve sağlık çalışanları ile ilgili olarak değişen istihdam anlayışı hakkında bilgi verilmiştir.

Dördüncü bölümde ise, çeşitli ülkelerdeki sağlık sistemleri üzerinde durulmuş ve sağlık hizmetlerine konu olan sağlık reformlarından bahsedilmiştir. Böylece bu ülkelerde uygulanan sağlık reformları hakkında bilgi edinilmesi ve bu bilgiler ışığında Türkiye’deki sağlık hizmetlerine yönelik yeniden düzenleme çalışmalarının olası sonuçları için öngörülerde bulunulması hedeflenmiştir.

Son olarak beşinci bölümde ise, alan araştırmasına yer verilmiştir. Bu kapsamda Batı Akdeniz Bölgesi il merkezlerinde sağlık hizmeti yararlanıcıları,

sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti yöneticileri ile yapılan anket çalışmasının bulguları sunulmuştur.

Araştırmaya İlişkin Genel Bilgiler

Bu başlık altında, çalışma kapsamında gerçekleştirilen alan araştırmasının konusu, önemi, amacı, kapsamı ve sınırlılıkları, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmanın ölçeği ve veri analiz yöntemi, araştırmanın hipotezleri ve araştırmanın değişkenleri gibi araştırmayla ilgili bilgiler üzerinde durulacaktır.

Araştırmanın Konusu ve Sorusu

Özellikle 1980 sonrası dönemde neoliberal politikaların öncülüğünde kamu hizmeti anlayışı değişmeye başlamıştır. Bu doğrultuda kamu hizmeti kavramının kapsamı ve niteliği tekrar tartışılmış ve devletin bu alandaki rolünün sınırlandırılması gündeme gelmiştir. Bunun sonucunda devlet daha az sayıda hizmeti, kamu hizmeti olarak yerine getirmeye başlamıştır. Buna paralel olarak kimi hizmetler özel sektöre devredilmiş, kimi hizmetlerin de özel sektörden satın alınması yoluna gidilmiştir. Böylece bazı hizmetlerin piyasa güçleri tarafından yerine getirilmesi söz konusu olmuştur. Bu hizmetlerden biri de sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmıştır.

Günümüzde sağlık sisteminde, özel sağlık kuruluşlarının sayısının ve özel sağlık sektörünün payının hızla arttığı gözlenmiştir. Türkiye'de de bu süreç 1990'lı yıllarda gündeme gelmiş olmakla birlikte, özellikle 2003 yılında kabul edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilmeye başlanmıştır. Bu çalışmada kamu hizmetinde yaşanan dönüşümün sağlık hizmetlerine nasıl yansıdığı ve sağlık hizmetlerindeki dönüşümün nasıl bir yön izlediği, bilimsel temellere dayanarak ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Çalışmanın alan araştırması bölümünde ise Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda hayata geçirilen uygulamaların sağlık hizmeti yararlanıcıları, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti yöneticileri tarafından nasıl algılandığı üzerinde durulmuştur. Araştırmanın konusu, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın neler getirdiğinin ve sağlık hizmeti yararlanıcıları, sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri gibi farklı kesimler tarafından nasıl algılandığının ortaya koyulmasıdır. Araştırma sorularının ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı neler getirmektedir, getirilen düzenlemeler sağlık hizmeti yararlanıcıları, sunucuları ve yöneticileri gibi farklı kesimler tarafından nasıl algılanmaktadır, farklı kesimlerin

alguları arasında herhangi bir farklılık var mıdır, algılar arasında herhangi bir farklılık varsa bu farklılığın nedenleri nelerdir, şeklinde sıralanması mümkündür.

Araştırmanın Önemi

Kamu yönetiminin eylem ve işlemleri toplumun önemli bir kesimini etkilemektedir. Kamu yönetiminin eylemlerinin sosyal, siyasal, kültürel kimi yönleri yanında, ekonomik yönleri de bulunmaktadır. Dolayısıyla kamu hizmeti de kimi zaman sosyal ve kültürel içerikli olarak, kimi zaman da ekonomik içerikli olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bununla birlikte özellikle 1980'lerden sonra kamu hizmeti anlayışında yaşanan değişim, bu kavramın içeriğini etkilemiş ve ekonomik yönünü törpülemiştir. Diğer bir ifade ile ekonomik içerikli kamu hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi, devredilemiyorsa da en azından özel sektöre açılması veya yerel yönetimlere bırakılması söz konusu olmuştur. Bu hizmetlerden biri de sağlık hizmetleridir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunun özel sektöre bırakılması ve sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi düşüncesi sıklıkla telaffuz edilmiştir.

Sağlık hizmetleri, gerek yaşadığı bu dönüşüm süreci ile gerekse de personel ve finansman boyutları ile birçok çalışmaya da konu olmuştur. Çalışmalarda çoğunlukla sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, özelleştirilmesi, sağlık personelinin motivasyonu, sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları gibi konular üzerinde durulduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak, SDP ile getirilen düzenlemelerin, bu düzenlemelerden ilk etkilenecek olan sağlık hizmeti yararlanıcıları, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti yöneticileri tarafından nasıl algılandığının ortaya koyulması hedeflenmiştir. Diğer bir ifade ile Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen politikaların uygulamada nasıl karşılandığı ve yararlanıcılar, sunucular ve yöneticilerin sağlık politikalarına ilişkin düşünceleri Batı Akdeniz Bölgesi özelinde saptanmaya çalışılmıştır. Böylece, alanda bu yöndeki boşluğun kısmen de olsa doldurulması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada öncelikli olarak kamu hizmeti anlayışında ortaya çıkan değişim ve bu değişimin yönü belirlenmeye çalışılmıştır. Ardından sağlık hizmetlerinin bu değişimden nasıl etkilendiği saptanmış ve sağlık hizmetlerinde ve sağlık politikalarında yaşanan dönüşümün nedenlerinin tespit edilmesi hedeflenmiştir.

Yaşanan dönüşümün, Türk sağlık politikalarında meydana getirdiği değişim ve bu değişimin sağlık hizmetlerine yansımaları ele alınmıştır. Ayrıca farklı ülkelerdeki sağlık sistemi ve bu ülkelerdeki sağlık hizmeti uygulamaları hakkında bilgi verilmiş ve bu ülkelerdeki uygulamalardan hareketle Türkiye için çıkarılabilecek dersler üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın uygulama kısmında ise; Batı Akdeniz Bölgesi il merkezlerinde bulunan sağlık hizmeti yararlanıcıları, sunucuları ve yöneticilerinin sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme yönelik algılarının ve bakış açılarının ortaya koyulması hedeflenmiştir. Bu kapsamda, yararlanıcılar, sunucular ve yöneticilerin algılarında ve bakış açılarında farklılaşma olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilere dayanarak yapılan analizler aracılığıyla Batı Akdeniz Bölgesi il merkezlerinde bulunan sağlık hizmeti yararlanıcıları, sunucuları ve yöneticilerinin SDP ile getirilen uygulamalara ilişkin tutumlarının belirlenmesine çalışılmıştır.

Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamını, Antalya, Isparta ve Burdur il merkezlerinde görev yapan sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti yöneticileri ile adı geçen il merkezlerinde sağlık hizmeti alan sağlık hizmeti yararlanıcıları oluşturmaktadır. Bu kapsamda hastanelerde görev yapan hekim, hemşire ve yöneticiler ile hastanelerden hizmet alan hastalarla anketler yapılmış ve hem sağlık hizmeti sunucu ve yöneticilerinin, hem de hizmetlerden yararlananların, SDP sonrası getirilen sağlık uygulamalarına yönelik bakış açılarının belirlenmesine çalışılmıştır.

Araştırmanın sınırlılıklarından ilki anket yapmak için gerekli olan izin alınması sürecinde karşımıza çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı'ndan izin alma sürecinde yaşanan sıkıntılar, araştırma kapsamının belli hastanelerle sınırlı tutulmasına neden olmuştur. Anketin uygulama aşamasında ise hastanelerde görev yapan bazı hekim, hemşire ve yöneticiler iş yoğunlukları nedeniyle ankete zaman ayırmak istememişlerdir. Bu sebeple başlangıçta planlandığı gibi tüm hekim, hemşire ve yöneticilerle anket yapılamamış, sadece kabul edenlere anket uygulanmıştır.

Bir diğer sınırlılık ise sağlık hizmeti yararlanıcılarına ilişkindir. Araştırma kapsamındaki il merkezlerinde bulunan hastanelerden hizmet alan tüm

yararlanıcılara ulaşılması oldukça güçtür. Bu nedenle, illerin nüfus büyüklükleri göz önünde bulundurularak, nüfusu fazla olan illerde daha fazla sayıda yararlanıcıya ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise, anket sorularının sayısına ve uzunluğuna ilişkindir. Gerek sağlık hizmeti yararlanıcılarına gerekse de sağlık hizmeti sunucu ve yöneticilerine daha fazla sayıda soru sorulması ve görüşlerinin daha detaylı alınması mümkün olmakla birlikte, ankete katılanların fazla zaman ayırmak istemedikleri için, soruları cevaplamaktan kaçınmalarını önlemek amacıyla soru sayıları ve uzunlukları sınırlı tutulmuştur. Ayrıca çalışma, doktora tezine yönelik yapıldığı için süre ve maliyet unsurları da göz önünde bulundurulmuş ve çalışma belli bir bölge ve belli hastanelerle sınırlı tutulmuştur.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bir araştırmada elde edilecek sonuçların genellenmek istendiği insan, olay ya da objelerin tamamı evren olarak tanımlanmaktadır (Baydar vd., 2007: 132). Bu araştırmanın evreni Batı Akdeniz Bölgesi il merkezlerindeki sağlık hizmeti yararlanıcıları, sunucuları ve yöneticilerini kapsamaktadır. Diğer bir ifade ile Antalya, Isparta ve Burdur il merkezlerinde görev yapan sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri (başhekimler, başhekim yardımcıları, başhemşireler, balhemşire yardımcıları, müdürler ve müdür yardımcıları) ile il merkezlerindeki hastanelerden hizmet alan yararlanıcılar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Adı geçen bölgenin evren olarak belirlenmesinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Öncelikle, 25.01.2006 tarih ve 5449 sayılı Kanunla Bölgesel Kalkınma Ajanslarının kurulması kararlaştırılmış ve bu kapsamda İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması (IBBS) Düzey 2 TR61 bölgesinde, Antalya, Isparta ve Burdur illerini kapsayan Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı kurulmuştur. Dolayısıyla bu iller ekonomik, sosyal, kültürel yönlerden birbirinden bağımsız olarak ele alınmamaktadır. Benzer şekilde sağlık hizmetlerinin planlanmasında da bölge bir bütün olarak ele alınmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010) tarafından yayımlanan “Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap” isimli çalışmada Türkiye 28 hizmet bölgesine ayrılmış ve Antalya, Isparta ve Burdur illeri 18. Hizmet Bölgesinde birlikte ele alınmıştır. Bunun yanında bu illerin birbirine yakın olması nedeniyle

sağlık hizmeti yararlanıcıları yaşadığı ilden diğer ile muayene veya tedavi olmak amacıyla gidebilmektedir. Örneğin Burdur ilinde hastane sayısının az olması nedeniyle hastalar Isparta iline gelebilmektedir. Benzer şekilde Antalya ilindeki yararlanıcılar da Antalya ilinde hastanelerin kalabalık olması ve bazı hizmetler için uzun zaman beklemek zorunda kalmaları nedeniyle, Isparta ilindeki sağlık kuruluşlarını tercih edebilmektedir. Görüldüğü gibi bölgenin sağlık hizmeti yararlanıcıları sadece kendi iliyle sınırlı kalmamakta, diğer illere de gitmektedir. Çalışmanın evreninin Batı Akdeniz Bölgesi olarak belirlenmesinin bir diğer nedeni de, bölgede yaşayan bir birey olarak, uygulanan sağlık politikalarının bölgedeki yansımalarına ışık tutmak ve bu doğrultuda kamu politikası oluşturanlara geribildirimde bulunarak bilgi vermektir. Ayrıca söz konusu bölgede, hedeflenen verilere daha kolay ulaşılabileceğinin düşünülmesi de evrenin belirlenmesinde etkili olmuştur.

Evreni temsil etme yeteneğine sahip olan ve istatistikî olarak doğru sonuçlara ulaşmak için belli bir büyüklüğü olan grup örneklem olarak nitelendirilmektedir (Bal, 2001: 111). Araştırmanın örneklem boyutunda ise, tabakalı (zümrelere göre) örnekleme yöntemi doğrultusunda Antalya, Isparta ve Burdur il merkezlerinden bir devlet hastanesi, bir üniversite hastanesi ve bir özel hastaneye ulaşılması ve bu hastanelerde görev yapan sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri ile görüşülmesi amaçlanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenen hastanelerde de basit tesadüfî örnekleme yöntemi doğrultusunda sağlık hizmeti yararlanıcılarına anket uygulanması hedeflenmiştir. Hastane seçimleri esnasında önce hastane yöneticileri ile görüşülmüş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaneler tercih edilmiştir. Bu doğrultuda Antalya ilinde Atatürk Devlet Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Özel An-Deva Yıldız Hastanesinde görev yapan hekim, hemşire ve yöneticiler ile bu hastanelerden hizmet alan hastalarla anket çalışması yapılmıştır. Isparta ilinde ise Gülkent Devlet Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel Şifa Hastanesinde görev yapan hekim, hemşire ve yöneticiler ile bu hastanelerden hizmet alan hastalara anket uygulanmıştır. Son olarak Burdur ilinde de Burdur Devlet Hastanesinde görev yapan hekim, hemşire ve yöneticiler ile hastaneden hizmet alan hastalara anket yapılmıştır. Burdur il merkezinde üniversite hastanesi ve özel hastane olmadığı için bu ilde sadece devlet hastanesi örnekleme

dahil edilmiştir. Adı geçen hastanelerde görev yapan tüm hekim, hemşire ve yöneticilere ulaşılmış, kabul eden hekim, hemşire ve yöneticilere de anket uygulanmıştır.

Araştırmanın Ölçeği ve Veri Analiz Yöntemi

Anket formunun hazırlanması sırasında benzer konularla ilgili yapılmış çalışmalar incelenmiş ve tez danışmanı ile tez izleme komitesinin de görüşleri alınarak ankette sorulabilecek sorular belirlenmiştir. Daha sonra ankette yer alan ifadelerin kolay ve net anlaşılması için belirlenen sorular üzerinde çalışılmış ve anket formu düzenlenmiştir. Ardından pilot bir uygulama yapılmış ve anlaşılmayan ya da farklı anlaşılan sorular yeniden düzenlenmiş, bazı sorular çıkarılmış, bazı sorular eklenmiş ve ankete son şekli verilmiştir. Hazırlanan formlar 04.04.2011–15.07.2011 tarihleri arasında Antalya, Isparta ve Burdur il merkezlerindeki sağlık hizmeti yararlanıcıları, sunucuları ve yöneticilerine uygulanmıştır. Araştırma, araştırmacının kendisinin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilmiştir. Anketler kimi katılımcılara birebir yapılmış; hekim, hemşire ve yöneticilerin büyük çoğunluğunu oluşturduğu kimi katılımcılarla ise birebir yapma imkânı bulunamamıştır. Bu nedenle bu katılımcılara anket soruları ve dikkat edilmesi gereken husular hakkında bilgi verildikten sonra anket formları bırakılmış ve formlar daha sonra toplanmıştır. Anket sorularının cevaplanması sırasında katılımcıların bilgi almak istemeleri ihtimali de göz önünde bulundurularak anket soruları ve uygulaması hakkında bilgisi olan görevliler de bu sırada hazır bulunmuştur. Ayrıca anketlerin uygulanması sırasında örneklemin kadınlar ve erkekler arasında dengeli bir dağılım göstermesine özellikle dikkat edilmiştir.

Araştırma kapsamında biri sağlık hizmeti yararlanıcıları, biri sağlık hizmeti sunucuları ve biri de sağlık hizmeti yöneticileri için olmak üzere üç ayrı anket formu hazırlanmıştır. Yararlanıcılar ve sunucular için hazırlanan anket formları üç bölümden oluşmaktadır. Yararlanıcılar için hazırlanan formun ilk bölümünde katılımcılara cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları ve gelir düzeylerine yönelik sorular sorulmuştur. İkinci bölümde ise, yararlanıcıların sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetlerinin kim tarafından sunulması gerektiğine ilişkin bakış açılarını ölçmeyi hedefleyen sorular yer almıştır. Son olarak formun üçüncü bölümünde de

yararlanıcıların SDP kapsamında getirilen ve sağlık kuruluşlarından hizmet alımıyla ilgili olan düzenlemelere ilişkin görüşlerine başvurulmuştur. Sağlık hizmeti sunucularına yönelik hazırlanan formun ilk bölümünde ise, sunuculara cinsiyetleri, yaşları, görev yaptıkları kurumları ve meslekleri sorulmuştur. İkinci bölümde sunucuların sağlık hizmetlerinin niteliğine ve sunumuna yönelik bakış açılarının belirlenmesine yönelik sorular sorulmuştur. Son olarak anket formunun üçüncü bölümünde ise sunucuların SDP kapsamında getirilen ve sağlık kuruluşlarında hizmet sunumuyla ilgili olan düzenlemelere ilişkin görüşlerine başvurulmuştur.

Sağlık hizmeti yöneticileri için hazırlanan anket formu ise iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yöneticilere cinsiyetleri, yaşları ve görev yaptıkları kurumları sorulmuştur. Formun ikinci bölümünde ise SDP kapsamında gündeme gelen sağlık kuruluşlarının yönetim boyutuyla ilgili olan sorular, sağlık hizmeti yöneticilerine yöneltilmiştir.

Araştırmada tutum ölçeği olarak Likert ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekte araştırmaya katılanlara çeşitli ifade ve yargılar yöneltilmekte ve katılımcılardan kendisine yöneltilen ifadeye ya da yargıya katılıp katılmama derecesini belirtmesi istenmektedir. Böylece katılımcıların ifadeye katılım düzeyinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmada Likert ölçeğinin en yaygın kullanılanı olarak ifade edilen 5'li Likert ölçeği (Altunışık vd., 2007: 107) kullanılmıştır. Katılımcılardan, “Hiç Katılmıyorum” seçeneği ile başlayıp “Tamamen Katılıyorum” seçeneği ile biten beş seçenektan birini tercih etmeleri istenmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde, SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır. Anket tekniği ile elde edilen verilerin veri işleme programına girişi ve verilerin analizi, tez danışmanı ve tez izleme komitesinin yardımları ile araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Verilerin analizi aşamasında ise, öncelikle tanımlayıcı istatistiklere başvurulmuştur. Bu kapsamda merkezi eğilim ölçütü olarak aritmetik ortalama; sapma ölçütü olarak da standart sapma kullanılmıştır. Ayrıca değişkenlere ait değerler, frekans dağılımı aracılığıyla sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla ise Bağımsız İki Örnek

T-Testi (Independent-Samples T-Test), Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA), Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır.

Parametrik analiz tekniklerinden olan bağımsız iki örnek T-testi, iki farklı örneklem grubunun ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanılmaktadır (Ak, 2005: 74). Yine parametrik analiz tekniklerinden olan tek yönlü varyans analizi testine, ikiden fazla grubun bir anda karşılaştırılmasını sağlamak ve gruplara göre bağımlı değişkendeki ortalamalar arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla başvurulmaktadır (Antalyalı, 2005: 132; Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 186). Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis Testi ise parametrik olmayan analiz teknikleridir. Mann-Whitney U Testi, t testinin parametrik olmayan alternatifidir ve aralıksız ölçülen iki bağımsız grup arasındaki farklılıkların testi için tercih edilmektedir. Kruskal-Wallis Testi ise tek yönlü varyans analizi testinin parametrik olmayan alternatifidir ve sürekli değişkenlere sahip üç ya da daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlamaktadır (Demirgil, 2005: 99,106; Altunışık vd., 2007: 185,189).

Tutum ölçeklerinin güvenilirlik boyutunu saptamak içinse “Cronbach Alfa (α)” katsayısından yararlanılmıştır. Bu katsayı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığını belirlemeye yönelik bir ölçü niteliğindedir. Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçeğin güvenilirliğinin de o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Altunışık vd., 2007: 114-115). Katsayının negatif çıkması durumunda ise güvenilirlik modelinin bozulduğu sonucuna varılmaktadır. Alfa katsayısının (α) aldığı değerlere göre güvenilirlik dereceleri aşağıda gösterilmiştir (Kayış, 2005: 405):

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ değerleri arasında ise, ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ değerleri arasında ise, ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ değerleri arasında ise, ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ değerleri arasında ise, ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Sağlık hizmeti yararlanıcıları için geliştirilen tutum ölçeğinin Alfa katsayısı, 0.7154 olarak bulunmuştur. Sağlık hizmeti sunucuları için geliştirilen tutum ölçeğinin Alfa katsayısı ise, 0.7894 olarak tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti yöneticileri için geliştirilen tutum ölçeğinin Alfa katsayısı ise, 0.7446 olarak

bulunmuştur. Dolayısıyla, araştırmada kullanılan tüm ölçekler geçerli ve oldukça güvenilirdir.

Araştırmanın Hipotezleri

SDP sonrasında sağlık hizmetlerinde meydana gelen dönüşüm sağlık hizmeti yararlanıcıları, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti yöneticileri tarafından farklı algılanmaktadır. Diğer bir ifadeyle çalışma kapsamında bulunan bu üç farklı grubun sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme yönelik bakış açıları birbirinden farklılaşmaktadır.

Araştırmanın hipotezi genel olarak sağlık hizmetlerinde bir dönüşüm yaşandığına ilişkindir ve sağlık hizmetlerinde yaşanan bu dönüşümün sağlık hizmetinden yararlananlar ile sağlık hizmetini sunanlar ve yönetenler tarafından farklı algılandığı ve yorumlandığı düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti yararlanıcılarına, sunucularına ve yöneticilerine kendi ilgi alanları ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda da yararlanıcıların, sunucuların ve yöneticilerin bakış açılarının ve bakış açılarında bir farklılaşma olup olmadığının ortaya koyulması amaçlanmaktadır.

Hipotez 1 (H₁)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 2 (H₂)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttığına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 3 (H₃)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadıklarına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 4 (H₄)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadıklarına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 5 (H₅)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, devletin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırması gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 6 (H₆)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, devletin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırması gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 7 (H₇)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, daha iyi sağlık hizmeti alabilmek için katkı payı ödenmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 8 (H₈)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 9 (H₉)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 10 (H₁₀)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 11 (H₁₁)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 12 (H₁₂)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmanın mümkün olduğuna ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 13 (H₁₃)

Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmanın mümkün olduğuna ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 14 (H₁₄)

Sağlık hizmeti sunucularının, hastaneler arasında rekabet olması sonucunda sağlık hizmetlerinin daha ucuz sunulacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 15 (H₁₅)

Sağlık hizmeti sunucularının, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 16 (H₁₆)

Sağlık hizmeti sunucularının, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 17 (H₁₇)

Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması durumunda tetkik ve tahlil sayısında gereksiz artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 18 (H₁₈)

Sağlık hizmeti sunucularının, özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 19 (H₁₉)

Sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, sunucuların yaşına göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 20 (H₂₀)

Sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 21 (H₂₁)

Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık harcamalarını artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 22 (H₂₂)

Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 23 (H₂₃)

Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 24 (H₂₄)

Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 25 (H₂₅)

Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 26 (H₂₆)

Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda iş güvencesinin ortadan kalkacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 27 (H₂₇)

Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda iş güvencesinin ortadan kalkacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 28 (H₂₈)

Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların yaşına göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 29 (H₂₉)

Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 30 (H₃₀)

Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 31 (H₃₁)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 32 (H₃₂)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastaların doğrudan istedikleri kamu hastanesine gidebilmesinin olumlu bir düzenleme olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 33 (H₃₃)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, kamu sağlık sigortalı hastaların doğrudan özel hastanelere gitmeleri durumunda sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na olan maliyetinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 34 (H₃₄)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin yaşına göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 35 (H₃₅)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 36 (H₃₆)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı uyarınca kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 37 (H₃₇)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı uyarınca kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 38 (H₃₈)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin maliyetinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 39 (H₃₉)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlayacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 40 (H₄₀)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık çalışanları için olumlu bir düzenleme olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin yaşına göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 41 (H₄₁)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılması durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 42 (H₄₂)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı için görev yaptığı hastanenin altyapısının yeterli olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Hipotez 43 (H₄₃)

Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile görev yaptıkları hastanelerde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başladığına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.

Araştırmanın Değişkenleri

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen alan araştırmasının bağımlı değişkeni, sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmeti sunucularının ve sağlık hizmeti yöneticilerinin SDP ile getirilen uygulamalara ilişkin bakış açılarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise, sağlık hizmeti yararlanıcılarının buldukları il, cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, gelir düzeyleri; sağlık hizmeti sunucularının görev yaptıkları il, cinsiyetleri, yaşları, görev yaptıkları hastanenin mülkiyeti, meslekleri; sağlık hizmeti yöneticilerinin de görev yaptıkları il, cinsiyetleri, yaşları ve görev yaptıkları hastanenin mülkiyeti oluşturmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE KAMU HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMLARI

1.1. Kamu Hizmeti Kavramının Tanımı ve Unsurları

Kamu hizmeti kavramı özellikle kamu yönetimi açısından son derece önemli bir kavramdır. Bu önem bir yandan kavramın tanımının yapılmasındaki güçlükten ve kavramın kamu yönetiminin yürüttüğü işlerin büyük bir bölümünü içermesinden kaynaklanırken, diğer yandan da kamu yönetiminin iş ve işlemlerini düzenleyen idare hukuku için referans bir kavram olmasından kaynaklanmaktadır (Ulusoy, 2004: 11). Bununla birlikte kamu hizmeti kavramı kamu yönetimi ve idare hukuku açısından olduğu kadar, ekonomik ve siyasal açılarından da önemlidir. Zira siyasal açılarından bir karar verme zorunluluğunu, ekonomik açıdan da bir tercihte bulunmayı beraberinde getirmektedir.

Kamu hizmeti kavramı maddi ve organik olmak üzere iki farklı anlamda kullanılmaktadır (Gözler, 2002: 423). Organik anlamda kamu hizmeti kavramı bir teşkilatı, organizasyonu veya örgütü ifade etmek için kullanılmaktadır. Örneğin Anayasamızın 70. maddesinde “her Türk kamu hizmetlerine girme hakkına sahiptir” ifadesinde geçen “kamu hizmetleri” ile kastedilen organik anlamda kamu hizmeti kavramıdır. Maddi anlamda kamu hizmeti kavramı ise, kamu yararına yönelik bir faaliyeti ifade etmek için kullanılmaktadır. Örneğin Anayasamızın 47. maddesindeki “kamu hizmeti niteliği taşıyan özel teşebbüsler, kamu yararının zorunlu kıldığı hallerde devletleştirilebilir” ifadesinde geçen “kamu hizmeti” kavramı maddi anlamda kullanılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan kamu hizmeti kavramı ile maddi anlamda kamu hizmeti kavramı ifade edilmektedir. Çalışmada “maddi anlamda kamu hizmeti” ifadesi yerine sadece kamu hizmeti ifadesi kullanılacaktır.

Kamu hizmeti kavramının üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanımı yoktur. Bununla birlikte kavrama yönelik çeşitli tanımlama çabaları da söz konusudur. Bir tanıma göre kamu hizmeti, “belli bir zamanda ve belli bir yerde kendini hissettiren

toplumsal bir ihtiyacın karşılanması amacıyla yürütülen faaliyettir.” (Yayla, 1990: 62).

Anayasa’da ise kamu hizmeti kavramı, yönetimin görevlerini ifade etmek ya da yasama, yürütme ve yargıyı da kapsayacak şekilde devlet örgütünü tanımlamak için kullanılmaktadır (Uler, 1998: 252–253). Yine kamu hizmeti kavramı sıklıkla kamu sektöründe çalışan tüm herkesi kapsayacak şekilde, devlet hizmeti ile eş anlamlı olarak da kullanılmaktadır (Perry ve Wise, 1990: 368).

Diğer bir tanıma göre ise kamu hizmeti, devlet veya diğer kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim veya denetimleri altında sunulan, genel, kolektif ihtiyaçları karşılama amacı taşıyan, kamu yararını sağlamak için kamuya sunulmuş sürekli ve düzenli faaliyetleri içermektedir (Onar, 1952: 13).

Modern idare hukukunda ise, kamu hizmeti kavramı, kamu yararı içeren ve özel faaliyet olarak gereği gibi sunulması mümkün olmayan, bu nedenle yasama organı tarafından özel faaliyetler için söz konusu olamayacak bir ayrıcalıklar ve yükümlülükler rejimine tabi tutulan faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Bu faaliyetlerin sorumluluğu ile denetimi ise son aşamada bir kamu otoritesi tarafından üstlenilmektedir (Ulusoy, 2004: 13).

Görüldüğü gibi literatürde farklı kamu hizmeti tanımları söz konusudur. Bununla birlikte, kamu hizmeti kavramı tanımlarında genellikle üç unsur ön plana çıkmaktadır. Bunlar organik unsur, maddi unsur ve şekli unsurdur.

1. Organik Unsur: Organik unsur, kamu hizmetinin bir kamu tüzel kişisi tarafından yerine getirilmesini, hizmetin kamu kurum ve kuruluşları tarafından sunulmasını ifade etmektedir. Bununla birlikte yaşam koşullarının değişmesi sonucunda kamu kurum ve kuruluşlarının yanında kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi de söz konusu olmuştur. Bunun sonucunda kamu hizmetlerinin idarenin gözetim ve denetimi altında özel kişilere gördürülmesi benimsenmiştir (Giritli ve Akgüner, 1987: 127–128).

Özel kişilere gördürülen kamu hizmetinin ayırt edici ölçüsü yaptırım uygulamasıdır. Buna göre, özel kişilerce yürütülen kamu hizmetinde bir aksaklık olması durumunda, ilgili kamu kurumu söz konusu kamu hizmetinin yeterli düzeyde sunulması için tüm tedbirleri almakla yükümlüdür (Balta, 1970: 17).

2. Maddi Unsur: Maddi unsur; kamu hizmetinin toplumun ortak ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir faaliyet olmasını ifade eder ve saptanması çok zor olan, öznel yanı ağır basan bir unsurdur (Tan, 1990: 331). Diğer bir ifadeyle, bir faaliyetin kamu hizmeti niteliğinden bahsedebilmek için, söz konusu faaliyetin kamu yararını gerçekleştirme amacı taşıyan bir faaliyet olması gerekmektedir. Bu noktada karşımıza kamu yararı kavramı çıkmaktadır. Kamu yararı kavramını tanımlamak ise son derece zordur ve tanımlaya yönelik objektif veya bilimsel bir yoldan söz etmek olanaklı değildir (Gözler, 2002: 426). Bununla birlikte kamu yararı kavramının, toplumun genel yararının kişilerin ya da grupların yararına tercih edilmesi olarak tanımlanması mümkündür (Erol, 1999: 7).

3. Şekli Unsur: Şekli unsur hukuksal rejimi ifade etmektedir. Kamu hizmeti, kamusal yetki ve usuller kullanılarak yerine getirilen bir faaliyet olarak kabul edilmektedir. Ancak bu unsur zamanla değişikliğe uğramıştır. Bu değişim Anayasa Mahkemesi kararlarına da yansımıştır. Önceleri Anayasa Mahkemesi kararlarında idari işlem, “idarenin idare hukuku alanında gördüğü idari faaliyetlerle ilgili” olarak tanımlanmakta ve kamu hizmetlerinin hukuki rejimi ile idare hukuku arasında bağ kurulmaktaydı. Ancak zamanla Anayasa Mahkemesinin bu yöndeki kararları da değişmiş ve Mahkeme kamu hizmetinin kamu tüzelkişiliklerince “genel idare esaslarına göre yürütülen hizmetler alanının dışına” taşıdığına ve kapsamının genişlediğine karar vermiştir. Bunun sonucunda kamu hizmeti kavramı çeşitlenmiş ve “idari kamu hizmetleri” ve “endüstriyel ve ticari kamu hizmetleri” ortaya çıkmıştır (Gözübüyük ve Tan, 1998: 437–439).

Bir faaliyetin kamu hizmeti niteliği elde etmesi veya kaybetmesi siyasal bir tercih meselesi olarak görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, bir faaliyetin toplumsal ihtiyaçlara cevap verdiği ve kamu yararına yönelik olduğuna ilişkin kararı siyasi otorite verecektir. Dolayısıyla toplumsal bir ihtiyacı, kamu yararını göz önünde bulundurarak karşılayacak bir hizmet, siyasiler tarafından kamu hizmeti olarak nitelendirilmemişse, bu hizmet kamu hizmeti olarak sayılmayacaktır. Taksi işletmeciliği hizmeti, bunun örneklerinden biridir (Günday, 1996: 309, alıntılan Erol: 1999: 7).

1.1.1. Kamu Hizmetinin Temel İlkeleri

Kamu hizmetlerinin görülmesinde uyulması gereken bir takım ilkeler söz konusudur. Bu ilkeler kamu hizmeti ilkeleri veya kamu hizmetinin genel ilkeleri olarak anılmaktadır. Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde dikkate alınan bu ilkeler; süreklilik, değişkenlik ve uyum, eşitlik, bedelsizlik ve tarafsızlıktır. Kamu hizmetinin klasik ilkeleri diyebileceğimiz bu ilkeler yanında, son zamanlarda kamu hizmetinin yerine getirilmesinde “katılma”, “şeffaflık”, “basitlik”, “sorumluluk” ve “ulaşılabilirlik” gibi ilkelere de söz edilmektedir (Gözübüyük ve Tan, 1998: 444).

1.1.1.1. Süreklilik İlkesi

Kamu hizmetleri, kamu yararı ölçütü doğrultusunda, toplumun ortak gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetlerdir. Karşılanan ortak toplumsal gereksinimler geçici değildir, bu nedenle verilen hizmetin de süreklilik arz etmesi, kamu hizmetine yönelik faaliyetlerin sürekli ve düzenli bir biçimde yürütülmesi gerekmektedir. Buna karşılık kamu hizmetlerinin kesintisiz ve sürekli olması, kamu hizmetine konu olan her faaliyetin yirmi dört saat yürütülmesi anlamına da gelmemektedir. Sağlık, elektrik, su ve ulaşım gibi her an ihtiyaç duyulan alanlarda süreklilik ön plandadır. Bununla birlikte öğretim, kültür ve sanat gibi faaliyetleri kapsayan hizmetler belli dönemlerde, belli zamanlarda yerine getirilmektedir (Yayla, 1990: 62–63).

1.1.1.2. Değişkenlik ve Uyum İlkesi

Değişkenlik ve uyum ilkesini süreklilik ilkesinin bir uzantısı olarak ele almak mümkündür. Bu ilke, hizmetin nitelik ve niceliğinin geliştirilmesi ile ilgilidir. Kamu hizmetinin değişen koşullara ve kamunun farklılaşan ihtiyaçlarına uyumlu olacak şekilde yerine getirilmesini, teknoloji alanında ortaya çıkan yeniliklerin dikkate alınmasını ifade etmektedir. Değişkenlik ilkesi gereğince, kamu yönetimi, kamu hizmetinin çağın gereklerine uygun şekilde yürütülebilmesi amacıyla gerekli değişiklikleri yapabilir. Bu değişiklikler sonucunda, ilgililerin kazanılmış hak kayıplarından söz etmek gibi bir durum söz konusu değildir (Gözübüyük, 2006: 31–32).

1.1.1.3. Eşitlik İlkesi

Eşitlik ilkesi, kamu hizmetlerinden herkesin yararlandırılması ve aynı koşullarda olanlara aynı biçimde kamu hizmeti sunulmasını ifade etmektedir. Kamu hizmetindeki eşitlik ilkesi 1982 Anayasası'nın "Kanun önünde eşitlik" başlıklı 10. maddesindeki düzenlemenin bir yansıması olarak kabul edilmektedir (Giritli ve Akgüner, 1987: 138). Ancak eşitlik ilkesi tüm kamu hizmetlerinden tüm vatandaşların yararlanması anlamına gelmemektedir. Hizmetin daha önce belirlenmiş kurallarına uyan ve hizmetin şartlarını taşıyan herkesin bu hizmetten yararlanabilmesi anlamını taşımaktadır (Yayla, 1990: 64).

1.1.1.4. Tarafsızlık İlkesi

Tarafsızlık ilkesi eşitlik ilkesinin bir uzantısı olarak kabul edilmektedir. Tarafsızlık ilkesi ile kamu hizmetlerinde "ayrımcılık yapmama" ve "çoğulculuğa saygı gösterme" kastedilmektedir (Gözübüyük, 2006: 32). Tarafsızlık ilkesi ile kamu hizmeti sunumu sırasında, kişilerin siyasi görüşlerine veya partilerine göre değerlendirilmemesi, bu kişiler arasında herhangi bir ayırım yapılmaması öngörülmektedir (Giritli ve Akgüner, 1987: 138).

1.1.1.5. Bedelsizlik İlkesi

Süreklilik, değişkenlik ve uyum, eşitlik ve tarafsızlık ilkeleri yanında kamu hizmetlerinde bedelsizlik ilkesinin varlığından da söz edilmektedir (Erol, 1999: 15; Özay, 1996: 244; Yayla, 1990: 64–65). Kamu hizmetlerinin sınırlı olduğu zamanlarda bu hizmetler bedelsiz olarak yürütülmüştür. Ancak kamu hizmetlerinin ve bu hizmetlerden yararlananların sayısının artmasıyla birlikte, halkın ödeme gücü göz önünde bulundurularak hizmetten yararlanarlardan belli bir bedel alınması söz konusu olmuştur (Yayla, 1990: 64–65). Bununla birlikte, hizmet karşılığında alınan bu parayı bir "fiyat" olarak değerlendirmek doğru değildir. Zira fiyat "maliyet" ve "kâr" unsurlarının toplamından meydana gelmektedir. Dolayısıyla da özel girişimler için kullanılabilir gelirdir getirici bir kavramdır. Buna karşılık kamu hizmetlerinde bir "kâr"dan bahsetmek mümkün değildir. Çünkü kamu hizmetinin amacı kamu yararını gerçekleştirmektir (Özay, 1996: 244). Bunlara karşılık kamu hizmetlerinin bedelsizliğini, diğer bir ifadeyle "bedavallığı"nı, kamu hizmetinin ilkeleri arasında kabul etmeyen görüşler de mevcuttur. Buna göre "kamu hizmetlerinin bedavallığı

ilkesi” diye bir ilkenin varlığından söz etmek mümkün değildir. Kamu hizmetlerinin bedavallığı, ancak Anayasa ve kanunların öngördüğü kamu hizmetleri için söz konusu olabilecektir (Gözler, 2002: 438–439).

1.1.1.6. Kamu Hizmetinde Güncel İlkeler

Süreklilik, değişkenlik, eşitlik, tarafsızlık, bedelsizlik gibi ilkelerin yanında, son yıllarda kalite, verimlilik, etkinlik, etkililik gibi ilkelerin de kamu hizmeti anlayışı içinde ele alındığı görülmektedir. Bu gelişmede yeni liberalizmin ve yeni kamu işletmeciliği anlayışının önemli bir payı olduğunu söylemek mümkündür¹.

Yeni kamu işletmeciliği anlayışı özel sektörde uygulanan ilke ve kuralların kamu kesiminde de uygulanmasını savunmaktadır. Kalite yönetimi de bu uygulamalardan birisidir (Sözen, 2005: 124). Kalite, genel olarak “müşteri tatmini” ile ilgili bir kavramdır (Saran, 2004: 47) ve “müşteri beklentilerini karşılamak ve onun ilerisine geçmek” olarak tanımlanmaktadır (Balcı, 2003: 330). Kamu yönetimi açısından kaliteli hizmet, yönetim tarafından alınan kararların, bu kararları uygulayanların ve hizmetten yararlananların, kamu hizmetinde kalite ifadesi ile ne anladıkları noktasında anlam bulmaktadır (Bilgin, 1995: 177).

Kamu hizmetlerinin sunumunda son yıllarda öne çıkan ilkelerden bir diğeri de etkinliktir. Etkinlik, daha çok üretim süreci ve üretim faktörleriyle ilgili bir kavramdır. İnsangücü, hammadde, malzeme ve diğer girdilerin, örgütün amaçlarına yönelik olarak ne oranda etkin ya da yeterli kullanıldığını belirlemek için kullanılan bir değerlendirme ölçüsüdür (Yükçü ve Atağan, 2009: 3). Ancak örgütler genelde birden fazla amaca sahip oldukları için örgütlerin etkinliğin gerçekleştirilmesi her zaman çok kolay olmamaktadır. Amaçların birinde etkinliği gerçekleştirmek diğer amaç için etkinliğe ulaşmayı engelleyebilmektedir (Polatoğlu, 2003: 36). Etkililik ise, örgütün hedeflerine ulaşma düzeyini gösteren performans boyutudur. Örgütün, gerçekleştirdiği faaliyetleri sonucunda önceden belirlediği amaçlara ulaşma derecesini ifade etmektedir (Yükçü ve Atağan, 2009: 2).

Verimlilik ilkesi de kamu hizmeti sunumunda gündeme gelen ilkelerden biridir. Verimlilik kavramı, mallar, hizmetler ve diğer sonuçlar (çıktılar) ile bunların

¹ Karahanoğulları (2004: 249) ise bu ilkeleri “reform ilkeleri” olarak nitelemekte ve bu ilkelerin kamu hizmetine niteliğini veren ilkeler olmaktan uzak olduğunu ifade etmektedir. Bu açıdan söz konusu ilkelerin kamu hizmetinin klasik yapısını dönüştürme potansiyeline de sahip olduğunu belirtmektedir.

üretiminde kullanılan kaynaklar (girdiler) arasındaki ilişkiyi; aynı girdi ile en çok çıktının elde edilmesi veya aynı çıktının en az girdi ile uygun kalite dikkate alınarak sağlanmasını ifade etmektedir (Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı (KYTKT), Madde gerekçesi).

Bunların yanında genel olarak kamu yönetimi anlayışına uygulanması hedeflenen ilkeler de söz konusudur. Katılım, saydamlık ve hesap verebilirlik bunlar arasında yer almaktadır. Bu ilkeler hem kamu yönetimi mekanizmasının işleyişinde hem de kamu hizmetinin sunumu sırasında ön plana çıkmaktadır.

Katılım genel olarak belli bir kurumda çalışanların, yaptıkları iş üzerinde ya da çalışma koşulları üzerinde belirleyici konumda olabilmelerini ifade etmektedir (Polatoğlu, 2003: 37). Kamu yönetimi açısından katılım kavramı ise, kamu hizmetleri ile ilgili kararların hazırlanması, olgunlaştırılması, alınması, bu kararların uygulanması ve denetim aşamalarından birine, birkaçına veya bütününe, o karardan doğrudan ya da dolaylı olarak etkileneceklerin katkıda bulunmaları anlamına gelmektedir (KYTKT, Madde gerekçesi).

Hesap verebilirlik, yetkilendirilen ve kaynak tahsis edilenlerin sahip oldukları bu yetki ve kaynakları, mevzuata, amaçlara ve planlara uygun olarak kullanıp kullanmadıklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır (Kesim, 2005: 270). Geleneksel kamu yönetimi anlayışı, hesap verebilirlik adına siyasal liderlere karşı sorumlu olmayı ve kurallara uygun davranmayı öngörmektedir. Buna karşılık yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı bu tarz bir hesap verebilirlik anlayışını yeterli bulmamaktadır. Girdi ve süreçlere odaklı bu tarz bir hesap verebilirlik anlayışı yerine sonuçlara odaklı bir hesap verebilirlik üzerinde durmaktadır (Sözen, 2005: 89). Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının etkisiyle siyasi hesap verebilirlik, idari hesap verebilirlik, hukuki hesap verebilirlik, mali hesap verebilirlik yanında son yıllarda vatandaşlara doğrudan hesap verebilirlik kavramının öne çıktığı görülmektedir (Ateş, 2008: 200–211).

Saydamlık ise yönetim tarafından alınan kararlar ile yapılan eylem ve işlemlerin kamuoyu denetimine açık olmasını, bilgi edinme kanunu paralelinde yönetimin eylem ve işlemlerinin halkın bilgisine sunulmasını ifade etmektedir

(Ergun, 2004: 484). Hesap verme sorumluluğu ve saydamlık karşılıklı etkileşim içinde olan kavramlardır.

Bu kavramlar yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı ile birlikte kamu yönetimi alanında ve kamu hizmetlerinin sunumunda ön plana çıkan ilkelerdir. Geleneksel kamu yönetimi anlayışında da benzer nitelikli veya içerikli ilkeler olmakla birlikte, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kamu yönetimine “işletme” odaklı yaklaşmış ve bu ilkelere yeni anlamlar yüklemiştir. Yeni kamu işletmeciliği anlayışının kamu yönetimi üzerindeki “işletme” yönlü etkileri, özellikle etkinlik, etkililik ve verimlilik ilkeleriyle söz konusu olmuştur.

1.1.2. Kamu Hizmetinin Kapsamı ve Türleri

Devletin ekonomik ve idari alanlardan teknik, sosyal ve kültürel pek çok alana kadar faaliyet göstermesi mümkündür. Buna paralel olarak kamu hizmetlerinin de eğitim ve sağlıktan iktisadi planlama ve programlamaya, çevre ve turizm faaliyetlerinden din işlerine, bilimsel araştırmalara, yol ve köprü yapımına kadar pek çok alanda çeşitlendiğini görülmektedir. Devlet bu hizmetleri kimi zaman tekel olarak sadece kamu tüzel kişileri vasıtasıyla yürütürken, kimi zaman da bu alanları özel sektöre açmakta ve onlarla birlikte bu faaliyetleri yürütmektedir (Yayla, 1990: 66–67).

Kamu hizmetleri genellikle dört grupta toplanmaktadır. Bunlar idari kamu hizmetleri, iktisadi kamu hizmetleri, sosyal kamu hizmetleri ve bilimsel, teknik ve kültürel kamu hizmetleridir (Gözübüyük, 2006: 28–29)².

1.1.2.1. İdari Kamu Hizmetleri: İdarenin geleneksel hizmetleri olarak da kabul edilen idari kamu hizmetleri idare hukuku kurallarına göre yürütülür. Eğitim ve sağlık gibi kamu hizmetleri bu grupta yer almaktadır (Gözübüyük, 2006: 28–29).

1.1.2.2. İktisadi Kamu Hizmetleri: Endüstriyel ve ticari nitelikteki kamu hizmetleri iktisadi kamu hizmetlerindedir. Bu hizmetler bir taraftan özel sektör faaliyetlerine benzerken diğer taraftan da kamu hizmeti niteliğini devam ettirmektedir. Bu nedenle

² Bu genel sınıflandırma yanında Devlet Memurları Kanunu’nda yer alan 10 hizmet sınıfından yola çıkarak kamu hizmetlerini sınıflandırmak da mümkündür. Buna göre; genel idare hizmetleri, teknik hizmetler, sağlık hizmetleri, eğitim ve öğretim hizmetleri, avukatlık hizmetleri, din hizmetleri, emniyet hizmetleri, yardımcı hizmetler, mülki idare amirliği ve milli istihbarat hizmetleri kamu hizmetlerini oluşturmaktadır (Kavruk, 1993: 143).

iktisadi kamu hizmetleri hem özel hukuk kurallarına göre hem de kamu hukuku kurallarına tabi olmaktadır (Gözübüyük, 2006: 29).

1.1.2.3. Sosyal Kamu Hizmetleri: Sosyal kamu hizmetleri emeklilik, sağlık, eğitim, iş ve işçi bulma, sosyal güvenlik gibi hizmetleri kapsamaktadır. Son yıllarda sosyal kamu hizmetlerinin benzeri nitelikteki hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesinde artış görülmektedir. Belli oranda özel hukuk kuralları uygulanmakla birlikte, sosyal kamu hizmetlerinin kamusal yanının ağır bastığını söylemek mümkündür (Gözübüyük, 2006: 29).

1.1.2.4. Bilimsel, Teknik ve Kültürel Kamu Hizmetleri: Devletin faaliyet gösterdiği alanlar arasında bilimsel ve teknik araştırmalar yanında tiyatro, müzik, resim, heykel gibi kültür ve sanat hareketleri de yer almaktadır. Bu hizmetleri yürüten kuruluşlara hizmetlerin niteliğinden dolayı “özerklik” tanındığı görülmektedir (Gözübüyük, 2006: 29).

1.1.3. Kamu Hizmetinin Kurulması ve Kaldırılması

Toplumsal bir ihtiyaca cevap vermek ve kamu yararını gerçekleştirmek amacıyla bir örgüt kurulması durumunda bir kamu hizmetinin kurulduğundan da bahsetmek mümkündür (Giritli ve Akgüner, 1987: 139). Bir faaliyetin kamu hizmeti olup olmadığına karar vermek ve ihtiyaç duyulan kamu hizmetlerini belirlemek yasama organının yetkisinde bulunmaktadır (Gözübüyük ve Tan, 1998: 441).

Kamu hizmetleri bir kanunla kurulabilir. Diğer bir ifadeyle kanunun doğrudan doğruya bir kamu hizmeti kurması mümkündür. Bunun yanında kanun doğrudan kamu hizmeti kurmayıp belirli durumlarda kamu hizmetinin kurulması konusunda idari makamlara yetki verebilir. Yine bu durumda da hizmetin idare tarafından kanuna dayanarak idari bir kararla oluşturulması söz konusudur (Onar, 1952: 29). Kamu hizmetinin kanunla kurulması Anayasal bir zorunluluktur. 1982 Anayasası 123. maddesinde idarenin kuruluş ve görevleriyle bir bütün olduğunu ve kanunla düzenlenebileceğini, kamu tüzelkişiliğinin de ancak kanunla veya kanunun açıkça verdiği yetkiye dayanılarak kurulabileceğini öngörmektedir (Gözübüyük ve Tan, 1998: 442).

Diğer yandan kamu hizmetlerinin kanunla kurulmasının önemli bir nedeni de para ihtiyacıdır. Zira kamu hizmetlerinin yürütülmesi için personele ve araç gerece

gereksinim duyulmaktadır (Özay, 1996: 239). Bu ise, bir harcama yapılmasını gerektirmektedir. Kamu hizmetinin yürütülmesi için kamusal harcama yapma yetkisi kanun koyucu tarafından bütçe ile verilebilir. Anayasanın 161. maddesine göre “devletin ve kamu iktisadî teşebbüsleri dışındaki kamu tüzelkişilerinin harcamaları, yıllık bütçelerle yapılır”. Bütçeye para koyulması ve harcama yetkisi verilmesi de, bütçeden parayı alıp harcayacak kurumun kanunla kurulmuş ve görevlendirilmiş olmasını gerektirmektedir (Yayla, 1990: 68).

Kamu hizmetinin kanunla kurulmasının bir diğer gerekçesi ise bir devlet tekelinin varlığıdır. Bir kamu hizmetinin kurulduğu alan özel girişimcilerin faaliyetine kapanmış olabilir ve bu faaliyet alanında devletin bir tekeli söz konusu olabilir. Herhangi bir tekel durumu ise, kişilerin temel hak ve özgürlükleri ile çalışma ve sözleşme özgürlüğüne bir müdahaleye neden olabilir. Bir temel hakkın veya özgürlüğün sınırlanması ise, ancak kanuni bir düzenlemeyle mümkündür (Giritli ve Akgüner, 1987: 140).

Kamu hizmetinin kaldırılmasına gelince; hukukta düzenlenmiş yetki ve usul paralelliği ilkesi gereğince bir kamu hizmeti, onu kuran organ tarafından kuruluşunda yer alan usul kuralları dikkate alınarak istendiğinde kaldırılabilir (Gözübüyük ve Tan, 1998: 441). Ancak kamu hizmetlerinin değişken niteliği ve yeniliklere uyulanabilmesi nedeniyle uygulamada kamu hizmetlerinin kaldırıldığına pek rastlanmamaktadır. Kamu hizmeti yeni şartlara uydurularak yürütülmeye devam etmektedir (Yayla, 1990: 70).

1.1.4. Kamu Hizmetinin Yürütülme Usulleri

Kamu hizmeti faaliyetlerinin kesintisiz devam etmesi bir zorunluluktur. Çünkü bu hizmetlerin karşılanmaması toplumu çağın gerisinde bırakacağı gibi, bu hizmetlerin aksatılması da kamusal yaşama zarar verecektir. Kamu hizmetinin bu hayati önemi ve kamu hizmetinin “kesintisiz, gelişim içinde ve ihtiyaç duyulan herkese” sunulması mecburiyeti, bu faaliyetleri kâr alanı olmaktan çıkarmaktadır. Bu nedenle bu tür faaliyetler kamu kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Özel hastaneler ve okullar gibi kamu hizmeti niteliği taşıyan özel faaliyetler de yine bu sebepten daha titiz bir denetime tabi tutulmaktadır (Yayla, 1990: 62).

Kamu hizmeti kanunla veya kanunun açıkça yetki vermesi durumunda idari işlemle kurulmaktadır. Kamu hizmetinin kurulması sırasında kamu hizmetinin kim tarafından ve hangi usule göre işletileceği de yasama organı tarafından belirlenmektedir (Özay, 1996: 250). Kamu hizmetinin yürütülme usullerini, kamu tüzel kişilerince yürütülenler ve özel hukuk kişilerince yürütülenler olarak iki ana grupta ele almak mümkündür.

1.1.4.1. Kamu Hizmetinin Kamu Tüzel Kişilerince Yürütülmesi

Kamu hizmetinin kamu tüzel kişilerince yürütülmesi emanet usulü olarak da anılmaktadır. Emanet usulü, kamu hizmetlerinin doğrudan devlet veya diğer kamu tüzel kişileri tarafından kendi örgüt, araç ve gereç, malvarlığı ve personeli ile yürütülmesini ifade etmektedir (Gözübüyük ve Tan, 1998: 441). Emanet usulünün ayırıcı özelliği, kamu hizmetinin doğrudan doğruya devlet veya diğer kamu tüzel kişilerince yürütülmesidir. Emanet usulünde kamu hizmetinin kamu hukuku esaslarına göre yürütülmesi zorunlu değildir. Özel yönetim usullerine tabi kamu hizmetleri de emanet usulü ile yürütülebilir. Örneğin, kamu iktisadi teşebbüsleri özel hukuka bağlı olmakla birlikte emanet yöntemi ile hizmetleri yerine getirmektedir (Özay, 1996: 251).

1.1.4.2. Kamu Hizmetinin Özel Hukuk Kişilerince Yürütülmesi

Kamu hizmetinin özel hukuk kişileri tarafından yürütülmesi müşterek emanet, iltizam, izin (ruhsat) ve imtiyaz yöntemlerini kapsamaktadır.

Müşterek emanet usulünde kamu hizmeti özel kişiler tarafından yürütülmektedir. Hizmetin yürütülmesi için gerekli olan sermaye ve araçlar idare tarafından temin edilmektedir ve hizmetin yürütülmesinden kaynaklanan zarar ve hasar da yine idareye aittir. Kamu hizmeti faaliyeti sonucunda gelir elde edilmesi durumunda, özel kişi masraflarını almakta ve hizmetin geliri, önceden yapılmış sözleşme uyarınca idare ile özel kişi arasında pay edilmektedir (Giritli ve Akgüner, 1987: 140).

Kamu hizmetinin özel hukuk kişilerince yürütüldüğü yöntemlerden bir diğeri **iltizam** usulüdür. İltizam usulünde kamu hizmetinin yerine getirilmesi için gerekli olan tesisler idare tarafından kurulmaktadır. Bununla birlikte bu tesislerin işletilmesi önceden kararlaştırılmış bir bedel karşılığında özel hukuk kişisine bırakılmaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde de tarım ürünlerinin vergisini toplamak için iltizam usulüne başvurulmuştur (Gözübüyük, 2006: 35).

Özel hukuk kişilerinin kamu hizmetini yürütme usullerinden bir diğeri ise **imtiyaz** usulüdür. Kamu hizmeti imtiyazı olarak da anılan bu usule göre idare ile özel hukuk tüzel kişisi arasında kamu hizmetinin yürütülmesine yönelik olarak bir sözleşme yapılmakta ve kamu hizmetleri bu sözleşmeye dayanarak yerine getirilmektedir. İmtiyaz sahibi bu hizmeti idarenin denetim ve gözetimi altında yerine getirmektedir. Sözleşme ile imtiyazı üstlenen kişi hizmetin risk ve tehlikelerini de üzerine almaktadır. Hizmetin finansmanı ise, hizmetten yararlananlardan belli bir bedel almak suretiyle gerçekleştirilmektedir (Gözübüyük, 2006: 35–36).

İzin (ruhsat) yöntemi, özel hukuk kişilerinin kamu hizmetini görme usullerinden bir diğeri. Ortak ve genel ihtiyaçlara cevap verecek nitelikte olan hizmetler, eğer idare lehine bir tekel oluşturulmamışsa veya bu hizmetler imtiyaz usulü ile bir özel hukuk kişisine verilmemişse, bu hizmetlerin özel hukuk kişilerine verilen izin ile yürütülmesi mümkündür. Belediyelerin toplu taşımacılık hizmetleri, özel eğitim kurumları ve hastanelerde yürütülen faaliyetler bu grupta yer almaktadır. Özel hukuk kişilerinince görülen diğerk kamu hizmetlerinden farklı olarak izin yönteminde idare ile özel hukuk kişisi arasında bir sözleşme yapılmamaktadır. Bu usulde kamu hizmeti özel hukuk kişisi tarafından yürütülmekle birlikte idare bu faaliyetlerin asıl sahibi ve sorumlusu durumundadır. Dolayısıyla, özel hukuk kişisinin yetersiz kaldığı yerlerde idarenin müdahale etme ve önlem alma yükümlülüğü söz konusudur (Özay, 1996: 255–256). Bu yöntemde, kamu yönetimi tekeli ortadan kalkarak hizmet sunumu rekabete açılmaktadır.

Diğerk yandan idare hukukunda sıklıkla başvuru olan bu klasik sınıflandırma yanında hizmetin finansmanını esas alan farklı bir sınıflandırmadan da bahsetmek mümkündür. Bu noktada hizmetin kamu tüzel kişilerinince görülmesi veya özel hukuk kişilerinince görülmesi ya da hizmetin kâr amaçlı bir faaliyet olup olmaması değil, hizmetin finansmanının bütçeden mi, yoksa kullanıcıların ödemeleri vasıtasıyla mı yapıldığı önem kazanmaktadır. Buna göre, hizmetin kamu tüzel kişisi tarafından bütçeden finanse edilerek yürütülmesi; hizmetin kamu tüzel kişisi tarafından belli bir

ücret karşılığında yürütülmesi; hizmetin özel hukuk kişisi tarafından belli bir bedel karşılığında yürütülmesi; hizmetin özel hukuk kişisi tarafından bedeli bütçeden karşılanarak yürütülmesi şeklinde alternatif sınıflamalar ortaya çıkmaktadır (Ataay, 2006: 43).

1.1.5. Değişen Devlet Anlayışı ve Kamu Hizmetine Yansımaları

1.1.5.1. Değişimin Dinamikleri

1980'ler yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur. Bu dönemde bir yandan refah devleti anlayışının yerini alan yeni liberalizm yükselişe geçmiş, diğer yandan da küreselleşme süreci hız kazanmıştır. Bu gelişmeler kamu yönetimi paradigmasını da etkilemiştir. Hem küreselleşme sürecinin etkisiyle, hem de yeni liberalizmin minimum devlet anlayışıyla ulus devlet önemli ölçüde kan kaybetmiş, ulus devletin görev ve yetkilerinde değişiklikler gündeme gelmiştir (Aktel, 2003: 38). Bu doğrultuda ulus devlet, otorite ve yetkilerinin bir kısmını ulus üstü ve uluslararası güçlere, bir kısmını da ulus altı birimlere devretmek zorunda kalmış (Parlak, 2003: 356), birey ve sivil toplum kavramları ön plana çıkmıştır (Aktel, 2003: 68–69).

Bu süreçte yeni liberalizmin hatırı sayılır bir etkisi olmuştur. Yeni liberalizm, birey, seçme özgürlüğü, serbest piyasa sistemi ve sınırlı hükümet ilkelerini esas almaktadır. Bireylerin tercihlerinin sınırlandırılmasına ve merkezi karar alma süreci tarafından şekillendirilmesine karşı çıkan yeni liberalizm, serbest piyasa koşullarını benimsemekte ve bireyin seçme özgürlüğünün belirleyici olmasını savunmaktadır. Bu doğrultuda devletin sınırlandırılmasını, devletin işlevlerinin de piyasaya devredilmesini öngörmektedir (Sallan Gül, 2004: 37–38).

Devletin sınırlandırılması düşüncesi ise deregülasyon ve özelleştirme uygulamalarını beraberinde getirmektedir (Güler, 2004: 34). Ayrıca, yine devletin sınırlandırılması amacıyla, refah devleti tarafından kamusal olarak nitelendirilen mal ve hizmetlerin, serbest piyasa sistemi içinde veya bireylerin kurdukları gönüllü örgütlenmeler aracılığıyla karşılanması öngörülmektedir (Sallan Gül, 2004: 130). Bu aşamada, refah devletinin yerine getirdiği kamusal hizmetlerin büyük oranda piyasa,

özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarına gördürülmesi söz konusu olmaktadır (Al, 2004: 6)³.

Yeni liberalizm, devletin yeniden yapılandırılmasını ve bu süreçte etkinlik, esneklik, kalite ve rekabet gibi ilkelerin aktif şekilde uygulanmasını savunmaktadır. Böylece, girişimcilik ruhu taşıyan, kar etme felsefesine inanan, müşteriye daha fazla seçenek sunmayı amaçlayan bir devlet anlayışı hedeflemektedir. Bu sürecin doğal sonucu olarak da vatandaşa müşteri gözüyle bakılmasını ve kamu yönetiminde rekabetin ve serbest piyasa ilkelerinin hâkim olmasını öngörmektedir (Sallan Gül, 1999: 70)

Bu gelişmelere paralel olarak, 1980'lerle birlikte gündeme gelen ve kamu hizmeti kavramını etkileyen önemli gelişmelerden biri de özelleştirme uygulamalarıdır. Devletin görevlerinin artması ve devletin bunların finansmanını karşılamakta zorlanması, kamunun küçültülmesi fikrini de beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede merkezi idare tarafından yürütülen kamu hizmetlerinin bir bölümü yerel yönetimlere, bir bölümü de özelleştirme uygulamalarıyla birlikte özel sektöre devredilmiştir (Tan, 1990: 334).

Diğer yandan sanayileşme, demokratikleşme, kentleşme, sosyal devlet ve hukuk devleti anlayışı, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, ekonomik ve mali politikalarındaki değişim, toplumda bir kültür ve zihniyet değişikliğini de beraberinde getirmiştir. Bu değişiklik toplumun ihtiyaçlarını etkileyip şekillendirmiş ve insanların daha fazla ve daha rasyonel hizmet talebinde bulunmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler sonucunda devletin teşkilatlanma yapısı değişirken, kamu hizmeti anlayışı da farklılaşmıştır. Kamu yönetimi alanında ortaya çıkan çağdaş yönetim yaklaşımları da kamu hizmeti anlayışındaki bu farklılığın şekillenmesinde etkili olmuştur (Kavruk, 1993: 155–156).

Zaman içerisinde devletin üstlenmesi gerektiğine inanılan görev ve sorumluluklara ilişkin bakış açısının değişmesi ile birlikte devlete yönelik bakış açısı da değişmiştir. Bu durumun doğrudan yansımaları ise kendisini kamu hizmetlerinde

³ Diğer yandan kamu hizmetleri alanından devletin çekilmesi ve bu alana piyasa mekanizmalarının dahil olması demokrasi süreci açısından eleştirilmektedir. Kamu hizmetinin özel sektör tarafından sunulması ile birlikte bireylerin siyasal karar alma mekanizmalarına katılım imkânlarının sınırlandığı ileri sürülmektedir (Tokatlıoğlu, 2005: 157).

göstermiştir. Devletin görev ve sorumluluklarına, rol ve faaliyetlerine ilişkin farklı yaklaşımlar, kamu hizmetinin sınırı konusunda da belirleyici olmuştur.

1.1.5.2. Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim ve Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı

Kamu yönetimi paradigmasında yaşanan değişimi üç dönemde ele almak mümkündür. İlk dönem geleneksel liberal anlayışın hâkim olduğu 1929 krizi öncesidir. Bu dönemde devletin görev alanı diplomasi, güvenlik, savunma ve yargı ile sınırlanmış ve bunların dışında kalan mal ve hizmet üretimini özel sektör üstlenmiştir. İkinci dönem ise 1980'lere kadar süren refah devleti dönemidir. Bu dönemde devletin ekonomik ve sosyal hayata müdahalesi artmış, görev alanı büyümüş ve kamu hizmeti kavramının içeriği genişlemiştir. Birçok toplumsal ihtiyacın kamu hizmeti kapsamında karşılanması, kamu yönetimlerinin büyük "iktisadi-idari bürokratik yapılara" dönüşmesine neden olmuştur. Bu durumun sürdürülebilirliğinin zorlaşması üzerine, "yeni liberal devlet modeli"nin uygulandığı üçüncü döneme geçilmiştir. Bu dönemde kamu hizmeti kavramının kapsamı sınırlandırılmış ve devlet, temel işlevleri kabul edilen savunma, güvenlik, diplomasi ve yargı hizmetlerini yerine getirmekle sorumlu olmuştur. Bu hizmetlerin dışında kalan alanlar için devletin "gözetici-denetleyici-kural koyucu" olması öngörülmüştür (Bozlağan, 2003: 293–294).

Devletin faaliyet alanı ve görevleri yoğun bir tartışma gündemi oluşturmaktadır. Devletin asli görevlerine dönmesi, bunun dışındaki görevleri piyasa mekanizmalarına bırakması, yaygın bir kanaat haline gelmektedir. Böylece neoliberal politikalar doğrultusunda hem kamu kesiminin örgütsel olarak küçülmesi hem de kamunun faaliyet alanlarının daralması söz konusu olmaktadır. Bu daralma, özelleştirme ve özel sektörden hizmet alımı uygulamalarını beraberinde getirmektedir (Uluğ, 2004: 4).

1980'ler değişen devlet anlayışına paralel olarak kamu yönetimi anlayışının da değişime uğradığı yıllar olmuştur. Bu dönemde geleneksel yönetim anlayışı, kamu yönetimi alanında görülen sorunların kaynağı olarak görülüp eleştirilmiştir. Bu eleştiriler sonrasında ortaya çıkan paradigma değişikliği sonucunda, geleneksel Weberyen bürokrasi anlayışı terkedilmiş ve yerine esnek, ademi merkezîyetçi, girişimci, katılıma açık, piyasa tabanlı yeni kamu işletmeciliği (new public

management) anlayışı hakim olmaya başlamıştır (Özer, 2005: 221; Bilgiç, 2003: 27; Al, 2002: 150). Yeni kamu işletmeciliği anlayışı üç temel varsayım üzerinde yükselmektedir. Bunlar; minimal devlet anlayışı, piyasa mekanizmaları ve işletme yönetim tekniklerinin kamu yönetimine uygulanması olarak ifade edilmektedir. Yeni kamu işletmeciliği anlayışı, kamu kesiminin aşırı büyüdüğünü ve kıt kaynakları verimsiz kullandığını iddia etmekte ve buna çözüm olarak minimal devlet anlayışını ileri sürmektedir. Çünkü rekabetçi serbest piyasa, kaynakları daha verimli kullanacak ve bürokrasinin neden olduğu kaynak israfına son verecektir. Dahası özel sektörün daha verimli ve etkin olduğu, kaynakları daha ekonomik kullandığı da göz önünde bulundurulduğunda, işletme yönetim tekniklerinin kamu yönetiminde uygulanması kaçınılmaz bir hal almaktadır (Sözen, 2005: 60–63).

Yeni kamu işletmeciliği anlayışı kamu yararını bireysel yararların toplamı olarak kabul etmektedir. Buradan hareketle kamu yararının kamu kesimi-özel sektör-sivil toplum işbirliği ile gerçekleştirilebileceğini öngörmektedir. Yeni kamu işletmeciliği anlayışı kamusal ve kamu yararı ilkelerini işletme temelli olarak yeniden tanımlamakta ve verimlilik kavramını devreye sokmaktadır. Verimlilik kavramı ise karlılıktan bağımsız olarak düşünülememektedir (Şahin, 2007: 58).

Diğer yandan yeni kamu işletmeciliği anlayışının üzerinde yoğun olarak durduğu noktalardan biri de kalite kavramıdır. Geleneksel yönetim anlayışında kamu yönetimi esnek ve duyarlı değildir. Dolayısıyla hizmet sunduğu kişilere karşı ilgisiz olabilmektedir. Ayrıca hizmet sunumunda vatandaş memnuniyeti gibi bir kaygısı bulunmamaktadır. Buna karşılık, hizmet kalitesi yeni kamu işletmeciliğini karakterize eden unsurlardan biridir. Rekabeti ve piyasa temelli yaklaşımları benimseyen, vatandaş müşteri olarak kabul edip müşteri memnuniyetini öncelikli hale getiren yeni kamu işletmeciliği anlayışı için, hizmet kalitesi bir amaçtır (Sözen, 2005: 123–127).

Önceleri işletme biliminin bazı araçları kamu yararı ve kamu hizmeti amaçlarına ulaşmak için bir vasıta olarak kullanılmıştır. Ancak zamanla neoliberal politikalar ve yeni kamu işletmeciliği anlayışının etkileriyle kamu hizmetlerinin alanı küçültülmüş, “hizmetten yararlanan öder” kuralıyla kamu kurumları işletme, vatandaşlar da müşteri konumuna gelmiştir. Küreselleşme ile birlikte devlet ve kamu

yönetimi anlayışı değişmiş, kamu sektörü ekonomik sürdürülebilirlik ve küresel rekabet edebilirlik noktalarında yeniden yapılandırılmıştır. Bunun sonucunda “kamu işletmeciliği” anlayışı gündeme gelmiş ve özelleştirme uygulamaları başlamış, kamu çalışanlarının sayısı azaltılmış, kamu harcamaları sınırlandırılmış ve hizmetlerin yerelleştirilmesi benimsenmiştir (Wise, 1996: 43, alıntılıyan Şahin, 2007: 54).

Tüm bu gelişmeler Türk kamu yönetiminde de yansımaları bulmaktadır. Son dönemde gerçekleştirilen reform paketi ile “düzenleyici devlet” modeli ve yerleşme eğilimi doğrultusunda devletin görev ve faaliyetleri yeniden tanımlanmakta, kamu örgütleri bu tanımlama doğrultusunda yeniden yapılandırılmaktadır. Neoliberal anlayışın etkileriyle ekonomik etkinlik ve demokratikleşme hedefleri ortaya koyulmakta, katılımcı ve çoğulcu bir demokrasi anlayışı öngörülmektedir. Bunun gerçekleşmesi için de yönetim ve yerleşme olguları üzerine vurgu yapılmaktadır (Ataay, 2007: 168).

Günümüzde kamu hizmetleri alanında yaşanan değişime paralel olarak kamu hizmetlerinin sunumuna özel sektör de dahil olmaktadır. Bu süreç Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı’nda da kendini göstermektedir. Tasarıda işletme disiplini kökenli “kalite, standart, sonuca odaklılık, verimlilik” gibi kavramlar sıklıkla kullanılmaktadır. Yine Tasarıda katılımcılık, hesap verebilirlik, sivil toplum gibi kavramların önemi üzerinde durularak geleneksel kamu yönetimi anlayışı yerine yeni kamu yönetimi anlayışının tercih edildiği görülmektedir (Akıllı vd., 2007: 158). Tasarı yasalasmamış olmakla birlikte Tasarıdaki ilke ve felsefenin büyük oranda şekil verdiği bazı kanuni düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 5393 sayılı Belediye Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu bunlardan bazılarıdır.

Kamu yönetimi reformunun demokratikleşmeden ziyade, devletin kamu hizmeti üretiminden büyük oranda çekilmesi ve kamu hizmetlerinin özel sektöre devri ile ön plana çıktığını ifade etmek mümkündür. Buna paralel olarak, vatandaşların sahip olduğu birçok ekonomik ve sosyal hakkın kısıtlanması gündeme gelmekte (Ataay, 2007: 171) ve “vatandaş” kimliğinin de içeriği değişmektedir.

1.1.5.3. Kamu Hizmeti Anlayışının Değişimi

Kamu hizmeti çok yönlü bir kavramdır. Hukuksal boyutu yanında siyasal, ekonomik ve toplumsal boyutları da söz konusudur. Bu özelliği nedeniyle kamu hizmeti sıklıkla siyasal tartışmalara konu olmakta ve hangi hizmetlerin kamu olarak nitelendirileceği siyasal iktidarlar tarafından belirlenmektedir. Siyasal iktidarlar bir yandan toplumsal ihtiyaç ve beklentileri göz önünde bulundurarak diğer yandan da sosyo-ekonomik koşulları dikkate alarak hangi hizmetin kamu hizmeti olacağına karar vermektedir (Ulusoy, 2004: 21).

Kamu hizmeti anlayışı mutlakçı (objektif) anlayıştan göreceli (sübjektif) anlayışa doğru bir gelişim sergilemiştir. Mutlakçı anlayış, kimi faaliyetleri toplumsal yaşam için önem arz etmesi nedeniyle kamu hizmeti olarak kabul etmektedir. Diğer bir ifadeyle, söz konusu hizmetleri doğaları gereği kamu hizmeti olarak kabul etmektedir. Bu anlayış 19. yy sonlarında ve 20. yy başlarında geçerliliğini korumuştur. Ancak zamanla mutlakçı anlayışa eleştiriler yöneltilmiş ve mutlakçı kamu hizmeti anlayışının hem değişen toplumsal koşullara ayak uyduramadığı hem de demokratik kazanımlara uygun olmadığı ifade edilmiştir. Bu gelişmeler neticesinde göreceli kamu hizmeti anlayışı gündeme gelmiş ve siyasi iktidar tarafından kamu hizmeti olarak tanımlanan faaliyetlerin kamu hizmeti olarak benimsenmesi yoluna gidilmiştir (Ulusoy, 2004: 24–27).

Kamu hizmeti ile ilgili genel kabul gören görüş bir faaliyetin kamu hizmeti olarak belirlenmesinin yasama organının iradesi dahilinde olduğu yönündedir. Diğer bir ifadeyle, yasama organının kamu hizmeti olarak kabul ettiği faaliyetler bu niteliği kazanmaktadır⁴. Siyasi irade tarafından kamu hizmeti olarak kabul edilmeyen faaliyetler ise piyasaya bırakılmakta ve piyasa faaliyeti olarak kabul edilmektedir. Ancak böyle bir ayırım yapmak ve kamu hizmeti ile özel hizmeti birbirinden ayırmak çok da kolay olmamaktadır. Zira eğitim, sağlık gibi sosyal kamu hizmetleri ve doğal tekel niteliğindeki kamu hizmetleri, kamu hizmeti statüsünden çıkarılmamakta, buna karşılık bu hizmetler özel kişiler tarafından da yürütülmekte ve bu yöntemle piyasaya

⁴ Ataay (2006: 36), yasama organı tarafından kamu hizmetini belirlemenin her zaman çok kolay olmadığını ifade etmektedir. “Niteliği gereği” kamu hizmeti sayılan güvenlik, savunma, adalet gibi faaliyetleri kamu hizmeti kapsamında ele almak yaygın bir kanı olmakla birlikte, özellikle eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi sosyal yönü kuvvetli olan hizmetler ile doğal tekel niteliğindeki hizmetler için bu durum tartışmalıdır.

açılmaktadır (Ataay, 2006: 36–37). Bu durum son yıllarda özellikle sağlık alanında fazlaca karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri özel hastanelerde verilmekte, hizmetin finansmanı ise sosyal güvenlik kuruluşları tarafından karşılanmaktadır.

Kamu hizmeti anlayışının değişiminde pay sahibi olan etkenlerin başında liberal kuram gelmektedir. Zira liberal kuram, kamu hizmetlerini “kâr amaçlı” faaliyetler olarak kabul etmekte ve hizmetten yararlananların, hizmetin bedelini ödemesini öngörmektedir. Piyasa mekanizması içinde hizmetlerin verimliliği ve kalitesi artacak, maliyetler düşecek ve böylece kamu yararının sağlanması söz konusu olacaktır (Ataay, 2005). Liberal kuramın günümüzdeki izdüşümü neoliberal süreçte, devletin doğrudan hizmet sunması geçerliliğini kaybetmektedir. Devlet doğrudan hizmet sunmak yerine hizmetin altyapısını hazırlamalı, hizmete ilişkin gözetim ve denetim faaliyetlerini yürütmeli ve vatandaş memnuniyetini sağlamalıdır (Bilgiç, 2008: 96). Diğer bir ifadeyle “kamu hizmeti üretimi” mümkün olduğunca sınırlanmalı ve kamu hizmetleri piyasaya açılmalıdır. Kamu hizmetlerinin piyasa açılması ise temelde iki şekilde gerçekleşmektedir. İlk olarak, kamu hizmeti niteliği taşıyan faaliyetlerin bu niteliğine son verilmekte ve hizmetler piyasaya devredilmektedir. İkinci olarak da “kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi” yolu benimsenmektedir. Uygulamada ağırlıklı olarak tercih edilen ise ikinci yöntemdir (Ataay, 2006: 22).

Günümüzde artık idarenin yanında idarenin gözetim ve denetimi altında özel kişiler de kamu hizmeti sunabilmektedir. Kamu hizmeti yürüten kamu kuruluşlarının özel kişilere devri ve özel kişilerin de kamu hizmeti sunmasıyla birlikte kamu hizmeti sunumunda özel hukuk kuralları da uygulanmaktadır (Kavruk, 1993: 158). Bu durum, uygulamada kamu hizmetlerinin kısmen nitelik değiştirmesine ve “kâr amaçlı” faaliyetler olarak algılanmasına, kamu hizmetlerinin sunumunda kâr ve fiyatlandırma amaçlarının güdülmesine neden olmaktadır. Böylece “sosyal devlet” anlayışında geçerli olan kamu hizmeti anlayışı, yerini “düzenleyici devlet”in kamu hizmeti anlayışına bırakmaktadır (Ataay, 2005). Bu gelişmeler sonucunda sağlık, eğitim, yüksek öğrenim, belediye hizmetleri ve ulaştırma gibi kimi alanlarda kamu hizmetlerinin sunulmasında özel sektör de görev almaktadır. Bu durum bir yandan kamu hizmetlerindeki kaliteyi yükseltirken diğer yandan da kamu hizmetlerinin belli bir ücret karşılığında sunulmasını beraberinde getirmektedir. Kamu hizmetlerinin

ücretlendirilmesi sonucu ödeme gücü olanlar bu hizmetlerden daha iyi şartlarda yararlanırken, mali açıdan yetersiz olan vatandaşlar ise hizmete erişimde çeşitli sıkıntılarla karşılaşmaktadır (Bilgin, 1995: 175).

Küreselleşme ve yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının etkisi ile birlikte, tüm topluma hizmet sunma ve kamu yararını gerçekleştirme gibi hedefler yerine, etkinlik, etkililik, verimlilik ve kaliteli hizmet sunma gibi ilkeler ön plana çıkmıştır. Bu durum verimlilik adına karın artırılmasına ve hizmetlerin bedelli hale gelmesine yol açmıştır. Hizmet giderlerinin vatandaşlardan (müşterilerden) karşılanması yoluna gidilmiş, “hizmetten yararlanan öder” kuralı getirilmiştir. Bunun sonucunda kimi zaman, kamu hizmetlerinden yalnızca hizmetin bedelini ödeyebilenlerin yararlanması söz konusu olmuştur. Eğitim ve sağlık gibi kamu hizmetlerinde de “zengin-yoksul semt okulları ve randevulu tedavi ve poliklinikte sıra bekleme” gibi durumlarla karşılaşmıştır (Şahin, 2007: 60).

Kamu hizmetinin geçirdiği dönüşüm sonrasında sosyal boyuttan uzaklaşarak günümüzde yeni bir şekle kavuştuğunu söylemek mümkündür.⁵ Kamu hizmeti artık gelirin yeniden dağıtımına aracılık eden işlevinden uzaklaşmıştır. Zira birçok hizmet kamu kesimi tarafından yerine getirilmemekte ve artık bütçeden finanse edilmemektedir. Bunun yerine hizmetler özel sektöre gördürülmekte ve hizmetten yararlananların hizmetin bedelini ödemesi beklenmektedir. Bu durum kamu hizmetinin “sosyal hak” olma niteliğine son vermekte ve hizmetlerin metalaşması⁶ sorununu da beraberinde getirmektedir. Böylece “sosyal hak” sahibi vatandaşların yerini, “hizmetin bedelini ödeyerek” hizmetten yararlanabilen “müşteri”ler almaktadır (Ataay, 2006: 45; Ozansoy, 1997: 93).

⁵ Kamu hizmetinin sosyal boyutunun, hizmetin sunum ve finansman yöntemlerine göre nasıl şekillendiği Tablo 1’de gösterilmektedir.

⁶ Leys (2007: 104–105), bir kamu hizmetinin metalaştırılması için gerçekleşmesi gereken dört şarttan söz etmektedir. Bunlardan ilki söz konusu hizmetin ücretlendirilerek satılabilir birimler haline getirilmesi gereğidir. Diğer şart ise vatandaşların ikna edilmesidir. Vatandaşlar daha önce ücretsiz olarak edindikleri ya da ulaştıkları hizmeti bu sefer belli bir ücret ödeyerek edinmeye ikna edilmelidir. Üçüncü şart işgücü ile ilgilidir. Ekip çalışması mantığı içinde ve etik ilkeler doğrultusunda çalışan işgücü artık kar amacı güden bir ekibe dönüşmelidir. Son olarak da özel sermaye, söz konusu hizmeti bir meta olarak üretmeye ikna edilmelidir. Bunun için de hizmet üretimine ilişkin tüm risk devlet tarafından üstlenilmelidir.

Tablo 1. Kamu Hizmetinin Finansmanı ve Sosyal Boyutu

Hizmet Sunumu	Hizmetin Finansmanı	Kâr Amacı	Hizmetin Sosyal Boyutu
Kamu kesimi	Genel bütçe	Kâr amacı yok	Güçlü
Kamu kesimi	Kullanıcı ödemeleri	Kâr amacı yok	Orta
Özel sektör	Genel bütçe veya sosyal güvenlik kaynakları	Kâr amacı var	Orta
Özel sektör	Kullanıcı ödemeleri	Kâr amacı var	Zayıf

Kaynak: ATAAY, F., **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması**, De Ki Yayınları, Ankara, 2006, s. 43'ten yararlanarak geliştirilmiştir.

“Vatandaş” kimliğinden “müşteri” kimliğine geçmek basit bir kavramsal değişiklik değildir. Öncelikle, müşteri ve vatandaş kavramları farklı bir temelden gelmektedirler. Vatandaş kavramı, bir eşitlik belirtir ve aslında politik bir kavramdır. Vatandaşlık kavramı bireyleri bir devlet ve bir toplum içinde, haklar ve sorumluluklar uyarınca tanımlamaktadır. Diğer yandan müşteri ise, farklı bir orijinden gelmektedir ve “ekonomik insan”a atıfta bulunmaktadır. Bu noktada bireyler sosyal sorumluluklar ve görevler tarafından engellenmemekte, bireylerin tercihleri ve seçimleri için hesap verme zorunluluğu bulunmamaktadır. Ayrıca müşteriler, vatandaşlar gibi eleştiri yapmakta özgürdür, fakat vatandaşlardan farklı olarak üstün bir amaç için fedakârlıkta bulunmalarına asla gerek yoktur (Gabriel, 2002: 28).

“Vatandaşlık” statüsünün toplumun üyelerine haklar ve ödevler doğrultusunda bir eşitlik sağladığını ve toplum üyelerinin kamu hizmetlerinden yararlanmasını bir “hak” olarak gördüğünü söylemek mümkündür. Devletin varlık nedeni toplumun ortak yararını sağlamaktır ve devlet meşruiyetini kamu yararı ilkesini gerçekleştirerek korumaktadır. Bu kavram ve ilkelerin göz ardı edilmesi, devletin meşruiyetinin sorgulanmasına yol açabilecek ve devletin toplumdan kopmasına neden olabilecek niteliktedir (Akıllı vd., 2007: 156). Bunun yanında, kamu hizmetlerinin özel sektöre devri, bu hizmetlerin devletin görev alanından çıkmasına yol açabilmektedir. Bu durum vatandaşların söz konusu kamu hizmetlerini talep etme haklarının ortadan kalkmasına neden olabilecektir (Güler, 2005: 59).

Günümüzde kamu yönetiminin sorunlarını aşmak için, özel sektör tarafından kullanılan ilke ve değerler üzerinde sıkça durulmaktadır. Bu ilke ve değerlerin, kamu yönetiminde etkinliğin sağlanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (Toprak, 2006: 8). Bu noktada kamu hizmetlerinde kalite kavramı öne çıkmakta ve kaliteyi sağlamak amacıyla olarak eşitlik, süreklilik, düzenlilik, yeterlilik ve etkililik gibi ilkeler üzerinde durulmaktadır (Bilgin, 1995: 177). Bununla birlikte özel sektörde etkili ve doğru olan ilkelerin, kamu yönetiminde de işe yarayıp yaramayacağı ya da ne oranda işe yarayacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Zira vatandaş ya da yerel topluluk yerine “müşteri”, kamu hizmeti yerine de “üretilen mal” ifadesini kullanmak kamu yönetiminin sorunlarını çözmede yeterli olmayacaktır (Toprak, 2006: 8).

Görüldüğü üzere siyasal ve ekonomik alanda neoliberalizmin, kamu yönetimi alanında da yeni kamu işletmeciliğinin etkisi ile vatandaş kavramının yerini müşteri; kamu yararı kavramının yerini de verimlilik ve kalite gibi ilkelerin aldığı yönündeki tartışmalar son dönemlerde yoğun olarak gündeme gelmektedir. Bu tartışmalar ve kavramlar, özünde kamu hizmetinin nasıl algılandığına yöneliktir ve kamu hizmetlerine bir kâr aracı olarak mı, yoksa bir hak olarak mı bakıldığını göstermektedir.

1.1.5.4. Yeni Kamu Hizmeti Anlayışı

Kamu hizmeti alanında yaşanan dönüşüm, kamu hizmetlerinin piyasaya açılması, vatandaşlara müşteri gözüyle bakılması, hizmetlerin bedelli olması sonucu hizmetlerden maddi imkânları iyi olanların daha fazla yararlanması gibi gelişmeler, bu alanda eleştirilere ve tartışmalara neden olmuştur. Bu tartışmalar ve eleştiriler sonucunda son yıllarda, “yeni kamu hizmeti” anlayışından da söz edilmeye başlanmıştır.

Yeni kamu hizmeti, hükümetin demokratik ve sosyal kriterleri destekleme sorumluluğu üzerine odaklanmaktadır ve kamu yararının üstün değer olduğunu kabul etmektedir. Yeni kamu hizmetinde devlet, vatandaşlar ve diğer gruplar arasında ortak değerler oluşturma amacı taşıyan bir araç olarak görülmektedir. Bu durum, kamu, özel ve kar amacı gütmeyen kurumların ortak ihtiyaçlar üzerinde anlaşarak bir koalisyon oluşturmalarını gerektirmektedir. Bu yaklaşımın içinde yer alan sorumluluk kavramı ise, kamu görevlilerinin kanuna daha çok dikkat etmesini ve

topluluk değerlerini, politik kuralları, profesyonel standartları ve vatandaş yararını ön planda tutmasını öngörmektedir (Denhardt ve Denhardt, 2001: 393).

Yeni kamu hizmeti sadece hizmet edilen vatandaşlara yönelik bakış açısının değişmesini değil, aynı zamanda hizmet sunanların kendilerine ve kendi sorumluluklarına yönelik bakış açısındaki değişikliği de kapsamaktadır. Hizmet sunanların birbirlerine nasıl davrandıkları, amaçları ve hedefleri nasıl tanımladıkları, başkalarını ve kendilerini nasıl değerlendirdikleri, kararları nasıl aldıkları, başarıyı ve başarısızlığı nasıl gördükleri ve eylemlerinin meşruluğu hakkında ne düşündükleri bu noktada önem arz etmektedir. Yeni kamu hizmeti anlayışı dikkatleri yeniden demokrasi ve kamu yararı, vatandaşlık ve insan onuru, hizmet ve sorumluluk ideallerine odaklanmaktadır. Bunun yanında yeni kamu hizmetinde etkililik ve verimlilik gibi değerler kaybolmamaktadır. Bu değerler daha geniş bir demokrasi, topluluk ve kamu yararı bağlamında süreçteki yerini almaktadır (Denhardt ve Denhardt, 2006: 191–192).

Yeni kamu hizmeti anlayışında, demokratik vatandaşlık modelleri, topluluk ve sivil toplum, örgütsel hümanizm ve yeni kamu yönetimi ve postmodern kamu yönetimi gibi faktörler öne çıkmaktadır (Denhardt ve Denhardt, 2006: 27). Bu faktörler yeni kamu hizmeti anlayışının konuşulabileceği, oluşabileceği bir ortam oluşturmakta ve böylece yeni kamu hizmeti anlayışı için bir takım fikirler geliştirilmektedir. Buna göre, kamu hizmeti tartışmalarında son dönemlerde yaşanan gelişmelere paralel olarak “yeni kamu hizmeti” anlayışından söz edilmesi söz konusu olmaktadır. “Dümen tutmaktan ziyade hizmet etmek” olarak ifadelendirilen yeni kamu hizmeti anlayışı; devletin bizzat hizmet sunmasındansa hizmetleri yönlendirmesini, bireysel tercihlerden ziyade ortak çıkarların yaratılmasını benimsemektedir. Kamusal çıkarın önemli olduğundan hareketle, devlet memurunun sadece müşterilere hizmet vermeyeceğini, bunun yanında vatandaşlar arasında işbirliği ve güveni tesise yönelik çabalarının da olması gerektiğini ifade etmektedir. Aynı zamanda verimlilik kadar insanların katılımı da önemsenmektedir (Denhardt ve Denhardt, 2000: 554–556). Yeni kamu hizmeti yaklaşımının, son yıllarda öne çıkan yönetim anlayışıyla örtüşecek bir şekilde kamu hizmeti sunumunu dönüştürdüğü ve yeniden tanımladığını söylemek mümkündür.

1.2. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Kavramlar

Geleneksel yaklaşım sağlık kavramını “hastalığın olmayışı” şeklinde algılamış ve tanımlamıştır. Zaman içerisinde hastalık kavramındaki değişkenliğe ve göreceliliğe rağmen, hastalık kavramından bağımsız bir sağlık tanımı yapılamamıştır. Bireyler de küçük çaplı yakınmaları hastalık olarak kabul etmemekte, sağlığı genel olarak “hastalık olmaması” şeklinde ifade etmektedir. Buna karşılık doktorlar ise en küçük yakınma ya da normalden uzaklaşma durumunu hastalık olarak nitelendirmektedir (Öztek, 2001: 294). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve günümüzde en çok kabul gören sağlık tanımı da benzer yöndedir. Buna göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, aynı zamanda hem bedenen hem de ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak nitelendirilmektedir. Tanımda görüldüğü gibi sağlık sadece “hastalığın olmayışı” değil aynı zamanda “bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 2003: 11). Ancak Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bu tanımı dikkate alarak kimin ne kadar sağlıklı olduğunu tespit etmek çok da olanaklı görünmemektedir. Tanım, “ölçülebilir bir kavram, bir hedef, bir kriter ve standart” içermediği için hangi durumda “tam bir iyilik hali”nden söz edilebileceği de belirsizdir. Bu nedenle bir yandan coğrafi, sosyal ve kültürel faktörleri göz önünde bulunduran diğer yandan da ulaşılabilir ve ölçülebilir hedefler içeren bir sağlık tanımı yapılmasının daha yararlı olacağı üzerinde durulmaktadır (Uz, 2001: 321, 322).

Sağlık hizmetleri ise genel olarak, insanların sağlığının korunmasına, sağlığın bozulması durumunda da gereken tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin yapılmasına yönelik çalışmaları ifade etmektedir (Akdur, 2003: 12). 12.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2. maddesinde de sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştıırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin “insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevreyle uyum halinde yaşamalarına etki eden” faaliyetlerin tamamını kapsadığını söylemek mümkündür (Orhaner, 2006: 17).

Sağlık sistemi kavramı ise, sağlık hizmetleri arz ve talebinin yönetim sürecine ilişkindir. Talebin belirlenmesi ve yönlendirilmesi; arzın nasıl, nerede ve hangi yöntemlerle verileceğinin belirlenmesini ifade etmektedir (Sargutan, 2005a: 403). Sağlık sistemlerinin örgütlenmesine ve gelişmesine bakıldığında ülkeden ülkeye değişen çeşitli yöntemler olduğu görülmektedir. Bu yöntemler, “bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler” gibi birçok faktör tarafından şekillendirilmekte ve sağlık sistemlerinin örgütlenmesi ve gelişimi açısından tek bir modelden söz edilememektedir. Toplumdan topluma değişen bu yöntemler, zaman içerisinde değişen koşullara göre de şekillenmektedir. Örneğin Sanayi Devrimi döneminde yaşanan sanayileşme hareketleri ve kent nüfusunun artması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yön vermiştir. Bu dönemde “sağlık alanında işbölümü ve uzmanlaşma” artmış, risk paylaşımı anlayışından hareketle sigortacılık ortaya çıkmış, ülkeler kendilerine özgü sağlık sistemleri geliştirmiştir (Sur, t.y.).

Sağlık politikası ise sağlıkla ilgili kamu politikalarını ve özel politikaları kapsayabilmektedir. Genellikle sağlık politikası kavramı, kurumların, kuruluşların ve hizmetlerin oluşturulmasını ve sağlık sisteminin finansmanının düzenlenmesini kapsayan eylemleri ve eylemsizliği ifade etmek için kullanılmaktadır. Sağlık politikası gerek özel sektör gerekse de kamu sektörüne yönelik yapılan politikaları içermektedir. Ama sağlık, sağlık sistemi dışında birçok belirleyici tarafından da etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık politikası analistleri sağlık sistemi dışındaki eylemlerle de ilgilenmektedir. Dolayısıyla sağlık politikası, kimlerin politika yapma sürecinde etkili olduğu, bu etkinin nasıl ve hangi koşullar altında gerçekleştiği gibi konular ile yakinen alakadar olmaktadır (Buse vd., 2005: 6).

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında farklı yaklaşımlar olmakla birlikte en fazla kabul edilen koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri şeklindeki üçlü gruplamadır.

1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hem tek tek kişilerin hem de toplumun sağlığının korunması amacıyla kişilere ve çevreye yönelik alınacak tüm tedbirleri ifade etmektedir. Hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan koruyucu sağlık

hizmetleri, bireylerin çevresine hizmet sunmak suretiyle sağlıklarının korunmasını amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hedef hastalık ihtimalinin en aza indirilmesidir. Bu nedenle bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertlerine hizmet sunulması söz konusudur. Aşılama faaliyetleri, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, hayvan hastalıklarının denetimi, atıklar ile hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü vb. faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Kurtulmuş, 1998: 86). Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı günümüzde daha da genişlemiştir. Sağlıklı su rezervleri temin etmek, halk sağlığını korumaya yönelik tedbirler almak, beslenme, aile planlaması, kronik hastalıklarla mücadele edilmesi gibi tüm toplumun sağlığını ilgilendirecek sağlık hizmetleri de koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girmeye başlamıştır (Ron vd., 1992: 36, alıntıl原因 Kurtulmuş, 1998: 86).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ya da kişinin çevresine yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişinin çevresine yönelik koruyucu hizmetler suların kontrolü ve arındırılması, sıvı ve katı atıkların temizlenmesi, gıda maddelerinin denetlenmesi, sigara içme yasağı getirilmesi gibi faaliyetleri içermektedir. Önceki yıllarda doktorların görevleri arasından sayılan ve tıp eğitiminin bir bölümünü oluşturan çevreye yönelik koruyucu hizmetler, artık günümüzde daha çok mühendislerin ve kimyagerlerin görevi olarak kabul edilmektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise, aşılama, dengeli beslenme, sağlık ve hijyen konusunda bilinç uyandırılması ve aile planlaması gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Verem savaşı dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri koruyucu sağlık hizmetleri veren birimlerdir (Dirican, 1993: 507–509).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde asıl amaç toplumun sunulan hizmetten faydalanmasıdır. Bireylerin hizmetten faydalanması ise ikincil amaç taşımaktadır. Örneğin aşılama hizmetleri, çevre temizliği, satılan besinlerin denetlenmesi, ortak kullanım alanlarında sigara içmenin ve alkollü iken araba kullanmanın yasaklanması gibi düzenlemeler hem bireyleri hastalıklardan korur hem de kamusal fayda sağlar (Bulutoğlu, 2004: 263).

1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da sakatlık gibi bir durumun ortaya çıkması sonucunda verilen sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde, hizmet sunulan bireyler hizmeti doğrudan kullanmaktadır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak kişisel amaç ve çıkarlar ön plandadır. (Kurtulmuş, 1998: 90). Bununla birlikte bulaşıcı hastalıklarda veya ruhsal hastalıklarda olduğu gibi hastanın tedavi edilmesi toplumsal fayda da sağlamaktadır. Diğer yandan tedavi edici sağlık hizmetleri hizmetten yararlanan hastanın bedeni üzerinde gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla hastanın tedaviyi istemesi, kabul etmesi gerekmektedir. Bilgisizlik, maddi gelirin yetersizliği, tedavi sürecinin uzun olması ve tedaviden korkma gibi nedenler tedaviyi engellerse, gerçekleşmesi beklenen toplumsal fayda oluşmayacaktır. Bu sebeple hastaların tedavi edilmesinde sağlık politikası oluşturulması ve devletin rol üstlenmesi kamusal yararın sağlanması açısından yararlı olacaktır (Bulutoğlu, 2004: 263).

Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri hastanın ilk başvurduğu doktor tarafından yapılan, muayene ve tedavi gibi hizmetleri ifade etmektedir (Fişek, 1974). Bu tür hizmetler çoğunlukla, hastaların hastanelerden önce başvurduğu sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır (Turan, 2004: 13). Hastaların evde ve hastaneye yatmadan ayakta tedavi edilmesini ifade eden birinci basamak tedavi hizmetleri, esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2001a: 2). Bu basamaktaki sağlık hizmetleri toplumdaki tüm bireylerin kolay bir şekilde ulaşabilecekleri ve faydalanabilecekleri bir yapıya sahip olmalıdır (Dirican, 1993: 576). Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmetleri ile tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamak tedavi hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu aşamada hastalar hastanelere sevk edilmekte, burada doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmektedir (Fişek, 1974). Hastalığın tedavisinin önemli ölçüde uzmanlık gerektirmesi ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinin yetersiz kalması durumunda üçüncü basamak sağlık hizmetlerine görev düşmektedir. Belirli alanlarda uzmanlaşan ve ileri teknolojiye sahip ihtisas hastaneleri (onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri ve

üniversite hastaneleri gibi) bu basamakta yer almaktadır (Sargutan, 1993: 11, alıntılıyan Turan, 2004: 13–14). Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları gibi), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri gibi) ya da belli bir hastalığa (ruh ve akıl hastalıkları, kanser gibi) yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkânlarla sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetleridir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastaneleri tarafından yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2001a: 2; Akdur, 2003: 12).

1.2.1.3. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Hizmetleri

Herhangi bir kaza veya hastalık nedeni ile sakat kalanların, bedensel yetenekleri azalanların, iş gücünü kısmen veya tamamen kaybedenlerin yeniden kendi kendilerine yeterli duruma gelmelerine (Durmuş ve Özdemir, 2005: 18) yönelik verilen sağlık hizmetleri rehabilitasyon hizmetleri olarak nitelendirilmektedir. Sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olduğu gibi, sosyal hizmetler kurum ve personeli tarafından yürütülen sosyal rehabilitasyon hizmetleri de bulunmaktadır (Akdur, 2003: 14–15).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

1.2.2.1. Kamusallık Özelliği

Sağlık hizmetleri hizmetten yararlananın hizmetin finansmanına katılabileceği, pazarlanabilen ve fiyatlandırılabilen hizmetler niteliğindedir. Bu niteliği nedeniyle de serbest piyasada üretilebilen “yarı kamusal” bir mal olarak değerlendirilmektedir (Altay, 2007: 35). Bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahip olan sağlık hizmetleri, tüketildiklerinde bir yandan topluma dışsal fayda sağlarken diğer yandan da hizmetten yararlanan kişiye özel fayda sağlamaktadırlar (Mutlu ve Işık, 2005: 47). Bu nedenle sağlık hizmetleri hem kamu sektörü tarafından, hem de özel sektör tarafından sunulabilmektedir. Toplum sağlığını korumaya yönelik koruyucu sağlık hizmetleri daha çok kamu sektörü tarafından verilirken, özel sektör de tedavi edici sağlık hizmetlerinde rol üstlenmektedir (Altay, 2007: 36).

Bununla birlikte önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri yarı kamusal değil tam kamusal mallar arasında yer almaktadır. Çünkü bu hizmetler toplumun tümüne sunulmaktadır ve bölünebilmeleri veya pazarlanabilmeleri söz konusu değildir (Mutlu ve Işık, 2005: 47).

1.2.2.2. Dışsallık Özelliği

Bazı sağlık hizmetleri tam kamusal mal özelliği taşımaktadır. Bu nedenle faydaları ve maliyetleri de bölünememektedir. Bu özelliğin bir sonucu olarak sağlık hizmetleri piyasası, kendi doğal işleyişinden kaynaklanmayan dışsallıkların etkisinde kalmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 54). Dışsallık genel olarak bir ekonomik faaliyetin diğer ekonomik birim veya faaliyetler üzerinde dolaylı yoldan ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz etkiler olarak tanımlanmaktadır (Eker, 1997: 42). Diğer bir ifadeyle üreticiler veya tüketiciler tarafından gerçekleştirilen ve herhangi bir ödeme yapmadıkları halde diğer üretici ve tüketicileri de etkileyen davranışlardır (Carande-Kulis vd., 2007: 229).

Tam kamusal nitelik taşıyan sağlık hizmetleri, sahip olduğu dışsallık özelliği nedeniyle ancak devlet tarafından sunulmaktadır. Devlet salgın hastalıkların önlenmesi, çevre kirliliği ile mücadele edilmesi ve çevre sağlığının sağlanması gibi gerekçelerle bu tür hizmetleri bizzat kendisi yürütmektedir (Altay, 2007: 39). Bulaşıcı hastalıkları önlemeye yönelik aşılama hizmetleri, dışsallık açısından önemli bir örnektir. Bireylerin bulaşıcı hastalıklara karşı aşılanması sonucunda sadece kendilerinin hastalığa yakalanma ve hasta olma riski ortadan kaldırılmayacak, aynı zamanda çevresindeki insanların hastalanma riski de ortadan kaldırılacaktır. Birey yaptırdığı aşı ile özel fayda sağlarken, aynı zamanda toplumsal açıdan da fayda sağlayacaktır (Gürsoy ve Aksu, 2007: 68; Mutlu ve Işık, 2005: 49–50)⁷. Diğer yandan dışsallıklar çalışma saati ile boş zamanın niteliği ve niceliği, bireylerin ceplerinden yaptığı sağlık harcamalarının miktarı, işverenlerin sağlık giderlerinin tutarı, tüketicilerin sağlık sigortası primi ve şirketlerin finansal performansı üzerinde de etkili olmaktadır (Carande-Kulis vd., 2007: 229).

1.2.2.3. Sağlık Alanında Eksik Rekabet Koşullarının Geçerli Olması

Sağlık hizmetleri piyasa koşullarında özel sektör tarafından da sunulmakla birlikte serbest piyasada sunulan diğer hizmetlerden ayrılmaktadır. Zira her şeyden önce, sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla serbest piyasa koşulları içinde

⁷ Yıldız (1996) ise faydaları ve maliyetleri bölünebilen yarı kamusal sağlık hizmetlerini de bu kapsamda ele almaktadır. Zira özellikle tedaviye yönelik olan yarı kamusal sağlık hizmetleri, ilk aşamada sadece bu hizmetten yararlananlara fayda sağlıyor görünmekle birlikte, hastalığın tedavi edilmesi ile ortaya çıkan fayda ve hastalığın tedavi edilmemesi durumunda meydana gelen zarar toplumun genelini etkilemektedir.

gerçekleştiğini söylemek zordur. Diğer bir ifadeyle “sağlık hizmetleri piyasası standart piyasa koşullarını yerine getirmekten uzaktır”. Çünkü sağlık hizmetleri piyasası için “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” koşulları söz konusudur. Serbest piyasa koşullarında geçerli olan rekabet, reklam kampanyaları, hizmetten yararlananların hizmet ve piyasa hakkında tam bilgili olmaları gibi durumlar, sağlık hizmetleri için geçerli değildir. Bunun yanında serbest piyasa için geçerli olan fayda-maliyet ilişkisi sağlık hizmetleri için söz konusu değildir. Ayrıca serbest piyasa standartlarından farklı olarak sağlık sektörü, kâr güdüsünden ziyade hizmetlerin kalitesine odaklanmıştır (Altay, 2007: 37–38).

1.2.2.4. Bilgi Asimetrisinin Olması

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı sağlık hizmeti tüketicilerinin hizmetler konusunda tam bir bilgiye sahip olmasını engellemektedir. Sağlık hizmetinden yararlananlar ürün ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, hangi hizmetlere ihtiyaçları olduğunu ve bu hizmetlerin faydalarını bilemezler (Turan, 2004: 9). Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetini tüketenler hangi hizmete ihtiyaçları olduğu, hizmetin niteliği ve niceliği gibi konularda sağlık hizmeti sunanlara yani sağlık personeline bağımlıdır. Bu bağımlılık sağlık hizmeti sunanların hizmet konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmasına karşılık, hizmetten yararlananların çok az bilgili olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum “bilgi asimetrisi” olarak adlandırılmaktadır (Sargutan, 2005b: 431).

Sağlık hizmetlerini sunanlar ve tüketenler arasında söz konusu olan bu “bilgi asimetrisi” nedeniyle, sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Zira sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler sınırlı bilgiye sahiptir ve kendisine uygulanacak tedavi ile sunulacak sağlık hizmetleri için doktora bağımlıdır. Dolayısıyla serbest piyasa koşullarında tüketicinin mal ve hizmet hakkında tam bir bilgiye sahip olduğu varsayımı geçerli olmamaktadır (Yıldırım, 1999: 127).

1.2.2.5. Sağlık Hizmetleri Talebinin Belirsizliği

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin ne zaman ortaya çıkacağını veya ne zaman bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyulacağını önceden tahmin etmek zordur. Zira bir bireyin sağlık hizmetine ne zaman, nerede, ne miktarda ihtiyaç duyacağı önceden belirlenmemektedir. Bu özelliği ile sağlık hizmetleri diğer birçok hizmetten

ayrılmaktadır. Örneğin kimin ne zaman diş ağrısı tedavisine ihtiyaç duyacağı ya da bir hastalık riskiyle karşı karşıya kalacağını önceden saptamak güçtür (Aktan ve Işık, 2007: 11).

1.2.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsallığı

Sağlık hizmetleri sadece belli kesimleri değil, bütün toplumu ilgilendirmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsal nitelikleri nedeniyle, bu hizmetlerin gerektiği kadar sunulmaması durumunda tüm toplum olumsuz etkilenmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 58). Özellikle bulaşıcı hastalıkların tedavisi toplumun tamamı için büyük önem taşımaktadır. Çünkü toplumun sağlığının korunması söz konusudur. Tüm bireylerin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında olması toplum sağlığı açısından önemlidir (Turan, 2004: 8–9). Bunun yanında tedavi edici hastalıklar da özel fayda yanında topluma yönelik fayda sağlayacağı için toplumsal bir nitelik taşımaktadır.

1.2.2.7. Sağlık Hizmetleri Çıktısının Parasal Değerini Belirlemenin Güçlüğü

Sağlık hizmetlerinin sunumu sonucunda elde edilen çıktı doğrudan paraya çevrilememektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetleri çıktısının parasal değerinin saptanması oldukça güçtür. Daha çok bireysel ve toplumsal sağlık düzeyinin yükselmesine bağlı olarak, çalışma verimlerinin ve üretimin artması gibi dolaylı sonuçlarından bahsetmek mümkündür. Bunun yanında çoğu zaman sağlık hizmetinin fiyatı gerçek maliyeti yansıtmamaktadır. Çünkü bir yandan sağlık hizmetlerinde kâr güdüsü arka planda kalmakta, diğer yandan da toplumsal yarar ve dışsal nitelik gibi özellikleri nedeniyle fiyat, gerçek maliyeti yansıtmaktan uzak olmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 13).

1.2.2.8. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemezliği ve Ertelenememesi

Sağlık hizmetlerinin bir özelliği de sağlık hizmetinin bir başka hizmetle ikame edilememesidir. Diğer bir ifadeyle herhangi bir sağlık hizmetini başka tür bir sağlık hizmeti ile ikame etmek mümkün değildir. Örneğin kalp kapakçığı ameliyatı olması gereken bir hastaya, bu hizmetin pahalı olması nedeniyle daha ucuz bir hizmet olan çürük diş tedavisi yapılması söz konusu olamaz (Saltık, 1995: 38).

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de sağlık hizmetlerinin ertelenememesidir. Kimi mal ve hizmetler ekonomik nedenlerle ertelenebilirken sağlık hizmetlerinin kısa bir süre de olsa ertelenmesi mümkün değildir. Çoğunlukla sağlık hizmetleri, bu yönde bir ihtiyaç belirlediği anda karşılanmalıdır. Özellikle acil durumlarda ve kişiye acı veren hallerde sağlık hizmeti talebi anında karşılanmalıdır (Kurtulmuş, 1998: 57).

1.2.3. Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Bir ülkede sağlık sektörünün tercih edilen sağlık felsefesi doğrultusunda biçimlendirilmesi ve yapılandırılması sağlık politikası olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ise örgütlenme, finansman ve insan gücü gibi araçlarla gerçekleştirilmektedir. Bu araçların biçimlendirilmesinde kullanılan yöntemler ise ikincil sağlık politikaları olarak nitelendirilmektedir. Sağlık politikalarının genel olarak iki ayrı görüş tarafından belirlendiğini söylemek mümkündür (Akdur, 2003: 17).

Bunlardan ilki, sağlığı “toplumsal bir olgu”, sağlıklı yaşamı da “doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı” olarak kabul etmektedir. Bu kabulden hareketle de sağlık hakkının yerine getirilmesinden devleti sorumlu tutmaktadır. Buna göre devlet, sağlık hizmetlerine “ulusal geliri yeniden dağıtmanın bir aracı” olarak yaklaşmalı ve sağlık hizmetlerinden faydalanmada eşitliği sağlamalıdır. İkinci görüş ise bunun tam karşısında yer almakta ve sağlığı “bireysel bir olgu” olarak görmektedir. Dolayısıyla sağlıklı yaşamı da “bireysel bir sorumluluk” olarak nitelendirmektedir. Sağlık hizmetlerini bir “kâr aracı” olarak gören bu anlayış, sağlık piyasanın arz ve talep kuralları çerçevesinde belirlenmesini ve bireylerin bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngörmektedir (Akdur, 2003: 18).

Bilindiği gibi sağlık hizmetleri fiyatlandırılabilen ve pazarlanabilen hizmetlerdir. Bunun yanında sağlık hizmetinden yararlananlar hizmetin finansmanına katkıda bulunabilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle sağlık hizmetleri “yarı kamusal” mal olarak nitelendirilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasa şartlarında alınıp satılabilmesine karşın, sağlık hizmetleri piyasanın kendine has özellikleri ve dışsallık olgusu nedeniyle sağlık hizmetleri kamu kesimi tarafından da üretilmektedir (Altay, 2007: 35).

Günümüzde hakim olan uygulama sağlık hizmetlerinin kamu sektörü ve özel sektör tarafından birlikte verilmesi yönündedir. Ülkeden ülkeye devletin veya özel sektörün ağırlığı değişmekle birlikte, uygulama genellikle bu yöndedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan özel sektör tarafından, diğer bir ifadeyle özel hastaneler ve özel sağlık kuruluşları tarafından sunulması durumunda sağlık hizmetleri belli bir bedel karşılığında tüketiciye sunulmaktadır. Hizmetin bedeli de tüketicinin kendisinden veya tüketicinin dahil olduğu sigorta kurumundan talep edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan devlet tarafından sunulması durumunda ise hizmetin vergilerle finanse edilmesi ya da belli bir bedel karşılığında sunulması söz konusudur. Vergilerle finansman durumunda sağlık hizmetlerinden yararlananlar herhangi bir ödeme yapmazken, belli bir ücret talep edilmesi durumunda söz konusu ücret hizmetten yararlananlar tarafından karşılanmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 15–16).

Sağlık hizmetleri sunumunda kamunun üstlendiği görevler, daha ziyade toplum sağlığını korumaya yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Özel sektör kârlı bulmadığı için bu alanda faaliyette bulunmaktan kaçınmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetlerinin sunumu devlete aittir. Devlet aşılama, aile planlaması, salgın hastalıklarla mücadele gibi konularda etkin bir rol üstlenmektedir. Özel sektörün bu alanlarda yatırım yapmak istememesi nedeniyle, devlet hizmet sunumunu üstlenmektedir (Belek, 2009: 165–166)⁸.

Özel sektörün daha aktif olarak rol oynadığı alan ise tedavi hizmetleridir. Tedavi hizmetleri özel sektör tarafından kârlı bulunmakta ve kamu yönetimi yanında özel sektör de bu alanda faaliyet göstermektedir. Tedavi hizmetlerinin tamamen özel sektöre bırakılması mümkün olmakla birlikte, bu durum özellikle yoksullar ve dar gelirliler için sıkıntı oluşturabilecek niteliktedir. Diğer yandan sağlık temel bir “hak” olarak kabul edilmekte ve “dil, din, ırk, cinsiyet, gelir, servet, prestij ve statü” gibi unsurlar dikkate alınmadan, bireylerin “eşitlik” ve “adalet” çerçevesinde sağlıktan bir “hak” olarak yararlanabilmeleri öngörülmektedir (Altay, 2007: 36). Bu bakış açısıyla

⁸ Buna karşılık özel sektör, kamu kesimi tarafından üretilen “bölünemeyen” koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesine mal ve hizmet tedariki noktasında devreye girmektedir. Hizmet esas olarak kamu kesimi tarafından sunulmakta ancak özel sektör kamuya mal ve hizmet sağlama konusunda yardımcı olmaktadır (Altay, 2007: 36).

devlet sağlık hizmetlerinin sunumunda görev almakta ve dar gelirliler için ücretsiz tedavi imkanı gibi düzenlemelere gitmektedir.

Ayrıca, zel sektörün doğrudan sağlık hizmeti sunması yanında kamunun verdiği yetkiler doğrultusunda hizmet vermesi de söz konusudur. Özel sektörün kamudan aldığı yetki doğrultusunda hizmet sunması ihale yöntemi, imtiyaz yöntemi, sübvansiyon yöntemi ve kupon yöntemi gibi yöntemler aracılığıyla gerekleŖmektedir. Bu yöntemlerde özel sektör kimi zaman szleŖme yaparak, kimi zaman belli bir ayrıcalık kazanarak sağlık hizmetini sunmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerinde kullanılan kimi tıbbi cihazları özel sektörden satın alması, özel hastanelerden yararlanan hastaların masraflarının devlet tarafından karŖılanması, özel sağlık kuruluŖlarına devlet bütçesinden katkı verilmesi, bu uygulamanın örneklere arasında yer almaktadır (Aktan ve IŖık, 2007: 16–19).

Tercih edilen grŖe ve sağlık politikasına göre sağlık sektörünün örgütlenmesi, finansmanı, insan gücü unsuru ve diğer yapılanmaları Ŗekillenmektedir. Sağlığın toplumsal bir olgu olarak kabul edilmesi durumunda, örgütlenme kamu sektörü ağırlıklı olmakta ve sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden veya kamu sigortasından karŖılanmaktadır. Buna karŖılık sağlığın bireysel bir olgu olarak kabul edilmesi durumunda, sağlık hizmetleri özel sektör temelinde örgütlenmekte ve özel sigorta veya cepten ödeme yoluyla finansman sağlanmaktadır. Toplumdan topluma veya toplumun içinde bulunduğu koŖullara göre bu iki seçenekten biri tercih edilmekte veya söz konusu iki seçenek birlikte uygulanmaktadır (Akdur, 2003: 18).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda son dönemlerde ortaya çıkan uygulamalardan biri de kamu-özel ortaklıklarıdır. Küresel sağlık sorunları küresel czmler gerektirmekte ve kamu-özel ortaklığı artan oranda bu sorunları czmek için kullanılmaktadır. Bu tür ortaklıklar genellikle piyasa ve kamu baŖarısızlıklarına bir are olarak dŖnlmekte ve özellikle birçok ülkede yoksulların karŖı karŖıya kaldığı inatçı sağlık sorunları için czm olabilecek nitelikte kabul edilmektedir (Buse ve Walt, 2002: 60–61).

Sivil toplum kuruluŖları da bu konu üzerinde durmakta ve kamu-özel ortaklıkları ile halk sağlığına iliŖkin sorunların giderilebileceğini ifade etmektedirler.

Sağlık alanında zengin ve fakir insanlar arasında yaşanan eşitsizliğin de bu uygulama ile azaltılabileceğini ve daha eşit bir sağlık sistemi oluşturulabileceğini vurgulamaktadırlar. Zira ne kamu kuruluşları ne de özel kuruluşlar tek başlarına bu sorunları çözüme kabiliyetine sahip değildir. Günümüz toplumları; sınırlı mali kaynaklar, karmaşık sosyal sorunlar, çeşitlenen hastalıklar ve devletin azalan sorumluluğu ile karşı karşıyadırlar. Özel kar amaçlı kuruluşlar ise kısa ve uzun vadeli hedeflerini gerçekleştirebilmek için halk sağlığının önemini kavramışlardır ve sosyal sorumluluğu kurumsal bir görev olarak kabul etmişlerdir. Ortaklıklar iyi tanımlanmış kamu sağlık hedefleri için pozitif ve yenilikçi sonuçlar doğurabilir ve problemleri çözmek için güçlü yöntemler geliştirebilirler (Reich, 2000: 617–618). Buna karşılık bu ortaklıklar kendi sorunlarını ve tartışmalarını da beraberinde getirmektedir. Sağlık araştırmacıları ortaklıkları, kamudan kaynak aktarma aracı olarak nitelendirmekte ve kamu politikalarının özel şirketler lehine değiştirilmesine neden olduğu gerekçesiyle eleştirmektedir (Reich, 2002: 1).

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bireysel ve toplumsal açıdan sağlık büyük bir öneme sahiptir. Bireylerin ortalama yaşam süresini artırmak ve beşeri sermayeden en üst seviyede yararlanmak için, devletler sağlık hizmeti sunumuna önem vermektedirler. Sağlık hizmetinin sunumu ise beraberinde finansman sorununu getirmektedir. Zira sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkili olması finansmanla doğrudan ilgilidir (Aktan ve Işık, 2007: 22).

Sağlık sektörü ile ilgili olarak makro düzeyde finansman ve mikro düzeyde finansman olmak üzere iki finansman türünden bahsetmek mümkündür. Makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların kamu veya özel hangi kaynaklardan karşılanacağına ve nasıl karşılanacağına ilişkindir. Söz konusu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına zamanında, yeterli miktarda ve etkili bir biçimde aktarılmasına ilişkin ilke ve esasları içerir. Mikro düzeyde finansman ise, her seviyedeki sağlık işletmeleri ile ilgilidir. Sağlık işletmelerinde sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlanması için ihtiyaç duyulan fonların tedarik edilmesi, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımını ile ilgili karar ve işlemleri içerir (DPT, 2001: 115).

Sağlık hizmetleri finansmanının üç temel işlevsel bileşeni bulunmaktadır. Bunlar gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma şeklindedir. Kaynaklar bu farklı bileşenler arasında tahsis edilmektedir. Gelir toplama süreci özellikle ödemeyi kimin yapacağı, hangi yöntemle ödeme yapacağı ve bu ödemenin kimde toplanacağı sorularıyla ilgilenmektedir. Finansman mekanizmaları genellikle vergiler, sosyal sigorta primleri, özel sigorta primleri, bireysel tasarruflar, cepten ödemeler, krediler, hibeler ve bağışları içermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 3–4).

Gelir toplama ve bu geliri biriktirme fonu, yani fon havuzlama birbirinden ayrı olmalıdır. Çünkü tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemeler gibi bazı gelir toplama türlerinin finansal katılımcılar arasında paylaşılabilmesine imkan yoktur (Mossialos ve Dixon, 2002: 6). Fon havuzlama, belli bir nüfus adına yapılan ön ödemeli sağlık gelirlerinin birikimi olarak tanımlanmaktadır (Kutzin, 2001: 177). Fon havuzlamanın önemi, tanımlı bir alt gruba veya nüfusun geneline finansal risk havuzu yaymasından kaynaklanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 6). Genel olarak hizmet sunuculara ödeme yapılması ya da onlardan hizmet satın alınması, fonlarda toplanan kaynakların hizmet sağlayıcılara transferi anlamına gelmektedir (Kutzin, 2001: 180).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ülkeden ülkeye değişmekte; ülkeler ekonomik, sosyal ve siyasal durumlarına göre bu yöntemlerden birini seçmekte veya birkaç yöntemi birlikte uygulayabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri çeşitli başlıklar altında toplanmaktadır. Literatürde sıklıkla rastlanan ise doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemi şeklindeki ayırım ile özel finansman yöntemleri ve kamusal finansman yöntemleri şeklindeki ayırımdır. Doğrudan finansman yöntemi sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin, aldıkları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesini ifade etmektedir. Hizmetten faydalanan birey hizmeti sunan kamu kurumuna, özel kuruma veya kişiye hizmetin ücretini doğrudan ödemektedir. Serbest piyasa koşullarında diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetinin, bedeli ödenerek satın alınması söz konusudur (Aktan ve Işık, 2007: 25-27). Doğrudan finansman yöntemi, kamu veya özel kesim tarafından üretilen hizmetin tüketici tarafından bedeli ödenerek satın

alınması şeklinde işler. Dolayısıyla tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur ve hastalığın riskini tüketici kendisi üstlenir (Ferranti, 1985: 13–15).

Dolaylı finansman yönteminde ise hizmet sunumunu gerçekleştiren ile hizmet talep eden arasında üçüncü bir unsur bulunmaktadır. Ödeme kurumu olan bu unsur, ödeyici taraf olarak yer almaktadır. Dolaylı finansman yönteminde sağlık hizmetini sunanlar ile talep edenler arasındaki para ilişkisi kısmen veya tamamen son bulmaktadır. Bu sistemde tüketiciler arasında riskin paylaşılması söz konusudur. Çünkü hastalığa yönelik yapılan harcamalar sadece hizmetten yararlanan tarafından yüklenilmemekte, ortak fona katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dolaylı finansman yöntemine çalışanların, işverenlerin ve devletin de katılımı söz konusudur. Çalışanlar ve işverenler işçinin ödediği prime ek olarak ödedikleri primlerle, devlet de vergiler aracılığıyla sisteme katılır (Mutlu ve Işık, 2005: 285–290).

Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik bir diğer ayırım da özel finansman yöntemleri ve kamusal finans yöntemleri olarak yapılmaktadır. Özel finansman yöntemleri cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruflardan oluşmaktadır. Kamusal finansman kaynakları ise, sosyal sağlık sigortacılığı ve vergilerle finansman gibi finansman yöntemlerinden oluşmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90–94).

Özel finansman yöntemlerinin ilki olan cepten ödemeler sağlık hizmetlerinden yararlananların doğrudan ceplerinden yaptıkları harcamaları içermektedir ve doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve resmi olmayan ödemeler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Doğrudan ödemeler sigorta kapsamında olmayan hizmetler için geçerlidir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22). Kullanıcı katkılarına ise iki durumda başvurulmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık harcamalarının düşük olması durumundadır ve sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırma amacı taşımaktadır. Diğeri ise, paradoksal olarak sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda geçerlidir. Böyle durumlarda kullanıcı katkıları, talebi ve fiyatları düzenleyerek verimliliği artırmanın bir yolu olarak önerilmektedir (Creese, 1997: 202). Ayrıca kullanıcı katkılarına hastalarda maliyet bilinci oluşturmak, hastaları gereksiz sağlık hizmeti talebinden vazgeçirmek ve daha fazla gelir elde etmek gibi gerekçelerle de

başvurulabilmektedir (Klein, 1998: 734–735). Buna karşılık, finansmanın topluma yayılmasını engelleyerek riskin paylaşılmasını önlediği ve finansman yükünü düşük gelir gruplarına kaydırduğu gerekçesiyle, kullanıcı katkıları eleştirilmektedir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 91). Son olarak resmi olmayan ödemeler ise, daha iyi sağlık hizmeti almak için hizmet öncesinde doktora, bakım sırasında da sağlık personeline verilen hediye ya da ödemeleri ifade etmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 23).

Bir diğer özel finansman yöntemi, özel sağlık sigortaları, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan bir diğer yöntemdir. Buna göre, özel sağlık sigortası sunan sigorta şirketleri harcama tutarlarının tamamını ya da belli bir bölümünü ödemektedirler. Sağlık hizmetleri finansmanına özel sigortaların da dahil edilmesi suretiyle risk faktörünün yayılması amaçlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 293). Özel sağlık sigortalarının primlerin hesaplanma yöntemlerine (bireysel, grupsal veya toplumsal) göre, yardımların nasıl belirleneceğine göre ve sigorta sağlayıcıların durumuna (kar amacı güden veya kar amacı gütmeyen) göre farklılaştığı görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 19).

Özel finansman yöntemlerinin sonuncusu tıbbi tasarruf hesapları ve benzer yaklaşımlar ise, hizmet sağlayıcılardan ziyade bireylerden veya tüketicilerden gelen geri ödemelere dayanmaktadır ve evrensel kapsamı olan sistemler için uygun değildir. Çünkü doktor ve hastane hizmetleri için yapılan harcamalar, tüm yaş gruplarında farklılık gösterir. Ayrıca tıbbi tasarruf harcamaları, ağır hastalıklar için yapılan kamu harcamalarını ve cepten yapılan harcamaları artıracak niteliktedir (Deber vd., 2004: 49).

Kamusal nitelikli finansman kaynaklarının başında sosyal sağlık sigortacılığı, diğer bir ifadeyle zorunlu kamu sigortacılığı gelmektedir. Bu sistemde bir havuz oluşturulmakta ve herkes ödeme gücü doğrultusunda ödeyeceği primlerle bu havuza katkıda bulunmaktadır. Daha sonra bir hastalık durumunda ise yetkililerin öngördüğü düzeyde bu havuzdan yararlanılmaktadır. Bu yöntem çalışanlara ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere ömür boyu sağlık güvencesi sağlaması bakımından etkilidir. Buna karşılık, sağlık harcamalarını artırma ve maliyetleri yükseltme riskleri nedeniyle eleştirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 294–296).

Vergilerle finansman Beveridge Modeli olarak da bilinmektedir. Beveridge tarafından 1942 yılında İngiltere’de yayımlanan ve Beveridge Raporu olarak bilinen çalışmaya göre, tüm bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri devlet tarafından garanti edilmelidir ve sağlık hizmetleri sağlıktan sorumlu kamusal birimler tarafından sunulmalıdır. Bireylerin sağlık hizmetlerinin finansmanına katkısı ise gelirleriyle orantılı bir şekilde olmalıdır. Dolayısıyla bu modelde temel kaynak genel vergilerdir ve sağlık hizmetleri vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir. Tüm ülke nüfusu da kapsam altına alınmaktadır (Belek, 2009: 175–175,304).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE DÖNÜŞÜMÜ

2. 1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” isimli çalışmada Cumhuriyet döneminden itibaren gerçekleştirilen sağlık hizmet ve politikaları dört döneme ayrılmıştır. Bu ayrım 1920–1938 Dönemi, 1938–1960 Dönemi, 1961–1980 Dönemi ve 1980’den günümüze kadar olan dönem şeklinde yapılmıştır. Bu çalışmada ise, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi altı dönemde ele alınmıştır. Bunlar:

1. 1920–1945 Dönemi,
2. 1946–1960 Dönemi,
3. 1961–1979 Dönemi,
4. 1980–1989 Dönemi,
5. 1990–2002 Dönemi,
6. 2003 ve Sonrası Dönem.

Her bir dönem kendine özgü özellikleri ile öne çıktığı için böyle bir dönemsel ayrıma gidilmesi uygun görülmüştür. Zira 1920–1945 arası dönemde sağlık hizmetleri ülke geneline yayılmaya çalışılırken, 1946–1960 döneminde sağlık hizmetlerinin merkezileşmesi söz konusu olmuştur. 1961–1979 arası dönem ise, daha çok sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonuna konu olmuştur. Hemen devamında, 1980–1989 döneminde ise sosyalizasyon düşüncesinden uzaklaşıldığı ve 1990–2002 döneminde de sağlık hizmetlerinin proje çalışmalarına konu olduğu gözlenmiştir. Son olarak 2003 yılı ve sonrasında ise Sağlıkta Dönüşüm Programı, süreci belirleyici bir rol oynamıştır.

2.1.1. 1920–1945 Dönemi Sağlık Hizmetleri

Osmanlı İmparatorluğu döneminde sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak serbest çalışan hekim ve cerrahlar tarafından belli bir ücret karşılığında verilmiştir. 19. yüzyıla kadar, halkın geneline sunulacak sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler devletin temel görevleri arasında kabul edilmemiştir. Kimsesiz ve yoksullara yönelik sağlık hizmetleri ise vakıflar tarafından karşılanmıştır (Akdur, 2003: 23). 1920’de Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kurulması ile birlikte, sağlık hizmetleri ilk defa devlet görevleri arasına dahil edilmiştir. Adnan Adıvar, 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanunla kurulan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti’nde (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) bakanlık görevini üstlenmiştir. Bakanlık çalışmaları 1923 yılına kadar yürütülmüş, Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte merkez ve taşra örgütleri yapılandırılmıştır (Akın ve Aksoy, 1985: 9).

Adnan Adıvar’ın bakanlığından sonra göreve Refik Saydam gelmiştir. Refik Saydam dönemi (1923–1937) günümüz anlamında sağlık hizmet ve örgütünün yapılandırıldığı yıllar olmuştur. Bu dönemde ilçelerde Hükümet Tabiplikleri, illerde ise Sağlık Müdürlükleri kurulmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinin altyapısı oluşturulmuş ve sağlık hizmetlerinin tüm yurt sathına yayılması amaçlanmıştır. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde durulmuş, bu hizmetlerin sunumundan merkezi yönetim sorumlu tutulmuş ve bu hizmetlerin finansmanı genel bütçeden karşılanmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin sunumunda ise merkezi yönetimin yol göstericiliğinde yerel yönetimler görevli kılınmıştır (Akdur, 2003: 25). 1928 yılında Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Yine 1928 yılında 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” çıkarılarak sağlık personelinin ve yardımcı personelin yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir. 1930 yılında ise sağlık hizmetleri için temel yapıtaşını niteliğinde olan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”⁹ çıkarılarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın yurt genelinde yapacağı sağlık hizmetleri, görev ve yetkileri belirlenmiştir. 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı yasa ile de “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” çıkarılmış ve Bakanlık merkez ve

⁹ Çoğu maddesi günümüzde halen uygulanmakta olan söz konusu kanun ile gıda hijyeni, içilebilir su kaynaklarının denetimi, işçi sağlığı, okul sağlığı gibi çeşitli konularda düzenlemeler yapılmıştır (Bulut, 2007: 114).

taşıra örgütü kurulmuş, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (Akın ve Aksoy, 1985: 10).

Refik Saydam döneminde sağlık örgüt ve birimlerinin yurt geneline yayılması için uğraşılmış, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik açısından iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetleri devletin asli görevi olarak kabul edilmiş, görevler devletin organları arasında paylaştırılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir (Akdur, 2003: 26).

Refik Saydam'ın ardından Sağlık Bakanlığı'na Behçet Uz getirilmiştir. Behçet Uz tarafından hazırlanan “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” ile sağlık hizmetlerinin yurt geneline yayılması ve sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimin görev ve sorumluluğunda olması amaçlanmıştır (Akdur, 2003: 27). Yine planda koruyucu hekimlik örgütünün oluşturulması, köylerde sağlık örgütü kurulması, ihtiyaca yönelik sağlık personeli yetiştirilmesi, hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının çağdaştırılması ve sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve sağlık sandıkları kurulması öngörülmüştür (Aydın, 1997: 31). Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi, hizmet birimlerinin nüfus esasına göre oluşturulması amaçlanmıştır. Böylece yataklı tedavi hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakılmasından vazgeçilerek tüm sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimin sorumluluğunda olması benimsenmiştir (Fişek, 1983, alıntılaman Akdur, 2003: 27). Ayrıca planla koruyucu sağlık hizmetleri için gereken örgütü kurmak ve geliştirmek amacıyla her kırk köy için sağlık merkezi kurulması hedeflenmiştir. Fakat plan tam anlamıyla hayata geçirilememiş ve sağlık merkezleri sadece ilçelerde açılabilmiştir (Akın ve Aksoy, 1985: 10).

2.1.2. 1946–1960 Dönemi Sağlık Hizmetleri

1945 sonrası, hem çok partili hayata ve Batı tipi demokrasiye geçişin gerçekleştirildiği hem de diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi, ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetlerinin sunumunu üstlenmiş ve belediye hastanelerinin çoğu kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (Ergör ve Öztekin, 2000: 194). Yerel yönetimler 1930'lardan 1950'lerin başına kadar hastane yapmak ve işletmekten

sorumlu tutulmuşken, bu tarihten sonra hastanelerin yapılması ve işletilmesi ile mevcut hastanelerin mülkiyeti Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Savaş, 2001: 117). Ayrıca bu dönemde yeni devlet hastaneleri açılmış, kırsal bölgelerde çalışan sağlık personeli kent hastanelerinde görevlendirilmiştir (Ergör ve Öztekin, 2000: 195). 1961 yılında sosyalleşme yasasının kabul edilmesiyle birlikte de tüm hastanelerin işletim sorumluluğunun Sağlık Bakanlığı'na aktarılması kararlaştırılmıştır (Savaş, 2001: 117).

1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanlığı görevine gelen Behçet Uz, "Milli Sağlık Programı" adı ile taşraya ve kırsal kesime yönelik bir sağlık programı ortaya koymuştur. 1946 yılında hazırlanan programa oranla sınırlı bir amaç taşıyan bu yeni Program ile sağlık merkezleri aracılığıyla taşra-kırsal kesim sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi öngörülmüştür. Devletin bir sağlık hizmetleri politikasına sahip olması gerektiğini savunan Program, öncekiyle aynı kaderi paylaşmış ve uygulanma şansı bulamamıştır. Devletin bütçe imkanları doğrultusunda sağlık merkezlerinin sayılarının arttırılmasına devam edilmiştir (Aydın, 1997: 34,35,36).

Cumhuriyetin kuruluşundan 1950'lerin sonuna kadar sağlık hizmetleri genel olarak kamunun görev ve sorumluluğunda kabul edilmiştir. Bununla birlikte özel sağlık kuruluşlarının açılmasına da sıcak bakılmış ve özel sağlık kurumlarının açılmasını ve hizmet vermesini engelleyen herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. İtici güç olan kamunun öncülüğünde, karma ekonomi anlayışı doğrultusunda sağlık hizmetlerine özel sektörde de yer verilmiştir (Akdur, 2003: 28).

Bu dönemde ayrıca 1945 yılında çıkarılan 4792 sayılı "İşçi Sigortaları Kurumu Yasası" ile 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacak olan sosyal güvenlik kuruluşunun temelleri atılmıştır (Turan, 2004: 5).

2.1.3. 1961–1979 Dönemi Sağlık Hizmetleri

1960 yılında İnsan Hakları Beyannamesi imzalanmış ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası benimsenmiştir. Bu paralelde "sağlıklı doğup sağlıklı yaşamının insan hakkı olduğu, bunu sağlamanın da bir kamu görevi olduğu" anlayışı kabul edilmiştir. Bu anlayıştan hareketle bir yandan sağlık Anayasal bir hak olarak düzenlenmiş, diğer yandan da 224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kararlaştırılmıştır (Bulut, 2007: 115).

Sağlık hizmetleri 1961 Anayasası ile anayasal bir hak olarak görülmüş ve bu doğrultuda Anayasanın 48. ve 49. maddelerinde “Sosyal Güvenlik” ve “Sağlık Hakkı” ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Buna göre, “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için Sosyal Sigortalar ve Sosyal Yardım Teşkilatını kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir” ve “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir”. Söz konusu düzenleme doğrultusunda sağlık hizmetleri için hazırlanan programla sağlık hizmetleri konusunda devlete önemli görevler yüklenmiş ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak yürütülmesi öngörülmüştür (Akn ve Aksoy, 1985: 11).

Bu dönemdeki en önemli düzenleme 5 Ocak 1961’de 224 sayılı Yasa ile kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik yasadır.¹⁰ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ile sağlık hizmetlerinin “sosyal adalet” doğrultusunda sunulması, bunun için de sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetlerin sosyalleştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile sağlık hizmetlerinin, vatandaşların ödedikleri primler ve kamu bütçesinden ayrılan payla finanse edilmesi öngörülmüştür (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961).

224 sayılı Kanun, “çağdaş hekimlik uygulamaları”na geçilmesinin önemli adımlarından biri olarak kabul edilmiştir ve önemli düzenlemelere konu olmuştur. Kanun ile (Pala, 2007: 11; Fişek, 1974),

- Devletin tüm sağlık hizmetlerini karşılamakla yükümlü olduğu (sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması),
- Birinci basamak tedavi hizmetlerinin köylere de götürülmesi ve herkesi kapsayacak şekilde düzenlenmesi,
- Koruyucu tedavi ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada verilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin tek çatı altından yönetilmesi,

¹⁰ Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik düzenlemelerin, sosyal devlet anlayışının ürünleri olarak kabul edilen İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi’nden (NHS) ilham aldığı ifade edilmektedir (Çiner ve Fişek, 2010: 290).

- İl içinde sağlık örgütünün bir bütün olarak ele alınması ve örgütün amirinin sağlık müdürü olması,
- Sağlık personeline çalışacağı yeri seçme özgürlüğünün tanınması,
- Kamu sektörünü tercih eden doktorların kamuya ait sağlık kuruluşlarında tam gün çalışması karara bağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile bir yandan sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması, diğer yandan da hizmetlerin niteliğinin artırılması amaçlanmıştır. Kademeli bir örgütlenme sistemi benimsenerek belli merkezlerde ortaya çıkan yığılmaların önlenmesi hedeflenmiştir (Akın ve Aksoy, 1985: 16). Sağlık hizmetlerinin ekip hizmeti ile sunulması, hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerin birlikte ele alınması ve entegre bir şekilde sunulması, kırsal bölgeler için gezici hizmet sunumu sağlanması ve hizmetlerin finansmanının genel bütçeden karşılanması öngörülmüştür (Belek vd., 1998: 62-63).

Parasal imkansızlıklar nedeniyle kanun bir yıl sonra uygulanabilmiş, ancak kanunun öngördüğü model tam olarak uygulamaya aktarılamamıştır. Koruyucu hekimlik yerine tedavi edici hekimliğe daha fazla ağırlık verilmiştir (Sarp vd., 2001: 1118). 1962 yılında Programın uygulanmasına yönelik olarak Muş ili pilot bölge olarak seçilmiştir (Aydın, 1997: 40). 224 sayılı Yasa ile sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım doğuştan kazanılmış bir hak olarak görülmüş ve bunun sonucu olarak sağlık hakkının devlet tarafından sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Buna karşılık ilerleyen yıllarda iktidara gelen hükümetlerin neoliberal politikaları uygulaması üzerine, yasa tam manasıyla uygulanamamıştır (Akdur, 2003: 29). Ayrıca 1950'lerde hızlanan, 1960'larda ve 1970'lerde devam eden ama özellikle 1980'lerde aşırı hız kazanan kente göçlerle birlikte, kentlere yığılan yeni göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta devlet ciddi güçlükler yaşamıştır.

1961 Anayasası sonrasında planlı döneme geçişle birlikte hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da Türkiye'de halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Bunları gerçekleştirmek için de sağlık hizmetlerinde çok pahalı ve yetersiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak bir sistemin tercih

edilmesi öngörülmüştür. Buna bağlı olarak, tedavi edici hizmetler koruyucu hizmetleri tamamlayıcı olarak ele alınmıştır (DPT, 1963: 39).

Bu dönemde ayrıca, 1971 yılında sosyal güvenlik alanına yönelik olarak 1479 sayılı Yasa ile “Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (BAĞ-KUR)” kurulmuş ve esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır (Turan, 2004: 7). 1978 yılında ise kabul edilen “Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu” ile kamu kuruluşları, sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kurumlarında çalışan personelin tam gün çalışması karara bağlanmıştır. Bu düzenleme ile sağlık insan gücünden etkin bir şekilde yararlanılması amaçlanmıştır (Akın ve Aksoy, 1985: 13).

2.1.4. 1980–1989 Dönemi Sağlık Hizmetleri

24 Ocak kararları ve 1980’lerle birlikte birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri ve politikaları alanında da neoliberal anlayışın hakim olduğu yeni bir döneme geçilmiştir. Bu nedenle özellikle 1982 Anayasası ve sonrasında ayrı bir başlık altında ele alınmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

Genel olarak kamu yönetiminin ve kamu hizmetlerinin birçok dalında olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de “reform” anlayışı 1980’lerden sonra ağırlıklı olarak ele alınmıştır. Bu nedenle 1980 sonrasında sağlık hizmetlerine yönelik reform düzenlemeleri “neoliberal sağlık politikalarının izdüşümü” olarak nitelendirilmektedir (Pala, 2007: 3).

Diğer yandan; tıp dünyasında yaşanan gelişmeler, sağlık hizmetlerinde teknolojinin tüm olanaklarıyla kullanılması, insanların giderek artan sağlık hizmeti beklentisi, köyden kente göç sonucu doğan aşırı talep, insan ömrünün uzaması ve buna bağlı olarak yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte sağlık sorunlarının da artması sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak ayrılmasını zorunlu kılmıştır. 1980’lerle birlikte sağlık hizmetlerinde verimlilik arayışları başlamış, sağlık ekonomisi gibi bilim dalları önem kazanmış ve sağlık sistemini yeniden yapılandırma çalışmaları kamu yönetimindeki reform anlayışı ile paralel gitmiştir (Sur ve Atlı, 2001: 1163).

1982 Anayasası da 1980 döneminin değişen sağlık anlayışını gösterir niteliktedir. 1982 Anayasası’nda sağlık hizmetleri, 1961 Anayasası’ndan farklı bir

yaklaşım ile ele alınmıştır. 56. maddede yer alan sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlıklı düzenlemeye göre;

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

1961 Anayasası’nda sağlık temel bir insan hakkı olarak görülüp devlet tarafından güvence altına alınmıştır. Buna karşılık 1982 Anayasası ile birlikte “sosyal devlet” anlayışı terk edilerek yerine “düzenleyici” devlet anlayışı benimsenmiş ve sağlık temel bir insan hakkı olmaktan çıkarılmıştır (Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010: 6; Soyer, 2003: 305). 1982 Anayasası ile sağlık hizmetleri, devlet tarafından sağlanan temel ekonomik ve sosyal bir hak olma niteliğini büyük ölçüde kaybetmiş, devlet tarafından planlanıp düzenlenen bir hizmet niteliği kazanmıştır. Bu düzenleme sonucunda, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda özel sektörün rol alması söz konusu olmuştur (Altay, 2007: 43; Üçışık, 2010: 11). Buna paralel olarak, özellikle 80’lerin ikinci yarısından itibaren, teşviklerle özel sektörün sağlık alanında yatırım yapması özendirilmiştir (Savaş, 2001: 94).

1982 yılında doktorlar için mecburi hizmet uygulamasına geçilmiş, böylece insan kaynakları alanındaki eksikliğin giderilmesi amaçlanmıştır. Ancak sağlık ocaklarındaki altyapının istenilen seviyede olmaması nedeniyle hedeflenen amaçlara ulaşılamamıştır (Savaş, 2001: 93). 1983 yılında iktidara gelen ANAP Hükümeti Programında ise “bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması” ve “herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi” hedefi üzerinde durulmuştur. Söz konusu programda neoliberal politikalara paralel şekilde “ilaç sektörünün ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edilmesi”ne yönelik ifadeler de yer verilmiştir (Soyer, 2003: 306–307).

Benzer durumun kalkınma planı için de geçerli olduğunu söylemek mümkündür. İlk defa Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1985–1989) “kamu sağlık kurumlarında rasyonellik ve verimlilik sağlanması”, “sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışının getirilmesi”, “özel sağlık müesseselerinin ve hastanelerin desteklenmesi”, “özel sağlık kurumlarının ücretlerinin serbest bırakılması”, “kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet alması” gibi düzenlemelere yer verilmiştir (Soyer, 2003: 306–307). Bu ifadeler dönemin sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısını yansıtmaya açısından önemlidir.

Neoliberal bakış açısı ile gerçekleştirilen sağlık sektörüne yönelik önemli düzenlemelerden biri de, 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Yasası'dır. Söz konusu yasa ile genel sağlık sigortası oluşturmaya yönelik düzenlemeler yapılmış, kamu hastanelerinin merkezi yönetimden ayrılması öngörülmüş ve sağlık personeli için bir istihdam politikası oluşturulması hedeflenmiştir (Savaş, 2001: 124). Bu paralelde devletin sağlık hizmeti alanındaki sorumluluğuna son verilmesi ve bu alanın piyasa aktörlerine açılması öngörülmüştür. Ayrıca Yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları benzer bir yaklaşımla ele alınmış, kamu sağlık kuruluşları işletme statüsüne getirilmiş, kamu ve özel sağlık hizmetleri fiyatlandırılmış ve sosyal güvencesi olanların, ister kamu ister özel sağlık kuruluşlarından faydalanması kararlaştırılmıştır (Soyer, 2003: 307). Ancak Kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi üzerine Kanun birçok yönüyle uygulamaya koyulamamıştır (Özdemir, 2001: 282).

2.1.5. 1990–2002 Dönemi Sağlık Hizmetleri

1990'lı yıllar ise sağlık reformlarının projeler aracılığıyla gündeme getirildiği bir dönem olmuştur. Bu dönemdeki reform çalışmaları kronolojik sırayla ele alındığında ilk olarak 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından Price Waterhouse Danışmanlık Şirketine hazırlatılan “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü” isimli çalışma karşımıza çıkmaktadır. Sağlık reformları için yol gösterici olması amacıyla yapılan çalışmada, önce sağlık sektörünün mevcut durum analizi yapılmış, ardından da sağlık sektörünün güçlü ve zayıf yönleri saptanarak reformlar için dört strateji seçeneği sunulmuştur. Mevcut statü seçeneği, ulusal sağlık hizmetleri seçeneği, serbest pazar seçeneği ve uzlaştırma seçenekleri şeklindeki dört seçenek

arasından, yetkili makamlar uzlaştırma seçeneğini tercih etmiştir (Özdemir, 2001: 282–284).

Yine 1990 yılında Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Dünya Bankası (DB) arasında “Sağlık Projesi İkraz Anlaşması” imzalanmıştır. Anlaşmanın imzalanmasından sonra öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde proje yürütme birimi oluşturulmuştur (Özdemir, 2001: 286). 1998’de tamamlanan Birinci Sağlık Projesi, belirlenen sekiz ilde (Ankara, Muğla, Sivas, Diyarbakır, Mardin, Tokat, Yozgat ve İstanbul’un 4 ilçesi) temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını, halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesini, Sağlık Bakanlığı’nın yönetim kapasitesinin geliştirilmesini, sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni yöntemler geliştirilmesini amaçlamıştır (Kutbay, 2002: 34–35).

1992 yılına gelindiğinde ise, “Ulusal Sağlık Politikası”nı belirlemek ve proje çalışmalarına destek olmak amacıyla 23–27 Mart 1992 tarihleri arasında I. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. “Müzakereci” bir anlayış çerçevesinde sağlık meslek kuruluşları, çeşitli bakanlıklar, siyasi parti ve özel sektör temsilcileri, üniversiteler, gönüllü kuruluşlar, sendikalar ve yerel yönetim temsilcilerinden oluşan bir ekip toplanmış ve sağlık alanındaki sorunları tartışmıştır. Kongre sonunda reform önerileri bir rapor halinde sunulmuştur. Kitap haline getirilen rapor kamuoyu ve ilgili kişi ve kurumlarla paylaşılarak görüşlerine başvurulmuştur. İlgililerin görüşleri doğrultusunda yeniden düzenlenen rapor, Ulusal Sağlık Politikası Belgesi adı ile 1993’te toplanan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi’ne sunulmuştur (Sur ve Atlı, 2001: 1164; Özdemir, 2001: 283,285).

Raporda Sağlık Bakanlığı’nın merkeziyetçi yapısının değiştirilerek yereldeki sağlık yöneticilerinin yetkilerinin artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı, insan kaynakları planlaması ve bilgi sistemi yapılanmasında iyileştirme yapılması gibi konularda tavsiye niteliğinde öngörülerde bulunulmuştur (Bulut, 2007: 118).

Sağlık alanında yapılan bir diğer düzenleme, 1992 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Sağlık Reformu-Sağlıkta Mega Proje” isimli çalışmadır. İçerik olarak 1990’larda gerçekleştirilen diğer çalışmalardan çok farklı olmayan söz konusu reform çalışması, hizmet sunumu, finansman, sağlık insangücü, yönetim, mevzuat, sağlık

enformasyon sistemi alanlarında reform yapılmasını ve ulusal sağlık akademisinin oluşturulmasını gündeme taşımıştır (Özdemir, 2001: 285).

1993 yılında gerçekleştirilen 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nde, ağırlıklı olarak reform önerileri üzerinde durulmuştur. Buna göre Bölgesel Sağlık Yönetimleri kurulması ve yerel yönetimlere yetki devrini de içerecek şekilde, Bakanlığın merkeziyetçi yapısının hafifletilmesi öngörülmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi, kırsal bölgelerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin değiştirilmeden kalması, kentsel bölgelerde pratisyen hekimlik modelinin yaygınlaştırılması tavsiye edilmiştir. Devlet hastanelerinin merkeziyetçi yönetim anlayışından uzaklaştırılması, kendi kendini işleten, kar amacı gütmeyen ve mali açıdan özgür kurumlar haline getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca tüm nüfusu kapsayacak bir Genel Sağlık Sigortası kurumunun tesis edilmesi öngörülmüştür. Sağlık insan gücünün eğitime önem verilmesi ve Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemlerinin kurulması üzerinde durulmuştur (Savaş, 2001: 126).

Ulusal Sağlık Kongrelerinden sonra 1994 yılında yine Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Dünya Bankası arasında, 1995–2001 yılları arasını kapsayan “İkinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması” imzalanmıştır. Projenin kalkınmada 1. ve 2. derecede öncelikli illerde uygulanması ve Birinci Proje'deki amaçları sağlamakla birlikte, etkinlik ve verimliliğin artırılması amaçlanmıştır (Kutbay, 2002: 35).

Dünya Bankası ile imzalanan bir diğer anlaşma “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi”dir. 1997 yılında başlayan söz konusu proje ile önceki projelerden farklı olarak, Eskişehir ve Bilecik illerinde Aile Hekimliği sisteminin inşa edilmesi öngörülmüştür. Proje ile genel olarak aile hekimliği ve sevk sisteminin oluşturulması amacıyla teknik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması, eğitim ihtiyaçlarının ve programlarının saptanması, aile hekimliği uygulamalarına destek sağlanması için proje illerinde seçilen kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır (Kutbay, 2002: 35).

Görüldüğü üzere 1990'lı yıllar sağlık reformu alanında projelerin öne çıktığı bir dönemdir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından da çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. “Sağlık Reformları Projesi” olarak adlandırılan bu çalışmalarda genel olarak dört noktanın öne çıktığını söylemek mümkündür. İlk olarak; sağlık

hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanabilmesi genel sağlık sigortasına geçilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. İkinci olarak; sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılması ve düzenleyici bir Sağlık Bakanlığı anlayışından hareketle Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikalarını belirleyen, hizmetlere yönelik standartlar saptayan bir yapıya dönüştürülmesi öngörülmüştür. Üçüncü olarak; hastanelerin özertleştirilmesi ve gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, kaliteli ve verimli hizmet sunabilen, rekabet edebilen işletmelere dönüştürülmesi vurgulanmıştır. Son olarak da; aile hekimliği sistemine geçilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi üzerinde durulmuştur (Savaş, 2001: 94). Bu amaçlardan, aile hekimliği sistemine geçiş ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda bir ilerleme sağlanmıştır. Ayrıca 1992 yılında yürürlüğe giren Yeşil Kart uygulaması ile sağlık hizmetlerinde adaleti sağlamak açısından önemli bir adım atılmıştır. Yeşil Kart düzenlemesi ile sağlık sigortası olmayanlara ve yoksul kimselere devlet hastanelerinde tedavi olanağı sağlanmıştır. Böylece, tüm vatandaşları kapsayan bir sağlık sistemine geçene kadar sağlık hizmeti giderlerini karşılayamayacak durumda olanların giderlerinin devlet tarafından karşılanması söz konusu olmuştur (Kartal, 2009: 37). Ancak, genel sağlık sigortası oluşturulması amacı bu dönemde gerçekleştirilememiştir.

Sağlık projelerinde öne çıkan ifadelerin benzerlerine, 1996–2000 yıllarını kapsayan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda da rastlamak mümkündür. Rapordaki bu ifade ve değerlendirmeler dönemin sağlık politikalarının belirlenmesinde hakim olan bakış açısını da gösterir niteliktedir. Söz konusu Rapora göre, Sağlık Bakanlığı'nın rol ve sorumlulukları yeniden düzenlenmeli, Bakanlık hizmet üreten değil, sağlık politikalarını belirleyen ve denetleyen bir kuruluş haline getirilmelidir. Sağlık hizmetleri de desantralizasyon ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılmalı, sağlık alanında yerel birimlere yetki ve sorumluluk devri gerçekleştirilmelidir. Bunun yanında “sağlıklı kamu politikası”nı geliştirecek mekanizmalar oluşturulmalı ve Sağlık Bakanlığı ile ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir “Sağlık Üst Kurulu” tesis edilmelidir. Sosyal güvenlik kuruluşları aynı çatı altında toplanmalı ve tek bir teminat paketi doğrultusunda hizmet sunmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yapılmasında kamu kesimi ve özel sektör arasındaki görev dağılımı belli esaslara

bağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeli ve etkili bir sevk zinciri kurulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmalı ve hastaneler özerkleştirilmelidir. Sağlık ocakları sağlık merkezlerine dönüştürülmeli ve aile hekimliği sistemine öncelik verilmelidir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik artırılmalı, tüm toplum sağlık güvencesine kavuşturulmalı ve temel ihtiyaçları kapsayan bir teminat paketi oluşturulmalıdır. Ayrıca sağlık insangücü ülke şartlarına uygun olarak eğitilmeli ve ülke geneline dengeli bir şekilde yayılmalıdır (DPT, 2001: 6–13).

Bu dönem parti programlarına bakıldığında da hemen tüm parti programlarında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özerkleştirilmesi ve hatta özelleştirilmesi yönünde düzenlemelerin yer aldığı görülmektedir. Parti programlarında benzer yönde düzenlemeler olmasına rağmen, iktidara geldiği zaman uygulamaya dönük bir çalışma yapılamamıştır (Diren, 2001: 254).

1990'lı yıllarda, sağlık sistemini yeniden yapılandırmak adına sağlık projelerinin öne çıktığı ve projelerde benzer temalar üzerinde yoğunlaşıldığı görülmektedir. Projelerde ele alınan konular kalkınma planı ve parti programlarına da yansımış ve benzer düzenlemelere yer verilmiştir. Dönemin hakim anlayışı ve bu dönemde öne çıkan sağlık reformu düşüncesi, 2000'li yıllarda da etkisini sürdürmüştür. 1990'lar aynı zamanda sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması amacı ile DB ve DB'ye ait projelerin öne çıktığı bir dönemdir. Gerek DB tarafından yapılan projeler, gerekse de Sağlık Bakanlığı veya çeşitli kuruluşlar tarafından yapılan proje ve çalışmalar, genellikle ortak noktalara işaret etmektedir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda yer alan ifadeler de bu projelerin ve 1990'ların genel mantığını yansıtır niteliktedir. Bu dönem aynı zamanda 2000'li yıllardaki sağlık politikalarını da etkilemiş ve 2000'li yılların sağlık politikalarına yön vermiştir.

2.1.6. 2003 Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerine yönelik olarak Refik Saydam döneminde genel anlamda sağlık altyapısı ve örgütlenmesini tamamlamaya yönelik çalışmalar yapılmıştır. 1960'lara kadar olan dönemde ise hizmetlerin iyileştirilmesi ve ülke geneline yayılması amaçlanmıştır. Sosyalleştirme Yasasının çıkması ile birlikte, sağlık

hizmetleri ve sağlık örgütlenmesi alanında yapılanların toparlanıp devlet tekelinde yeniden biçimlendirilmesi amaçlanmıştır. Genel olarak 1980'lere kadar sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla, olarak sağlık altyapısının ve örgütlenmesinin iyileştirilmesi için çaba harcanmıştır. (Özdemir, 2001: 281–282). 1982 sonrası ise, yeni bir anayasayla birlikte sağlık politikalarının da değişikliğe uğradığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde sağlıkta piyalaştırmayı ve etkinliği artırmayı temel alan “reform” anlayışı egemen olmuş ve mevcut durumun sorun yarattığı düşüncesi öne çıkmıştır. 1990'larla birlikte Dünya Bankası'nın sağlık alanında belirleyiciliği öne çıkmaya başlamış ve proje anlayışına geçilmiştir. Bu doğrultuda, sağlık alanında “modern yönetim anlayışı içinde, daha kaliteli hizmeti daha uygun maliyetle sunmak ya da satın almak” temel amaçlar olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 7).

Türkiye'de sağlık reformları 1990'lı yıllar boyunca gündemde olmuş ve bu yönde çalışmalar yapılmıştır. Özellikle 1992–1996 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Proje Genel Koordinatörlüğü reform çalışmalarını yürütmüştür. Söz konusu çalışmaların “sağlık sistemindeki piyasacı ilişkileri standardize etmeye” yönelik olduğunu söylemek mümkündür. Bu doğrultuda reform kavramıyla “rekabet, piyasa, özelleştirme, özerkleştirme” gibi uygulamalara işaret edilmekte ve sağlık sisteminin sorunlarının neoliberal seçeneklerle çözülebileceği öne sürülmektedir (Belek, 2001: 430).

Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) Hükümeti tarafından başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adlı reform çalışması, 1990'lı yıllarda ortaya koyulan düzenlemelerin devamı niteliğinde olmakla birlikte, önceki dönemde hayata geçirilemeyen düzenlemeler bu dönemde büyük oranda yasalaşmıştır. Bu nedenle SDP ile başlayan süreç bu çalışmada ayrı bir dönem olarak ele alınmıştır.

Dünya Bankası hem SDP'ye kılavuzluk yapmış hem de SDP'yi kredilerle desteklemiştir. 2003 yılı Mart ayında Dünya Bankası tarafından *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II* (Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu I-II) isimli iki adet rapor yayımlanmıştır. Raporda sağlık sisteminde reformun gerekliliği üzerinde durulmuş ve reformun ana amacı olarak sağlık çıktılarının etkili, eşitlikçi ve sürdürülebilir bir şekilde geliştirilmesi belirlenmiştir. Kaynakların hareketliliğinde ve paylaşımında, eşitlik ve

ulaşılabilirlikte, sağlık hizmetlerinin talep ve kullanımında, sağlık hizmetlerinin etkin ve etkili üretim ve sunumunda iyileştirmeler yaparak, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması öngörölmüştür. Raporda sağlık sektörüne yönelik kaynakların hareketliliği ve paylaşımının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, sağlık hizmetlerinin talebinde ve faydasında artış sağlanması, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda verimliliğin artırılması ve sağlık hizmetlerinin işlevsel etkililiğinin artırılması noktalarında ise sorunlar olduğu ifade edilmiştir. Stratejik olarak bu sorunlu alanlarda, sağlık reformunun gerçekleştirilmesi önerilmiştir (WB, 2003: 44).

Söz konusu sorunları aşmak için de evrensel sosyal sağlık sigortasına geçilmesi; temel hizmet paketi geliştirilmesi, yoksullara ulaşmak amacıyla sağlık önlemleri alınması ve beslenme ve kamu sağlık harcamalarına odaklanması; özellikle Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hakkında kurumsal sorumlulukların sağlamlaştırılması; kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve hastanelere daha fazla özerklik verilmesi; sürdürülebilir sağlık hizmetleri için aile hekimliği sistemine geçilmesi öngörölmüştür (WB, 2003: 44).

2003 yılında göreve başlayan 59. Hükümet bir yandan Sağlıkta Dönüşüm Programını ilan ederken diğer yandan da “Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi” için hazırlık çalışması yürütmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları tarafından ortak yürütölen çalışmaya “Policy and Human Resources Development Fund” (PHRD) ile Dünya Bankası da katkıda bulunmuştur. Japon Kalkınma Bankası ise hibe desteğinde bulunmuştur. PHRD kredisi çerçevesinde yapılan çalışmalar, Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi yürürlüğe konmadan önce Aile Hekimliği, Akreditasyon ve Sağlık Bilişimi alanlarındaki mevcut durumun değerlendirilmesi ve paydaş analizlerinin yapılması amacı ile kullanılmıştır (Devlet Rehberi, 2010).

Hazırlık çalışmasının ardından 2004 yılında Dünya Bankası ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti 49 milyon Euro’luk bir kredi anlaşması yapmıştır. Kredi Anlaşması gereği “Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin yürütöcöleri olarak Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik

Bakanlıkları belirlenmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulması ile birlikte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın projeyi yürütme sorumluluğu, SGK'nın sorumluluğuna bırakılmıştır. Halen Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu; Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin ana sorumluları durumundadır. Projenin yürütülmesine destek olması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü de 2004 yılında Proje Yönetim Destek Birimi'ne dönüştürülmüştür (Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 2010).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. I. Faz olarak adlandırılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 21 Nisan 2004 tarihinde imzalanan ikraz anlaşması ile 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Projenin kapanışı ise 30 Haziran 2009 tarihinde gerçekleştirilmiştir. I. Fazda dört temel bileşene yer verilmiştir. Bu bileşenler; Etkili Kılavuzluk için Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması, Sağlık Sigorta Fonu ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasitesinin Geliştirilmesi, Sağlık Hizmetleri Sunumunun Reorganizasyonu ve Halk Sağlığı Fonksiyonlarının ve İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi şeklinde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 2011a).

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlıklı II. Faz ise I. Faz üzerine temellendirilmiştir ve Türkiye Cumhuriyeti ile Dünya Bankası arasında 30 Haziran 2009 tarihinde imzalanan yeni bir ikraz anlaşması ile finanse edilmiştir. 29 Eylül 2009 tarihinde yürürlüğe giren II. Faz, Sağlık Bakanlığı'nın 2010–2014 yıllarını kapsayan stratejik planına dayandırılmıştır. Proje üç ana bileşenden oluşmaktadır. Projede ana bileşenler ve alt bileşenler şu şekilde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 2011b):

1. Bileşen: Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planına Destek Verilmesi (Koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi, Kamu Hastaneleri Reformlarının Uygulanması, Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Artırılması, Kurumsal Yeniden Yapılandırma ve Kapasitenin Artırılması, İlaç ve Tıbbi Cihaz Denetiminin Yönetilmesi, Sağlık Bilgi Sistemlerinin Geliştirilmesi, Sektörler Arası Sağlık Sorumluluğunun Desteklenmesi ve Sağlık Politikalarının

Dünya Standartları ile Uyumlu Hale Getirilmesi, Ulusal Halk Sağlığı Kurumunun İşlevselleştirilmesi),

2. Bileşen: Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Çıktı-Bazlı Finansmanın Pilot Çalışmasının Yapılması (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi için Uygun Aile Hekimliği Uygulamalarına Kişi Başı Ödeme Sağlanması, İl Düzeyinde ve Merkezi Düzeyde Çıktı Bazlı Finansman Pilot Uygulaması İçin Kapasitenin Oluşturulması),

3. Bileşen: SGK'nın Kapasitesinin Geliştirilmesi.

Görüldüğü gibi bu dönemde de, 1990' lara benzer şekilde proje anlaşmalarıyla sağlık sisteminde gerçekleştirilen düzenlemelere yön verilmek istenmesi söz konusudur. Bu bölümde Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) baz alınacaktır. SDP, bu dönemin temel politikalarına yön vermiş bir çalışma niteliğindedir. “Proje mantığı” ile AKP Hükümeti tarafından hazırlanan SDP, sağlık sektörünü “bir bütün olarak” ele almakta ve “sorunları tek tek çözmeyi” amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 23).

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programına kadar gerek ulusal düzeyde gerekse uluslararası düzeyde “reform” adı altında birçok çalışma ve proje gerçekleştirilmiştir. Ancak reform adı altında gerçekleştirilen ve büyük umutlar beslenen bu proje ve çalışmalar, hedeflerine ulaşamamış ve kamuoyunda bir güven sorununa yol açmıştır. Sağlık Bakanlığı bu durumu bir veri olarak kabul edip, tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığı kabulünden hareketle bu çalışmayı “Dönüşüm Programı” olarak adlandırmıştır. Konuyla ilgili tarafların da bu süreçte aktif rol almasını istemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24).

2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı

2003 yılı aralık ayında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonunun sağlanmasını, finanse edilmesini ve sunulmasını amaçlamaktadır. Etkililik ile uygulanan sağlık politikaları sayesinde halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve hastalanmaların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Verimlilik ise maliyetlerin

düşürülmesini ve daha az maliyetle daha fazla hizmet üretilmesini ifade etmektedir. Son olarak hakkaniyet ise, insanların ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşması ve sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri oranında katkıda bulunması anlamına gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24).

2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri

Sağlık hizmetlerinin organizasyon, finansman ve sunumunda etkilik, verimlilik ve hakkaniyeti amaçlayan SDP, dokuz temel ilke üzerinden hareket etmektedir. SDP'nin temel ilkeleri olarak nitelendirilen bu ilkeler; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25).

İnsan merkezlilik, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu sürecinde hizmetten yararlanacak bireyin, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır.

Sürdürülebilirlik, öngörülen sağlık sisteminin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve devamlılık göstermesidir.

Sürekli kalite gelişimi, sunulan hizmetlerde ve hizmetlerin sonuçlarında hep daha iyinin hedeflenmesi, sistemin hatalarından ders alacağı bir geri bildirim mekanizmasının tesis edilmesidir.

Katılımcılık, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması sırasında tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasıdır.

Uzlaşmacılık, demokratik ortamda sektörün farklı bölümleri ve görüşleri arasında orta noktanın bulunması ve uzlaşmanın sağlanmasıdır.

Gönüllülük, sağlık sisteminde gerek hizmet üreten gerekse de hizmet alan kesimlerin zorlama ile değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü olarak yer almalarıdır.

Güçler ayrılığı, çıkar çatışmasını önleyecek ve daha kaliteli hizmet sunumunu sağlayacak şekilde, sağlık hizmetlerinin finansmanını, planlamasını, denetimini ve üretimini yapan güçlerin birbirinden ayrılmasıdır.

Desantralizasyon, çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi ve idari ve mali yönden özerk işletmeler oluşturularak hızlı karar alma mekanizmalarının tesis edilmesidir.

Son olarak *hizmette rekabet* ise, sağlık hizmetleri sunumun tekel olma niteliğine son verilerek, belli standartlara sahip farklı hizmet sunucularının sağlanmasıdır.

2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

SDP, sağlık sektörünü tüm boyutlarıyla ele almakta ve birbirleri ile ilişkili olduğu ifade edilen şu sekiz bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26–37):

2.2.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

SDP kapsamında Sağlık Bakanlığı'na politika geliştiren, standartları belirleyen ve denetleyen bir rol verilmesi amaçlanmaktadır. Bakanlığa “planlama yapan stratejik bir örgüt” statüsü kazandırılması, Bakanlığa bağlı kuruluşların da yerinden yönetim ilkeleri uyarınca yeniden yapılandırılması öngörülmektedir. Ayrıca Bakanlığa “aktif liderlik” rolü verilmesi idari ve mali kontrol ile denetimin taşra teşkilatına devredilmesi üzerinde durulmaktadır. Bunların yanı sıra Sağlık Bakanlığı'nın “sosyal devlet anlayışı” doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmesi üzerinde durulmaktadır. Sağlık Bakanlığı esas olarak politika hazırlamak ve düzeni denetlemekle görevlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26–27).

2.2.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Bir yandan hizmet kalitesini artırmak ve hastalara eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak amacıyla, diğer yandan da hasta ile doktor arasındaki para ilişkisine son verebilmek amacıyla, toplumun tamamını içine alan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine gereksinim duyulmaktadır. Halen uygulanmakta olan emeklilik sigortası ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılması ve sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altına alınması amaçlanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası kapsamında primlerini ödeme gücü olmayanların saptanması ve bunların primlerinin kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılanması öngörülmektedir. Ayrıca Genel Sağlık Sigortası yanında

özel sigortacılığın da teşvik edilmesi ve sistemde tamamlayıcı bir rol oynaması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 27–29).

2.2.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Ülke kaynaklarının verimli kullanılmasını ve herkesin sağlık hizmetlerine kolay ulaşmasını sağlamak amacıyla, başta vakıf ve dernekler olmak üzere özel sektörün de sağlık hizmeti sunumuna dahil edilmesi ve rekabet ortamının oluşturulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda öncelikli olarak güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kurumunun oluşturulması planlanmaktadır. SDP ile bireye yönelik koruyucu hizmetlerin ve birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendileri tarafından belirlenen doktorlar tarafından sunulması hedeflenmektedir. Bunun yanında etkili, kademeli sevk zincirinin getirilmesi amaçlanmaktadır. Etkili sevk zincirinin ön şartı ise hastanın güvendiği ve kendisinin belirlediği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması, diğer bir ifadeyle hasta memnuniyetine dayanan bir “aile hekimliği” sisteminin hayata geçirilmesidir. Böylece hastalar çoğunlukla birinci basamakta tedavi edilecek ve gerekli görüldüğü hallerde ikinci ve üçüncü basamak hastanelerine sevk işlemi gerçekleştirilecektir. Sevk zincirine uymak istemeyenler ise bunun getireceği ek maliyete katlanmak durumunda kalacaktır. Son olarak idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulması gündeme getirilmektedir. Bir yandan kamu hastanelerinin değişen yapıya ayak uydurması, diğer yandan da verimli hale gelip diğer aktörlerle rekabet edebilmesi için kamu hastanelerine idari ve mali açıdan özerklik tanınması öngörülmektedir. Ayrıca belediyelerin, özel şirketlerin, vakıfların, il idarelerinin ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurabilmesi düzenlenmektedir. Yerel aktörlerin karar aşamasında sürece dahil oldukları “müşteri odaklı” örgüt yapılanmasına ve performans yönetimine geçilmesi hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 29–32).

2.2.3.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsangücü

Sağlıkta dönüşümün başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi, insan kaynağına bağlıdır ve uygun nitelikleri taşıyan personel gerektirir. SDP doğrultusunda, sağlık sektöründe görev yapan profesyonellerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca ülke ihtiyaçları göz önüne alınarak hekimlere yönelik eğitim müfredatları hazırlanması ve üniversitelerle

işbirliği yapılması hedeflenmektedir. Buna paralel şekilde hemşirelerin eğitiminin de uluslararası standarda kavuşturulması planlanmaktadır. Bunları tamamlayıcı olacak şekilde etkili bir yönetici kadrosunun oluşturulması hedeflenmektedir. Bunu gerçekleştirmek için sağlık sistemi yöneticiliğinin, hekimlik mesleğinden bağımsız bir disiplin olarak geliştirilmesi öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 32–33).

2.2.3.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

SDP'yi gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli hale getirmek için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, sağlık politikası, sağlık işletmeciliği ve sağlık ekonomisi gibi konularda eğitim görmüş, nitelikli insanlara ihtiyaç bulunmaktadır. Üniversitelerde bulunan halk sağlığı ana bilim dalları ise, toplum hekimliği uygulamalarına yönelik birimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna karşılık halk sağlığı, toplum hekimliğini de kapsayacak şekilde farklı disiplinleri bir araya getiren bir bilim dalıdır. Bu nedenle SDP'nin öncelikli hedefleri arasında bu tarz bir kurumun oluşturulması bulunmaktadır. Diğer yandan tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının geliştirilmesi, eğitim hastanelerinin yeniden organize edilmesi ve tüm bu uygulamaların "Sağlık Akademisi" veya "Sağlık Uzmanlık Kurumu" çatısı altında toplanması planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 33–34).

2.2.3.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık hizmetlerinin standardı kadar kalitesi de önemlidir. Bugüne kadar kalite ikinci planda kalmış olmakla birlikte, artık günümüzde hem hizmet sunucuları tarafından hem de finansal kaynak sağlayıcıları tarafından daha fazla dikkate alınmaktadır. SDP ile "Ulusal Kalite Akreditasyon Kurumu"nun kurulması ve ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının bir standarda kavuşturulması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 34).

2.2.3.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Sağlık sektöründe uluslararası normlar doğrultusunda ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonun sağlanmasına, ruhsatlandırma işlemlerinin yapılmasına ve yönetim işlevinin gerçekleştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu faaliyetlerin yerine getirilmesi ise ancak siyasal yaptırımlardan uzak ve özerk kuruluşların varlığı ile mümkündür. Bu nedenle ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilaçla ilgili ruhsatlandırma, üretim, tanıtım ve satış gibi faaliyetlerin yapılması, bu konuda

araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi gibi konularda görev üstlenecek “Ulusal İlaç Kurumu”nun kurulması planlanmaktadır. Benzer şekilde ithal ağırlıklı tıbbi sarf malzeme ve cihazlar konusunda belli bir standardın ve denetimin sağlanabilmesi amacıyla “Tıbbi Cihaz Kurumu”nun kurulması hedeflenmektedir. Böylece bu konuda bilgi veri tabanları oluşturulması, tıbbi cihaz planlaması ve alımı yapılması, güvenlik programları oluşturulması ve klinik mühendislik uygulamaları yapılması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 34–35).

2.2.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık politikalarının ve sağlık yönetiminin bilgiye dayanması gerektiği inancından hareketle, “Sağlık Bilgi Sistemi” kurulması planlanmaktadır. Bu sayede sağlık hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylere ait tıbbi kayıtların düzenli bir şekilde tutulması ve korunması, sevk sürecinde bilgi transferinin sağlanması ve temel sağlık uygulamalarına yönelik verilerin toplanması amaçlanmaktadır.

2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı’na Bağlı Olarak Gerçekleştirilen Yasal Düzenlemeler

SDP ile öngörülen hedefleri hayata geçirebilmek amacıyla çeşitli yasal düzenlemeler ve uygulamalar gerçekleştirilmiştir. SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na bağlanması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması, zorunlu genel sağlık sigortası, hastanelerin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi düşüncesi, kamu sağlık personelinin hastanelerde tam gün çalışmasının kararlaştırılması bu düzenlemelerin başlıcaları arasında yer almaktadır.

2.2.4.1. Bazı Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na Devri ve Hastanelerin Tek Çatı Altında Birleştirilmesi

SDP kapsamında öncelikli olarak gerçekleştirilen düzenlemelerin başında hastanelerin tek çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı’na bağlanması gelmektedir. 06.01.2005 tarihinde kabul edilen 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun¹¹ ile kamu

¹¹ 19 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı mükerrer Resmi Gazete’de yayınlanmıştır.

kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi karara bağlanmıştır.

5283 Sayılı Kanunun Kapsamı: Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere; bakanlıklar, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşları Kanun kapsamında yer almaktadır.

5283 sayılı Kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtlarla birlikte, Sosyal Sigortalar Kurumuna ait olanlar rayiç bedeli karşılığında, diğerleri bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

5283 Sayılı Kanunun Gerekçesi: SDP doğrultusunda çıkarılan Kanunun genel gerekçesinde¹² birleştirmenin neden yapıldığı, birleştirme ile nelerin amaçlandığı sorularına cevap bulmak mümkündür. Buna göre; SDP ile “halka hızlı, adil ve etkili bir sağlık hizmeti verebilmek, sağlık hizmetleri sunumunda etkinliği artırmak, toplum ve bireyler için daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak” ve sağlık politikasını rasyonel ve verimli bir temele oturtmak amaçlanmaktadır. Bu amaçları gerçekleştirebilmek için de böyle bir birleşme öngörülmüştür. Bu birleşme sonucunda, sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanarak rehabilite edilmesi ve sonrasında da özzerleştirilmesi mümkün olabilecektir.

Yine genel gerekçede, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda karmaşık ve çok başlı bir yapının olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve diğer kurumlar ve bunlara ait olan sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bununla birlikte bu sağlık kuruluşları arasında yeterli koordinasyon bulunmamaktadır. Bu nedenle hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlara cevap verememektedir. Diğer yandan farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olanlar ve aktif kamu çalışanları, farklı sağlık tesislerinden farklı şartlarla hizmet almaktadır. Bu durum hizmet verimini ve kaliteyi azaltmakta, standart eksikliğine ve eşitsizliğe yol açmaktadır. İşte bu

¹² Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun Tasarısı Genel Gerekçe

tespitlerden hareketle gerçekleştirilen hukuki düzenleme ile Kanun kapsamında bulunan sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmaktadır.

5283 Sayılı Kanunun Hedefleri: Kanunla öncelikle olarak sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması, sağlık politikalarının yurt genelinde aynı şekilde uygulanması, kurumsal farklılıkların ortadan kaldırılarak sağlık hizmetlerinin sunumunda standardizasyonun sağlanması hedeflenmektedir. Buna paralel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarının açılış, kapanış ve denetimlerinde aynı standartların uygulanması amaçlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, aynı anda eş zamanlı olarak başlatılacak aile hekimliği hizmetleriyle birlikte, etkili bir sevk mekanizmasının oluşturulması öngörülmektedir. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin daha iyi kontrol edilmesi, dolayısıyla tıbbî cihaz, ilaç ve diğer tıbbî sarfların temininde ortak yöntemlerin kullanılması ve kaynak kullanımının rasyonelleştirilmesi planlanmaktadır. Sağlık personeli açısından, sağlık insan gücü planlamasının daha gerçekçi olarak yapılması ve sağlık personelinin farklı kurumlarda çalışmalarından kaynaklanan özlük ve diğer malî haklarındaki farklılıkların ortadan kaldırılması düşünülmektedir. Ayrıca kurumlara ait bina ve donanımların daha verimli kullanılması ve halkın sağlık hizmetine daha kolay ve eşit şartlarda ulaşmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

2.2.4.2. Aile Hekimliği Sistemine Geçilmesi

SDP'nin temel öğelerinden biri de aile hekimliği uygulamasıdır. Etkili bir sağlık sistemi kurulabilmek ve genel sağlık sigortasının uygulanmasına zemin hazırlayabilmek amacıyla aile hekimliği uygulamasına geçilmesi kararlaştırılmıştır. Aile hekimi; kişiyi, ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte ele alarak, koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem bedensel, hem ruhsal, hem de sosyal yönleri ile ilgilenen, kişilerin kendi seçtikleri hekimidir (5258 sayılı Kanun Genel Gereğesi).

Aile hekiminin görev ve sorumluluklarının başında, kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalıklarının tedavi edilmesi gelmektedir. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak, bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini vermekle görevlidir. Yine ikinci ve üçüncü basamak bakımların koordine edilmesi

aile hekiminin görevleri arasındadır. Bunların yanında ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin plânlanmasına yardımcı olmak üzere üst kuruluşlara gerekli bildirimleri yapmak ve plânlama sonucunda merkezi otoritenin öngöreceği programları uygulamak da aile hekiminin görevleri arasında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 56).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun¹³, on maddelik kısa bir kanundur ve diğer düzenlemeler yönetmeliklere bırakılmıştır. Bu doğrultuda Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği¹⁴ ve Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik¹⁵ Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Yönetmelikler uyarınca, aile hekimliği hizmeti aile sağlığı merkezinde, bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanları (hemşire, ebe, sağlık memuru) tarafından hizmet verilecektir.

Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları: Yönetmelikle aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmakla yükümlü kılınmıştır. Buna göre; aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir. Bunun yanında aile hekimi çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar.

Aile hekimi bir yıllık sürede kendisine hiç gelmeyen kişileri arayarak sağlık durumları hakkında bilgi alır ve sağlık kayıtlarının güncellenmesi sağlar. Evde takibi zorunlu olan yaşlı, özürlü, yatalak ve benzeri durumdaki kayıtlı kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri aile hekimi tarafından verilir.

Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi: Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri

¹³ 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Kanun, 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete

¹⁴ 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete

¹⁵ 30.12.2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazete

için periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti verilecektir. Benzer şekilde cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşam alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti verilecektir. Gerek gezici gerek yerinde sağlık hizmeti verilmesine dair usul ve esaslar ise Bakanlıkça belirlenecektir.

Aile Hekiminin Belirlenmesi: İlk aşamada vatandaşlar ikametgâh adreslerine göre aile hekimlerine kaydedilecek, daha sonra kendi istedikleri aile hekimini seçebileceklerdir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemeyecektir. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Vatandaşlar ikametgâh değişikliği dışında, geçici olarak, ülke içinde gittikleri herhangi bir yerde misafir hasta statüsünde aile hekimlerinden hizmet alabileceklerdir. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgari 1.000, azami 4.000 olarak belirlenmiştir. İdari, coğrafi ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilmekle birlikte, bu rakam ortalama olarak 3.500 olarak belirlenmiştir.

Çalışma Saatleri: Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışacaktır. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle, çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenecek ve müdürlükçe onaylanacaktır. Çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatleri ayrıca belirtilecektir.

Göreve Başlama ve Görevden Ayrılma: Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için Bakanlık veya kurumunun muvafakati gereklidir. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bu kişilerin kadroları ile ilişkileri devam eder.

Aile Hekimlerinin Çalışma Bölgeleri: Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri; nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. İllerde ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde, aile hekimi çalışma bölgeleri tespit edilir. İdari, coğrafi

ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilir.

Vatandaşların Kayıtlarının Tutulması ve Devredilmesi: Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla sorumludur. Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini de sağlamakla yükümlüdür. Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak aile hekimine devretmek zorundadır.

Sevk ve Katılım Payı: Vatandaşların aile hekimine başvurmadan hastaneye gidilebilmesi mümkündür. Ancak hastaneden hizmet alındığında katılım payı adı altında bir ücret alınması söz konusudur. Diğer yandan aile hekimine gidilmesi durumunda katılım payı dahil hiçbir ücret alınmayacaktır. Doğrudan hastaneden hizmet alınması için sevk zorunluluğu bulunmamaktadır. Diğer bir ifadeyle özel hastane ve devlet hastanelerinden hizmet alımında mevcut uygulama sürecektir.

Performans Değerlendirmesi: Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri, hekimlerin bireye yönelik olarak verdikleri koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılacaktır. Dolayısıyla aile sağlığı merkezlerinde daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunan aile hekimlerine, sundukları hizmet oranında daha fazla ödeme yapılabilmesi mümkün olacaktır.

Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi Fiziki Şartları: Aile sağlığı merkezinin, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılması söz konusudur. Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler. Hizmet satın alınması durumunda bu personelin ücretleri, her ay aile hekimlerine verilen aile sağlığı merkezi giderlerinden karşılanabilecektir. Aile hekimleri, yönetmelikte aranan şartlara uygun yerleri kiralamakta ve buralarda hizmet vermektedir. Uygulamada aile sağlığı merkezinin mülkiyeti kimi zaman çeşitli kamu kuruluşlarına kimi zaman da özel şahıslara ait olmaktadır. Aile hekimleri kiraladıkları yerlerde hizmet vermektedir. Yönetmelik

uyarınca, aile sağlığı merkezlerinin genel giderleri aile hekimleri tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca, yine yönetmeliğe göre aile sağlığı merkezinde bulunması zorunlu olan araç-gereçler de, aile hekimleri tarafından temin edilmektedir.

Aile sağlığı merkezinin kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip olması gerekmektedir. Bunun yanında aile sağlığı merkezlerinin tıbbi donanım standardının yükseltilmesi; her merkezde tekerlekli sandalye, işitme testinde kullanılan diapozon, EKG, gebeliğin takibini kolaylaştıran cihaz gibi tıbbi malzemelerin bulundurulması zorunlu tutulmaktadır.

Denetim: Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personel tarafından denetime tâbi tutulacaktır.

Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine işlerlik kazandırılması ve sevk sistemi sayesinde ikinci basamakta hasta sayısının azaltılması, böylece hastalarla daha fazla ilgilenilmesi hedeflenmektedir. Aile hekimi ise, ailedeki tüm fertlerin “sağlık durumlarını, yaşam koşullarını, koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen” kişi olarak nitelendirilmektedir. Aile hekiminin kendi sorumluluğunda bulunan bireylere bütüncül olarak yaklaşması sonucunda hastaların yönlendirmesi mümkün olacak ve gereksiz sağlık harcamaları önlenebilecektir (Devletin Kısıyolu, 2010b).

Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına ilk olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde geçilmiştir. Daha sonra 2006 yılında 6 ilde, 2007 yılında 7 ilde, 2008 yılında 17 ilde, 2009 yılında da 4 ilde aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. 2010 yılında da geri kalan 46 ilin de aile hekimliği uygulamasına başlaması üzerine, 2010 yılı sonuna kadar tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Aile hekimliği sisteminde öne çıkan önemli noktalardan biri de sevk zinciri uygulamasıdır. Sevk zinciri uygulamasına yönelik düzenleme, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunda yer almaktadır. Bu doğrultuda 17.1.2009 tarihli ve 27113 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” ile SGK

tarafından belirlenecek illerde 1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu getirilmiştir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulanan illerde sevk zinciri zorunluluğu nedeniyle ek doktora ihtiyaç olabileceğini, ancak ülke genelinde hekim sayısının az olduğunu ve bu durumda doktor talebinin karşılanamayacağını ifade etmiş ve kararın ertelenmesini istemiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu da bu isteği dikkate alarak sevk zinciri uygulamasını ertelemiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2009).¹⁶

2.2.4.3. Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumunun Kurulması

Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun tavsiyeleri doğrultusunda, halen uygulanmakta olan sosyal güvenlik sisteminde yeni bir düzenleme yapılması ve üçlü bir dönüşüme gidilmesi amaçlanmıştır. Prim ödeme sistemine ilişkin dönüşümü düzenleyen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu üçlü dönüşümün bir bölümünü oluşturmaktadır. Diğer ikisi ise kurumsal yapıya ilişkin dönüşümü düzenleyen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile henüz tasarı halinde olan Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu'dur. Aile hekimliği sistemi ve hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesi de Genel Sağlık Sigortasına ilişkin düzenlemelerin bir parçasını oluşturmaktadır (Erdoğan, 2009: 661). GSS'ye yönelik düzenleme ile bir yandan toplumun daha geniş kesimi sağlık sigortası kapsamına alınırken, diğer yandan da aynı şartlardaki insanlara aynı sosyal güvencenin sağlanabilmesi amacıyla norm ve standart birliği oluşturulması hedeflenmektedir (Pekten, 2006: 119–120).

Genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik reformunun bir boyutunu oluşturmaktadır. Nüfus yapısındaki değişim ve nüfusun yaşlanması, sosyal güvenlik sisteminin finansmanında sorunlar bulunması, prim ödeme gün sayısının düşük olması, sosyal güvenlik hak ve yükümlülükleri arasında norm birliğinin bulunmaması gibi etkenler, sosyal güvenlik alanında çeşitli sorunları beraberinde getirmiş ve reform ihtiyacını açığa çıkarmıştır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008a: 4–6). Söz konusu sorunları çözebilmek amacıyla da bir sosyal

¹⁶ Ankara İl Sağlık Müdürü Mustafa Aksoy sevk zincirine ilişkin olarak “2 bin kişiye bir aile hekimi düşmeden, sevk zinciri konursa, sistem kilitlenir. Bu sayıya da 2023 yılında inebiliriz, daha erken inemeyiz” demiştir.

güvenlik reformuna ihtiyaç duyulmuştur. Kasım 2002’de 58. Hükümetin açıkladığı “Acil Eylem Planı” çerçevesinde sosyal güvenlik reformu çalışmalarına başlanmıştır. Sosyal güvenlik reformunun temel amacı; adil, kolay erişilebilir ve mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sisteminin inşa edilmesidir. Bunun için de sigorta hak ve yükümlülükleri bakımından norm ve standart birliğinin sağlanması, tüm vatandaşlara eşit ve adil hizmet sunulmasını sağlayacak genel sağlık sigortası rejiminin oluşturulması ve yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlanması hedeflenmektedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008a: 8).

Bu doğrultuda hazırlanan sosyal güvenlik reformu dört bileşenden meydana gelmektedir. Bu bileşenler yeni bir kurumsal yapının oluşturulması; sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik sigortası sisteminin kurulması; nüfusun tamamının eşit, kolay ulaşılabildiği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlandığı genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve dağınık bir halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenerek halen farklı kurum ve kuruluşlarca yürütülmekte olan primsiz ödemelerin toplulaştırılması şeklindedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008a: 7).

Yeni kurumsal yapının oluşturulması amacıyla 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu kabul edilmiş ve Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Nüfusun tamamının eşit ve kolay ulaşabilmesi, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurulması amacıyla 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Kanununun 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Ancak, Kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi üzerine yürürlük tarihi ertelenmiştir. İptal edilen maddeler ve iptal gerekçesi doğrultusunda 5510 sayılı Kanun tekrar ele alınmış ve 5754 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile son şekline kavuşturulmuştur. Böylece 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu tüm maddeleri ile birlikte 2008 yılı Ekim ayı başında yürürlüğe girmiştir.¹⁷

¹⁷ 5754 sayılı Kanunun; a) 75 inci maddesinin (4) numaralı bendi 01.09.2007 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

5510 sayılı Kanun ile genel sağlık sigortası bakımından kişilerin güvence altına alınması, sigortalardan faydalanacak kişilerin ve bu kişilere sağlanacak hakların belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu haklardan yararlanma şartları ile finansman yöntemlerinin belirlenmesi, sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasların ortaya koyulması hedeflenmektedir.¹⁸

Genel sağlık sigortası, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleri ile karşılaşılması durumunda da oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade etmektedir (md. 3). Sağlık hizmeti ise, genel sağlık sigortalısı ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere finansmanı sağlanacak tıbbî ürün ve hizmetler için kullanılmaktadır (md. 3). Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlanabilmektedir (md. 62).

Genel sağlık sigortası yönünden getirilen yeni düzenlemeleri şu şekilde özetlemek mümkündür (Dericioğulları Ergun ve Ergun, 2009: 85–93; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008a: 26–32; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008b):

Genel Sağlık Sigortası Kapsamı: Genel sağlık sigortasına yönelik düzenlemeler ile ülke sınırları içerisindeki tüm vatandaşlara sağlık güvencesi sağlanmaktadır. Düzenleme ile halen sağlık hizmetlerinden yararlananlara ilave olarak; isteğe bağlı sigortalılar, 18 yaşına kadar çocuklar, vatansızlar ve sığınmacılar, Türkiye’de ikamet eden ve kendi ülkesinde sigortalı olmayan yabancı ülke vatandaşları da kapsama alınmaktadır. 18 yaşından küçük çocukların, anne ya da babaları tescil edilmese veya prim ödeme ve diğer yükümlülüklerini yerine getirmeseler dahi sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri öngörülmektedir.

b) 75 inci maddesinin (4) numaralı bendi hariç diğer hükümleri, 76 ila 78 inci maddeleri, 80 inci maddesi, 87 nci maddesi, 89 uncu maddesi, 90 ıncı maddesinin (1) ila (4) numaralı bentleri 2008 yılı Ekim ayı başında,

c) 91 inci maddesi 01.01.2008 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde, yürürlüğe girmiştir (08.05.20008 tarih ve 26870 sayılı Resmî Gazete).

¹⁸ Sabuktay (2008: 97), GSS’y, ekonomi-nüfus ilişkisini yeniden tanımladığını ve devletin beden sağlığı ile ilgili sorumluluk alanının yeniden düzenlediği bir uygulama olarak tanımlamaktadır. Bu süreçte de kamusal sorumluluk alanıyla özel sorumluluk alanının yeniden belirlendiğini ifade etmektedir.

Genel Sağlık Sigortası Primleri: Genel sağlık sigortası primi kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancının yüzde 12'si olarak saptanmıştır. Bu primin yüzde 5'i sigortalı tarafından, yüzde 7'si ise işveren tarafından karşılanacaktır.

“Aile içinde kişi başı geliri asgari ücretin üçte birinden az” olan vatandaşların sağlık sigortası primleri ise devlet tarafından karşılanacaktır. Daha önce yeşil kart verilebilmesi için gelir sınırında net asgari ücret baz alınmaktayken, yeni düzenleme ile brüt asgari ücretin esas alınması söz konusudur.

Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri; brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olanlar, brüt asgari ücretin üçte birinin % 12'si kadar prim ödeyecektir. Brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında olanlar, brüt asgari ücretin %12'si tutarında prim ödeyecektir. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin iki katından fazla olanlar da, brüt asgari ücretin iki katının %12'si tutarındaki primlerini kendileri ödeyeceklerdir.

Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları: 5510 sayılı Kanunla 18 yaşından küçüklerin her hangi bir şart aranmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve masrafların devlet tarafından karşılanması öngörülmüştür. Düzenleme ile Bağ-Kur'luların sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için gerekli olan 240 günlük prim gün sayısı 30 güne indirilmiştir. SSK'luların sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli olan 90 ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gerekli olan 120 günlük prim gün sayıları da 30 güne indirilmiştir. Bunun yanında, işten ayrılan vatandaşların, prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın, 90 gün daha sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi kararlaştırılmıştır.

Genel Sağlık Sigortasında Katılım Payı: Mevcut uygulamaya paralel olarak ayaktan tedavilerde hekim ve diş hekimi muayenesi, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katılım payı alınması öngörülmüştür¹⁹. Diğer yandan iş kazası ile meslek hastalığı hallerinde, askerî

¹⁹ Yeni sistemde ayakta verilen tedavi hizmetlerinde hekim ve diş hekimi muayenesinde 2 TL katılım payı alınması kararlaştırılmıştır. Büyük hastanelerde yığılmaları önlemek ve gerekmeyen durumlarda üniversite hastanesine gidilmesini engellemek amacıyla muayene ücretinin SGK tarafından 5 katına kadar artırılabilmesi öngörülmüştür (Kıvanç, 2008a). Bunun yanında operasyonlarda yaralanarak gazi olan güvenlik güçleri ile milletvekilleri katılım payı dışında tutulmuştur. Böylece istisna olarak operasyonlarda yaralanarak gazi olan güvenlik güçleri ile milletvekillerinin katılım payı ödememesi

tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinde, afet hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinde, aile hekimi muayenelerinde, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde, kronik hastalıklar ile hayati önemi olan protez ve ortezlerde, kontrol muayenelerinde ve organ, doku ve kök hücre naklinde katılım payı alınmaması kararlaştırılmıştır.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma: 5510 sayılı Kanun uyarınca sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılacak sözleşmeler yoluyla sağlanacaktır. Sigortalılar SGK ile sözleşme imzalamış kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından istediklerine müracaat edebileceklerdir. Sigortalıların sözleşmeli sağlık kuruluşlarından herhangi bir ücret ödemededen yararlanabilmesi söz konusudur. Diğer yandan kamuya ait sağlık hizmeti sunucuları sadece otelcilik hizmeti ve istisnai sağlık hizmetlerinden (estetik vb.) fark ücreti alabileceklerdir. Sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarının ise belirlenen sınır dahilinde ilave ücret alabilmesi mümkündür. SGK ile sözleşme yapmamış bir sağlık kuruluşuna gidilmesi durumunda ise, sigortalılar söz konusu sağlık kuruluşuna ücret ödeyerek sağlık hizmetinden yararlanabilecektir. Bununla birlikte acil durumlar bu düzenlemenin dışındadır. Zira Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunsun ya da bulunmasın acil hallerde, tüm sağlık hizmeti sunucuları vatandaşlardan herhangi bir fark ücreti talep etmeden sağlık hizmeti sunmak zorundadır.

2.2.4.4. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı

SDP'nin bir ayağını da kamu hastane birliklerinin kurulması oluşturmaktadır. 1 Kasım 2007 tarihinden itibaren Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık Komisyonu'nda görüşülmeye başlanan 1/439 Esas numaralı Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, 18 Mart 2010 itibari ile de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndan geçerek TBMM Genel Kurulu'na gönderilmiştir. Tasarı halen Mecliste beklemektedir.

Tasarı ile Bakanlar Kurulu tarafından belirlenecek illerde; kaynakların etkin ve verimli kullanılması suretiyle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin

kararlaştırılmıştır. Görevdeki ve emekli milletvekilleri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocuklarının ödemeleri gereken katılım paylarının ise TBMM bütçesinden karşılanması kabul edilmiştir (Kıvanç, 2008b).

katılımcı, hakkaniyete uygun, halkın ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilen, kaliteli, kolay erişilebilir bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması amaçlanmaktadır.

Tasarımın genel gerekçesi incelendiğinde neden böyle bir düzenlemeye ihtiyaç duyulduğu ile ilgili bilgilere ulaşmak mümkündür. Buna göre; öncelikli olarak sağlık hizmetleri sunumunun aşırı derecede büyümesi ve merkezileşmesi sonucunda, Bakanlığın asli görevlerine yoğunlaşamadığına dikkat çekilmiştir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yükünü hafifletmek amacı ile SDP kapsamında hastaneler tek çatı altında toplanmış, sözleşmeli personel istihdamı sağlanmış, aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, sağlık çalışanları performansa göre ücretlendirilerek tam gün uygulaması teşvik edilmiştir. Tüm bu gelişmeler, “hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine” devredilmesine ve kamu hastane birliklerinin oluşturulmasına zemin hazırlamıştır. Tasarıda bu yönde bir tespit yapıldıktan sonra kamu hastane birliklerinin oluşturulması ile hastanelerin özerkleştirileceği, ancak sosyal sorumluluklarının da devam edeceği vurgulanmaktadır. Düzenleme ile kâr amacı güden değil, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde hastane hizmetlerinin verilmesi amaçlanmaktadır. Hastanelerin merkezden kaynak talep etmek yerine, madde ve insan gücü kaynaklarını birlik kapsamında kendilerinin karşılaması öngörülmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak Bakanlığın stratejik düşünme, misyon ve vizyon belirleme, temel amaç ve politikaları belirleme gibi asli görevlerine daha fazla zaman ayırması sağlanabilecektir.

Hastane Birliklerinin Kuruluşu: Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile hastane birliğine dönüştürülebilir. Birlikler kamu tüzel kişiliğini haiz ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu statüsünde faaliyet göstereceklerdir. Birlikler Kanunda düzenlenen hususlar dışında özel hukuk hükümlerine tabidirler.

Sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulması mümkündür. Bir ilde birlik kurulması halinde ildeki

bütün hastaneler birlik kapsamına alınır. Birden fazla birlik kurulacak illerde ise, ancak birliklerin tamamının kurulmuş olması halinde tüm hastaneler birlik kapsamına alınır. Ayrıca Bakanlık, sağlık hizmetleri ve yatırımlarının müştereken planlanması ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla, belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirerek birlikler koordinatörlüğü oluşturabilir.

Hastane Birliklerinin Organları ve Görevleri: Birliklerin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Yönetim kurulu birliğin en üst karar organı durumundadır ve yedi üyeden oluşmaktadır. Yönetim kurulu il genel meclisi tarafından belirlenen iki üye, vali tarafından belirlenen bir üye ve bakanlık tarafından belirlenen dört üyeden oluşmaktadır.²⁰

²⁰ Tasarı ilk olarak 2007 yılında Meclisin gündemine gelmiştir. 2007 yılından günümüze kadar tasarıya getirilen eleştiriler ve tasarı üzerinde gerçekleştirilen tartışmalar sonucunda bazı maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Yapılan değişiklik sonrasında tasarıyla ilgili görüşme ve tartışmalar devam etmektedir. 2007 yılındaki tasarıda yönetim kurulu üyelerinin dağılımı farklı olarak düzenlenmişti. Buna göre yönetim kurulu il genel meclisi tarafından belirlenen iki üye, vali tarafından belirlenen bir üye, Bakanlık tarafından belirlenen iki üye, ticaret odası tarafından belirlenen bir üye ve il sağlık müdürü ya da yardımcısından oluşmaktadır. Tasarının son halinde ise, yönetim kurulu; il genel meclisi tarafından belirlenen iki üye, vali tarafından belirlenen bir üye ve Bakanlık tarafından belirlenen dört üyeden oluşmaktadır. Bakanlık tarafından belirlenen üyelerin dağılımı; tıp öğrenimi görmüş bir üye, sağlık sektöründen bir üye, il sağlık müdürü veya yardımcıları arasından bir üye ve ticaret odası üyeleri arasından seçilen yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir üye şeklindedir.

Yönetim Kurulu üyelerini belirleyen kriter de değişikliğe uğramıştır. Meclise ilk sunulduğunda Yönetim Kurulu üyelerinin “kamu veya özel sektör alanında en az 8 yıl iş tecrübesine sahip olmaları” gerektiği yönündeki düzenleme, en az lise mezunu olmak ve “il sağlık müdürlüğü temsilcileri hariç kamu veya özel sektörde alanında en az 5 yıl iş tecrübesine sahip” olmak şeklinde değiştirilmiştir. Kamuda deneyim sahibi olmanın koşul olarak aranmaması, kamu yanında özel sektörde iş tecrübesinin de yeterli sayılması görevlere atanacak personel noktasında kadrolaşma endişelerini de beraberinde getirmektedir.

Yoğun eleştiriler sonucunda değişikliğe uğrayan bir diğer madde de ticaret odası tarafından belirlenen üyeye yöneliktir. İlk düzenlemede direkt ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası bir üye belirlerken, daha sonraki düzenlemede Bakanlık tarafından belirlenen ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası üyeleri arasından seçilen yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir üye ifadesine yer verilmiştir. Bununla birlikte bu düzenleme, Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanı örgütlerine temsil imkânı verilmediği yönündeki eleştirileri karşılamamaktadır.

Ayrıca Birlik yönetimlerinde sağlık çalışanlarının temsilcilerine yer verilmemesi eleştirilere neden olmakta ve katılımcılık anlayışının yüzeyselliğinden bahsedilmektedir. Benzer şekilde sendika temsilcilerinin bulunmaması da eleştirilere neden olmaktadır (Türk Sağlık-Sen, 2010).

Diğer yandan yönetim kurulunda yer alacak üyelerin mali müşavir veya serbest muhasebeci olması, işletme veya maliye mezunu olmak şartının aranması ve ticaret odası üyesi olması, birliklerin işletme anlayışıyla yönetileceğine işaret etmektedir. Bu durum ise kamu hizmeti ve sosyal sorumluluk ilkelerinin arka plana itilmesine neden olabilecektir (Türk Sağlık-Sen, 2010).

Genel sekreterlik ise birliğin yürütme organıdır ve bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları bulunmaktadır. Genel sekreter, birliğin temsilcisi durumundadır.

Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulacaktır. Hastane büyüklükleri göz önüne alınarak yönetim kurulu onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve görev dağılımları belirlenecektir.

Birlik, bünyesinde yer alan hastanelerin mali ve idari tüm yetkilerini üstlenecektir. Acil sağlık hizmetleri, yoğun bakım, diyaliz üniteleri gibi hizmetleri bölge düzeyinde planlama yaptığı gibi, yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek, onarım, tadilat ve bakım konularından da sorumlu olacaktır. Birliğe personel almak, personel hareketlerini yönetmek, taşınmaz satın almak, ihtiyaç duyulmayan taşınmazları yapı ve tesisleriyle birlikte satmak yetkisi de Birliğe ait olacaktır.

Hastanelerin Sınıflandırılması: Bu düzenleme uyarınca Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. ve 3. basamak sağlık kurumları; hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konularda Bakanlık tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulacaktır. Kamu veya özel değerlendirme kuruluşları tarafından yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilecek ve belirli sürelerle değerlendirme yenilenecektir. Değerlendirme sonucunda hastaneler puanlarına göre (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olan hastaneler grubu birliğe dönüştürülecektir.

Birliğin; (E) sınıfına düşmesi, önceki değerlendirme sonucuna göre iki sınıf birden düşmesi veya (D) sınıfına düşmesi durumunda eksikliklerin giderilmesi için verilen uygun süre içinde (C) veya üzeri sınıflara geçememesi gibi durumlarda, Bakanlık tarafından yönetim kurulunun görevine son verilecek ve iki ay içerisinde yeni bir yönetim kurulu oluşturulacaktır.

Sözleşmeli Personelin Niteliği ve Statüsü: Genel sekreterlik bünyesinde istihdam edilecek tüm personelin ve hastane yönetim kademesinde görev alacak personelin sözleşmeli statüde istihdam edilmesi ve ekip halinde çalışması

öngörülmektedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile birlik bünyesinde sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılırlar. Birliğe dönüştürülen hastanelerde görev yapan Bakanlığa bağlı diğer personelin mevcut statüleri ile görev yapmaları ve haklarının korunması güvence altına alınmıştır.²¹

Birliklerin Denetimi: Birlikler Sayıştay denetimine tabidir. Bunun yanında Birliklerin idari ve teknik konulardaki denetimi Sağlık Bakanlığı tarafından, mali konulardaki iş ve işlemlerinin denetimi ise Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı Birliklerin görev ve hizmetlerini ciddi şekilde aksatmaları ve bu aksamının halkın sağlığını tehdit etmesi durumunda; yönetim kurullarının üst üste üç olağan toplantı gününde toplanamaması veya karar alamaması durumunda yönetim kurullarını feshetme ve yerine geçici yönetim kurulu oluşturma yetkisine sahiptir.

Birliklerin Sermayesi ve Gelirleri: Birlik sermayesi; devredilen sermaye, hesap dönemi sonunda oluşan gelir fazlası, bağış ve yardımlar ile gerektiğinde Bakanlık bütçesine bu amaçla konulan ödeneklerden yapılacak yardımlardan oluşmaktadır. Bunların yanında Birliklerin kendi gelir kaynakları da bulunmaktadır. Birliğin başlıca gelirleri gerçek ve tüzel kişilere sağlanan her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat, evde tıbbi bakım, klinik otel, hasta nakli ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler; üretilip satışı sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler; ilaç, insan kanı ve kan ürünlerinden elde edilen gelirler; Birliğin her türlü taşınırlarının satılmasından ve tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte kiraya verilmesinden elde edilen gelirler; sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitim, araştırma, yayın, kalibrasyon ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler; bağış ve yardımlar; gerektiğinde

²¹ Yine tasarıdaki bir başka değişiklik sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi ve ücretleriyle ilgilidir. Tasarının ilk halinde sağlık personelinin “belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda” sözleşmeli personelin normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorunda olduğu düzenlenmiştir. Buna karşılık fazladan çalışma saatleri için herhangi bir ek ücret ödenmeyeceği de karara bağlanmıştır. Tasarının yeni halinde ise bu düzenleme değiştirilmiştir. İşin yetiştirilmesi için personelin tatil de olsa çalışması zorunluluğuna son verilmiş ve sadece “sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali Devlet memurları ile aynıdır” ifadesi kullanılmıştır.

Bakanlığın bütçesinden veya döner sermaye merkez hesabından yapılacak yardımlar ve diğer gelirler şeklindedir.²²

Birliklerin Giderleri: Birliklerin başlıca giderleri ise yönetim kurulu üyeleri ücretleri ile birlik personelinin aylık, ücret ve mevzuatı uyarınca yapılacak her türlü ödemeler; ilaç, her nevi tıbbî, cerrahî ve laboratuvar alet, malzeme ve cihazların satın alınması ve kiralanması, tüketim maddeleri ve mefruşat satın alınması; bakım, onarım, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile çevre düzenlemesi yaptırılması; avukatlık ve danışmanlık hizmetleri satın alınması; taşınır ve taşınmaz satın alınması, kiralanması ve bunlara ilişkin her türlü giderin yapılması; ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ile bunlara ilişkin sigorta ve diğer giderlerin yapılması; Sağlık Bakanlığı tarafından talep edilen koruyucu hekimlik, afet, salgın hastalıklarla mücadele gibi konularda yapılacak giderler ve laboratuvar, kimyasal analiz, görüntüleme ve benzeri tıbbi hizmet alımları ile kit karşılığı cihaz kullanımı tarzında hizmet alımına ilişkin giderler olarak sıralanmaktadır.

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

²² Kamu hastane birlikleri kurulmasına yönelik tasarıda dikkat çeken ifadelerden biri de birliklerin gelirlerine yönelik düzenlemelere ilişkindir. Buna göre tasarı birliklerin gelir kaynağı olarak, birliklerin sunduğu hizmeti göstermektedir. Bunun dışında finansman noktasında devletin katkısı öngörülmemekte, birliklerin kendi gelir gider dengesini kurması beklenmektedir. Devletin ise ancak “gerektiğinde” yardım yapabilmesi karara bağlanmıştır. Dolayısıyla “devlet katkısı” yalnızca “gerekli görülen durumlar” ile sınırladığı gibi, devlet katkısı “yardım” olarak adlandırarak “dışsal” ve “olağandışı” bir gelir olarak” nitelendirilmektedir (Ataay, 2007).

giderlerini gelirleri ile karşılaması ve Bakanlıktan daha bağımsız bir şekilde yönetilmesi amaçlanmaktadır.

2.2.4.5. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışması

SDP'yi tamamlayan düzenlemelerden biri de 21.01.2010 tarihinde kabul edilen 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”dur²³. Kamuoyunda tam gün yasası olarak bilinen kanunla hekimlerin aynı anda hem kamu hastanelerinde hem de özel hastanelerde çalışmalarına son verilmesi kararlaştırılmıştır. Tam gün yasası, vatandaşların sağlık hizmetine daha kolay ve hakkaniyet içinde ulaşabilmesini sağlamayı, sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini artırmayı, hekimin hastadan doğrudan para almasını gerektiren sistemi ortadan kaldırarak hem hasta haklarını korumayı hem de hekim hasta ilişkisinde güveni tesis etmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca sayıca yetersiz olan hekim kapasitesini verimli ve etkili kullanarak hekimler üzerindeki iş yükünü adaletli ve dengeli hale getirebilmeyi planlamaktadır. Böylece sağlık hizmeti sunumunda, hem vatandaşın ve hem de sağlık çalışanlarının memnuniyetinin artırılması hedeflenmektedir.

Kanun gerekçesine göre tam gün uygulamasına geçmeden önce uygulamanın altyapısı tamamlanmıştır. Buna göre, sağlıkta tam gün uygulamasına geçişte önemli adımlardan biri olan çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak tek çatı altında toplanması gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında aile hekimliği uygulamasına geçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlar için ücretsiz ve erişilebilir olması sağlanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının dağılımındaki dengesizliği giderebilmek amacıyla sözleşmeli personel istihdamı, mecburi hizmet gibi yükümlülükler getirilmiştir. SDP kapsamında gerçekleştirilen bu uygulamalar, aynı zamanda tam gün çalışma esasına geçişin altyapısını da oluşturmuştur. SDP doğrultusunda örgütlenme, hizmet sunumu ve personel politikaları gibi konularda gerekli altyapının sağlanması ile birlikte, tam gün çalışma esasına geçilmesi için uygun ortam oluşmuştur.

Yine Kanun gerekçesine göre kısmi zamanlı çalışma düzeni, vatandaşların sağlık hizmetine erişimini olumsuz etkilemekte, kamu hastanelerinde verimliliğin

²³ 30.01.2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

düşmesine neden olmaktadır. Kamusal kaynaklarla oluşturulmuş kadroların tam anlamıyla kamu yararına hizmet etmeye yönlendirilmemesi de, vatandaşların özel sektöre yönelmesine neden olmaktadır. Bunların yanında üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin kısmi zamanlı olarak çalışmaları eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinde verimsizliğe yol açmaktadır. SDP ile bu olumsuzlukları ortadan kaldırmaya yönelik adımlar atılmıştır. Gerçekleştirilen düzenlemelerle, SDP öncesinde uzman hekimler arasında yaklaşık yüzde on olan tam gün çalışma oranı, SDP sonrasında yüzde seksenlere yaklaşmıştır. Herhangi bir zorunluluk olmadan doğal bir şekilde tam gün çalışma oranının artması, altyapının tam gün çalışma esasına geçiş için uygun hale geldiği şeklinde yorumlanmıştır.

Diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumunun özel sektörden de hizmet almasıyla birlikte özel sektöre ait sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık personeli açısından ciddi bir istihdam olanağı oluşturmuştur. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmakta olan sağlık personeli kamu sektörü ya da özel sektörden birini tercih edebilecek ve çalışabilecektir.

Kamu sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin ana hizmet sunucusu olarak desteklenmesi, geliştirilmesi ve bu paralelde sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına terk edilemeyeceği bir gerçektir. Bu gerçekten hareketle, tam gün çalışma esasına geçilmesi benimsenmiştir. Bu doğrultuda mesai dışı çalışmalar için ek ücret verilmesi, nöbet ücretlerinin artırılması, mali sorumluluk sigortası getirilmesi gibi düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Türk Silahlı Kuvvetlerinde çalışan sağlık personelinin de kapsayacak şekilde tam gün çalışma esasına geçilmesiyle birlikte, hekimlerin zamanını sadece çalıştığı kuruma ayırması ve böylece sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir şekilde, verimli, kaliteli ve etkin olarak sunulabilmesi amaçlanmaktadır.

5947 sayılı Kanun ile getirilen düzenlemelerin 3 aşamada yürürlüğe geçmesi öngörülmüştür. Buna göre; Kanunun bazı maddelerinin kanunun yayımlandığı tarihten itibaren, bazılarının yayım tarihinden altı ay sonra (30.07.2010), bir kısmının da yayım tarihinden bir yıl sonra (31.01.2011) yürürlüğe girmesi kararlaştırılmıştır. Kanunla getirilen başlıca düzenlemeler şu şekildedir:

İyonlaştırıcı Radyasyonla Çalışan Sağlık Personelinin Haftalık Çalışma Süresi: Mevcut uygulamada, günlük mesai süresi 5 saat, haftalık çalışma süresi 25 saat olan İyonlaştırıcı Radyasyonla çalışan sağlık personelinin, haftalık çalışma süresi 35 saat olarak düzenlenmiştir.

Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelin Nöbet Süreleri ve Ücretleri: Tam gün yasası ile Sağlık Kurumlarında çalışan personelin nöbet süreleri ve ücretleri yeniden düzenlenmiştir. Nöbet ücreti ödenmesindeki 25 yatak sınırı kaldırılırken, yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanlara nöbet parası ödenmesi kararlaştırılmıştır. Nöbet ücreti ödenebilmesi için kesintisiz nöbet süresi 8 saatten 6 saate indirilmiş, nöbet ücretleri de kısmen arttırılmıştır.²⁴

Sağlık Bakanlığı-Üniversite İşbirliği: Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir.²⁵

Haftalık Çalışma Saati: Yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık personelinin haftalık 45 saat olan çalışma süresi 40 saate düşürülecektir.

Serbest Hekimliğin Yasaklanması: Düzenleme ile kamuda çalışan hekimlerin, kamu dışında herhangi bir yerde muayenehane, iş yeri hekimliği şeklinde hekimliği serbest olarak yapması engellenmiştir. Hekimlere 6 aylık geçiş süreci tanınmış ve kararlarını vermeleri istenmiştir. Sadece döner sermayesi olmayan Belediye Hastanelerinde ve kurum tabipliklerinde çalışan hekimler iş yeri hekimliği yapabileceklerdir.²⁶

²⁴ Mevcut düzenlemede nöbet ücretleri genel bütçeden de ödenebilirken, düzenleme ile nöbet ve icap nöbet ücretlerinin döner sermaye bütçesinden karşılanacağı belirtilmiştir. Bu durum hastanenin döner sermaye gelirinə bağlı olarak nöbet ücretlerinin ödenmemesi riskinin ortaya çıkabileceği şeklinde yorumlanmıştır (ses.org.tr).

²⁵ Bu düzenleme ile ilgili olarak 18.02.2011 tarihinde 'Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik' yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik nüfusu 850.000'nin altında olan illerde üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinin, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları ile birleşmesini zorunlu tutmakta, ortak kullanım ve işbirliği yapmak zorunda olan yerlerin idari ve mali işleyişinde Sağlık Bakanlığı'nı yetkili kılmaktadır. Söz konusu Yönetmeliğe tıp fakültelerinde görevli eğitim, araştırma, sağlık hizmeti sunumunda görev alan hekimleri; Sağlık Bakanlığı eğitim araştırma hastanelerinde tıpta uzmanlık eğitimi ve sağlık hizmeti sunumunda görev alan hekimleri; mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimini olumsuz etkilediği iddiası ile iptal davası açılmıştır.

²⁶ Yasa ile hekimlerin muayenehane açmaları yasaklanmıştır. Anayasa Mahkemesi'ne açılan davada, Anayasa Mahkemesinin 16.7.2010 tarihinde verdiği kararla, ilgili düzenlemeyi iptal etmesi üzerine bu

Ek Ödemelere Yönelik Düzenleme: Düzenleme ile sağlık personeline ödenecek döner sermaye ek ödeme oranlarında bir değişiklik yapılmamıştır. Bununla birlikte nöbet hizmetleri hariç olmak üzere, mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak, hekim grubuna aldıkları ek ödeme oranlarının %30'u kadar; diğer personele ise %20'si kadar ek ödeme yapılması öngörülmüştür.

Mesleki Sorumluluk Sigortası: Üniversiteler dahil, kamu ve özel sağlık kuruluşları ile özel muayenehanelerde çalışan tüm hekimlerin tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararları karşılamak üzere, zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yaptırması kararlaştırılmıştır. Sigorta priminin yarısı tabipler tarafından, yarısı da işveren tarafından ödenecektir. Yaptırmayanlara idari para cezası uygulanacaktır.

Tam Gün Tazminatı: Türk Silahlı Kuvvetleri kadrolarında bulunan askeri ve sivil hekimlere miktarları Milli Savunma Bakanlığı tarafından belirlenecek tam gün tazminatı ödenmesi düzenlenmiştir.

Öğretim Üyelerinin Tam Zamanlı Çalışması: Yeni düzenleme ile öğretim üyelerinin de kısmi statüde çalışmalarına son verilmiş ve öğretim üyeleri de devamlı statüye geçirilmişlerdir. Üniversitelerde kurulabilecek döner sermaye işletmelerine ilişkin usul ve esaslar ile personele yapılacak ödemelerin unsurlarının, Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü alınarak Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle belirlenmesi öngörülmüştür.²⁷

yasak kalkmıştır. Sağlık Bakanlığı Anayasa Mahkemesi kararının kamuda çalışan hekimleri kapsamadığını öne sürmüştür ve muayenehanelerin 30.7.2010 gününe değin kapatılmasını istemiştir. Bunun üzerine TTB, işlemin iptali ve yürütmenin durdurulması istemiyle Danıştay'a başvurmuştur. Danıştay 6.4.2011 tarihinde verdiği kararla, Sağlık Bakanlığı'nın işlemini hukuka aykırı bularak iptal etmiştir. 26.08.2011 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de yer verilen düzenleme ile kamuda çalışan hekimlerin muayenehane açmaları yasaklanmıştır.

²⁷ Anayasa Mahkemesi'ne yürütmenin durdurulması ve iptali istemiyle dava açılmıştır. Mahkeme 16.07.2010 tarihinde verdiği kararla özel muayenehane açma imkanını ortadan kaldıran düzenlemeyi iptal etmiştir. Konu 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile tekrar düzenlenmiş ve öğretim üyelerine özel muayenehane açma izni verilmiştir. Ancak bu izne çeşitli sınırlamalar da getirilmiştir. Buna göre özel muayenehanesi olan öğretim üyeleri, kendi üniversitesinde sadece eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunabilecektir. Kendi üniversitesi dışında, özel bir hastanede ya da kendi muayenehanesinde çalışan öğretim üyesine ise, döner sermaye payı verilmeyecektir.

Öğretim üyeleri için getirilen tam gün uygulamasının, öğretim üyeleri tarafından hoşnutsuzlukla karşılanması ve çeşitli sıkıntılara yol açması nedeniyle Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından ortak bir çalışma yapılmıştır. Yeni düzenleme ile muayenehanesi olan ya da başka bir yerde çalışan öğretim üyeleri için, üniversitelerde sözleşmeli öğretim üyeliği statüsüne geçilmesi öngörülmektedir. Buna

Üniversite Personeline Yapılacak Ek Ödemeye Yönelik Düzenleme:

Düzenlemeye göre; normal mesai ve nöbet süreleri dışında fazla çalışma yapacak öğretim üyelerine, mesai içi ek ödemenin tavan miktarlarının %50'sini aşmamak üzere performansa dayalı döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılabilecektir. Ayrıca telif ücretleri de döner sermayeye gelir olarak kaydedilecektir.

5947 sayılı Kanunun döner sermayeden sağlanan gelirin paylaşılması, özel muayenehane açma imkânının sınırlandırılması, öğretim elemanlarının üniversitede devamlı statüde görev yapması gibi maddelerinin de arasında bulunduğu 11 maddesine yönelik yürütmeyi durdurma ve iptal istemiyle dava açılmıştır. Anayasa Mahkemesi davayı 16.07.2010 tarihinde sonuçlandırmış ve dört düzenleme için iptal kararı vermiştir. Buna göre hastanelerdeki döner sermayeden sağlanan gelirin paylaşımına birtakım sınırlamalar getiren düzenleme, özel muayene açma imkânını ortadan kaldıran düzenleme, kanun yürürlüğe girdikten sonra bir yıl içerisinde 'devamlı statüye geçmek' için başvurmayanların istifa etmiş sayılacağına yönelik düzenleme ve doktorlar, diş doktorları ve uzman doktorların kamu ve özel kurum ve kuruluşlardan sadece birinde çalışmasına yönelik düzenleme iptal edilmiştir.²⁸

Anayasa Mahkemesinin bu kararının ardından Sağlık Bakanlığı internet sitesinde 16.07.2010 tarihinde "Tam Gün Kanunu ile İlgili Basın Açıklaması" ile, 5947 sayılı Yasa ve bu Yasa hakkındaki Anayasa Mahkemesi kararına göre, üniversite öğretim üyeleri dışında kamuda çalışan tüm doktorların muayenehane açmaları ve özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarının mümkün olmadığı ve bu uygulamanın 30 Temmuz 2010 tarihinden itibaren başlayacağına yönelik bir duyuru yapılmıştır. Bunun üzerine Türk Tabipleri Birliği bu işlemin iptali ve yürütmenin durdurulması istemiyle Danıştay'da dava açmıştır.

Danıştay 5. Dairesi adına davayla ilgili ilk görüşmeyi yapan Danıştay Nöbetçi Dairesi tarafından 06.01.2011 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın söz konusu işleminin yürütmesi durdurulmuştur. Davalı Sağlık Bakanlığı, bu karara itiraz ederek kararın kaldırılmasını istemiştir. İtirazı görüşen Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, 13.01.2011 tarihinde Sağlık Bakanlığının itirazını kabul etmiştir. Kurul, üniversite

göre, söz konusu doktorların saat ücreti karşılığında üniversitede ders vermesi ve asistan yetiştirmesi planlanmaktadır (www.radikal.com.tr).

²⁸ 27649 sayılı ve 22.07.2010 tarihli Resmi Gazete

öğretim üyeleri dışında kamuda çalışan tüm doktorların muayenehane açamayacakları ve özel sağlık kuruluşlarında çalışamayacaklarına ilişkin işlemi, hukuka uygun bulmuştur. Davayı esastan görüşen Danıştay 5. Dairesi, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili işleminin, "kamuda görevli hekimlerin muayenehane açamayacaklarına" ilişkin bölümünü iptal etmiştir. "Kamuda görevli hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarının mümkün olmadığına" ilişkin bölümünün iptal istemi ise, Daire tarafından reddedilmiştir (www.sabah.com.tr, 07.04.2011).

“Tam gün” uygulamasına yönelik düzenleme 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname²⁹ ile tekrar ele alınmıştır. Buna göre 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa bağlı olarak kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin, mesai dışında muayenehane açarak ya da bir kuruluştaki çalışarak meslek icra etmeleri yasaklanmıştır. Dolayısıyla kamuda çalışan hekimlerin, özel muayenehane açmaları ve özel hastanelerde çalışmaları yasaklanmıştır. Üniversitelerde öğretim üyesi olanlarınsa, çeşitli sınırlamalarla mesai sonrası özel sağlık kuruluşlarında ya da özel muayenehanelerinde çalışmalarına izin verilmiştir. Buna göre öğretim üyelerinin, üniversitede sadece eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunması ve döner sermaye gelirlerinden muaf olması öngörülmüştür.

Bunun yanında üniversiteden ayrılarak dışarıda çalışan hekimler için geçerli olmak üzere sözleşmeli öğretim üyesi uygulamasına geçilmesi planlanmaktadır. Uygulama hakkında açıklama yapan Yükseköğretim Kurulu Başkanı Yusuf Ziya Özcan, hazırlanan tasarıda, “Tam Gün” uygulaması nedeniyle üniversiteden ayrılıp dışarı giden doktorların, saat ücreti karşılığında üniversitede ders vermelerinin ve asistan yetiştirmelerinin öngörüldüğünü belirtmiştir (www.radikal.com.tr, 16.10.2011). Görüldüğü gibi “Tam Gün” uygulaması henüz son şekline kavuşmamıştır ve uygulama ile ilgili yeni düzenlemeler yapılması gündeme gelmektedir.

²⁹ 28037 sayılı ve 26.08.2011 tarihli Resmi Gazete

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜMÜN DİNAMİKLERİ VE TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMALARI

3. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Nedenleri ve Reform İhtiyacının Ortaya Çıkması

Batı Avrupa'da İkinci Dünya Savaşı sonrasında savaşın yaralarını sarmak amacıyla, sosyal devlet anlayışı doğrultusunda sağlık harcamalarına ve diğer sosyal harcamalara ağırlık verilmiştir. Böylece bir yandan toplumsal sınıflar arasında ekonomik ve sosyal bir denge sağlanırken, diğer yandan da sosyal harcamalar artmıştır. 1970'li yıllarda ortaya çıkan kriz sonucunda bu durumun sürdürülemez olduğu kabul edilmiş ve sağlık sektörüne bu kadar pay ayrılmasına karşı çıkmıştır. Bu gelişmeler sonucunda devletin sağlık hizmetlerinden sorumlu olduğu yönündeki görüşten uzaklaşmış ve devletin sorumluluğunun azaltılması yönündeki görüşler üzerinde durulmaya başlanmıştır (Belek, 1997: 27–28).

Sağlık hizmetlerine olan talep ve sağlık hizmeti ihtiyacı her geçen gün artmaktadır. Buna karşılık kaynakların kıt olması ve talebi karşılamada yetersiz kalması, devletleri yeni arayışlara ve sağlık alanında reform yapmaya itmektedir (Balcı, 2005: 11). Kıt kaynaklar nedeniyle devletin sağlık sektörüne yeteri kadar kaynak aktaramaması, sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir. Öncelik belirleme, sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak aktarılacağına belirlenmesi, ayrılan kaynağın sağlık hizmetleri arasında nasıl paylaşılacağına saptanması ve hastalara yapılacak harcama miktarının belirlenmesi gibi aşamalarda söz konusu olmaktadır (DPT, 2001: 3). Tüm bunlar, ülkeleri sağlık alanında reform yapma ihtiyacı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Benzer durum Türkiye için de söz konusudur. 1980'lerde gündeme gelen sağlık reformu düşüncesi, 1990'larda ve 2000'li yıllarda da gündemdeki yerini korumuş ve bu yönde çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Balcı, 2005: 11). Söz konusu reform çalışmalarında hastalık yükünün azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi ve toplum tercihlerinin karşılanması gibi noktalar ağırlıklı olarak öne çıkmıştır (DPT, 2001: 4).

Kaynakların talebi karşılamada yetersiz kalması nedeniyle, sağlık sisteminde reform arayışları öncelikle ve özellikle sağlık hizmetlerinin finansmanı konusuna yoğunlaşmaktadır. Bu doğrultuda reformların temel amacını harcamaların sınırlandırılması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu sağlık harcamalarının yerine yeni kaynakların bulunması ve mevcut kaynakların daha verimli kullanılması oluşturmaktadır. Reform kapsamında sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi amaçlar da bulunmakla birlikte bu amaçlar finansman sorunu kadar ağır basmamaktadır. Ayrıca sağlık sisteminin organizasyon ve yönetimi de finansman reformunu destekleyecek şekilde reforma konu olmaktadır (Belek, 2001: 433–434).

Kaynak sıkıntısı ve maliyet sorunları yanında teknolojik alanda yaşanan yenilikler, nüfus yapısında ortaya çıkan değişim, hastalıkların yapısında meydana gelen farklılıklar, toplumsal beklentilerin farklılaşması ve artması gibi nedenlerle de sağlık alanında yeniden yapılanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık sisteminin sorunları daha çok hakim ideolojik görüşlerle çözülmeye çalışılmakta ve piyasa ağırlıklı düzenlemelerle bireylere daha kaliteli, verimli ve eşit sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır (Yıldırım, 1999: 123).

Sağlık reformlarının öncelikli nedenleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, öne çıkan reform nedenlerini şöyle sıralamak mümkündür (Yıldırım, 2000: 4–5):

Artan maliyetler: Son yıllarda sağlık sektörüne yönelik harcamalarda önemli artışlar görülmekte ve sağlık sektörünün GSMH içindeki payı artmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerine yönelik yapılan harcamaların sınırlandırılması ihtiyacını beraberinde getirmektedir.

Kaliteyi artırmak: Sağlık alanında yapılan reformların bir diğer nedeni de sağlık hizmetlerinin koşullarını iyileştirerek kalitesini artırmaktır.

Daha fazla nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması: Nüfusun önemli oranının sağlık güvencesinden yoksun olması, toplumda sıkıntılara yol açmaktadır. Bu nedenle toplumun daha büyük bir kesimini kapsayacak ve daha fazla nüfusa hizmet sunulmasını sağlayacak bir sisteme ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik: Eşitlik ilkesi, ödeme gücüne bakılmadan herkesin ihtiyacı ile orantılı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini ifade

etmektedir. Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek reformlarla eşitlik ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.

Verimlilik ve etkinliğin sağlanması: Kaynakların daha etkin ve rasyonel kullanılması suretiyle sağlık hizmetlerinde verimliliğin ve etkinliğin artırılması amaçlanmaktadır.

Ulaşılabilirlik: Nüfusun daha büyük bir bölümünün sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak hedeflenmektedir. Türkiye açısından, son 50 yılda nüfusun yaklaşık %90'ının yer değiştirmesi ayrıca özel bir durum ve talep yaratmış, hizmetin yeniden örgütlenmesini gerekli kılmıştır.

Sağlık sistemlerinde gerçekleştirilen reformların nedenleri ülkeden ülkeye değişebilmekle birlikte, reforma yönelik düzenlemeler ve uygulamalar çoğunlukla birbirine benzemektedir. Sağlık reformlarının genel özelliklerini verimliliğin ve kalitenin artırılması, erişimin ve erişim eşitliğinin iyileştirilmesi, sağlık sektöründe çalışan iş gücünün performansının artırılması, sağlık sektöründe yönetim performansı ve kabiliyetinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sağlık hizmetlerinde kamu sektörü-özel sektör ortaklığının sağlanması, sağlık kuruluşlarının desantralizasyonu, rekabet gibi piyasa araçlarının sağlık hizmetlerinde uygulanması, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılması olarak sıralamak mümkündür (ILO, 1998: 11–14).

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu

1982 Anayasası’na göre herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet de herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp bu kuruluşların hizmet vermesini düzenlemekle görevlidir. Bu görev Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra örgütleri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi görevini icra etmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008: 121). SDP’nin yayımlandığı 2003 yılı itibariyle genel olarak Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumuna bakıldığında sağlık hizmetleri sunumunun kamu kesimi ve özel sektör tarafından birlikte yürütüldüğü görülmektedir. Kamudaki hizmet sunucuları Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar

Kurumu ve üniversite hastanelerinden oluşmaktadır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında Sağlık Bakanlığı en önemli yere sahiptir ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdur (OECD, 2008: 24). Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı yanında diğer kamu kurumları, dernekler, vakıflar ve özel sağlık kurumları tarafından da verilmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008: 121).

Türkiye’de sağlığın finansmanı ise büyük ölçüde kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. %60-%70’lik bölümü oluşturan bu kaynaklar Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer Bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal güvenlik kurumları tarafından oluşturulmaktadır. Kalan kısmı oluşturan özel harcamalar ise, cepten yapılan ödemeleri ve özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktadır (OECD, 2008: 20).

Sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı’nın en büyük paya sahip olduğunu ve en önemli hizmet verici konumunda bulunduğunu söylemek mümkündür. 2002 yılında 774 olan hastane sayısı, 2006 yılında 768’e, 2007 yılında 848’e yükselmiş ve 2008 yılında 847’ye inmiştir. 2005 yılında SSK ve diğer bazı kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi sonucunda, Bakanlığın sahip olduğu hastane sayısı artmıştır. 2002 yılı itibariyle faaliyet gösteren özel hastane sayısı ise 270’dir. Bu sayı 2006 yılında 331’e, 2007 yılında 365’e ve 2008 yılında 400’e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 43). Rakamlardan da anlaşılacağı üzere, sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı en büyük paya sahip olmakla birlikte, son yıllarda özel hastanelerin sayısında önemli bir artış yaşanmıştır.

2000’li yıllarda sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla birlikte henüz istenilen seviyeye ulaşılamamıştır. Buna göre 2000 yılında binde 28.9 olan bebek ölüm hızı, 2005 yılında 23.6’ya, 2008 yılında da 20.0’a düşmüştür. 2000 yılında 70.4 yıl olan doğuştan beklenen yaşam süresi, 2005 yılında 71.3 yıla, 2010 yılında da 72.2’ye çıkmıştır. Hastane ve hekim sayıları açısından da ilerleme kaydedilmekle birlikte, istenilen seviyeler yakalanamamıştır.

2000 yılında 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 25.8 iken, bu rakam 2009 yılında 28'e yükselmiştir. Yine 2000 yılında 10 bin kişiye düşen hekim sayısı 10.4 iken, 2009 yılında bu sayı 16.4'e ulaşmıştır (DPT, 2006: 41; Sağlık Bakanlığı, 2001b: 119; UNDP, 2010: 144,198; OECD, 2011).

Dünya Bankası verileriyle karşılaştırıldığında da Türkiye'de sağlık hizmetlerinin iyi bir seviyede olduğunu söylemek mümkün değildir. Sağlık statüsü açısından, Türk halkı orta düzeyde gelire sahip ülkelerin çoğundan geri bir durumdadır. Beklenen yaşam süresi açısından da OECD üyesi ülkelerin ortalamasının yaklaşık on yıl gerisinde bulunmaktadır. Buna karşılık anne ve bebek ölümleri açısından üst sıralarda yer almaktadır (TTB, 2007: 18).

Sağlık hizmetleri sunumunda dikkat çeken bir diğer nokta da bölgesel düzeydeki ve kent-kır dağılımındaki dengesizliktir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi en düşük 10 ilde yatak başına düşen nüfus sayısı, en yüksek 10 ildekinin 2,5 katıdır. Benzer şekilde doktor başına düşen nüfus açısından, söz konusu il grupları arasındaki fark 4 kata kadar çıkabilmektedir (DPT, 2006: 41).

Günümüzde ise sağlık hizmetleri gerek yasal ve kurumsal açıdan gerekse de mali açıdan ciddi bir sıkıntı içindedir. Bu sıkıntılar kimi zaman sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan payın düşük olmasından kaynaklandığı gibi, kimi zaman da Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme ve yönetim anlayışından kaynaklanabilmektedir. Yaşanan bu sorun ve sıkıntılar, sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanmayı hem gerekli hem de zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma ihtiyacı genel kabul görmekle birlikte yeniden yapılanmada izlenecek yol ve yöntem konusunda bir fikir birliğinden söz etmek mümkün değildir. Bu noktada sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinden toplumsallaştırılmasına kadar uzanan farklı seçenekler üzerinde durulmaktadır (Erençin ve Yolcu, 2008: 123).

3. 2. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Dinamikleri

1990'ların başı hem gelişmiş ülkelerin hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinde reform çalışmalarına sahne olmuştur. Küresel ekonomik koşullar ve finansal sorunlar nedeniyle, devletler artan sağlık hizmeti taleplerini karşılamakta yetersiz kalmıştır. Böyle bir ortamda devletin artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutmayı amaçlayan politika önerileri, ortaya atılmıştır. "Sağlık reformu

programı” olarak adlandırılan bu politika önerileri devletin sağlık alanında üstlendiği görev ve sorumlulukları yeniden düzenleyerek sağlık harcamalarını azaltmayı ve verimliliği artırmayı ön plana çıkarmıştır (Ağartan, 2007: 38).

Bilindiği gibi kıt kaynaklar ülkeler için her zaman sorun teşkil etmektedir. Bu sorun gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin bir şekilde hissedilmektedir. Sağlık alanına aktarılan kaynaklar da bu durumdan nasibini almakta ve kaynakların sınırlı olması, ülkeleri sağlık harcamalarında tercihler yapmaya zorlamaktadır. Bir yandan sürekli artan harcamalar yeni kaynaklar gerektirirken, diğer yandan da nüfusun artması yeni talepler ortaya çıkarmakta ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik sorunu gündeme gelmektedir. Kaynakların sınırlı olması ve bu kaynakları etkin ve verimli kullanma isteği, devletleri sağlık ihtiyaçları arasında bir seçim yapmaya itmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta ise, ülkenin sağlık sisteminin iyi bir şekilde analiz edilmesidir (Mutlu ve Işık, 2005: 204–205). Söz konusu analizin sağlık sistemini etkileyen dinamiklerden bağımsız yapılması ise olası değildir.

Teknolojinin ilerlemesi, yaşlı nüfusun oranının artması, hastalık türlerinin değişmesi, milli gelirin ve refah seviyesinin yükselmesi, bilgi birikiminin artması, beklentilerin yükselmesi gibi nedenler sonucu sağlık hizmetlerinin maliyetinde önemli bir artış söz konusu olmaktadır (Özen, 2002: 44). Diğer yandan ekonomik ve sosyal koşullarda yaşanan değişim, tıp dünyasında meydana gelen gelişmeler, demografik yapıda ve hastalıklarda görülen değişiklikler, teknolojik alanda yaşanan ilerlemeler, israf ve verimsizlikler, gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşma isteği gibi nedenler sağlık alanında reform yapılması zorunluluğunu doğurmaktadır (Varlık, 2001: 1105). Dolayısıyla bir yandan artan maliyetleri düşürme çabaları diğer yandan da sağlık hizmetlerinde beklentileri karşılama ve verimliliği artırma isteği, devletlerin sağlık hizmetlerini yeniden ele almasına ve maliyetleri düşürmek adına, sağlık hizmetlerinde özel sektöre daha fazla yer vermesine neden olmaktadır (Özen, 2002: 44).

Sağlık sistemlerini dönüştürme ve yeniden yapılandırma çalışmaları çeşitli gerekçelere dayanmakta ve kimi ihtiyaçları karşılamayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe yaşanan değişimin çeşitli dinamikleri bulunmaktadır. Bu dinamikler ülkeden ülkeye değişebildiği gibi, kimi zaman da dinamiklerin

önceliği değişmektedir. Ülkenin gelişmiş veya gelişmekte olması, sahip olduğu ekonomik ve sosyal yapı bu dinamikleri belirlemekte ve şekillendirmektedir.

3.2.1. Küreselleşme Süreci ve Uluslararası Kuruluşların Etkisi

Bir yandan küreselleşme, diğer yandan neoliberal politikalar kamu hizmetleri ve sosyal refah devleti anlayışı üzerinde ciddi baskılar oluşturmaktadır. Bu baskılar sağlık alanında da kendini göstermekte ve sağlık sektöründeki temel kurumların ve aktörlerin görevi neoliberal anlayış doğrultusunda yeniden tanımlanmaktadır. Bu süreçte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Uluslararası Para Fonu (IMF), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar da devreye girmekte ve belirleyici olmaktadır (Ağartan, 2007: 43; Kerman, 2004: 95). Uluslararası kuruluşlar, kamu bütçelerinin kapsamını değiştirerek, sağlık ve sosyal hizmetlerde piyasa temelli sektörel reform politikaları önererek sağlık politikalarını etkilemektedir (Koivusalo, 2006: 19).

Küreselleşmenin ulusal sağlık politikalarına etkisi, ticari aktörlerin veya piyasaların önceliklerinin düzenlenmesine ve devletin sağlık sektöründeki faaliyet alanının kısıtlanmasına ilişkin politikalara dayanmaktadır. Ekonomik küreselleşmenin sağlık politikaları üzerindeki etkisi birbiri ile etkileşimli üç temel aşamada gerçekleşmektedir. İlk aşama yasal anlaşmalar ve yasal çerçevelerden oluşmaktadır. İkinci aşama ekonomik kaynaklar ve şartlarda meydana gelen değişiklikleri ifade etmektedir. Son aşamada ise; en uygun stratejiler hakkında bilgi transferinin gerçekleştiği aşamadır. Küçük ve daha borçlu ülkelerde uluslararası finans kuruluşlarının rolü daha fazla olmaktadır. Çünkü bu kuruluşların borç verme müzakereleri sayesinde hem dolaylı hem doğrudan etkileri bulunmaktadır Ekonomik etki çerçevesinde uluslararası finans kuruluşlarının pazarlık yapma gücü Çin ve Hindistan gibi borcu daha az olan veya güçlü olan ülkelerde ise daha sınırlı olmaktadır (Koivusalo, 2006: 19).

Sağlık politikalarını etkileyen ve politikalara yön veren kuruluşların başında DSÖ gelmektedir. 1851 yılında kolera, veba ve sarıhumma salgınlarını önleyebilmek amacıyla Paris'te gerçekleştirilen I. Uluslararası Sanitasyon Konferansı, 1946 yılında New York'ta DSÖ Anayasasının kabul edilmesine ve ardından da 1948 yılında DSÖ'nün kurulmasına yol açmıştır (Kılıç, 2002: 126). DSÖ Anayasasında DSÖ'nün

amacı tüm milletlerin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmasını sağlamak olarak ifade edilmektedir. Örgütün bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek ve sağlık seviyesinin yükseltilmesini sağlamak gibi görevleri yanında, istendiği takdirde Hükümetlere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda yardımcı olmak veya uygun teknik yardımı ve acil durumlarda gerekli yardımı sağlamak gibi görevleri de bulunmaktadır. DSÖ bu görev tanımları doğrultusunda, devletlere sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri yapılanması konusunda yardımda ve tavsiyelerde bulunmaktadır.

DSÖ, kuruluşundan günümüze kadar gerek örgütsel yapısında gerekse de program ve perspektiflerinde çeşitli değişimler yaşamıştır. Bu değişim sürecini üç dönemde ele almak mümkündür. İlk dönem 1948–1973 yılları arasını kapsamaktadır ve bu dönemde DSÖ sağlık sorunlarını teknik bir sorun olarak ele almış, siyasetten uzak bir yaklaşım içerisinde, önemli bazı hastalıklara yönelik teknik ve tıbbi çalışmalar yapmıştır. İkinci dönem sağlık sorunlarına global açıdan yaklaşılan 1973–1988 dönemidir. Bu dönemde “uzlaşma” temelinde sağlıkla ilgili sorunlar ve eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmiştir. DSÖ bu dönemde teknik özellikleri ağır basan yapısından sıyrılmış, sağlığa eşitlik, insan hakları ve sosyal adalet gibi kavramlar açısından yaklaşarak sağlığın sosyo-ekonomik yönleri üzerinde durmuştur. Üçüncü dönem ise 1988’den günümüze kadar olan dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde ekonomik kriz ve serbest piyasa ekonomisi gibi etkenler DSÖ’yü de etkilemiş ve gerek mali sorunlar gerekse de personel ve yönetim sorunları ile politika ve program sorunları DSÖ’nün sağlıkla ilgili yaklaşımının değişmesine neden olmuştur (Şemin ve Aksakoğlu, 1995: 45–50).

DSÖ İkinci Dünya Savaşı’ndan 1980’lerin başına kadar, sağlık ve refah konularında önemli bir uluslararası kuruluş olmuştur. Bu dönemde gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde aktif rol üstlenen kamu sektörü ile birlikte sağlık alanında ve sosyal şartlarda önemli iyileşmeler sağlanmıştır. 1978 yılında DSÖ önderliğinde imzalanan Alma-Ata Deklarasyonu’nda da temel sağlık hizmetleri ele alınmış ve sağlığın sosyal, ekonomik ve politik belirleyicileri üzerinde durulmuştur. Ancak 1980’lerle birlikte politik iklim değişmiş ve neoliberal bir dönüşüm ortaya çıkmıştır (Navarro, 2007). Bu dönüşüm ile birlikte DSÖ, kuruluş felsefesinden uzaklaşmış, sağlığı sosyal bir hak ve kamusal bir hizmet olarak ele alan anlayıştan kopmuştur (Dedeoğlu, 2010: 365). Böylece kamunun faaliyet alanı daralırken, özel

sektörün alanı artmıştır. Bu durum sağlık sektörünü de etkilemiş ve kamunun sosyal harcamalarının azalmasına, sağlık hizmetlerinin özelleşmesine, sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından finansmanının son bulmasına neden olmuştur. Bu değişim DSÖ'ye de yansımış ve DSÖ'nün 2000 yılında yayınladığı "World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance" isimli raporla da kâğıda dökülmüştür. Raporda ülkeler tıbbi bakımlarına göre sınıflandırılmış ve sağlık sigortasına sahip ülkeler performans listesinin üst sırasında yer alırken, ulusal sağlık hizmetine sahip ülkeler listenin alt sıralarında yer almıştır. DSÖ'nün paradigma değişikliğinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilen raporda, ayrıca sağlık hizmeti kullanıcıları müşteri olarak nitelendirilmiş ve piyasa içinde hizmetlerden yararlandıkları ifade edilmiştir (Navarro, 2007).

Günümüzde ise DSÖ, bir yandan yaşadığı ekonomik sorunlar nedeniyle diğer yandan da yönetim sorunları nedeniyle itibar ve etkinlik kaybına uğramıştır. Bu olumsuz duruma ekonomik krizler ve serbest piyasa ekonomisinin artan etkisi de eklenince, DSÖ iyice güç kaybetmiştir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995: 52). Bununla birlikte iklim değişikliği, açlık, yoksulluk, grip salgınları, savaşlar, HIV, sıtma ve tüberküloz gibi tüm dünyayı tehdit eden tehlikelerin ortadan kaldırılabilmesi için uluslararası bir kuruluş olan DSÖ'ye ihtiyaç devam etmektedir. Bu noktada DSÖ'den objektif, bilimsel, bilgi üreten ve teknik yardım sağlayan bir yaklaşım ve yapılanma beklenmektedir (Dedeoğlu, 2010: 365).

1990'larla birlikte DSÖ'nün güç ve etkinlik kaybetmesi üzerine ortaya çıkan otorite boşluğu, mali açıdan son derece güçlü olan DB tarafından doldurulmuştur (Kutbay, 2002: 34). DB, DSÖ'den daha fazla bir bütçe ile sağlık alanında ülkelere krediler vermeye başlamıştır. Bu noktada dikkat çeken ise Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin öne çıkan rolü olmuştur. Devletlerin katkısı düzeyinde söz sahibi olduğu DB'de, ABD'nin hâkimiyeti söz konusudur. Bu hâkimiyet DB'nin sağlık politikaları için de geçerlidir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995: 52).

DB ilk olarak 1979 yılında Nüfus, Sağlık ve Beslenme Birimini kurarak sağlık programları ve sağlığın diğer bileşenleri hakkında projeler geliştirmeye başlamış ve 1980'lerle birlikte DSÖ üzerinde artan bir etki oluşturmuştur. 1980 yılında yayınlanan Dünya Kalkınma Raporunda, sağlık ve beslenmenin

iyileştirilmesi suretiyle ekonomik büyümenin hızlanacağını savunan DB, bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için kredi vermeye başlamış ve sağlığın finansmanında özel sektör ve kamunun rolünü tartışmaya açmıştır (Brown vd., 2006: 67).

1987 yılından itibaren sağlık sistemlerinin geliştirilmesine yönelik mali desteğinden vazgeçen DB, bunun yerine yapısal düzeltme programlarının sağlık alanında neden olduğu sorunları azaltmaya öncelik vermiştir. Yine bu dönemde DB sağlık alanında liderlik üstlenerek sağlık politikalarına yön vermeye başlamıştır. Nitekim 1987 yılında yayınlanan “Financing Health Services in Developing Countries” isimli rapor ile sağlık hizmetlerinde önceliği devletten alarak özel sektöre bırakmayı öngören anlayış da bunun bir yansıması olarak nitelendirilmiştir (Buse, 1994, alıntılan Şemin ve Aksakoğlu, 1995: 51–52).

1990'lara gelindiğinde DB'nin verdiği sağlık kredilerinin hem sayısı artmış hem de yürütülen projelerin niteliği değişmiştir. “Politika reformu” yaklaşımı doğrultusunda sağlık kredileri, özellikle az gelişmiş ülkelerde özelleştirme politikalarını desteklemek amacıyla kullanılmaya başlamıştır. Buradaki temel yaklaşım koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör tarafından verilmesi yönünde olmuştur. Bunu gerçekleştirecek araçlar ise yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme olarak belirlenmiştir. Yerelleştirme hastanelere daha fazla özerklik verilmesini ve kaynakların bölgesel kademeyle aktarılmasını ifade etmektedir. Fiyatlandırma ise, sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesini ve finansmanın sigorta sistemleri ile karşılanmasını öngörmektedir. Son olarak özelleştirme de önce kimi hastane hizmetlerinin özelleştirilmesi, ardından da hastanelerin özelleştirilmesi anlamına gelmektedir (Güler, 2005: 192–194).

DB'nin yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları üzerine kurduğu sağlık politikalarını, Bankanın 1994 yılında Uganda için hazırladığı raporda da görmek mümkündür. DB söz konusu raporda, sağlık sektörüne yönelik bir model çizmekte ve buna göre temel sağlık hizmetlerinin sağlanması için sivil toplum kuruluşları ve özel sektörün desteklenmesi ve teşvik edilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır. Bunun yanında, merkezi hükümetin sağlık birimlerine daha fazla

özerklik sağlanması öngörülmekte ve merkezi hükümetin sağlık politikalarını belirlemesi, sağlık hizmetlerinin sunumunu ise özel sektöre ve yerel yönetimlere bırakması vurgulanmaktadır. Ayrıca yeni finansman mekanizmalarının tesis edilmesi üzerinde durulmaktadır (WB, 1994: 16–19).

DB ile Türkiye arasında da sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması için proje anlaşmaları yapılmıştır. 1990’lı yıllarda DB ile üç ikraz anlaşması yapılmış; 7 Ekim 1990, 22 Aralık 1994 ve 17 Aralık 1997 tarihlerinde üç anlaşma imzalanmıştır. Bu anlaşmalar ile genel olarak temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında yeni yöntemler belirlenmesi ve aile hekimliği sisteminin kurulması öngörülmüştür (Kutbay, 2002: 34–35). Daha sonra 2003 ve 2004 yıllarında DB ile yeni anlaşmalar imzalanmıştır. Bu anlaşma sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında önemli değişiklikler öngören “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hayata geçirilmiştir.

DSÖ’nün azalan rolüne karşıt olarak etkinliği artan ve dünya ülkelerinin sağlık politikalarını etkileyen bir diğer uluslararası kuruluş ise DTÖ’dür. DTÖ’nün sağlık politikaları üzerindeki etkisi Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS- General Agreement on Trade in Services) aracılığıyla olmaktadır. 1995 yılında kurulan DTÖ, üye ülkelerde tam istihdamı sağlayarak hayat standartlarını ve gelirleri yükseltmeyi, üretim ve ticareti yaygınlaştırmayı ve dünya kaynaklarının optimal bir şekilde kullanılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. GATS ise DTÖ’yü kuran anlaşmanın eklerinden biridir. GATS, uluslararası hizmet ticareti ile ilgili olarak temel kavram, kural ve ilkeleri belirleyen ilk çok taraflı anlaşma niteliğindedir. DTÖ kamu hizmetini, “ticari bir temelde ve bir veya birçok hizmet sunucusuyla rekabet içinde verilmesi gerekmeyen hizmet” olarak tanımlamaktadır (İnsel, 2004: 155). GATS ise, devlet eliyle verilen hizmetler dışındaki tüm hizmetleri kapsamaktadır. Devlet eliyle verilen hizmetler ise, ticari olmayan ve bir ya da daha fazla hizmet sağlayıcısının rekabette olmadığı hizmetleri ifade etmektedir. Dolayısıyla, tamamen kamu tarafından yerine getirilmeyen, kısmen de olsa piyasaya açılmış olan tüm hizmetler, GATS’a göre ticari hizmet olarak kabul edilmektedir. Görüldüğü gibi GATS’ın tanımına göre eğitim, sağlık, posta hizmetleri, ulaşım ve enerji gibi hizmetler, kamu hizmeti kapsamına alınmamakta ve piyasa sürecinde verilebilecek hizmetler olarak kabul edilmektedir (Güzelsarı, 2003: 122). DTÖ ve GATS, kamu

hizmeti kavramının sınırını oldukça daraltmakta ve yeni dönemim kamu hizmeti algısını ve tanımını ortaya koymaktadır.

DTÖ'ye üye ülkeler, GATS aracılığıyla taahhüt listeleri hazırlamakta ve hizmet sektörlerinde yabancı hizmet üreticilerine uyguladıkları kısıtlamaları ve hizmet sektöründeki son durumu belirlemektedirler. Bu kapsamda Türkiye de çalışmalarda bulunmuş ve mesleki hizmetler, haberleşme hizmetleri, ulaştırma ve eğitim gibi alanlarda taahhüt listeleri hazırlamıştır. GATS kapsamında Türkiye'nin taahhütte bulunduğu hizmet sektörlerinden biri de "sağlık ile ilgili ve sosyal hizmetler, hastane hizmetleri"dir (Özen, 2002: 42–43).

GATS bağlamında hükümetler, hangi hizmetlerin GATS kapsamında olacağını belirleme özgürlüğüne sahiptir. Fakat DTÖ, mümkün olduğunca tüm sektörlerin piyasaya, rekabete ve küresel sermayeye açılmasını istemekte ve bunu teşvik etmektedir. Sektörleri belirledikten sonra hükümetlerin müdahale özgürlüğü sınırlı olmaktadır. Hükümetler taahhütlerini değiştirmekte serbestken, söz konusu taahhütlerin başka taahhütler sağlanarak "telafi edilmesi" gereklidir. "Kamu hizmetleri" ile ilgili genel koruma hükmü ise oldukça dardır (Koivusalo, 2006: 20–21).

GATS kapsamında gerçekleştirilen ticaret anlaşmaları, azımsanmayacak sayıda hizmet sözleşmesi ve özel sağlık sektörü ile yakından ilgilidir. Hastanelerin özelleştirilmesi, hizmet sözleşmeleri, kullanıcı katkıları ve sağlık hizmetlerinde rekabet anlayışının varsayılan yararları, organizasyonda ve sağlık hizmetinin finansmanında değişikliklere neden olmaktadır. 20 yıldan uzun bir zamandır sağlık hizmetleri reformu, sağlık sistemlerindeki politika değişikliğinin ana çerçevesini oluşturmaktadır. Özelleştirme, hizmet sözleşmeleri ve kullanıcı giderinin paylaşımı, sektörel reform politikaları ve programları aracılığıyla hayata geçirilmektedir (Koivusalo, 2006: 21–22).

GATS ile asıl olarak ülkelerin kamu hizmetlerinin özel sektöre ve dış piyasalara açılmasının amaçlandığını söylemek mümkündür. Bu sürece de DTÖ liderlik yapmaktadır. DTÖ liderliğinde ve yapısal reformlar doğrultusunda, kamu hizmetlerinin karşılıklı serbestleştirilmesi ve uluslararası ticaret hukukunun baz alınması öngörülmektedir. DB, IMF ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar da kamu

harcamaları içinde oldukça önemli bir yer tutan sağlık ve eğitim hizmetlerinin özel sektöre açılması fikrini desteklemektedirler (Özen, 2002: 44–45). DB ve IMF gibi kuruluşlar, finansal destek mekanizması ile sağlık politikalarının belirlenmesine etki etmektedirler. OECD, DSÖ ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) gibi uluslararası kuruluşlar ise sahip oldukları uzmanlık bilgileri ile bu süreçte yer almaktadırlar (Koivusalo, 2006: 22).

Gelişmekte olan ülkelerin 1980'lerden itibaren yaşadığı ekonomik sorunlar ve sıkıntılar, IMF ve DB gibi uluslararası finans kuruluşlarının bu ülkelere Yapısal Uyum Programları adı altında müdahale etmelerine zemin hazırlamıştır. Söz konusu kuruluşlar, krediler karşılığında finans sektörü, yönetim ve sosyal güvenlik alanlarında çeşitli yapısal uyum politikalarının uygulanmasını öngörmüşlerdir. Bu paralelde sağlık hizmetleri reformu da kredilere ve yapısal uyum programlarına konu olmuştur (Ağartan, 2007: 41–42). Yapısal uyum programları kamusal harcamaların kısılmasını, devletin küçültülmesini, devletin boşalttığı alanların özel sektör tarafından doldurulmasını ve ticari liberalleşmeyi salık vermiş, sağlık sektörünü de bu doğrultuda düzenlemiştir. Düzenleme neticesinde sağlık alanında öncelikle sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve fiyatının artması söz konusu olmuş, ardından kullanıcı katkıları gündeme gelmiştir. Buna bağlı olarak özellikle yoksul kesimlerde sağlığın olumsuz yönde etkilendiği gözlenmiştir. Bunun yanında yapısal uyum programları nedeniyle devletin sosyal alanlara desteği azalmış, işsizlik oranı artmış ve düşük ücret uygulamasına geçilmiştir. Tüm bu gelişmeler de sağlık üzerinde olumsuz bir tablo çizmiştir (Yıldırım, 2000: 70–81).

3.2.2. Avrupa Birliği'ne Üyelik Süreci

Türk sağlık sisteminde uzun zamandır reform ihtiyacından bahsedilmekte ve bu ihtiyaca yönelik düzenlemeler yapılmaktadır. Sağlık reformlarının bir boyutunu da, kimi iç ve dış faktörlerin yönlendirdiği düzenlemeler oluşturmaktadır. Bunun son örneği Sağlıkta Dönüşüm programı olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer boyutunu ise Avrupa Birliği (AB)'ne uyum süreci kapsamında gerçekleştirilen reformlar oluşturmaktadır. AB'ye uyum sürecinde gerçekleştirilen sağlık reformları diğer reformlarla doğrudan bir bağlantı içinde değildir (Yıldırım ve Yıldırım, 2008: 1–2).

Türkiye AB'ye üyelik sürecinde 24 Mart 2001 tarihinde "Ulusal Program"ı yayımlamıştır. Ulusal programda Birlik müktesebatına uyum sağlamak amacıyla Türk mevzuatında gerekli olan değişikliklerin, yeniliklerin ve oluşturulması gereken yeni kurumların ve bu düzenlemelerin gerektireceği finansmanın belirlenmesi öngörülmüştür. Ulusal program doğrultusunda AB sağlık mevzuatına uyum sağlanması amaçlanmaktadır (Can, 2001: 1392). Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nı ilgilendiren konularda AB müktesebatına uyum çalışmalarını yürütmek ve gerekli konularda işbirliği yapmak üzere koordinasyonu sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı kurulmuştur (Turan, 2004: 52–53).

AB'ye üye ülkelerin sağlık sistemlerine ve sağlık programlarına bakıldığında, tüm AB ülkeleri için geçerli ortak bir sağlık sisteminden veya sağlık politikasından söz etmek mümkün değildir³⁰. İtalya ve İngiltere gibi kimi AB ülkelerinde sağlık hizmetleri tamamen devletin sorumluluğunda iken, Belçika ve Fransa gibi bazı AB ülkelerinde kamu ve özel sektör ortaklığı söz konusudur. Dolayısıyla AB'de ortak bir sağlık politikası veya sistemi bulunmamakta, buna karşılık Birlik içinde yapılan düzenlemelerde sağlık konularına da yer verilmektedir (Can, 2001: 1392–1393). Diğer yandan, ortak bir sağlık politikası olmamakla birlikte, AB'ye üye ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerinin ortak noktalarından söz etmek mümkündür. Bu noktada dayanışma, herkesi kapsama ve hakkaniyet gibi ilkeler öne çıkmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 194).

AB'de sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri üye devletlerin kontrol ve sorumluluğu altındadır. Sağlık sistemlerinin nasıl yönetileceği, sağlık sektörüne ayrılacak payın büyüklüğü, devletlerin kendi kararlarına göre şekillenmektedir. Üye devletler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmak, sağlık alanına yönelik yeni yatırımlar yapmak ve yaşlı nüfusun artan sağlık ihtiyaçlarına cevap vermek gibi konularda çözüm arayışı içindedirler. Bu noktada AB, sağlık konusunun

³⁰ AB mevzuatında sağlık alanı ile ilgili düzenlemeler öncelikle kurucu anlaşmalarda ele alınmış ve sağlık konuları sosyal politika içinde düzenlenmiştir. 1993 tarihli Maastricht Anlaşması'nda ise sağlık politikasının resmi hedefleri belirlenmiş ve sağlık politikasına Birliğin diğer politikaları arasında yer verilmiştir. Maastricht ve Amsterdam Anlaşmaları ile sağlık çalışanları ve hastalar dahil kişilerin, sağlık sektörünü de kapsayan hizmetlerin ve tıbbi cihazlar ve farmasotik ürünler dahil malların AB içinde serbest dolaşımı kararlaştırılmıştır (Can, 2001: 1393).

tüm AB belgelerinde yer alması, AB vatandaşlarının korunması ve sağlık konusunda bilgilendirilmesi görevlerini yerine getirmektedir (Giray, 2007: 264).

Diğer yandan AB’de geçerli olan yerindenlik ilkesi gereğince kararlar ve politikalar karardan etkilenecek vatandaşlara en yakın idari birim tarafından alınmaktadır. Yerindenlik ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yönetimi, finansmanı ve sunumu üye ülkelerin sorumluluğuna bırakılmaktadır. AB’ye üye ülkeler tek bir sağlık politikasından sorumlu tutulmayıp, ülkelerin kendi yapılarına göre bir sağlık sistemi oluşturması benimsenmektedir (Akdur, 2003: 51).

Ulusal program doğrultusunda Türk mevzuatının AB müktesebatına uyum sağlaması amacıyla, sağlık alanında çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. AB müktesebatına uyum çerçevesinde yapılan bu düzenlemeler, yedi başlıkta toplanmaktadır (Akdur, 2003: 69–78):

Malların serbest dolaşımı: Tıbbi ürünler, kozmetikler ve tıbbi cihazlar gibi malları içermektedir.

Tüketicinin korunması: Tüketicinin sağlığını ve güvenliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Buna göre AB sınırları içindeki ülkelerde, piyasaya sürülen tüm mallar bir standarda dayanmalı ve tüketicinin sağlığını ve güvenliğini tehlikeye atacak ürünlerin piyasaya arzı engellenmelidir.

Kişilerin serbest dolaşımı: İşçilerin serbest dolaşımı ile hizmetlerin/serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımını kapsamaktadır. Hizmetlerin/serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımı tıp doktorları, diş tabipleri, eczacılar, hemşire ve ebeleri de içermektedir.

Sosyal politikalar ve istihdam: Bu başlıkta kamu sağlığı alanında sağlığın geliştirilmesi amaçlanmakta ve bulaşıcı hastalıklar ve kanser gibi konular üzerinde durulmaktadır.

Çevre koruma konusunda uyum: Hava kalitesi, atık yönetimi ve su kalitesi gibi konuları kapsamaktadır.

İstatistik işlerinde uyum: Sağlık verileri de dahil olmak üzere, tüm istatistiksel verilerin toplanmasını ve yayımlanmasını öngörmektedir.

Gümrük işbirliği: AB ile ilgili anlaşma, protokol ve ek protokollere taraf olmayı ifade etmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı da, AB'ye uyum süreci açısından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. SDP ile birlikte halkın yaşam kalitesinin daha da yükseltilmesi, kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması suretiyle sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve sağlık hizmetlerinin Avrupa Birliği normlarına uygun bir şekilde yapılandırılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 22).

Diğer yandan 2005 yılında Türkiye ile AB arasında katılım öncesi müzakerelerin resmen başlaması ve Türkiye'nin aday ülke konumundan katılımcı ülke konumuna geçmesi birlikte, sağlığı ilgilendiren konularda mevzuat uyumu çalışmalarında yeni bir döneme girilmiştir. Bu dönemde müzakereler 35 başlıkta yürütülmektedir. Ancak AB müktesebatında "sağlık" başlığının bulunmaması nedeniyle sağlığı ilgilendiren konular 35 müktesebat başlığının birçoğuna yayılmış durumdadır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın iştirak ettiği müktesebat başlığı toplantıları ise şunlardır: Malların serbest dolaşımı, işçilerin serbest dolaşımı, iş kurma hakkı ve hizmet sunumu serbestîsi, şirketler hukuku, fikri mülkiyet hukuku, tarım ve kırsal kalkınma, gıda güvenliği, veterinerlik ve bitki sağlığı, balıkçılık, istatistik, sosyal politika ve istihdam, yargı ve temel haklar, adalet, özgürlük ve güvenlik, çevre, tüketicinin ve sağlığın korunması, gümrük birliği ve dış ilişkilerdir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 23,25).

3.2.3. Yeni Kamu İşletmeciliği Anlayışı

Teorik temelleri ekonomi ve işletmecilik alanlarına dayanan Yeni Kamu İşletmeciliği (YKİ) (New Public Management) anlayışı; ekonomik, sosyal ve siyasal bir takım nedenler sonucu ortaya çıkmıştır. Ekonomik açıdan, 1980'lerde ulusal ve küresel bazda etkili olan ekonomik durgunluk önemli rol oynamıştır. Ekonomik darboğaz, artan borç yükü ve sınırlı kaynaklar, refah devleti ve geleneksel kamu yönetimi anlayışından uzaklaşılmasına ve yeni arayışlar içine girilmesine neden olmuştur. Bunun yanında eğitim düzeyi artan ve hakkını arama bilinci oluşan vatandaşlar, siyasi otoriteyi sorgulamaya ve daha kaliteli hizmet beklentisi içine girmeye başlamışlardır. Bu durum, devletleri kamu kaynaklarını daha verimli

kullanma çabası içinde olmaya zorlamıştır. Siyasal açıdan ise serbest piyasa mekanizması içinde kaynakların daha verimli kullanılacağını ve ekonomik gelişme sağlanacağını savunan yeni sağ ideoloji oldukça etkili olmuştur (Bilgiç, 2003: 29–31).

YKİ anlayışının özelliklerini şu dört başlıkta toplamak mümkündür (Eryılmaz, 2010: 23–25):

Âdem-i merkeziyetçi kamu yönetimi: YKİ anlayışı Weber’in bürokrasi modeline karşı çıkararak esnek, yumuşak hiyerarşi, dar ve az elemanlı merkez, geniş-yatay çevre ve âdem-i merkeziyetçi bir kamu yönetimi örgütlenmesi öngörmektedir.

Sınırlı devlet: “Minimal devlet” anlayışı doğrultusunda, devletin sınırlandırılmasını ve özellikle ekonomik faaliyet alanının daraltılmasını benimsemektedir.

Hesap verebilirlik ilkesi: YKİ anlayışı hesap verebilirlik ilkesini öne çıkarmakta ve kamu yönetimin sadece siyasi liderlere değil, aynı zamanda vatandaşlara karşı da sorumluluğuna vurgu yapmaktadır.

Piyasa temelli kamu yönetimi: YKİ anlayışı piyasayı temel almakta ve işletme biliminin teknik ve yöntemlerinin kamu yönetimine aktarılmasını savunmaktadır. Performans hedefleri, çıktılar, hizmetlerin etkililiği ve verimliliği üzerinde durmakta ve müşteri merkezli hizmet anlayışı ile piyasa sistemine öncelik vermektedir.

YKİ anlayışı birçok alanı olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemiş ve bu alanda yapılan reformlara yön vermiştir. YKİ stratejilerinin sağlık alanındaki etkilerini üç noktada ele almak mümkündür. Bunlardan ilki kullanıcı ücretleri ve tedarikçi rekabetini içeren gerçek piyasa reformlarıdır. İkincisi sözde piyasa temelli reformlardır ve satın alan-tedarikçi ayrımını, sözleşme yapılmasını ve diğer piyasa benzeri reformları içermektedir. Sonuncusu ise âdem-i merkeziyetçilik (desantralizasyon), diğer bir ifadeyle özelleştirmenin kamu sektöründeki eşdeğeridir (Khaleghian ve Das Gupta, 2005: 1084).

YKİ anlayışının sağlık sektörü üzerindeki yansıması, öncelikli olarak özel sektörün sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda daha fazla rol oynamaya

başlaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında pazar temelli bazı yaklaşımlar kamu sağlık sistemlerini de etkilemekte ve kamu kesimi-özel sektör ortaklıkları gündeme gelmektedir. Sağlık alanında rekabet anlayışının yerleşmesi desteklenmekte ve sivil toplum örgütlerinin politika oluşturma ve hizmet sunumuna dahil edilmesi benimsenmektedir. Bunların yanında sağlık alanında özerklik ve desantralizasyonun inşa edilmesi ve uygulanması öngörülmektedir (Balcı, 2005: 6).

Sağlık sektörüne YKİ anlayışının uyarlanması sonucunda öncelikli olarak sağlık hizmetleri kamunun tekelinden çıkmakta ve kamunun boşalttığı alanlar özel sektör ve sivil toplum kuruluşları tarafından doldurulmaktadır. Desantralizasyon, sağlık sisteminde de uygulanmakta ve merkezi hükümetin rolü politika belirleme, planlama ve koordinasyonla sınırlandırılmakta ve hizmet sunumu yerel yönetimlere devredilmektedir (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 145–146).

YKİ'nin benimsediği verimlilik, rekabet, performans, müşteri odaklılık gibi ilkeler de sağlık hizmetlerinin sunumunda öne çıkmaktadır. Ayrıca, bu kapsamda hasta haklarına vurgunun arttığını ve kalite kültürünün yaygınlaştırıldığını söylemek de mümkündür.

3.2.4. Nüfus Artışı ve Demografik Yapıdaki Değişiklikler

Sağlık hizmetleri talebini artıran önemli faktörlerden biri de nüfusun artması, yer değiştirmesi ve demografik yapının değişmesidir. Hem toplam nüfustaki artış, hem de yaşlı nüfusun oranındaki artış sağlık hizmetleri talebini etkilemektedir (Kurtulmuş, 1998: 165). Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacı artmakta ve bireyler daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır. Ayrıca yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların tedavisi daha uzun sürmekte ve tedavi için pahalı teknoloji gerekmektedir. Dolayısıyla bu durum, yaşlı nüfusun oranının yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının, genç nüfusun fazla olduğu ülkelere göre daha yüksek olmasına yol açmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri arttıkça ve nüfusları yaşlandıkça sağlık hizmetlerine olan talep de artmaktadır. Gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfus oranının, gelişmekte olan ülkelerin de genç nüfus oranının fazla olduğunu söylemek mümkündür. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelere yakın bir gelecekte yaşlı nüfus oranının artacağı da bir gerçektir. Bu noktadan hareketle

gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelere ders çıkarması ve buna yönelik önlemler alması faydalı olacaktır (WB, 1994: 45–46).

Sağlık alanında yaşanan ilerlemeler, artık insanların genç yaşta bulaşıcı hastalıklara yakalanmasını engellemekte ve daha uzun yaşamasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte, uzun yaşam beraberinde kronik hastalıklara yakalanma riskini ve daha fazla sağlık hizmeti talebini de getirmektedir. Bu durum sağlık hizmetleri talebinin türünü değiştirmekte, koruyucu sağlık hizmetleri yerine daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini öne çıkarmaktadır (Ağartan, 2007: 45–46). Bu durum çoğunlukla gelişmiş ülkeler için geçerlidir. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelere ise farklı bir durumla karşılaşılmaktadır. Gelişmiş ülkelere farklı olarak gelişmekte olan ülkelere, bulaşıcı hastalıkların oluşturduğu risk ortadan kalkmamış, aynı zamanda yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar da baş göstermiştir. Bunun yanında kırdan kente göç ve çarpık kentleşmenin neden olduğu sağlık sorunları da söz konusu olmuştur. Çünkü gelişmekte olan ülkelerdeki kentleşme; sanayileşme ve ekonomik büyümenin değil, kırsal yoksulluk ve yoksunluğun bir sonucudur. Bu ülkelere kimi zaman temiz suya, sağlık önlemlerine ve koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşabilenlerin sayısı sınırlı olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere, sağlık sistemleri yoksullaşmış banliyö sakinleri için temel koruyucu sağlık hizmetleri sağlamak sorunuyla yüz yüzedirler (İslam ve Tahir, 2002: 162–163).

Ortalama hayat süresinin uzaması ve bunun sonucu olarak toplumdaki yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerine olan talebi de artırmaktadır. Nüfus istatistikleri de bunu doğrulamakta ve özellikle gelişmiş ülkelere nüfusun giderek yaşlandığını ortaya koymaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelere ve gelişmekte olan ülkelere çekirdek aile sayısında yaşanan artışın da bunda payı olmaktadır. Çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ile birlikte, yaşlıların evde değil hastanelerde veya huzurevlerinde bakımı söz konusu olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 61–62). Böylece bakıma muhtaç yaşlılar topluluğu ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireylerin hastalıkları ise çoğu zaman ciddi ve kronik olmakta ve uzun tedavi süreçleri gerektirmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 213). Bu ise sağlık hizmetlerinin maliyetini büyük oranda artırmaktadır.

Türkiye açısından bakıldığında, Türkiye’de ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmıştır ve ülkenin nüfusu 13,6 milyon olarak saptanmıştır (HÜNEE, 2004: 7). Günümüzde ise Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre yapılan son nüfus sayımı verileri 31 Aralık 2009 tarihine aittir. Bu tarih itibarıyla Türkiye nüfusu 72.561.312 kişidir. Nüfusun %50.3’ünü (36.462.470 kişi) erkekler, %49.7’sini (36.098.842 kişi) ise kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye’de nüfusun yarısı 28.8 yaşın altıdadır, diğer bir ifadeyle ortanca yaş 28.8’dir. 15–64 yaş grubunu oluşturan çalışma çağında bulunan nüfus ise toplam nüfusun %67’sini oluşturmaktadır. Türkiye nüfusunun %26’sı 0–14 yaş grubunda bulunurken, %7’si ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır (TÜİK, 2010). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan tahminlere göre, nüfusun 2025 yılında 88 milyona, 2050 yılında da 96.4 milyona çıkması beklenmektedir. Bunun yanında Türk insanının doğuştan beklenen yaşam süresi son 20 yılda artmıştır ve önümüzdeki 20 yıl boyunca da artmaya devam etmesi beklenmektedir. Dolayısıyla Türkiye açısından bakıldığında, demografik yapının önemli bir değişim geçirdiğini ve bu değişimin ilerleyen yıllarda da devam edeceğini söylemek mümkündür (Erdönmez, 2007: 64).

Türkiye’de nüfus artmakla birlikte nüfus artış hızı da düşmektedir. Yıllık nüfus artışı 1960 yılına kadar yüzde 3 civarındayken, 2000 yılında yüzde 2’nin altında kalmıştır. Günümüzde ise yıllık nüfus artışı yüzde 2 civarında devam etmektedir. Yıllık nüfus artış hızındaki düşüşe paralel olarak doğurganlık oranı da son 25 yıldır düşmektedir. Kadın başına çocuk sayısı 1945–1950 yılları arasında 6.9 iken bu oran 1993 yılında 2.7’ye düşmüştür. 2007 yılında 2.17 olan kadın başına çocuk sayısının 2025 yılında 1.97’ye düşmesi tahmin edilmektedir. Doğurganlık oranındaki bu düşüş sonucunda nüfus yapısında önemli bir değişim olması ve 20 yaş altındaki nüfusun toplam nüfusa oranının düşmesi beklenmektedir. Diğer bir ifadeyle 65 yaş üstü nüfusun oranının artacağı ve genç nüfusun oranının azalacağı tahmin edilmektedir. Nüfus tahminleri de 65 yaş ve üstü nüfus grubunun artma eğiliminde olduğunu ve 1/20 olan yaşlılık oranının 1/6’ya yükseleceğini öngörmektedir. Yaşlı nüfusun oranındaki artışın, özellikle ilerleyen yıllarda çalışan nüfus üzerinde ciddi bir baskı oluşturması beklenmektedir (Erdönmez, 2007: 64–65). Görüldüğü üzere günümüzde Türkiye nüfusu genç bir nitelik taşımakla birlikte, nüfus artış hızındaki düşüşe paralel olarak nüfus yaşlanma eğilimine girmiştir. Yakın zamanda yaşlı

nüfusun oranının daha da artması beklenmektedir. Dolayısıyla kısa bir süre sonra yaşlı nüfusun sağlık sistemi üzerinde oluşturacağı baskı daha büyük nitelikte olacaktır. Bu nedenle sağlık sisteminde yaşlanan nüfusu dikkate alan değişiklikler yapılması kaçınılmaz olmaktadır (Kuşoğlu, 2001: 81)³¹.

Toplumdaki bireylerin yaşına ve yerleşim birimine göre, görülen hastalıkların türü ve oranı da değişmektedir. Kimi zaman da bazı sağlık sorunları ve hastalıklar bakımından özel risk grupları bulunmaktadır. Bu nedenle bir ülkedeki sağlık sorunları türlerinin ve boyutlarının belirlenebilmesi için nüfus büyüklüğünün ve yapısının bilinmesi ve nüfus eğiliminin takip edilmesi gerekmektedir. Sağlıklı bir toplum oluşturmak için gerekli önlemlerin alınması amacıyla, her ülke kendi nüfus yapısını ve büyüklüğünü takip etmeli, risk gruplarındaki değişimleri kontrol altında tutmalı ve eğilimler hakkında öngörülebilir bulunabilmelidir (Tezcan, 2001: 66).

Diğer yandan nüfusun kent veya kır ağırlıklı oluşu ve bölgesel dağılımı da sağlık sorunlarının belirlenmesi ve sağlık politikalarının saptanması açısından önemlidir. Türkiye örneğinde konuya bakılacak olursa, özellikle 1950'lerden sonra kırdan kente olan göç hızlanmış ve kentlerdeki nüfus sayısı artmıştır. Önceleri kırsal nüfus ağırlıkta iken, günümüzde kent nüfusu kır nüfusundan daha fazla sayıya ulaşmıştır (Tezcan, 2001: 66). Nitekim günümüzde nüfusun %65'i kentlerde yaşamaktadır. Yapılan tahminlere göre, kentsel nüfus oranının yakın gelecekte %80'e ulaşması beklenmektedir. Yaşanan hızlı kentleşme süreci sonucunda altyapı ve şehircilik hizmetleri yetersiz kalmış, sağlık hizmetleri sunumunda sorunlar yaşanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 13). Kırdan kente göç ve bölgesel açıdan değişen nüfus yoğunlukları sonucunda, sağlık sorunlarının türü ve boyutu değişmektedir. Bu nedenle kent-kır nüfusu ve bölgesel nüfus gibi verilerin takip edilmesi sağlık politikalarının belirlenmesinde yol gösterici olacaktır (Tezcan, 2001: 66-67).

³¹ Türkiye'de 2007 yılında DPT tarafından nüfusun değişen yapısı ve yaşlıların durumuna yönelik olarak "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" adıyla bir rapor hazırlanmıştır. Raporla Türkiye'deki yaşlı nüfus ile ilgili mevcut durum saptanması yapılmış ve yaşlanma ile ilgili eylemler belirlenmiştir. Mevcut durum analizinde, Türkiye'nin profili ve demografik yapısı ele alınmış, yaşlı nüfusun durumu ve gelişimine ilişkin analizler, yaşlılara götürülen hizmetler, uygulanan politikalar ve uluslararası taahhütler ortaya konulmuştur. Raporun ikinci bölümünü oluşturan Eylemler bölümünde ise, Yaşlılar ve Kalkınma, Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması ve Yaşlılıkta Olanaklar Sunan, Destekleyici Ortamların Sağlanması'na yönelik mevcut durum analiz edilmiş ve eylemler önerilmiştir (DPT, 2007: 1-2).

3.2.5. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinde ve Sağlık Teknolojilerinde Ortaya Çıkan Gelişmeler

Sağlık hizmetlerinin değişimini etkileyen faktörlerden biri de bilgi ve iletişim teknolojilerinde meydana gelen gelişme ve yeniliklerdir. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler birbirleriyle ilişkili oldukları söylenebilecek dört sonuç ortaya çıkarmıştır. Öncelikle bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeye paralel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesi³² ve verimliliği artmıştır. Zira bu teknoloji sayesinde sağlık verilerinin zamanında ve doğru olarak toplanması ve aktarılması mümkün olmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda koordinasyon gerçekleştirilmiş ve kaynakların daha etkin kullanımı sağlanmıştır. Özellikle yaşlılar ve kronik hastalık sahipleri gibi, birden fazla doktor tarafından tedavi edilen hastalar için sağlık bilgilerinin doğru bir şekilde toplanması ve aktarılması büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan kronik hastalıklar birçok kamu sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin önünde engel olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hem diyabet ve kalp yetmezliği gibi son derece yaygın olan kronik hastalıkların yönetiminde, hem de yaşlıların bakım ve tedavisinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı artırılmaktadır (OECD, 2010a: 12–13).

Ayrıca bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı ile birlikte klinik hizmetlerinin işletme maliyeti azaltılmıştır. Çünkü bilgi ve iletişim teknolojileri, hem veri işleme sürecinden tasarruf sağlamış hem de belgelerin tekrar elden geçme oranını azaltmıştır. Bunun sonucunda iş yapma yöntemlerinde iyileşmeler sağlanmış ve klinik hizmetlerinin işletme maliyetinin azaltılmasına katkıda bulunulmuştur. Diğer yandan bu iyileşmeler, personelin verimliliği üzerinde de olumlu etkiler göstermiştir. Örneğin pratisyen hekimler yeni teknolojiler sayesinde hastaların tıbbi kayıtlarına ve ilaç listelerine daha fazla erişim olduğunu belirtmişlerdir (OECD, 2010a: 13).

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde meydana gelen yenilikler ayrıca idari maliyetleri de azaltmıştır. Sağlık hizmetlerinin idari boyutunu oluşturan faturalar, tasarrufları görebilmek için temel bir veri kabul edilmektedir. Bu noktadan hareketle idari harcamalar üzerinde yapılan araştırmalarda verilerin elektronik ortamda

³² Sağlık hizmetlerinin her geçen gün karmaşıklaşan yapısı, sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesini daha önemli hale getirmektedir. Kalitenin ölçülmesi ise kalite hedefine ulaşmada ilk ve önemli bir adım olarak kabul edilmektedir (OECD, 2010b: 9).

tutulması sonucunda idari giderlerde önemli tasarrufların sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (OECD, 2010a: 14).

Son olarak bilgi ve iletişim teknolojileri ile yeni bakım tarzlarının etkinleştirilmesi sağlanmaktadır. Çünkü bilgi ve iletişim teknolojileri ile sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde yenilik yaratılması ve çeşitli değişiklikler gerçekleştirilerek değer üretilmesi mümkün olmaktadır. Ayrıca bilgi ve iletişim teknolojileri, sahip oldukları dönüştürücü potansiyel ile sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yeni yöntemlerin geliştirilmesini sağlayacak niteliktedir. Hükümetler de sağlıktaki reform gündemini takip ederken bu potansiyelden yararlanmaktadır. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinin yenilenmesinde, kırsal bölgelerde ve merkeze uzak bölgelerde sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasında ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve performans göstergelerinin yükseltilmesinde bilgi ve iletişim teknolojilerine başvurulmaktadır (OECD, 2010a: 15).

Genel olarak teknolojik alanda ortaya çıkan yeniliklerin, sağlık alanında da etkili olması ile sağlıkta yeni teknolojiler kullanılmaya başlanmıştır (Ağartan, 2007: 46). Sağlık hizmetleri ve tıp alanında yapılan araştırma-geliştirme çalışmaları da sağlık alanında yeni teknik ve tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasına ve etkin olarak kullanılmasına yol açmıştır. Bu gelişmeler sonucunda tıbbi teknoloji sürekli yenilenirken, yeni teknolojilerin kullanımı da yaygınlaşmıştır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, hem manyetik rezonans gibi yeni makine ve ekipmanlar için, hem de hastalık sürecinin teşhis ve tedavisine yönelik yöntemler için geçerli olmuştur (Kurtulmuş, 1998: 63–64).

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde ve sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişim sağlık hizmetlerinin daha kolay, hızlı ve kaliteli sunulması, hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik yeni yöntemlerin geliştirilmesi ve idari masrafların azalması gibi olumlu sonuçlara yol açmıştır. Diğer yandan sağlık teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte, eskiye oranla daha pahalı olan tetkik ve tedavi yöntemleri ortaya çıkmış, ancak bu yeni teknolojilerin sunduğu olanaklar, hem bunları kullanmayı hem de örgütsel yapıları yeni teknolojinin gereklerine göre dönüştürmeyi gerekli kılmıştır. Bu yeni yöntemlerin tüm hastanelerde kimi zaman da gereksiz kullanılması ise sağlık

harcamalarını artırmıştır (Ağartan, 2007: 46). Diğer bir ifadeyle yeni teknoloji ürünlerinin alımı, hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının yeni teknolojiye uyumlu hale getirilmesi, yeni teknoloji ürünlerinin bakım ve onarım giderleri, yeni ürünlerin kullanımını konusunda personelin eğitilmesi gibi konular, sağlık harcamalarını artırıcı bir rol oynamıştır (Kurtulmuş, 1998: 64). Artan sağlık harcamaları hükümetleri yeni finansman kaynakları bulmaya yönlendirmiş ve sağlık politikalarında belirleyici olmuştur.

3.2.6. Refah Düzeyinin Yükselmesi ve Sağlık Hizmetlerine Olan Talebin Artması

İkinci Dünya Savaşı sonrasında yerleşen refah devleti anlayışı ile birlikte, sendikal örgütlenmeler de güç kazanmış ve sağlık taleplerinde bulunmuştur. Bunun yanında kapitalist üretim sürecinde insanların emeğini satarak gelir elde etmesi ve bunun sürdürülmesi gerekliliği sağlık ve eğitim harcamalarının artmasına neden olmuştur (Mutlu ve Işık, 2005: 217). Diğer yandan ülke üretimlerinin ve kişisel gelirin artması, beraberinde daha iyi yaşam koşulları beklentisini getirmiştir. Bu beklenti ise sağlık hizmetlerine olan talebi artırmıştır. Bu talebin kimi zaman kamu kurumları tarafından, kimi zaman da özel sektör tarafından karşılanması söz konusu olmuştur (Mutlu ve Işık, 2005: 211).

Özellikle son yıllarda refah seviyesinin ve buna bağlı olarak eğitim düzeyinin yükselmesi ile insanların sağlık konusunda bilinci artmıştır. Buna bağlı olarak sağlığın önemi daha iyi fark edilmiş ve bireylerin beklentileri ve sağlık hizmetlerine olan talebi de artış göstermiştir. Benzer şekilde ülkelerin gelişmişlik seviyesinin artmasıyla birlikte hayat standartları yükselmiş ve daha kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetleri talebi ve beklentisi öne çıkmıştır. Eğitim seviyesinin yükselmesi de bu gelişmelerde etkili olmuş ve bir yandan sağlık bilincini oluştururken diğer yandan da bireylerin sağlıklı yaşam talebini gündeme taşımıştır (Kurtulmuş, 1998: 61).

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Türk Sağlık Hizmetlerine Yansıması

Sağlık reformları özellikle 1960'lerden sonra Türkiye gündeminde olmuştur. 1961 yılındaki Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile ilk reform dalgası başlamıştır. Daha sonra küreselleşme ve liberalleşme hareketleri sağlık alanında da etkisini göstermiş ve 1990'larla birlikte ikinci reform dalgası

ortaya çıkmıştır. Son olarak 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile üçüncü dalga sağlık reformları ele alınmıştır. İkinci ve üçüncü dalga reform hareketlerinin içerik olarak birbirinden farklı olmadığı ileri sürülmektedir (Yıldırım, 2006: 1).

Birinci dalga sağlık reformlarını oluşturan kanunlar uygulanamazken ikinci dalgayı oluşturanlar ise kanunlaşp hayata geçirilememiştir. Buna karşılık üçüncü dalga sağlık reformları tek parti iktidarının da etkisiyle kanunlaşmakta ve uygulamaya koyulmaktadır (Sayan, 2007: 129). VIII. Kalkınma Planı döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır (DPT, 2006: 41).

SDP, Sağlık Bakanlığı'nın rolünün düzenleyicilikle sınırlandırılması, hizmet sunumunun ağırlıklı olarak yerel yönetimler ve özel sektör tarafından yapılması, herkesi kapsayacak bir genel sağlık sigortası oluşturulması ve aile hekimliği sistemine geçilmesi gibi hususlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. SDP ile öngörülen uygulamalar, özellikle de SDP'nin ilk dört bileşeni (Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü), DB'nin sağlık sektörü için öngördüğü düzenlemelerle de örtüşmektedir. Bu düzenlemelerde “özelleştirme, fiyatlandırma ve desantralizasyon” politikalarının öne çıktığı görülmektedir (BSB, 2008: 228).

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi

Refah devleti döneminde, sağlık sektöründe hizmet sunumu kamu eliyle yürütülmüş ve sağlık sektöründe söz konusu olan para, kamu kurumları tarafından değerlendirilmiştir. Buna karşılık neoliberal dönemde devlete yönelik bakış açısının değişmesiyle birlikte diğer pek çok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de dönüşüm yaşanmış ve sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşulları çerçevesinde özel sektöre açılması söz konusu olmuştur (TTB, 2005: 9–10). Sağlık hizmetlerinin özel

sektöre açılması kaçınılmaz olarak kar etme güdüsünü de beraberinde getirmiştir. Kar etme güdüsü, sağlık hizmetlerinin hedefi ve sonuçları üzerinde durmak yerine, sağlık hizmetlerinin kalitesine vurgu yapılmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin kalitesi noktasında ise sağlık hizmetlerinin hastalara uygun şekilde verilmesi, hastalık oranlarının azaltılması ya da koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi unsurlardan ziyade, sağlık tesislerinin daha donanımlı hale getirilmesi, kişi başına düşen hekim, hastane ve yatak sayısının artırılması, ilaç tüketimi ve sağlık harcamalarının artırılması gibi hususlar ön plana çıkarılmıştır (Herkesicinsaglik, 2008).

Neoliberal süreçte devletin sağlık alanındaki faaliyetlerinin sınırlanması ve özel sektörün hizmet sunumunda öncü rol üstlenmesi yönündeki anlayış, devletin sağlık harcamalarının azaltılması gayretleriyle de örtüşmektedir. Dolayısıyla Devletin sağlık harcamalarının azaltılması amacına yönelik olarak da özelleştirme düşüncesi öne çıkmaktadır. Bu noktada dört farklı özelleştirme türünden bahsetmek mümkündür. Öncelikli olarak kamu kesimi tarafından üretilen mal ve hizmetlerin finansmanının özelleştirilmesi karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında finansmanı kamu tarafından yapılan mal ve hizmetlerinin üretiminin özelleştirilmesi, diğer bir ifadeyle kamunun özel sektörden hizmet satın alması söz konusudur. Ayrıca kamu kurumlarının mülkiyetinin ve yönetiminin kısmen ya da tamamen özel sektöre devredilmesi ve kamuya ait tekellerin kaldırılması, diğer özelleştirme türleri olarak kabul edilmektedir. (Demiral vd., 1999: 416).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik düşünceler kalkınma planı gibi belgelerde de yer almıştır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda "Özelleştirme-Özerkleşme" başlığında konu ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Buna göre kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının özerkleştirilmesi, daha pahalı yatırım gerektiren hastane işletmeciliğinin özel sektör ve vakıflar tarafından üstlenilmesi, reformlar çerçevesinde hastanelerin özerkleşmesi konusu üzerinde durulmuş ve sağlık alanında vakıflara ve sivil örgütlere destek verilmesi önerilmiştir (DPT, 2001: 198).

Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda yer alan önerilere benzer uygulamalar, SDP kapsamında yeniden gündeme gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik adımlar daha çok SDP kapsamında gerçekleştirilen hastanelerin tek çatı altında toplanması ve kamu hastane birlikleri kurulmasına yönelik düzenlemelerle söz konusu olmuştur. 2005 yılında yürürlüğe giren 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile üniversite ve eğitim hastaneleri dışındaki sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri öngörülmüştür. Böylece bir yandan SDP'nin bileşenleri için ortam hazırlanırken diğer yandan da hastanelerin tek çatı altında toplanması ile Sağlık Bakanlığı'nın etki alanı genişletilmiştir. Böylece kamu hastanelerinin özerkleştirilmesinin önü açılmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış, GSS'ye ve özel sigortacılığa geçiş için altyapı oluşturulmuştur (BSB, 2008: 230).

Kamu Hastane Birlikleri ile İlgili Düzenlemeler: Komisyondan geçip Meclise sevk edilen Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı da benzer şekilde kamu hastanelerinin özerkleştirilmesini amaçlamaktadır. Bunun için de Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın politika belirleyen, piyasayı kontrol edip düzenleyen bir yapıya kavuşturulması planlanmaktadır. Tasarı ile kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk bir yapıya kavuşturması hedeflenmektedir (BSB, 2008: 232). Bu doğrultuda oluşturulan hastane birlikleri, sahip oldukları idari ve mali özerklik çerçevesinde finansmanlarını kendileri sağlayacak ve devletten katkı almayacaklardır. Devlet ancak yatırım ve hizmet ihtiyacı ile bölgelerarası gelişmişlik farklılıklarının giderilmesi amacıyla, gerektiğinde Bakanlığın bütçesinden veya döner sermaye merkez hesabından yardım yapacaktır.³³ Görüldüğü gibi söz konusu düzenleme ile Birliklerin ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin rolü ortadan kaldırılmaktadır. Hizmetlerin finansmanından devletin çekilmesi ise sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti niteliğinin son bulması anlamına gelmektedir.

³³ Tasarının 2007 yılında düzenlenen metninde Devletin ancak "gerekli görülen durumlarda" birliklere "yardım" etmesi öngörülmüştür. Bu düzenleme devlet katkısını "olağandışı" ve "dışsal" bir gelir olarak ele alıp "yardım" olarak adlandırdığı ve sağlık hizmetlerinden devletin finansmanını çektiği gerekçesi ile eleştirilmiştir (Ataay, 2007: 9). Bununla birlikte yeni düzenlemede ifade değiştirilmiş olmakla birlikte ifadenin içerdiği anlamda pek bir değişiklik olmamıştır.

Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı'nda sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesinin önünü açan bir diğer düzenleme, yönetim kuruluna birliğe ait taşınır ve taşınmazların satılmasına, kiraya verilmesine, devredilmesine veya işlettirilmesine yönelik yetki veren düzenlemedir. Zira yine Tasarıya göre birliğin gelirleri arasında tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların satışından, kiralanmasından, devredilmesinden veya işletilmesinden elde edilecek gelirler sayılmaktadır. Dolayısıyla yönetim kurulu gerektiğinde kamu sağlık kuruluşlarını ve bu kuruluşlara ait tesisleri özel sektöre satabilecek, kiraya verebilecek, devredebilecek ya da işletim hakkını verebilecektir. Ayrıca düzenleme, hastanelerin “işletme” mantığıyla yönetilmesinin de önünü açmaktadır. Bu durum hastanelerin kendi giderlerini kendilerinin karşılayacağı yönündeki düzenleme ile birlikte düşünüldüğünde, hastanelerin sağlık hizmeti sunarken daha fazla kar getiren hastalıkları tedavi etmeye yönelmeleri olasılığını güçlendirmektedir. Hastaneler bir yandan hizmet sunarken, diğer yandan kuruluşu ayakta tutmak zorunda oldukları için hizmet sunumunda seçici davranacaklar ve maliyeti ucuz, karı yüksek hasta gruplarını tercih edeceklerdir. Bunun dışında kanser gibi, hem yorucu hem maliyeti yüksek hastalıkları seçmek işletme mantığı açısından akılcı olmayacaktır (Eriş, 2009). Bu hastalıkların tedavi edilmesi durumunda ise hastalara yüksek maliyetler çıkarılacaktır.

Tasarıdaki düzenlemelerle, birliklere “hizmet satın alma” imkânı da tanınmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlık kuruluşları tarafından üretilip sunulması yerine, özel kuruluşlardan satın alınmak suretiyle sunulmasına yol açacak niteliktedir. Hastanelerde hizmet satın alma yöntemi en fazla başvuru alan özelleştirme yöntemlerinden biridir. Zira kamu sağlık kuruluşları hizmeti kendi tesis, araç-gereç ve personeli eliyle üretmek ve sunmak yerine özel sektörden satın almak suretiyle sunmaktadır. Bu durum kamudan özel sektöre kaynak aktarımına yol açmakta, aktarım mekanizması da hem kamu açıklarının sürekli büyümesine hem de hizmetlerin pahalılaşmasına neden olmaktadır (Maden-İş, 2009).

Diğer yandan Kamu Hastane Birlikleri Tasarısına göre, yönetim kurulu üyeleri arasında sadece bir personelin kamu personeli olma zorunluluğu bulunmaktadır. Diğer altı üye ise, özel sektörden seçilebilecektir. Bu durum kamu hastanelerinin yönetiminin özel sektöre bırakılacağıın işareti olarak kabul edilmektedir (Türk Sağlık-Sen, 2010). Zira özel sektör temsilcilerinin ağırlıklı

olduğu bir kurul tarafından verilen kararlar, özel sektör ve işletme mantığı doğrultusunda olacaktır.

Ancak bu durum, Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından farklı yorumlanmaktadır. Tasarı ile artık hastane yöneticilerinin Bakanlık tarafından doğrudan atanmayacağı, yönetimde ve istihdamda esnekliğin hakim olacağı ifade edilmektedir. Devletin yönetim kurulu tarafından temsil edileceği ve “etkili yönetim, maliyet etkililik, sağlık hizmetlerine kolay erişim” gibi hedeflerin gerçekleştirileceği belirtilmektedir. Düzenleme sonucunda hastanelerin mülkiyetinin Sağlık Bakanlığı’nda kalacağına, hastanelere özerk yönetim sağlanacağına dikkat çekilmekte ve yerinden yönetim ilkelerinin tahsis edilmeye çalışıldığı ifade edilmektedir. Hastanelerin birlik oluşturması ise daha verimli hizmet sunmalarını sağlayacak bir mekanizma olarak nitelendirilmektedir (Demirel, 2007).

Tasarıda ifade edildiği şekilde, kamu hastane birliklerinin bir yandan özerk bir statüye kavuşacağı, diğer yandan da hastanelerin sosyal sorumluluğunun devam edeceğini ileri sürmek ise gerçekçilikten uzak olarak nitelendirilmektedir. Kâr mantığına dayanan işletme anlayışının hastanelerde uygulanması durumunda, sağlık hizmeti kamu hizmeti niteliğinden önemli ölçüde uzaklaşacak ve kâr getiren bir yapıya kavuşacaktır (Türk Sağlık-Sen, 2010).

Günümüzde kamu hastanelerinin sayısı 900’e yaklaşmaktadır. Öncelikli olarak bu hastanelerden 400’ünün 40 adet birliğe dönüştürülmesi hedeflenmektedir. Tasarının yasalaşması halinde bu birlikler kendi giderlerini kendi gelirleriyle karşılayan birer işletme haline dönüşecek ve artık genel bütçeden pay alamayacaklardır. Birliklerin genel bütçeden pay alamaması “madde ve insan gücü” gibi ihtiyaçlarını, birliklerin kendi kaynaklarından karşılamak zorunda olacakları anlamına gelmektedir. Diğer bir ifadeyle birlikler kendi kaynaklarını kendileri bulmak zorunda kalacaktır. Bu kaynak ise hizmet almak için hastanelere gelen hastalar yani “müşteriler” olacaktır (Kılıç, 2007).

3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasalaştırılması

1980’lerle birlikte sağlık sektöründe reform arayışlarının öne çıktığı görülmektedir. Bu aşamada Dünya Bankası, sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi konusunda hükümetlere yön vermiştir. Reformlarda öne çıkan noktalarsa, ek kaynak

yaratılması gibi ekonomik nitelikler ve organizasyonel boyut olmuştur. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektörün birlikte sunması benimsenmiş, piyasanın girmek istemediği veya yetersiz kalacağı koruyucu sağlık hizmetleri gibi alanlarda ise kamunun sorumluluk sahibi olması öngörülmüştür. Kamu kesiminin verimsiz kaldığı alanlarda ise, özel sektörün verimlilik artırıcı hizmetlerde bulunması kabul edilmiştir (Belek, 1997: 29–30).

Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında sunulması noktasında “piyasa enstrümanları”nın bu konuda ne kadar başarılı olacağı ve bu uygulamanın hangi sonuçları doğuracağı önem kazanmaktadır. Bu süreçte, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında nasıl şekilleneceği, arz-talep mekanizması doğrultusunda sunulup sunulmayacağı soruları karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 1999: 123). Bu sorulara iki farklı şekilde cevap verilmektedir. Piyasa ekonomisi taraftarları, sağlık hizmetlerini de bir mal olarak kabul etmekte, piyasa koşullarında “verimli bir şekilde üretilebileceğini ve rekabet piyasası koşullarında tüketilebileceğini” iddia etmektedirler. Buna karşılık, sağlık hizmetlerinin piyasadaki diğer mal ve hizmetlerden ayrıldığı kabul edilen karşıt görüş ise, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında sunulması ile eşitlik ve verim beklentilerinin karşılanamayacağını ifade etmektedir (Yıldırım, 1999: 125–126).

Benzer tartışmalar SDP kapsamında gerçekleştirilen düzenlemeler için de yapılmaktadır ve SDP’nin, sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasına neden olacağı ifade edilmektedir. Erdoğan (2009: 674) sağlık hizmetlerinin piyasalaşması sürecini şöyle ifade etmektedir:

Sağlık Bakanlığı’nın görevlerini planlama, standart geliştirme, denetleme ile sınırlandırma stratejisi, SSK’nın hizmet almasının yaygınlaştırılması, aynı sürecin Sağlık Bakanlığına da yayılması, özel hastanelere sevk, özel hastanelere yapılan başvurularda fark ücreti uygulaması, tıbbi sarf malzemelerinin hasta ve hasta yakınlarından temin edilmesi, döner sermaye uygulamalarının genişletilmesi, fatura ve reçete yolsuzluklarında artış ve benzeri pek çok uygulama ile sağlığın piyasalaşması süreci işletilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına yönelik düzenlemeler ağırlıklı olarak GSS, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı ve aile hekimliği uygulamalarında karşımıza çıkmaktadır. GSS, nüfusun tamamına sağlık güvencesi sunma ve finansmanda adalet sağlama gibi amaçlar taşımaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunumu ve finansmanını birbirinden ayırmakta, temel teminat paketi uygulaması ile vatandaşları

bazı sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için ek ödeme yapmaya mecbur bırakmakta ve özel sağlık sigortasını özendirmektedir. İşte bu düzenlemeler, GSS'nin eleştirilerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (BSB, 2008: 229).

Genel Sağlık Sigortası ile İlgili Düzenlemeler: GSS Taslağı'nın Genel Gerekçe³⁴ kısmında GSS'den “kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortası” olarak bahsedilmektedir. Buna karşılık Kanun ile getirilen düzenlemeler bu ifadeyi tam olarak karşılamamaktadır. GSS prim ödeme esasına dayanan bir sistem getirmektedir ve bu primlerin karşılığı olarak sağlık sigortası sunulmaktadır. Dolayısıyla GSS, bireylere sağlık hizmeti sunulmasını sağlık hakkının bir sonucu olarak görmemektedir. Bunun yerine prim ödemeye bağlı olarak standart bir sağlık hizmeti sunulmasını, standart hizmetin dışındaki hizmetler içinse katılım payı alınmasını öngörmektedir (TTB, 2005: 22–23).

GSS, tüm vatandaşların sosyal güvenlik kapsamına alınmasını ve primlerini ödeyemeyecek durumda olan yoksul vatandaşların primlerinin de devlet tarafından ödenmesini benimsemektedir. Bununla birlikte yeni düzenleme, sağlık hizmetlerinin kapsamını daralttığı ve herkesi kapsayan sosyal güvenlik anlayışının “minimum” düzeyde kaldığı gerekçesiyle eleştirilere konu olmaktadır. Dolayısıyla, her ne kadar farklı sosyal güvenlik kurumlarına tabi olanların sağlık hizmetine ulaşmalarının eşitleneceği ve sosyal güvencesi olmayan toplum kesimlerinin de bu haklardan yararlanacağı ifade edilse de, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'a tabi vatandaşlarda önemli hak kayıplarının olacağı iddia edilmektedir (TTB, 2005: 24–25).

GSS Kanunu, ilk metninden yasalaştığı ana kadar çeşitli değişikliklerden geçmiştir. Metnin ilk halinde açıkça “Temel Teminat Paketi” ifadesi yer alırken, eleştiriler sonucunda bu ifade metinlerden kaldırılmıştır. Son düzenlemede ise gerek isim olarak gerekse de muhteva olarak Temel Teminat Paketi'ni ifadesine yer

³⁴ 5489 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na ait Genel Gerekçe'den bahsedilmektedir. 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu için yeni bir Genel Gerekçe hazırlanmamıştır.

verilmemiştir³⁵. Ancak temel teminat paketi, mantık olarak metin içinde bulunmaya devam etmektedir. Hangi sağlık hizmetlerinin GSS kapsamında yer aldığını belirtmek için Temel Teminat Paketi kavramı kullanılmaktadır. GSS kapsamındaki Temel Teminat Paketi, bazı hastalıkları içerirken bazılarını kapsam dışında bırakmıştır. Düzenlemedeki ilk haliyle paketin içeriğine bakıldığında, paketin genel olarak maliyeti düşük hizmetleri kapsadığı ve yüksek maliyetli hizmetler için ek katkı payı ödenmesini öngördüğü söylenebilir. Bu durum, kapsam dışında kalan hastalıklar için cepten ödeme yapılmasına veya özel sağlık sigortası yoluyla hizmet bedelinin karşılanmasına yol açabilecek bir düzenlemedir. Kalp, kanser ve diyaliz gibi masrafları fazla olan hastalıkların, büyük bir olasılıkla GSS kapsamı dışında kalması beklenmektedir. Özel sağlık sigortalarının da, masraflı olmaları nedeniyle bu tür hastalıklar için yüksek prim oranları belirlemesi olasıdır. Böylece sağlık hizmetleri, ödenen vergiler karşılığında devlet tarafından sunulan kamu hizmeti olma niteliğini kaybederek, özel tüketime konu olacaktır. Bu durum “devlet-vatandaş” ilişkisinin “şirket-müşteri” ilişkisine doğru dönüşümünü de beraberinde getirecektir (Avcı, 2005: 56).

Diğer yandan GSS’den yararlanma hakkı da çeşitli şartlara bağlanmaktadır. Öncelikli olarak sağlık sigortasından yararlanabilmek için, son bir yıl içinde 30 gün prim ödemiş olmak gereklidir ve 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Aksi durumda acil durumlar dışında sağlık hizmetlerinden yararlanılamayacaktır (TTB, 2005: 28). Ancak nüfusun önemli bölümünün yoksulluk sınırı altında yaşadığı ve işsizlik oranının ciddi seviyelerde olduğu düşünülürse, birçok insanın prim ödemekte zorlanacağı bir gerçektir. Prim ödeme gücü bulunmayanların primlerinin devlet tarafından ödeneceği ifade edilmekle birlikte, bu imkândan yararlanabileceklerin sayısı oldukça sınırlıdır. Zira bu kapsama, gelirleri asgari ücretin üçte birinden az geliri olan ücretliler girmektedir (Avcı, 2005: 56). Buradan hareketle genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin prim ödeyenler ve prim ödemeyenler/ödeyemeyenler olarak ikiye ayrılacağını söylemek mümkündür. Eşitlik ve adalet ilkeleri doğrultusunda sunulması gereken sağlık hizmetleri bu uygulama sonucunda prim temelli ve katkı payı ödemeli bir sisteme doğru

³⁵ Genel Sağlık Sigortası Kanunu’ndan “Temel Teminat Paketi” ifadesi kaldırılmakla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı metninde bu ifade yer almaktadır.

dönüşmektedir. Bu durum, parası olanların sağlık hizmetlerinden daha fazla ve daha kolay yararlanmasına neden olacağından “sosyal adalet” ve “hukuk devleti” ilkeleri ile bağdaşmamaktadır (TTB, 2005: 28).

GSS’de dikkat çeken bir diğer husus da prim cezalarına ilişkindir. GSS Kanunu’nun 61. maddesine göre, GSS giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenlere aylık asgari ücret düzeyinde idari para cezası uygulanacaktır. Ayrıca sigortalı, primini süresi içinde ve tam olarak ödemezse, ilk üç aylık sürede her bir ay için %3 oranında gecikme cezası uygulanacaktır³⁶. Sigortalının prim borçlarından sigortalının mirasçıları da sorumludur. Zira prim borçlusunun ölümü halinde, prim borçları borçlunun mirasçılarından talep edilmektedir. Diğer yandan prim alacaklarının tahsili için en geç bir yıl içerisinde icra yoluna başvurmayan kurum personeli hakkında da soruşturma yapılacaktır. Eğer hekimler ve sağlık çalışanları, primini ödemiş sigortalılara ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunarlarsa bu hizmetler kuruma fatura edilemeyecektir. GSS doğrultusunda öngörülen bu düzenlemeler ile getirilen ceza ve haciz sisteminin, sosyal devlet ilkesi ile bağdaştığını söylemek ise güçtür (Erdoğan, 2009: 681). Bu düzenlemelerden hareketle GSS sisteminin, ifade edildiği gibi tüm nüfusu kapsayacak bir sağlık sigortası kurmaktan ziyade, her halükarda zorunlu sigortalılardan prim tahsil etme kaygısı taşıdığını ifade etmek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına sebep olabilecek bir diğer düzenleme, GSS ile getirilen katılım payı uygulamasıdır. Buna göre ayakta tedavi sırasında hekim ve diş hekimi muayenesinde, vücut dışı protez ve ortezlerde, ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda ve Kurum tarafından belirlenen bazı yataklı tedavilerde, finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payı alınması öngörülmüştür. Belirlenen katılım paylarının zaman içinde veya ihtiyaç duyulması halinde arttırılması mümkündür. Günümüzde özellikle yoksul toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşadığı düşünüldüğünde, katılım paylarını karşılamada daha fazla toplum kesiminin zorlanması ve sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşanması söz konusu olacaktır (TTB, 2005: 28–32). Bunun yanında, sağlık kurumlarının otelcilik hizmeti karşılığında alacakları ücret de sağlık hizmetinden

³⁶ Kurumun prim ve diğer alacakları ödeme süresinin dolduğu tarihi takip eden takvim yılı başından başlayarak on yıllık zamanaşımına tabidir.

yararlananlar için olumsuz bir durum oluşturacaktır. Sözleşmeli sağlık sunucularının otelcilik hizmetlerinden, belirlenen fiyata ilâve olarak ücret alabilmesi karara bağlanmıştır. Bu düzenleme sonucunda yatarak tedavi gören hastalardan yüksek miktarlarda yatak ücreti talep edilmesi söz konusu olabilecektir (TTB, 2005: 31).

GSS Kanunu uyarınca, sevk zincirine uyularak sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alınması durumunda Kurum, tutarın %70'ini ödeyecektir. Sevk zincirine uyulmadan sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alınması durumunda ise Kurum, toplam tutarın %50'sini ödeyecektir. Sözleşmesiz sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almaya ve fark ödemeye razı olacak kesimin genelde yüksek gelir grubundakiler olacağını söylemek mümkündür. Bu durum “yoksul” olmadığı için yeşil kart alamayanları veya primini düzenli olarak ödeyemediği için sağlık hizmetlerinden yararlanamayanları dışlayıcı bir nitelik taşıyacaktır. Dolayısıyla GSS dar gelirli grupları sağlık hizmetlerinden dışlarken, üst gelir gruplarına mensup kişileri de özel sağlık hizmetlerinin tüketimini desteklemek suretiyle daha fazla kapsayacaktır (Erdoğan, 2009: 682).

GSS sistemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ve üretimi birbirinden kesin olarak ayrılmakta ve sistem sağlık hizmetinin satın alınması esası üzerinde yükselmektedir. Bu düzenleme, GSS kapsamında verilen sağlık hizmetlerinin kapsamının dar tutulması ile birleşince, vatandaşların katkı payı adı altında ek ödeme yapmasına veya özel sağlık sigortası yaptırarak ikinci bir sigorta kapsamına girmesine neden olacaktır. Tüm bunlar, hem özel sağlık sigortacılığının ön plana çıkarılmasına hem de özel sigortacılık için müşteri potansiyeli oluşturulmasına zemin hazırlanması olarak yorumlanmaktadır (Ataay, 2005). Bu verilerden hareketle, GSS'nin sağlık hizmetlerinde eşitlik ve adalet gibi ilkelerle yola çıkmakla birlikte, sadece belli sağlık hizmetlerini karşılayacağını, diğer sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapılması gerekeceğini söylemek mümkündür. Zira sağlık hizmetlerinin primler ve katılım payları ile yürütülecek olması, toplumsal eşitsizlikleri daha da derinleştirebilecek ve adalet ve eşitlik ilkelerinin gerçekleştirilmesini zorlaştıracaktır (TTB, 2005: 23–24).

Kamu Hastane Birlikleri ile İlgili Düzenlemeler: Sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasına neden olabilecek bir diğer düzenleme de, kamu hastane birlikleri

oluşturulması ve hastanelerin özerkleştirilmesine ilişkindir. Sağlıkta dönüşüm projesi ile kamuya ait tüm hastaneler ve sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, sosyal güvenlik kuruluşları da tek çatı altında toplanmıştır. Dönüşüm nihai olarak Sağlık Bakanlığı'nın sadece düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesini ve hastanelerin özerkleştirilmesini amaçlamaktadır. Yine dönüşüm kapsamında, hastaların özel hastanelere ve merkezlere gitmesi serbest bırakılmış ve özel sektör bu konuda teşvik edilmiştir. Sağlık ocakları kapatılarak yerine aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Devlet ve üniversite hastanelerinin bir yandan kazançlarını artırabilmeleri, diğer yandan da hastalara daha iyi hizmet verilebilmeleri için hastanelere çok sayıda tıbbi cihaz alınmış ve daha fazla hastaya bakılması amaçlanmıştır. Bu süreçte hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının verimlilik anlayışı değişmiştir. Hastanelerin verimli çalışması ile daha çok hastaya hizmet verilmesi, daha çok hastanın ameliyat edilmesi, gözetim altında tutulması, daha fazla sayıda ilaç ve tıbbi malzeme tüketilmesi kastedilmiştir. Bir diğer ifadeyle “kârını” artıran hastane verimli kabul edilmiştir. Buna karşılık sağlık hizmetlerinde gerçek bir verimlilikten bahsedebilmek için, muayene ve tedavi oranlarının düşürülmesi, ilaç kullanım miktarlarının azaltılması, komplikasyon ve ölüm oranlarının en aşağı seviyeye çekilmesi gerektiği gibi noktalar gözden kaçırılmıştır (Herkesicinsaglik, 2008).

Böyle bir ortamda Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı daha fazla önem kazanmaktadır. Çünkü Tasarı, sağlık hizmetlerinden devlet elini çekmekte ve hastaneleri özerkleştirerek kamu hastanelerinin “piyasanın kurallarına” göre çalışan ve kar amacı taşıyan sağlık kurumlarına dönüştürülmesinin önünü açmaktadır. Hastanelerin kar amacı taşıyan sağlık kurumlarına dönüşmesi, parası olan vatandaşların hizmetten yararlanması, buna karşılık parası olmayanların veya prim ödeyemeyen yoksulların sağlık kurumlarından hizmet alamaması ile sonuçlanacaktır (Kılıç, 2007). Özerk hale getirilen kamu hastaneleri, özel hastaneler ile rekabet içerisine sokulmakta ve bu hastanelerin rekabet ortamında hizmet sunması benimsenmektedir. Rekabet edemeyen veya piyasada varlığını sürdüremeyen özerk kamu hastanelerinin ise satılması, devredilmesi veya kapatılması gündeme gelecektir (Erdoğan, 2009: 684).

Kamu hastane birlikleri tasarısı sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasına neden olacağı, sağlığın kamu hizmeti niteliğinin son bulacağı, kamu hastanelerinin kar amacı gúden işletmelere dónuőeđi gerekçeleri ile ciddi eleştirilere maruz kalmaktadır (Kılıç, 2009). Belki de bu özellikleri ve gelen eleştiriler nedeniyle Tasarı uzun zamandır Mecliste beklemektedir.

Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düzenlemeler: Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına neden olabilecek bir diğer düzenleme de aile hekimliği uygulaması ile karşımıza çıkmaktadır. SDP'nin alt bileşenlerinden biri olan aile hekimliği uygulaması, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade, birinci basamak tedavi edici hizmetler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Buna paralel olarak, ekip çalışması mantığından uzaklaşan ve “bireysel hekimlik anlayışı” doğrultusunda hareket eden bir hekimlik modeli ortaya çıkarmaktadır (Avcı, 2005: 55). Zira aile hekiminin bölge bazlı çalışmaması, sadece kendisine kaydolan kişiilerle ilgilenmesi, aile hekiminin ekip çalışmasından uzaklaşmasına ve bireysel çalışmasına neden olmaktadır. Bu durum toplumsal bakış açısınan ortadan kalkmasına ve rekabet içinde daha fazla hasta bakma yarışının ön plana çıkmasına yol açabilecek bir nitelik taşımaktadır. Benzer şekilde aile hekimliğinin kişiisel koruyucu hizmetler üzerinde durması, toplumsal koruyucu hizmetlerin göz ardı edilmesine yol açacaktır. Bu durumda salgın hastalıkların ortaya çıkması ve toplumsal sağlığı tehdit etmesi kaçınılmaz olacaktır (Aksakoğlu vd., 2003: 253).

Aile hekimliğine yönelik ciddi eleştirilerden biri de aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamalarının artacağına ilişkindir. Uygulama ile yeni hizmet birimlerinin ortaya çıkması ve bu hizmet birimlerinin rekabet ve daha fazla kar güdüsüyle gereksiz tetkik ve tedavi harcamaları yapması kuvvetle muhtemel olarak görölmektedir (Türk Sağlık-Sen, 2006). Zira aile hekimleri baktıkları hasta sayısına göre ücretlendirilecektir. Diğer yandan aile hekimleri kendi muayenehanelerini açacak, ya da devralacak (daha önce devlete ait olan sağlık ocaklarının devralınması gibi) kendi tıbbi cihaz ve aletlerini satın ya da devir alacak ve hastalarını tıbbi merkez ve laboratuarlara yönlendirebileceklerdir. Bu durum aile hekimleri için yüksek maliyet anlamına gelirken, vatandaşlar için de sistemin pahalı olacağı ve maliyetlerin de halka yansıtılacağı anlamına gelmektedir (Aksakoğlu vd., 2003: 253).

Aile hekimliği sistemi “muayenehane temelli ve bireyi temel alan” bir anlayışı öne çıkarmaktadır. Bu anlayış, aile hekimliği merkezlerine ait giderlerin merkezin gelirleri ile karşılanacağı yönündeki düzenleme ile birlikte düşünöldüğünde, aile hekimlerinin gelirlerini artırma çabasına neden olacağını söylemek mümkündür. Dolayısıyla hekimlerin merkezin devamlılığını sağlayabilmek adına piyasa koşullarında çalışan ve kar eden girişimci kimliği öne çıkarken, kamu görevlisi olma niteliği arka planda kalacaktır (Ataay, 2005). Diğer yandan, aile hekimliği sisteminde öne çıkan rekabet unsuru ve kâr amacı da sağlık hizmetlerinin belli bir bedel karşılığında sunulmasına yol açarak sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların artmasını beraberinde getirecektir (Kılıç, 2003: 122).

Öte yandan aile hekimliğinde geçerli olan “hekim seçme özgürlüğü”, beraberinde “hasta seçme özgürlüğü”nü de getirecektir. Bu durumda nevroitik ya da kanser tanısı konmuş kişilerin doktorlar tarafından kabul edilememesi gibi durumlar ortaya çıkabilecektir. Zira aile hekimliği sigorta sistemlerine dayanan, prim ödeme gücüne bağlı ve hasta başı ücretlendirme yapısının hakim olduğu bir uygulamadır. Bu nedenle hekimler daha fazla kazanç sağlamak için, tedavisi uzun zaman alan ve masraflı olan hastaları tedavi etmekten kaçınabilecektir (Aksakoğlu vd., 2003: 254). Bu noktada hekimler açısından önemli bir husus da aile hekiminin alacağı ücretle ilgilidir. Aile hekiminin alacağı ücretin hastalar tarafından ödenen primlerle karşılanması durumunda, gelir düzeyinin düşük olduğu ve prim ödemekte sıkıntı yaşanabilecek bölgelerde, hekimler görev yapmak istemeyecektir (Avcı, 2005: 55). Bu durum sağlık hizmetleri açısından sıkıntı yaşanan bölgelerde daha ciddi sorunlara neden olabilecektir.

Sağlık hizmetlerini piyasaya açan bu düzenlemeler, sağlık alanında eşitsizliklerin artmasına ve sağlık hakkı kapsamının daraltılmasına, sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesine ve gereksiz teknoloji ile ilaç kullanımının artmasına yol açabilecek niteliktedir (Belek, 2001: 436). SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devriyle birlikte ortaya çıkan sonuç da bunu destekler niteliktedir. Sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na devri sonucunda ve özellikle de SSK’nın serbest ilaç alımı uygulaması ve dışarıdan hizmet almaya başlaması ile birlikte, sosyal güvenlik kurumlarının finansman sorunları daha da büyümüştür. 2005 yılında 23.4 milyar YTL açık veren sosyal güvenlik kurumları, 2006 yılının ilk altı aylık

döneminde 21.2 milyar YTL açık vermişlerdir. Giderleri artan sosyal güvenlik kurumlarının başında ise SSK gelmektedir (Hamzaoğlu, 2009: 646). Hâlbuki SSK hastaneleri az sayıda çalışanla yaklaşık 35 milyon kişiye hizmet sunmuş ve Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan sağlık personelinin beşte biri oranındaki çalışanıyla bu hizmet sunumunu gerçekleştirmiştir. Ancak devrinden önceki yıllarda, özel sağlık kuruluşlarına yaptığı sevklerle, gelirlerinin önemli bir oranını bu kuruluşlara aktarmıştır. Bu durum, daha nitelikli ve ucuz bir sağlık hizmeti sunma niyetinden ziyade, bir rant alanının piyasa koşullarına terk edilmesinin göstergesi olarak yorumlanmıştır (Avcı, 2005: 54).

3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu

Desantralizasyon kavramının çeşitli tanımları yapılmış, ancak kavram üzerinde bir fikir birliğine varılamamıştır. Literatürde Rondinelli (1981: 137) tarafından yapılan tanım, en sık başvurulan ve tercih edilendir. Buna göre desantralizasyon; merkezi hükümetin planlama, yönetim ve kaynak artırımı ve bölüşümüne yönelik sahip olduğu sorumluluğun merkezi hükümetin taşra örgütlerine ya da birimlerine, hükümetin bağlı birimlerine, yarı özerk kamu otoritelerine ya da birliklerine, bölge genelinde bölgesel veya fonksiyonel otoritelere ve sivil toplum kuruluşlarına transferidir. Dört tür desantralizasyondan bahsetmek mümkündür. Bunlar dekonsantrasyon, delegasyon, devolüsyon ve özelleştirme (Tatar, 1993: 140–142).

Dekonsantrasyon merkezi hükümetin elindeki yönetsel otoritenin bir kısmının, kendi hiyerarşik örgütlenmesi içinde yer alan taşra birimlerine devredilmesi anlamına gelmektedir (Belek ve Belek, 1997: 46). Sağlık hizmetleri özelinde Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesi dekonsantrasyona örnek olarak gösterilebilir (Tatar, 1993: 140).

Delegasyonda ise, belirli bir coğrafi alanda, belirli faaliyetlerin planlanması ve yürütülmesi görevinin, merkezi hükümetin doğrudan müdahalesinde olmayan birimlere devri söz konusudur (Tatar, 1993: 140). Üniversite ve eğitim hastanelerinin yönetimi ve sosyal sigorta kurumları birer delegasyon örneğidir (Belek ve Belek, 1997: 47). Hastane birlikleri tasarısının öngördüğü yapılanmanın da bu çerçevede değerlendirilmesi mümkündür.

Bir diğ er desantralizasyon türü ise **devolüsyon**dur. Devolüsyon belirlenmiş işlevler açısından, merkezi hükümetten bağımsız yerel yönetimlerin veya birimlerin kurulmasını ifade etmektedir. Yerel yönetimler kendi sorumluluk alanlarında önemli oranda merkezi yönetimden bağımsızdır. Sağlıkta devolüsyon ise sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri konusunda iki noktaya dikkat çekilmektedir. Öncelikli olarak yerel yönetimlerin vergi toplama gücünün sınırlılığ ına dikkat çekilmekte ve bu noktada yerel yönetimlere merkezi yönetim tarafından kaynak aktarılmasının gerekliliğ i üzerinde durulmaktadır. Kaynak aktarma noktasındaki sıkıntı sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimin elinde toplanmasına neden olmuştur. Üzerinde durulan bir diğ er nokta ise devolüsyonun sağlık hizmetleri için hiyerarşik bir yapı kurulmasını ve bölgesel bir yapı oluşturulmasını engelleyebilecek olmasıdır (Belek ve Belek, 1997: 46–47; Tatar, 1993: 140–141). Bu durum sağlık hizmetlerinin ÷lke genelinde eşit bir şekilde sunulmasını olumsuz yönde etkileyebilecek niteliktedir.

Son olarak **özelleştirme** de bir desantralizasyon türü olarak kabul edilmektedir. Özelleştirmeyi dar anlamda hükümetin kimi işlevlerinin gönüllü kuruluşlara ya da özel işletmelere devredilmesi olarak ifade etmek mümkündür (Balcı, 2005: 38). Geniş anlamda ise, “herhangi bir mal veya hizmetin üretimi ve/veya finansmanında özel sektörün rolünün oransal olarak arttığı bir süreç” olarak tanımlamak mümkündür. Bu kapsamda özelleştirme kimi zaman bir mülkiyet devrini, kimi zaman da devletin düzenleme rolünün azaltılmasını (deregülasyon) veya hizmet ihalesi, kullanıcı katkıları ve mal satışı gibi girişimleri içerebilir (Tatar vd., 1997: 78). Sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasını savunanlar için desantralizasyon özelleştirmenin nihai sonucudur. Buna karşılık hükümetlerin düzenleyici rolü de önemini hala korumaktadır ve sağlık hizmetlerinde bu role duyulan ihtiyaç devam etmektedir (Belek ve Belek, 1997: 47).

Uluslararası alanda sağlık hizmetlerinde desantralizasyon kavramının öne çıktığı belgelerden biri 1978 Alma-Ata Bildirgesidir. Bildirgede Temel Sağlık Hizmetleri ile desantralizasyon Bildirgenin öncelikleri olarak ifade edilmiştir (Tatar, 1993: 145). Türkiye’de ise öncelikli olarak Refik Saydam’ın bakanlığı döneminde desantralizasyon düşüncesi gündeme gelmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin yetkili olması, Bakanlığ ın politika belirleme ve

denetleme konularına yoğunlaşması görüşleri üzerinde durulmuştur (Uz, 1999: 119). Benzer şekilde 1991 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan reform çalışmalarında da, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu gündeme gelmiştir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı’nın aşırı merkeziyetçi yönetim yapısına son verilerek Bakanlığın politika yapan ve denetleyen bir yapıya kavuşturulması öngörülmüştür. Buna paralel olarak da Bakanlığın uygulamaya yönelik yetkilerinin bölge idarelerine devredilmesi ve asli görevlerine dönmesi planlanmıştır (Belek ve Belek, 1997: 49).

Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu konusu, kalkınma planlarında da ele alınmıştır. Sekizinci Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda, sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısı bir sağlık politikası sorunu olarak kabul edilmiş ve merkeziyetçi yapının hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir. Bu sorunun çözümü olarak da Sağlık Bakanlığı’nın rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesi ve Sağlık Bakanlığı’nın hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çok, sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözeten bir kurum haline dönüştürülmesi öngörülmüştür. Buna paralel olarak, sağlık hizmetlerinde çağdaş desantralizasyon ilkeleriyle uyumlu bir yeniden yapılanmaya gidilmesi önerilmiştir. Desantralizasyon kapsamında şu anda uygulanan iş yükünün devri olarak nitelendirilen dekonsantrasyon yerine, en üst düzeyde yetki ve sorumluluk devrinin gerçekleştirilmesi benimsenmiştir. Ardından da devolüsyona geçilmesi yani yerel yönetimler düzeyinde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir (DPT, 2001: 6).

Türkiye açısından sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeler dikkate alındığında, gerek Anayasa ile gerekse de diğer ilgili mevzuatla sağlık hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesi görevinin Sağlık Bakanlığı’na verildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin merkeziyetçi ve çok sektörlü yapısı ile koordinasyon yetersizliği ise sıklıkla eleştirilmektedir. Bu durumun Bakanlığın görevini iyice ağırlaştırdığı ve sağlık hizmetlerinin etkili olarak sunumunu engellediği ifade edilmektedir (Uz, 1999: 114). Sağlık Bakanlığı’nın bu sorununu aşmak ve sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunumunu gerçekleştirmek için, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve

Sağlık Bakanlığı'nın rolünün planlama ve denetleme ile sınırlandırılması düşüncesi üzerinde durulmaktadır.

SDP de bu verilerden ve kabullerden hareketle, sağlıkta reform ve bu paralelde sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu üzerinde duran yeni dönem belgelerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Desantralizasyon SDP'nin temel ilkelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Buna göre kurumların merkezi yönetimin hantal yapısından kurtarılması önerilmekte ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin benimsenmesi öngörülmektedir. Böylece idari ve mali açıdan özerk işletmeler aracılığıyla çabuk karar alınabilecek ve kaynaklar daha verimli kullanılabilir.

Bu doğrultuda SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve Bakanlığın hizmet üretiminden elini çekerek sadece politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve denetim yapan düzenleyici bir kuruma dönüştürülmesi hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın öngörülen bu dönüşümü Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı ile de paralellik göstermektedir. Zira Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı da, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasına ve taşra teşkilatının önce il özel idaresine, sonra da belediyelere, üniversitelere ve özel sektöre devrine olanak vermektedir (BSB, 2008: 228–229)³⁷.

Günümüzde sağlık hizmetleri açısından en çok hizmet ihaleleri³⁸ yöntemiyle özelleştirmeye başvurulmaktadır. Klinik hizmetleri ya da klinik dışındaki hizmetlerin sunumu hizmet ihalesi yöntemiyle kısmen ya da tamamen özel sektöre bırakılmaktadır. Söz konusu hizmetlerin finansmanı ise kamu kesimi tarafından karşılanmaktadır. Sağlık sektöründe çoğunlukla “otelcilik hizmetleri” olarak nitelendirilen çamaşır, temizlik ve mutfak gibi hizmetlerde, hizmet ihalesi yöntemine başvurulmaktadır. Bununla birlikte son dönemlerde, klinik hizmetleri için de hizmet ihalesi yöntemine başvurulmakta ve özel hastanelerden sağlık hizmeti alınması yoluna gidilmektedir (Tatar ve diğerleri, 1997: 79). Dolayısıyla önceleri temizlik ve yemekhane gibi iş kollarında başlayan hizmetin özel sektöre gördürülmesi yöntemi,

³⁷ SSK Hastanelerinin SB'ye devredilmesi bu sürecin tamamlayıcısı olmuştur. Böylece SDP uyarınca sağlık kuruluşlarının il özel idarelerine ya da daha genel olarak yerel yönetimlere devredilmesi durumunda, SSK Hastanelerinin dışarıda kalmasının önüne geçilmiştir (Yıldırım, 2004: 2).

³⁸ Hizmet ihaleleriyle ilgili tartışmalar için bkz. Tatar vd., 1997.

zamanla klinik hizmetlerine, laboratuvar ve röntgen hizmetlerine doğru yayılma göstermiştir.

Desantralizasyonun çeşitli türleri olmakla birlikte uygulamada ülkeler bunlardan birkaçını veya hepsini birden kullanmaktadır. Bu noktada ülkenin coğrafi büyüklüğü, yetki ve otoritenin devredildiği birimin finansal gücü, toplumun değer yargıları, siyasi ve yönetsel destek gibi unsurlar belirleyici olmaktadır (Tatar, 1993: 141–142). Türkiye’de ise sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu noktasında dekonsantrasyon, delegasyon ve devölasyonun birlikte kullanıldığını söylemek mümkündür (Belek ve Belek, 1997: 50). Son dönemlerde özel hastanelerin desteklenmesi, bazı sağlık hizmetlerinin özel sektöre gördürülmesi ve özel sektörden hizmet satın alınması ile birlikte özelleştirme yöntemine de başvurulduğunu söylemek mümkündür.

3.3.3.1. Kamu Yönetimi Reformu, Yerelleşme ve Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü

AKP Hükümetinin ilk icraatlarından biri olan Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı (KYTK), 15.07.2004 tarihinde Meclis tarafından kabul edilerek, Cumhurbaşkanına gönderilmiştir. Ancak Cumhurbaşkanı tarafından incelenen KYTK, bazı maddelerinin anayasaya aykırı olduğu gerekçesiyle tekrar görüşülmek üzere Meclise geri gönderilmiştir.³⁹ KYTK daha sonra tekrar görüşülmemiş ve gündeme alınmamıştır. Bununla birlikte KYTK’nın içerdiği düzenlemeler tamamen gündemden de çıkarılmamıştır. Bu nedenle KYTK, kamu yönetimi alanında yaşanan veya yaşanması muhtemel olan değişme ve gelişmeler için fikir verecek ve bir çerçeve oluşturacak niteliktedir. Bu gerçekten hareketle Tasarının ilgili bölümleri üzerinde durmak yararlı olacaktır (Erençin ve Yolcu, 2008: 128).

KYTK ile Türk kamu yönetiminde önemli bir değişiklik yapılması öngörülmüştür. Bu doğrultuda merkezi idare ile mahalli idareler arasındaki yetki ve sorumluluk paylaşımı yeniden düzenlenmiş, devlet düzenleyici ve denetleyici bir yapıya doğru kaymaya başlamıştır. Böylece merkezi yönetim, ulusal bazda kamu

³⁹ Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı ve veto gerekçeleri ile ilgili daha geniş bilgi için bkz. MEMİŞOĞLU, Dilek, Yeni Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Reformu, SDÜ SBE Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2006, s. 84–95.

hizmetlerini yerine getiren, genel ilke, amaç ve politikaları belirleyen, koordinasyonu sağlayan bir yapıya dönüşmüştür. Buna karşılık, ulusal nitelikte olmayan kamu hizmetleri ise öncelikle mahalli idarelere sonra da sivil toplum örgütlerine ve özel sektöre bırakılmıştır. Bu anlayış doğrultusunda Tasarıda merkezi idarenin görevleri tek tek sayılarak belirlenmişken, bunların dışında kalan ve mahalli müşterek ihtiyaçlara ilişkin olan her türlü görev, yetki ve sorumluluk mahalli idarelere bırakılmıştır (Memişoğlu, 2006: 85–86).

Tasarıda doğrudan sağlık hizmetlerini ilgilendiren düzenlemeler de yer almıştır. Bu düzenleme uyarınca Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkilerinin, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastanelerinin ve araç-gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçlarının, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte personelinin, il özel idarelerine devredilmesi öngörülmüştür. Bunun yanında il özel idarelerine devredilmesi planlanan sağlık hizmeti veren tesislerin, il özel idareleri tarafından belediyelere aktarılmasına da imkân tanınmıştır. KYTK’da sağlık hizmeti anlayışının temelini Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılarak hizmet sunumundan çekilmesi, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulması ve hastanelerin il özel idarelerine ve belediyelere devredilmesi oluşturmuştur. Bu doğrultuda kamu hizmetlerinin, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birimlerde sunulması ve yerel ihtiyaçlara duyarlılığın arttırılması istenmiş, kişilerin bir kamu hizmetini alabilmesi için ek ödeme yapmasının önüne geçilmesi amaçlanmıştır (Balcı, 2005: 56).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi konusunda KYTK’yı tamamlayan diğer iki yasal düzenleme ise, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu⁴⁰ ile 5393 sayılı Belediye Kanunu’dur⁴¹. 5302 sayılı Kanunun 6. maddesine göre mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla “sağlık... ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetler”in il sınırları içinde düzenlenmesi il özel idarelerine bırakılmıştır. Bunun yanında 16. maddede “çevre ve sağlık komisyonu” il genel meclisi tarafından oluşturulması zorunlu ihtisas komisyonları arasında sayılmıştır. Ayrıca 35. maddede il özel idaresi teşkilatı içinde sağlık biriminin kurulması zorunlu tutulmuş ve 65. madde ile de, sağlık hizmetlerine

⁴⁰ 04.03.2005 tarih ve 25745 sayılı Resmi Gazete

⁴¹ 13.07.2005 tarih ve 25874 sayılı Resmi Gazete

halkın gönüllü katılımı mümkün kılınmıştır. 5393 sayılı Kanun ise belediyelerin görev tanımını önemli ölçüde değiştirmiştir. Bu değişim sağlık alanındaki görevlere de yansımış ve belediyeler daha ziyade koruyucu halk sağlığı kapsamında görevlendirilmiştir. Belediyeler, Kanununun 14. maddesi ile yerel ve ortak nitelikte olmak kaydıyla, sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilme ve işletebilme yetkisi ile donatılmışlardır (Erençin ve Yolcu, 2008: 131,133).

Kanun kapsamında belediyeler de çeşitli sağlık hizmetlerinin sunulmasından görevli tutulmuştur. 1580 sayılı Belediye Kanunu uyarınca belediye bünyesinde Sağlık İşleri Müdürlüğü, Çevre Müdürlüğü, Temizlik İşleri Müdürlüğü ve Zabıta Müdürlüğü kurulmuş ve bu müdürlükler çevre ve sağlık konusunda yetkilendirilmiştir. 5393 sayılı Belediye Kanunu ise Zabıta Müdürlüğü'nün kurulmasını zorunlu tutmuş, buna karşılık Sağlık İşleri Müdürlüğü, Çevre Müdürlüğü ve Temizlik İşleri Müdürlüğü'nün kurulmasını ise belediye meclisi kararına bırakmıştır. Belediyelere sağlıkla ilgili pek çok görev verilirken, sağlıkla ilgili müdürlüklerin kurulmasının zorunlu olmaktan çıkarılması dikkat çekmektedir (Sayan, 2007: 125). 5393 sayılı Belediye Kanunu ile öngörülen bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin özel sektöre devrinin önünü açabilecek niteliktedir. Ayrıca bu düzenlemeler belediyelerin güçlendirilmesinden çok devletin sosyal niteliğinin zayıflamasına neden olmaktadır (Sayan, 2007: 133).

KYTK yasalaşamamış ve uygulamaya koyulamamıştır. Buna karşılık KYTK'da yer alan sağlık ile ilgili düzenlemeler SDP kapsamında tekrar ele alınmıştır. 5393 sayılı Belediye Kanunu ile getirilen düzenlemeler, SDP ile birlikte ele alındığında sağlıkta yerelleşme ve özelleşmenin önünün açıldığını söylemek mümkündür. Böylece KYTK'da da öngörüldüğü şekilde, Sağlık Bakanlığı düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşurken sağlık hizmetlerinin sunumu yerel yönetimlere ve özel sektöre devredilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti niteliğinin zayıflaması olarak yorumlanmaktadır (Sayan, 2007: 131).

Sağlık hizmetleri sunumunun yerel yönetimlere devri gündemde olmakla birlikte bu noktada sorulması gereken önemli sorulardan biri de yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri sunumu noktasında ne kadar yeterli olduklarıdır. Yerel yönetimlerin sağlık hizmeti sunması durumunda toplum sağlığının nasıl etkileneceği, ülkedeki

sağlık hizmeti sunumu ve yönetimi üzerinde olumlu veya olumsuz nasıl değişiklikler yapacağı konuları üzerinde ciddi şekilde düşünülmelidir. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olması, yerel ihtiyaçların daha kolay karşılanması ve halkın katılımının gerçekleşmesi açısından faydalı olacaktır. Buna karşılık yerel yönetimlerin sahip olduğu teknik kadronun ve mali imkanların sağlık hizmetlerinin sunumu için yetersiz olduğu da bir gerçektir. Bu gerçek seçilenlerin “olası çıkar hesaplarının” toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açacağı varsayımı ile birleşince, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin sunumunda iyi bir performans sergileyeceğini söylemek güçleşmektedir (Uz, 1999: 104).

3.4. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşümün Personel Boyutu

Sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda sağlık personeli merkezi bir konumda bulunmaktadır. Bu merkezi konum, toplumun sağlık hizmeti talebini karşılamada sağlık personeline önemli bir rol yüklemektedir. Toplumun ihtiyacını karşılayacak sayıda ve seviyede sağlık personelinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunumu için gerekli görülmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 107).

Türkiye’de 2007 yılı Nisan ayı itibariyle 97.818 hekim bulunmaktadır. Bunun 49.740’ı uzman hekim, 29.936’sı pratisyen hekim ve 18.142’si asistan hekimdir (Sağlık Bakanlığı, 2007c: 1). 2010 yılında bu sayılar artarak toplam hekim sayısı 123.447’ye ulaşmıştır. Bunların da 63.563’ü uzman hekim, 38.818’i pratisyen hekim, 21.066’sı asistan hekimdir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 73). 2007 yılı Aralık ayı verilerine göre Türkiye’de 10.000 kişi başına düşen doktor sayısı 14.9 iken, hemşire sayısı ise 12.2’dir (Sağlık Bakanlığı, 2007a: 5). 2010 yılı verilerine göre ise 10.000 kişi başına düşen hekim sayısı 16.7, hemşire sayısı ise 15.6’dır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 75,78). Yine 2010 yılı verilerine göre toplam hekimin 72.435’i Sağlık Bakanlığı’nda, 25.445’i üniversite hastanelerinde ve 24.077’si de özel hastanelerde görev yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 72). Bu verilerin yanında, Türkiye’de hekim dışı sağlık personeli sayısında yetersizlik ve sağlık çalışanlarının bölgesel ve kır-kent dağılımında bir dengesizlik söz konusudur. Ayrıca sağlık personelinin iş güvencesi, ücretlendirme ve özlük hakları konusunda da sıkıntıları bulunmaktadır (BSB, 2008: 234).

Sağlık personeli sağlık sisteminin başarısı açısından kritik bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerini yürütecek olan sağlık personelinin niteliği, sağlık sisteminin başarısını doğrudan etkileyecektir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde nitelik nicelikten önce gelmektedir ve bu durum sağlık personelinden bağımsız olarak ele alınmamaktadır. Bu noktada, sağlık personelinin planlanması öne çıkmaktadır. Sağlık personelinin planlanması, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından gerçekleştirilmiştir. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü iş yüküne dayalı olarak personel ihtiyacını belirlemektedir. DPT ise hazırladığı planlarla sürece dahil olmaktadır. Son dönem planlarda genellikle "Sağlık Reformu" esas alınmakta, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan kurumlara dönüştürülmesi, sağlık personeli için iş yükü esasına dayalı kadro standartları getirilmesi gibi önerilerde bulunmaktadır (Kılıç, 2007: 504–507).

DPT'nin planlarında yer alan önerilere benzer düzenlemelere, SDP'de de yer verilmiştir. SDP'den önce ise kısa adı "Çakılı Kadro" olan 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" 10 Temmuz 2003 tarihinde TBMM tarafından kabul edilmiş ve 24 Temmuz 2003 tarihinde 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın personel açığı olan yerlerde, sözleşmeli statüde sağlık çalışanı istihdam etmesini sağlamak amacıyla çıkarılan Yasa, "eleman temininde güçlük çekilen yerlerde" sözleşme akdi ile "işçi sayılmayan sağlık personelinin" çalıştırılabileceği hükmünü getirmiştir (TTB, 2004: 35–36).

Söz konusu Yasa ile öncelikle "mecburi hizmet yasası" olarak bilinen 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun" yürürlükten kaldırılmıştır. Yasa önce "mecburi hizmet yasasına" alternatif olarak bölgesel ölçekte sınırlandırılmışken daha sonra Yasanın kapsamı genişletilmiştir (Kavas ve İlhan, 2010: 12). Ülke genelini kapsayacak şekilde uygulamaya koyulan Yasa, amaçlandığı gibi mecburi hizmet için alternatif oluşturamamış ve mecburi hizmet uygulaması 2005 yılında tekrar yürürlüğe girmiştir. Bu durum sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması için zemin hazırlamıştır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:

642–643). Zamanla kamu sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetlerin taşeronlaştırılması bu sürece eşlik etmiştir. 4924 sayılı Yasa “başlangıçta sağlık çalışanlarının görece daha yüksek ücretlerle çalışmasına” imkân tanımış olmakla birlikte, özünde “iş güvencesi ve özlük hakları” açısından olumsuz bir içerik taşımaktadır (Kavas ve İlhan, 2010: 12).

SDP sağlık hizmetleri üretimi ve sunumunda değişiklik yaptığı gibi, sağlık personelinin çalışma sistemine yönelik değişiklikler de yapmaktadır. Bu doğrultuda sağlık personelinin sağlık kuruluşlarında sözleşmeli olarak istihdam edilmesi, performansa göre ücretlendirmeye tabi tutulması ve sağlık hizmetlerinde taşeron çalışma usulleri uygulanması gündeme gelmektedir.

3.4.1. Sözleşmeli Personel Anlayışı

SDP’de personel açısından öne çıkan noktalardan biri, sağlık personelinin sözleşmeli statüde çalıştırılmasına olanak sağlayan düzenlemelerdir. Nitekim SDP metninde de sağlık personelinin “devlet memuru” statüsü taşımasının çeşitli sakıncaları olduğu ifade edilmekte, sağlık çalışanlarına çalıştığı yer farkı gözetilmeksizin sabit ücret verilmesi sıkıntılı bulunmaktadır. Bunun yanında, sağlık çalışanlarına merkezden müdahale yapılması ve sağlık çalışanlarının siyasi etkiye maruz kalmasının çeşitli sorunlara neden olacağı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 18).

Sözleşmeli personel anlayışı sadece SDP kapsamında öne çıkmamıştır. Daha sonra gerçekleştirilen çalışmalarda da sözleşmeli personel anlayışı sıklıkla dile getirilmiştir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı’nda, kısa vadeli hedefler için belirlenen politika seçenekleri arasında sözleşmeli istihdama da yer verilmiştir. Buna göre sözleşmeli hekim ve hemşire istihdam edilmesi ve sözleşmeli hemşireler için kariyer imkânı sağlanması öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2007c: xx).

2005 yılında sözleşmeli personel çalıştırılmasına fırsat tanınması ile birlikte, destek hizmetlerinde çalışan sözleşmeli personel yanında, tıbbi hizmetlerde çalışanlar arasında da sözleşmeli olarak çalışma yaygınlaşmaya başlamıştır (BSB, 2008: 235). Kalkınmada öncelikli bölgelerde, sağlık personeli temininde yaşanan sıkıntıyı giderebilmek amacı ile uygulanan sözleşmeli sağlık personeli alımıyla da önemli

sayıda hekim dışı sağlık personeli istihdamı sağlanmıştır. 2006 yılı itibariyle 247'si uzman hekim, 2.080'i pratisyen hekim ve 13.524'ü diğer sağlık personeli olmak üzere Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam 15.851 sağlık personeli sözleşmeli olarak istihdam edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007d: 216–217).

Sözleşmeli personel anlayışı özellikle kamu hastane birlikleri oluşturulması ve aile hekimliği uygulaması noktasında karşımıza çıkmaktadır. Kamu hastane birlikleri tasarısı ile devlet memuru konumunda olan hastane personeli için sözleşmeli çalışma zorunluluğu getirilmektedir. Tasarı ile Genel sekreterlik bünyesinde istihdam edilecek tüm personelin ve hastane yönetim kademesinde görev alacak personelin, sözleşmeli statüde istihdam edilmesi ve ekip halinde çalışması öngörülmektedir. Benzer şekilde kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile birlik bünyesinde sözleşmeli statüde istihdam edilebilecektir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılacaktır. Birliğe dönüştürülen hastanelerde görev yapan Bakanlığa bağlı diğer personelin mevcut statüleri ile görev yapmaları ve haklarının korunması güvence altına alınmaktadır. Sözleşmeli personelin maaşlarının ise, genel bütçeden değil birlik bütçesinden karşılanması öngörülmektedir (Kılıç, 2009). Dolayısıyla kamu hastane birlikleri tasarısının yasalaşması durumunda devlet memuru statüsüne sahip sağlık çalışanları; sağlık işletmesi yönetim kurulunun işe alacağı ve maaşlarının da birlik gelirlerinden karşılanacağı sözleşmeli personel statüsüne geçmektedir.

Benzer şekilde aile hekimliği sistemi, sözleşmeli hekim çalıştırma esasını da beraberinde getirmektedir. 25 Mayıs 2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Göreve başlayış ve ayrılış" başlıklı 12. maddesinde, aile hekiminin sözleşmeli statüde görev yapacağı ifade edilmektedir. Buna göre aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için Bakanlık veya kurumunun muvafakati aranmaktadır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişilerin bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılarak kadroları ile ilişkilerinin devam etmesi öngörülmektedir. Dolayısıyla hem aile hekimi için, hem de aile hekimliklerinde çalışacak sağlık personeli için, sözleşmeli çalışma usulü getirilmektedir.

Aile hekimliği uygulamasının temelini, birinci basamak tedavi hizmetlerinin serbest çalışan hekimler tarafından veya yerel sağlık idaresi ile özel sözleşme yapan sağlık çalışanları tarafından verilmesi oluşturmaktadır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması anlamına gelmektedir. zelleşmiş hizmetlerde ise piyasa kuralları geçerli olmaktadır. Bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı kendi memuru ile sağlık hizmeti vermek yerine, sözleşmeli personel ile sağlık hizmeti sunmayı tercih etmektedir (Türk Sağlık-Sen, 2006). Aile hekimliği uygulamasındaki söz konusu uygulama; iş güvencesinden yoksun ve işsiz kalma endişesiyle düşük ücretle çalışmaya razı olacak hekimler ortaya çıkaracak niteliktedir. Diğer yandan aile hekiminin, kendisine bağlı olan herkese hizmet sunmak durumunda olması, aile hekiminin çalışma gün ve saatlerini artıracak ve hekimlerin kendilerine ayırabilecekleri zamanı azaltacaktır (Kılıç, 2003: 122). Bu durum hekimlerin çalışma saatlerinin artmasına rağmen verimin azalmasına ve hekimlerin memnuniyetsizliğine yol açabilecektir.

Kamu hastane birlikleri tasarısı ile hastanelerin özerkleşmesi ve ardından özelleşmesi; aile hekimliği uygulaması ile de sağlık ocaklarının sağlık işletmesi haline gelmesi öngörülmektedir. Bu gelişmeler GSS ve prim ödeme sistemi ile de desteklenmektedir. Bu süreç sağlık hizmetlerinde kar amacının ne çıkması ve hekimler ile diğer sağlık çalışanlarının kamusal güvencelerine son verilerek sözleşmeli statüde çalıştırılması gerçeğini de bünyesinde barındırmaktadır (TTB, 2005: 20).

3.4.2. Performansa Göre cretlendirme

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini sağlayarak kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek amacıyla, sağlık personeline döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasını ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 149). Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sistemi, çalışan personelin unvanı, görevi, alışma Şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar dikkate alınarak belirlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006: 53).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin önemli “mihenk taşlarından” biri olan “performans yönetim sistemi”, sadece sonuçları ölçmemekte aynı zamanda saptanan hedefler doğrultusunda organizasyona yön vermekte ve sonuç odaklı olarak hizmetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır. Bu sistem, kamu sağlık hizmetlerinde anlayış değişikliğine yol açmakta ve sağlık hizmetlerinin yükünü çeken sağlık personelinin ödüllendirilmesine imkân tanımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007c: vii).

SDP’de performans göstergelerinin belirleneceği ve bu göstergelere bağlı olarak performansa dayalı ödeme sistemlerinin geliştirileceği öngörülmektedir. Bu doğrultuda yapılan işle maddi katkı arasında bir orantı kurulmakta, zamanı ve potansiyeli daha verimli kullanmaya yönelik bir sistem oluşturulduğu ifade edilmektedir. Böylece hizmeti üretenler, hizmete katkıda buldukları oranda hizmetin karşılığında pay almaya hak kazanmaktadır. Bu durum bir yandan hastanelerde verilen hizmetlerin ölçülebilir hale gelmesini mümkün kılarken, diğer yandan da bu hizmetlerin değerlendirilip hizmeti üretenlere yansımını sağlamaktadır. Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödenmesi suretiyle, hekimlerin hastanelerde gönüllü mesai yapma süreleri uzamakta, hekimlerin muayenehaneleri kapatarak hastanelerde tam zamanlı çalışma eğilimleri artmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007b: 60–61).

2003 yılında SDP’nin yayımlanması ile birlikte performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik çalışmalar da başlatılmıştır⁴². Pilot uygulamalar sonrasında 2004 yılı başından itibaren de Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm hizmet birimlerinde uygulamaya koyulmuştur. Sistemde 2004 yılında ağırlıklı olarak “bireysel ve niceliksel performans ölçütleri” etkili olmuştur. 2005 yılından itibaren ise “kurumsal performans ölçütleri” dahil edilerek sisteme nitelik boyutu kazandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 53–54). Dolayısıyla sağlık çalışanlarına yapılacak ek ödeme, hem bireysel hem kurumsal performans kriterleri doğrultusunda belirlenmiştir (Vujicic vd., 2009: 37).

⁴² SB’ye bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında 18.06.2003 tarih ve 1863 Sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmiştir. 2003 yılında on hastanede uygulanan pilot uygulamaların ardından performansa dayalı ek ödeme uygulaması 01.01.2004 tarihinde SB’ye bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007c: 14).

Performansa dayalı ücretlendirme de sözleşmeli personel istihdamı gibi özünde finansmanla ilgili bir konudur. 2004 yılından beri uygulanan performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile sağlık iş gücünün finansmanı konusunda çalışmalar yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007c: 13). 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Sağlıkta İnsan Kaynakları Çalıştayında da bu konu ele alınmış sağlık iş gücünde finansmanla ilgili sorunlar üzerinde durulmuştur. Çalıştayda mevcut finansman kaynaklarının yeterli olduğu, fakat bu kaynakların etkili ve verimli kullanılmadığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda sağlık personelinin maaşları konusunda da eşitsizlik olduğu ve performansa dayalı ek ödeme sisteminin daha da geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007c: 32).

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi öncelikli olarak aile hekimliği uygulamasında karşımıza çıkmaktadır. Buna göre aile hekimlerinin gelirlerinin bir kısmı hasta kayıt seviyelerine bağlı iken, geri kalan kısmı belli performans kriterlerinin karşılanmasına dayanmaktadır. Aile hekimleri asgari sayıda hasta için toplu bir ücret almakta, bundan sonraki her hasta için de ek bir ücret hak etmektedir. Örneğin Düzce’de 2007 yılı verilerine göre, aile hekimleri kaydedilen ilk 1.000 hasta için 1.500 TL (hemşireler için 800 TL) ondan sonra maksimum 4.000 hastaya kadar hasta başına 1 TL (hemşireler için 0.40 TL) ücret almaktadır. Aile hekimlerinin belirtilen aşılama oranları, bebek takibi, gebelik takibi, sevk oranları gibi performans kriterlerini karşılayamaması durumunda ise, belirlenen maksimum ödmeden belirli bir oran kesilmesi söz konusu olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007a: 34). Görüldüğü gibi performansa göre ücretlendirme sistemi, Sağlık Bakanlığı tarafından bir “ödüllendirme” mekanizması olarak tanımlanmakla birlikte, hem sağlık çalışanları açısından hem de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından çeşitli sıkıntıları da bünyesinde barındırmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi bir yandan sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik sağlayacağı gerekçesiyle desteklenirken, diğer yandan da çalışanlar arasında dayanışma düşüncesini zedeleyerek rekabet anlayışını inşa edeceği düşüncesiyle eleştirilmektedir. Zira performansa dayalı döner sermaye ücretlendirmesi sonucunda sağlık çalışanları daha fazla kazanç elde edebilmek için birbirleriyle rekabet içinde olacak ve daha fazla çalışacaktır. Ayrıca söz konusu uygulama ile çalışanların özlük hakları ile emekliliklerine yansımayan bir

ücretlendirme sistemi getirilmektedir. Bu uygulama sağlık çalışanları açısından çalışma ortamlarını olumsuz etkileyecek ve çalışma koşullarını zorlaştıracak bir yapıdadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının kazançlarını artırmak adına gereksiz tetkik ve tedavi uygulamalarına da neden olabilecek niteliktedir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009: 655). Dolayısıyla performansa göre ücretlendirme sistemi, Sağlık Bakanlığı tarafından bir “ödüllendirme” mekanizması olarak tanımlanmakla birlikte, hem sağlık çalışanları açısından hem de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından çeşitli sıkıntıları da bünyesinde barındırmaktadır. Özellikle performansa göre ücretlendirmenin özlük hakları ve emeklilik üzerinde bir etkisi olmaması emeklilik sistemini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları daha uzun süreli çalışma ve emeklilik yaşını erteleme eğiliminde olmaktadır.

3.4.3. Taşeron Çalışma Yöntemleri

Kanunda “alt işveren” olarak nitelendirilen işveren türü, uygulamada çoğunlukla “taşeron” olarak adlandırılmaktadır. Taşeron kullanımı 1980’li yıllarla birlikte, önce belediyelerde temizlik işlerinin taşeron firmalara verilmesi şeklinde karşımıza çıkmış, daha sonra diğer pek çok alana yayılmıştır. “Taşeronlaşma” ile bir işyerindeki iş bölünebildiği kadar küçük birimlere bölünüp her birim ayrı bir taşerona verilmektedir (Şakar, 2010: 30). Böyle bir durumda, taşeron firmaya ait çalışanlar, kadrolu çalışanlarla aynı işi yapmakta, fakat kadrolu işçilerden farklı olarak yasal işvereni taşeron firma olmaktadır. Dolayısıyla, bu çalışanların vergi ve sigorta gibi yükümlülükleri de bağlı oldukları taşeron firmanın sorumluluğunda bulunmaktadır (Sönmez, 2011: 94–95). Taşeron firmaların çoğunlukla sendikasız, sigortasız ve düşük ücretle işçi çalıştırma eğiliminde oldukları görülmektedir. Bu eğilim işçilik maliyetlerinin düşmesine neden olurken sendikal örgütlenme ve toplu sözleşmeyi de olumsuz yönde etkilemektedir (Şakar, 2010: 30). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde taşeronlaşmanın önündeki sınırlamalar genellikle yetersiz kalmaktadır. Bu ülkelerde düşük ücret vermek, mevzuattaki bazı yükümlülüklerden kurtulmak ve yasal sorumlulukları alt işverenlere devretmek gibi amaçlarla taşeron uygulamalarına sıklıkla başvurulduğu görülmektedir (Yılmaz, 2009: 58).

Özellikle 1990’lı yıllardan sonra bütçe yetersizliği ve personel sıkıntısı gibi gerekçelerle, hastane destek hizmetleri kamu personeli haricindeki çalışanlara

yaptırılmaya başlanmıştır. Zamanla “temizlik, mutfak, yemek, çamaşır, bakım onarım, bilgi işlem, telefon, güvenlik, bahçe bakım, otopark, ısıtma, teknik hizmetler, halkla ilişkiler” gibi hizmetler, kamu personeli haricindeki şirket üzerinden çalışanlar tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır. Diğer bir ifadeyle hastanelerde tedavi hizmetleri dışında kalan hizmetler, sözleşmeli personel aracılığıyla yürütülmüş, kamu hastanelerinde taşeron çalışma usulleri söz konusu olmuştur (TTB, 2004: 17–18).

Önce destek hizmetlerinde başlayan taşeron çalışma usulleri daha sonra sağlık hizmetlerine de yansımıştır. Buna yönelik ilk adım 24.07.2003 tarih ve 25718 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Sözleşmeli Sağlık Personeli Kanunu” ile atılmıştır. Ardından bu Kanuna dayanarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” tebliği 05.05.2004 tarih ve 25453 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Söz konusu tebliğ ile Bakanlığa tanınan takdir yetkisi çerçevesinde, bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, satın alınma yöntemine daİR esas ve usuller belirlenmiştir. Bu düzenleme, sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilen hizmetlerin taşeron aracılığıyla yürütülmesinin önünü açmıştır (TTB, 2006: 195).

Uygulamada önce temizlik, yemek ve güvenlik gibi hizmetlerde başlayan sağlık hizmetlerinde taşeronlaşma; daha sonra bilgi işlem personelini, yardımcı sağlık personelini de içine alarak devam etmiş ve hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter, hastabakıcı gibi kadroların taşeronlaştırılması söz konusu olmuştur. Bu gelişme doğrultusunda Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan tüm memurların yaklaşık üçte biri kadar taşeron işçi, hastanelerde hizmet vermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı yaklaşık 108 bin taşeron işçisi ile kamuda en fazla taşeron işçi çalıştıran bakanlık konumuna ulaşmıştır (Kahveci, 2009).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE ÜLKE DENEYİMLERİ

4.1. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması ve Sağlıkta Reform Arayışları

Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Ülkelerin sahip olduğu ekonomik, sosyal, siyasal, kültürel ve demografik özellikler sağlık sisteminin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu doğrultuda ülkelerin sağlık örgütlenmesi ve finansmanı şekillenmektedir. Dolayısıyla tüm ülkeler için geçerli olan, tek bir sağlık sisteminden veya sağlık yapılanmasında söz etmek mümkün olamamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 95–96). Dahası bir ülkede aynı anda birden fazla örgütlenme ve finansman yöntemi kullanılabilir. Türkiye örneğinde olduğu gibi, kimi ülkelerde sağlık sistemi kamu kesimi ve özel sektörün birlikte faaliyet gösterdiği bir örgütlenmeye sahip olabilmekte ve sağlık hizmetlerinin finansmanı sigorta sistemlerinden ve kamu bütçesinden birlikte karşılanabilmekte veya Amerika Birleşik Devletleri örneğinde olduğu gibi farklı eyaletlerde farklı uygulamalar olabilmektedir (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 4).

Ülkelerin ekonomik, siyasal, kültürel ve toplumsal özellikleri yanında, son yıllarda ortaya çıkan küresel gelişmeler ve eğilimler de, sağlık hizmetlerinin gerek yapılanmasını gerekse de finansmanını etkilemektedir. Bu gelişmeler arasında belki de en belirleyici olan, dünya üzerinde neoliberal anlayışın artan oranda etkisini göstermesidir. Bunun sonucunda devletin küçültülmesi ve sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi alanlardan çekilmesi söz konusu olmakta ve devletin çekildiği alanların özel sektör ve sivil toplum kuruluşları tarafından doldurulması gündeme gelmektedir. Buna paralel olarak, artan kamu harcamalarının kısıtlanması ihtiyacı ve finansman konusunda yaşanan sıkıntılar, sosyal devlet anlayışını zayıflatmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 98). Neoliberal düşüncenin artan etkisi ve sosyal devlet anlayışının güç kaybetmesi, devletin görevlerinin ve faaliyet alanının azaltılması düşüncesini beraberinde getirmektedir. Bu süreç sağlık alanına da yansımakta ve sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesinde “özelleştirme, rekabetçi seçenekler ve

piyasa temelli yöntemler” (Erençin ve Yolcu, 2008: 119) ile desantralizasyon uygulamalarına başvurulmaktadır.

Neoliberal anlayışın etkisi yanında, artan sağlık harcamaları da sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, artan sağlık harcamaları ekonomi üzerinde ciddi bir baskı oluşturmaktadır. Ülkeler sağlık harcamalarını azaltmak ve maliyetleri kontrol altına almak amacıyla, sağlık hizmetlerinde ve sağlık finansmanında reforma başvurmaktadır. Ayrıca sağlık teknolojisindeki gelişmeyle birlikte sağlık hizmetlerine yönelik talebin artması, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliği artırma amacı da reformu kaçınılmaz kılmaktadır. Son 20–25 yıldır gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan tüm ülkelerde sağlık reformu gündemdeki yerini korumaktadır. Hemen her ülke, sağlık alanında reforma ihtiyaç duymakla birlikte bu ihtiyaç gelişmekte olan ülkelerde daha yoğun hissedilmektedir. Buna karşılık, gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi gelişmekte olan ülkelere göre daha sıkıntılı olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 93–94). Çünkü bir yandan kamu kaynaklarının yetersizliği, diğer yandan sağlık alanındaki altyapı yetersizliği ve yapısal sorunlar bu konuda gelişmekte olan ülkelerin işini zorlaştırmaktadır.

Sağlık alanında reform ya da düzenleme yapmak isteyen gelişmekte olan ülkeler, üç temel soru ile karşı karşıya kalmaktadır. İlk soru; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli miktarda kaynağın nasıl aktarılacağıdır. İkinci soru; en fazla sayıda insana sağlık faydası sağlayacak şekilde, fonların nasıl tahsis edileceği yani optimum faydanın nasıl sağlanacağı ve sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğine ilişkindir. Üçüncü soru ise; sağlık hizmetleri maliyetinin nasıl kontrol edileceğine yöneliktir. Gelişmekte olan ülkeler öncelikli olarak bu sorulara cevap bulmak zorundadır. Zira kamu yönetiminin elinde bulunan kaynaklar sınırlıdır. Dahası ekonomik kalkınma, ulaşım, iletişim ve eğitim gibi başka alanlar da bu kaynaklardan pay almaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak miktarını azaltmakta ve hastanelere, diğer sağlık kurumlarına, temel sağlık hizmetlerine yeterli düzeyde kaynak aktarılamamaktadır (Hsiao, 1997: 15).

Gelişmekte olan ülkeler, içinde buldukları kaynak sıkıntısı nedeniyle genellikle sağlık reformlarını hayata geçirmekte zorlanmıştır. Bu noktada DB ve IMF

gibi uluslararası kuruluşlar devreye girmiş ve ülkelere kredi desteği sağlayarak sağlık reformlarında izleyecekleri yol haritasını sunmuştur. Özellikle 1980 sonrası dönemde DB, DTÖ, IMF ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar gelişmekte olan ülkelerde sağlık reformlarını şekillendirmiştir (Erençin ve Yolcu, 2008: 120). DB 1990'lardan itibaren bu misyonu üzerine alarak kredi ve proje destekleriyle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini yeniden yapılandırmış ve bu aşamada özelleştirme ve yerelleştirme politikalarına ağırlık vermiştir.

Her ülkenin ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel yapısından kaynaklanan kendine özgü koşulları olduğu bir gerçektir. Bu koşullar birçok alanı olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemekte ve sağlık reformlarında bu koşullar dikkate alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yapısı, örgütlenmesi, reform ihtiyacı ülkeden ülkeye değişmektedir. Bununla birlikte kendi özgül koşullarını göz önünde bulundurarak diğer ülkelerin sağlık reformlarından ders çıkarmak, hata payını en aza indirmek ve başarılı olmak adına yararlı olacaktır (Balcı, 2005: 91–92).

Bu kabulden hareketle, bu bölümde farklı ülkelerdeki sağlık hizmeti uygulamalarına ve bu ülkelerde gerçekleştirilen sağlık reformlarına yer verilecektir. Ele alınan ülkeler sağlık hizmetleri sunumunda ve finansmanında birbirinden farklı modeller uygulamaktadır. Ayrıca bu ülkelerde, diğer pek çok ülkede olduğu gibi artan sağlık harcamaları nedeniyle önlem alınması yoluna gidilmektedir. İngiltere sağlık hizmetlerini büyük oranda vergilerle karşılamakta ve sağlık hizmetleri karşılığında ek bir ücret almamaktadır. Buna karşılık Amerika Birleşik Devletleri özel sektör ağırlıklı bir sistem uygulamakta ve ABD'de sağlık hizmetleri belli bir bedel karşılığında sunulmaktadır. ABD sağlık sisteminde parçalı bir yapı ve farklı gelir gruplarına hizmet sunan çok sayıda sağlık sigortası modeli söz konusudur. Almanya ise, sağlık sisteminin geçmişi eskiye dayanan bir ülkedir ve Bismarck modeline dayanmaktadır. Buna göre prim ödeme esasına dayalı bir sigorta sistemi söz konusudur. İşveren ve çalışan katkıları ile finanse edilen sistemde, son yıllarda artan sağlık harcamalarına yönelik önlemler geliştirilmektedir. Karma bir sağlık modeline sahip olan Yunanistan ise, AB ortalamasının üzerinde olan ve bütçe için sıkıntı yaratan sağlık harcamaları ile karşı karşıyadır. Muhafazakâr hükümetler tarafından bu soruna çözüm bulmak amacıyla çeşitli reform çalışmaları gerçekleştirilmiş ancak yeterli sonuç alınmamıştır. Bu durum son dönemde

Yunanistan'ın içinde bulunduğu ekonomik kriz ile birlikte düşünüldüğünde, sağlık harcamalarını azaltma amacı taşıyan reformların devam edeceğini söylemek mümkündür. Şili, Kolombiya ve Brezilya gibi Latin Amerika ülkeleri ise, 1990'larda Dünya Bankası öncülüğünde gerçekleştirilen reformlarla, sağlık sistemini yeniden düzenlemiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve özelleştirilmesi söz konusu olmuştur.

4.1.1. İngiltere

İngiltere'de sağlık sisteminin temeli Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS)'ne dayanmaktadır. NHS'nin altyapısı 1911'de Lloyd George döneminde kabul edilen Ulusal Sigorta Yasası ile oluşturulmuştur. Sanayileşme sürecinde "işçi sınıfının kazanımları" sonucu meydana gelen küçük işçi sigortaları ve dostluk dernekleri bu yasanın çıkmasında etkili olmuştur (Aksakoğlu, 1995: 5). Zamanla işçilerin yanında diğer çalışanlar ve çalışamayanlar da kapsama alınmış ve tüm sağlık sorunlarını kapsayan genel bir sağlık sigortası oluşturulmuştur (Aksakoğlu ve Giray, 2006: 336). İkinci Dünya Savaşı sırasında, güçlenen işçi sınıfının iktidarı ele geçirmesini engelleyecek bir önlem olarak da, örgütlü bir sağlık hizmetinin oluşturulması düşünülmüştür. Bu doğrultuda Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerinde uygulanan model incelenerek NHS'ye yön verilmiştir (Aksakoğlu, 1995)⁴³.

NHS, 1946 yılında kabul edilen NHS Kanunu'nu takiben 1948 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanun, İkinci Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu konusunda hayati bir önem taşımıştır. Kanun, tüm nüfusun ücretsiz olarak yararlanabileceği kapsamlı bir sağlık hizmeti için, devletin ortak sorumluluğunu ortaya koymuştur. Bu yaklaşımın temelini ise erişimde eşitlik oluşturmuştur ve sistemde kullanıcı katkılarına yer verilmemiştir (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 5).

Beveridge sistemi olarak da bilinen İngiliz sağlık sisteminde, devlet ülkede yaşayan herkese NHS aracılığıyla sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. NHS'nin finansmanı önemli oranda genel vergilerle sağlanmaktadır. Vatandaşlar, NHS

⁴³ İngiltere'de sağlık ve sosyal güvenlik alanında yaşanan gelişmeler hakkında daha geniş bilgi için bkz. SALLAN GÜL, S., **Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa!**, Etik Yayınları, İstanbul, 2004.

hizmetlerini kullandıkları sırada herhangi bir ödeme yapmamaktadır. NHS'nin yaklaşık %80'i genel vergilerle karşılanmaktadır. Yaklaşık %13'ü de ulusal sigorta aracılığıyla finanse edilmektedir. Ancak NHS'den yararlanmak sigorta ödemesi şartına bağlı değildir. Dolayısıyla NHS tarafından yapılan harcamaların yaklaşık %93'ü kamusal kaynaklar tarafından karşılanmaktadır (Belek, 2009: 221). Bütüncül bir bakış açısıyla oluşturulan ve nüfusun tamamını kapsayan NHS altında, hastanecilik ve uzmanlık hizmetleri; diş, göz, eczacılık ve aile hekimliği hizmetleri; kişisel sağlık hizmetleri (cankurtaran, veri toplama ve kayıt, aile planlaması, sağlık ocakları, evde hasta bakımı, evde hemşirelik ve ebelik, anne ve çocuk sağlığı, bağışıklama ve aşılama, diğer koruyucu ve bakım hizmetleri) ve okul sağlığı hizmetleri bulunmaktadır (Aksakoğlu ve Giray, 2006: 337).

NHS, bölge (district) temelli bir örgütlenme üzerinde yapılanmıştır. Bölge, “genel sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin” bir bütün olarak sunulabileceği en küçük ve “her tür sağlık elemanının yer alacağı en büyük” birim olarak ele alınmıştır. Bölgelerde Bölge Yönetim Ekibi, Bölge Tıp Komitesi, Sağlık Hizmeti Planlama Ekibi, Toplum Sağlığı Konseyi gibi organlar bulunmaktadır. Bu organlar tüm sağlık kuruluşları üzerinde planlama ve denetleme yapan, seçilmiş ve atanmış kişilerden oluşmaktadır. Bölgelerin üzerinde ise üst bölge olarak nitelendirilebilecek birimler (region) bulunmaktadır. Bu birimler, merkezi yönetim tarafından atanan ve yerel yönetim tarafından seçilen üyelerden oluşmaktadır. Tüm bunların üzerinde ise, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü yer almaktadır. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü hem merkezi karar verme ve finanse etme işlevini yerine getirmekte hem de sağlık hizmetini kontrol etme faaliyetini gerçekleştirmektedir (Aksakoğlu, 1995).

NHS, ne üretileceği ya da nasıl ve kimin için üretileceği gibi ekonomik kaygılardan uzak bir şekilde yapılandırılmıştır. Tıbbi bakımın ücretsiz olması ve ihtiyaç duyulduğu anda, başka hiçbir koşul aranmaksızın zengine de yoksula da eşit şekilde gerçekleştirilmesi esas alınmıştır (Aksakoğlu, 1995). NHS, devletin sağlık hizmetinde gerçekleştirdiği standardizasyonun tipik bir örneğidir. Bu standardizasyon doğrultusunda sağlık kurumlarının çoğunluğu kamulaştırılmış, kaynaklar ve sağlık personeli nüfusa orantılı olacak şekilde dağıtılmıştır. Böylece sağlık hizmetleri sürekli olacak ve en uç noktaya yayılacak şekilde düzenlenmiştir (Belek vd., 1998: 37-38).

1979 yılında Margaret Thatcher yönetimindeki Muhafazakâr Partinin iktidara gelmesi, NHS tarihinde önemli bir gelişme olmuştur. Muhafazakâr Parti İngiltere'deki ekonomik sıkıntıların nedenini kamu harcamalarına ve devlet müdahalesine bağlamış ve önemli bir özelleştirme çalışmasına girişmiştir. NHS'ye yönelik erken özelleştirme politikalarına rağmen, özelleştirmeler temizlik, çamaşır ve yemekhane gibi yardımcı hizmetlerin ihale yöntemiyle özel sektöre gördürülmesiyle sınırlı kalmıştır. Ancak Hükümetin özel sektörün uygulamadaki üstünlüğüne yönelik inancı, yönetimde önemli düzenlemelerin gerçekleştirilmesine yol açmıştır. Hükümetin özel sektöre yönelik güçlü inancına rağmen, NHS 1980'ler boyunca önemli örgütsel değişimlerden etkilenmemiştir. Hükümet, kamuoyu yoklamalarında yaygın destek alan sektöre yönelik gerçekleştirmeyi düşündüğü radikal program hakkında temkinli olmuştur (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 7–8). Bu durum 1991 yılında gerçekleştirilen reformlara kadar devam etmiştir.

1991 yılında kabul edilen yasa ile NHS'de önemli değişiklikler gerçekleştirilmiş ve sağlık sektöründe bir iç pazar (internal market) ya da yarı pazar (quasi-market) yapılanması inşa edilmiştir (Aksakoğlu ve Giray, 2006: 340). Bu doğrultuda 1991 yılında hastanecilik hizmetlerinde temel değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı yine vergilere dayandırılmış, ancak NHS'nin yönetsel ve örgütsel yapısı değiştirilmiş ve hizmet üreten ve finansman sağlayan kuruluşlar birbirinden ayrılmıştır (Belek, 1997: 34,35). Hizmet alıcıları olarak sağlık otoriteleri belirlenirken hizmetin sunumu ise, NHS hastane işletmelerine (Trust) bırakılmıştır. Hastane işletmelerinin birbirleriyle rekabet halinde, alıcılara hizmet sunması öngörülmüştür (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 8).

Muhafazakâr parti tarafından gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık reformları, halk arasında pek de hoş karşılanmamıştır. Bu memnuniyetsizliğin bir sonucu olarak 1997 yılında iktidara gelen İşçi Partisi, NHS'ye yönelik reform programını “White Paper” isimli belgede ortaya koymuş ve “The New NHS: Modern and Dependable” (Yeni NHS: Modern ve Güvenilir) isimli bir rapor hazırlamıştır. Yeni NHS rekabetin ve piyasa vurgusunun yerine planlama ve işbirliği kavramlarını öne çıkarmıştır (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 101). Modern ve güvenilir NHS ile evde, toplumda ve hastanede sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesi

hedeflenmiştir. Böylece bekleme sıralarının azaltılması yanında, daha hızlı ve daha sorumlu bir NHS gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır (Department of Health, 1997).

1997 yılından sonra sağlık alanında öne çıkan uygulamalardan biri de Özel Finans Girişimi (ÖFG) adı verilen bir mekanizmadır. Bir tür kamu-özel ortaklığı olan ÖFG, kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve deregülasyonu düşüncesi sonrasında ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşları ile ilgili hizmetlerin temin edilmesinde, tasarım, inşaat, işletme ve varlık altyapısının finansmanı konularında, kamu yönetiminden özel bir örgüte otorite transferini içermektedir. ÖFG ile özel şirket “imtiyaz sahibi” projeyi finanse etmekte, bakım ve faaliyetleri için tam sorumluluğa sahip olmaktadır (Blanken vd., 2009: 123–124).

1997 yılında İşçi Partisi'nin iktidara gelmesinden sonra, ÖFG'nin sağlık alanında uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla, çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. ÖFG için gerekli olan ihale prosedürleri gözden geçirilmiş ve hastane işletmelerinin durumunu netleştirecek bir mevzuat hazırlanmıştır. Bu gelişmeler sonucunda 1997 yılında 14 tane hastane projesi için mali anlaşma yapılmıştır. Başlangıçta daha fazla proje için onay sunulsa da, daha sonra projelerin sayısını sınırlama yönünde bir karar alınmıştır. Günümüzde İngiltere'de NHS açık farkla ÖFG uygulamalarının başında gelmektedir. 1997 yılı ile Kasım 2008 tarihleri arasında 139'un üzerinde hastane binası projesinin onaylanması ile NHS tarihindeki en büyük hastane programı başlatılmıştır (Blanken vd., 2009: 124–125).

NHS İngiltere'de halen uygulanmaktadır ve sağlık kurumlarından herhangi bir ücret ödemeksizin yararlanılmaktadır. Hastanelerde gerçekleştirilen işlemler için bir bedel ödenmemekte, harcamalar büyük oranda vergiler yoluyla genel bütçeden finanse edilmeye devam etmektedir. Sağlık hizmetleri için genel sigorta sistemi oluşturmak veya prim ödemek, dolayısıyla ikinci kez vergilendirilmek söz konusu değildir. Tetkik, ameliyat, protez, evde bakım gibi sağlık hizmetleri NHS kapsamında bulunmaktadır. İlaç ödemeleri ise NHS kapsamı dışındadır ve hamileler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki bireyler, ilaç ücretlerinin önemli bir kısmını ceplerinden karşılamaktadırlar (Mutlu ve Işık, 2005: 314).

İngiltere'de tüm nüfusu kapsayan NHS yanında, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sigortacılık uygulamalarına da yer verilmektedir. Devletin sağlık

hizmetlerini ücretsiz sunumunun zorlaştığı gerekçesiyle özel sigorta şirketleri kurulmuş ve halk özel sigortacılığa yönlendirilmiştir. Ancak bu oran yaklaşık % 10'larda kalmıştır (Mutlu ve Işık, 2005: 314).

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finansmanında, kamunun belirgin bir üstünlüğü bulunmaktadır. 2002 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının %83'ü kamu kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Gayri safi yurtiçi hâsıla içinde kamunun ve özel sektörün sağlık harcamaları sırasıyla %6.4 ve %1.3 oranındadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 2.160 dolar ile 2.348 dolar olan Avrupa ortalamasının altında yer almaktadır (World Health Organization, 2006: 32–33).

4.1.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sistemi oldukça desantralize ve bölünmüş bir durumdadır. Sağlık sistemi, toplum sağlığı hizmeti ve hasta hakları yanında, önemli ölçüde tedarikçilere ve ödeme yapanlara güç ve kar sağlama gibi bir sonuca odaklanmıştır. Sağlık hizmetinin sağlanması ve buna yönelik ödeme yapılması esas alınmıştır. Amerikan sağlık sistemi; sağlık kuruluşları, sağlık çalışanları, sağlık hizmeti tedarikçileri, sağlık eğitimi ve araştırması yapan kuruluşlar ve finans mekanizmaları olmak üzere beş temel bileşenden oluşmaktadır (Jonas vd., 2007: 8).

Amerika'da gerek federal hükümet düzeyinde, gerekse de eyalet hükümetleri ve yerel yönetim birimleri düzeyinde, belli sağlık hizmetlerinin yürütülmesi söz konusudur. Federal hükümetin temel sağlık birimi, Sağlık ve İnsanî Hizmetler Bölümüdür ve kabine düzeyinde bir sekreter tarafından yönetilmektedir. Bu bölüm federal Sosyal Güvenlik programına karşı sorumludur. 50 eyaletin her birinde ise, eyalet yönetiminin bir parçası olan temel sağlık ajansları vardır. Eyalet sağlık ajanslarının idari yapılanması ve görevlerinin içeriği oldukça değişkendir. Bu ajansların yöneticisi ise genellikle eyalet yönetimi tarafından atanmaktadır ve idari açıdan tamamen eyalet valisine bağlı bulunmaktadır (Jonas vd., 2007: 13). Eyalet yönetimi altındaki yerel sağlık bölümü ise eyalet sağlık ajansı tarafından belli sağlık sorunlarında görevli olarak yetkilendirilmiştir. Buna rağmen bu birimlerin çoğu geniş bir faaliyet özerkliğine sahiptir (Jonas vd., 2007: 14).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, vatandaşların tümünü kapsayan bir sağlık sistemi bulunmamaktadır ve sağlık hizmetlerine ulaşım sınırlıdır. ABD'de istihdama dayalı karmaşık bir özel sigorta sistemi ve yaşlıları, gazileri, yoksulları ve engellileri kapsayan bir kamu sigortası söz konusudur. Bu “sistem dışı (non-system)” durum ise sigorta kapsamında boşluklar doğurmaktadır. Sigorta oranları arttıkça daha fazla işveren sigortanın yararlarını azaltmaya ya da primleri yükseltmeye zorlanmaktadır (Bureau of Labor Education, 2001: 3–4).

Sağlık hizmetleri ise ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilmektedir. Çeşitli sigortalara üye olan bireyler, ödeme güçlerine göre prim ödemektedirler. Herhangi bir hastalık durumunda ise sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya belli bir ödeme yapmak kaydıyla yararlanılmaktadır. Bu sistemde devlet daha çok düzenleyici bir rol üstlenirken, özel sektör sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Devlet ihtiyacı olanlara kamu yardımıyla bulunmaktadır ve vakıflar, dini ve sosyal yardım kuruluşlarıyla birlikte sağlık hizmetlerini yürütmeye çalışmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 118).

Amerika'da kamu kesimi ve özel sektörün katkılarıyla oluşan ve çalışanların da ödedikleri primlerle desteklediği karma bir finansman sistemi söz konusudur. Bu sistemi; kar amaçlı özel sigorta şirketleri, Blue Cross (Mavi Haç) ve Blue Shield (Mavi Kalkan) uygulaması, yönetilen bakım modeli ve sağlık organizasyonları, kamu sigortaları olmak üzere dört grupta toplamak mümkündür (Mutlu ve Işık, 2005: 309–313).

4.1.2.1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

Bu sigorta türü, ağırlıklı olarak bir işveren bünyesinde çalışanlar için söz konusudur. Çalışanlar ödedikleri prim ile sigorta sistemine dahil olmaktadır. Belli bir işyerindeki tüm çalışanlara yönelik toplu bir sigorta sistemi olabileceği gibi, bireylere yönelik sigorta sistemi de olabilmektedir. Bununla birlikte bireysel sigortalar, masraflar için daha az ödeme yapmaları nedeniyle daha az tercih edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 309–310).

ABD'de özel sigortadan tam anlamıyla yararlanabilenler için gelişmiş ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu söz konusudur. Ancak bu durum yeterli gelire sahip olanlar için geçerlidir. Zira sağlık hizmetleri oldukça pahalıdır ve gelir seviyesi

düşük olanlar sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamamaktadır. Bunun yanında, özel sigortalar hastalık riski yüksek olan kişilerden daha büyük oranda prim talep etmekte, bunu karşılayamayanlar da sigorta kapsamı dışına itilmektedir (Kurtulmuş, 1998: 120). Ayrıca, sigortalı olsalar da, hizmetten yararlananlar ciddi oranlarda ve miktarlarda katkı payı ödemek durumundadırlar.

4.1.2.2. Mavi Haç (Blue Cross) ve Mavi Kalkan (Blue Shield) Uygulaması

1929 buhranı sonrasında hastaneler ve hekimler bir araya gelerek birlikler oluşturmuşlar ve birliklerin finansmanını devletle birlikte üstlenmişlerdir. Bu oluşum doğrultusunda ortaya çıkan Blue Cross yani hastane birlikleri, devletle birlikte sigorta şirketlerine olan ödemeleri karşılamıştır. Blue Shield yani hekimler birliği ise, yine devletle birlikte hekim ücretlerini karşılamıştır. Blue Cross Amerikan Hastaneler Birliği tarafından, Blue Shield ise Amerikan Hekimler Birliği tarafından yönetilmektedir (Belek, 2009: 179–180).

Hem Blue Cross hem de Blue Shield, kâr amacıyla faaliyet göstermeyen sigorta şirketleri grubunda yer almaktadır. Bu noktada kar amacı güden sigorta şirketlerinden ayrılmakta ve özel sigorta şirketlerinin aksine birbirleriyle rekabet içine girmemektedirler (Mutlu ve Işık, 2005: 310). Günümüzde her iki kurum Amerikan özel sağlık sektörünün yaklaşık olarak %40'ını elinde bulundurmaktadır. Bu durum eyaletten eyalete değişiklik göstermekte ve bazı eyaletlerde %70'leri bulabilmektedir (Belek, 2009: 180).

4.1.2.3. Yönetilen Bakım Modeli ve Sağlık Organizasyonları

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmeti ödemelerinin, hizmet başı ödeme yöntemine göre yapılması ve örgütlenmenin özel sektör tabanlı gerçekleştirilmesi, Amerikan sağlık sistemini verimsizleştiren ve sağlık harcamalarını artıran unsurlar olarak kabul edilmektedir. Bu durum son yıllarda yeni örgütlenme arayışlarını da beraberinde getirmekte ve hizmet sunumu ile finansmanının birleştirilmesi, en azından hizmet üretenlerin bütünleştirilmesi gündeme gelmektedir. Böylece maliyetleri azaltma amacı doğrultusunda, “yönetilen bakım” (managed care) kavramı üzerinde durulmaktadır (Belek, 2009: 191).

Yönetilen bakım modelinin üç türünden söz etmek mümkündür. Bunlar; Health Maintenance Organizations (HMO, Sağlık Bakım Organizasyonları),

Preferred Provider Organizations (PPO, Tercihli Hizmet Organizasyonları) ve Exclusive Provider Organizations (EPO, Belirlenmiş Hizmet Organizasyonları) şeklindedir. Kâr amacı gütmeyen sağlık sigortaları kapsamında olan bu organizasyonlar, prim toplayarak faaliyet göstermektedirler (Mutlu ve Işık, 2005: 311).

Yönetilen bakım modeli, temel olarak maliyetlerin kısılmasını ve hizmet kalitesinin artırılmasını hedeflemektedir. Model genel olarak, “bütünlüklü bir hizmet” anlayışıyla sağlık hizmetlerinin sunulmasını, sağlık eğitime önem verilmesini, sağlık hizmetinin en uygun satıcıdan alınmasını ve maliyet etkinliğinin gerçekleştirilmesini öne çıkarmaktadır (Belek, 2009: 192).

Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organizations, HMO): HMO’ların faaliyet gösterdiği üç model bulunmaktadır. Bunlardan ilki personel modelidir. Personel modelinde HMO’nun kendi hastaneleri vardır ve HMO bu hastanelerde doktor istihdam etmektedir. Hastalar veya hastaların işverenleri HMO’ya kişi başı yöntemine göre ödeme yapmakta, prim ödemektedirler. Buna karşılık hastalar da sadece HMO bünyesindeki hastanelerden ve hekimlerden sağlık hizmeti alabilmektedir (Barr, 2007: 91,93).

Diğer HMO modeli ise, grup modelidir. Buna göre HMO, doğrudan hizmet sağlamayan bir sağlık planı yürütmektedir. HMO’nun bir önceki modelde olduğu gibi hastaneleri veya hekimleri yoktur. Bunun yerine HMO, üyelerinin sağlık hizmetini karşılamak için hastanelerle ve doktorlarla anlaşma yapmaktadır. Anlaşma uyarınca HMO, medikal gruba kişi başına belli bir miktar para ödemektedir. Karşılığında da medikal grup HMO üyeleri için, gereken tüm doktor hizmetlerini sağlamayı kabul etmektedir (Barr, 2007: 93).

Son HMO modeli ise, Independent Practice Association (Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu, IPA)’dır. IPA genellikle doktorlar tarafından kurulan ve yönetilen bir şirket şeklindedir. HMO kayıtlı üyeleri için kişi başına ödeme yapmayı kabul etmekte ve IPA ile anlaşması olan hekimlerle bireysel olarak sözleşme yapmaktadır. Sözleşme ile hekimler HMO hastalarını indirimli hizmet başı ödeme uygulaması yaparak ya da yıllık hasta başına belli bir ödeme alarak tedavi etmeyi kabul etmektedir. HMO ile anlaşmalı hastanelere de her başvuru için indirimli bir

ödeme yapılmaktadır. IPA geleneksel hizmet başı ödeme sistemine benzetilmektedir. Bununla birlikte hizmet başı ödeme sigorta planları ile IPA dahil tüm HMO'lar arasında temel bir fark vardır. Geleneksel hizmet başı ödeme programlarında her yıl sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapılacağına dair bir sınırlama yoktur. Buna karşılık HMO'nun tüm türleri için kişi başı ödeme oranına ve kayıtlı üyelerin sayısına bağlı olan belli bir para ödenmesi söz konusudur. Bir HMO bu para karşılığında kayıtlı üyelerin hepsine gerekli tüm sağlık hizmetlerini karşılamak zorundadır. Hizmet başına ödeme esasına dayanan sigorta sisteminde maliyetleri düşük tutmak için herhangi bir teşvik yoktur. Buna karşılık bir HMO'da maliyetleri düşük tutmak için güçlü teşvikler söz konusudur (Barr, 2007: 93–94).

Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preferred Provider Organizations, PPO): PPO, genellikle bir sigorta şirketi tarafından geleneksel tazminat sigortasının alternatifi olarak örgütlenmiştir. Sigorta şirketi, hastalara sigorta kapsamında indirim yapmayı kabul eden hekimlerle ve hastanelerle anlaşma yapmaktadır. Bu tarz hizmet sağlayanlar tercihli hizmet sağlayanlar olarak adlandırılmaktadır. Bu tür bir sigorta kapsamındaki hasta, sağlık hizmeti için herhangi bir yere gidebilir. Fakat hasta PPO kapsamı dışındaki bir hastaneyi veya hekimi tercih etmesi durumunda, sağlık hizmeti için daha fazla ödeme yapmak zorundadır. Örneğin, PPO kapsamındaki hastane ve doktorlar için sağlık harcamalarının tamamı ödenirken, diğerleri için bunun sadece %80'i ödenmektedir. PPO'larda hastane hizmetlerinin kullanımı üzerinde çeşitli kontroller vardır. Fakat bu kontroller HMO'da olduğu kadar sıkı değildir. PPO'daki hekimlerin şirketin başarısı üzerinde bir payı yoktur (Barr, 2007: 95).

PPO anlaşma yapılan hastane ve doktorlardan belli bir indirim karşılığında sağlık hizmeti satın alır. Fakat bu hizmetler sınırsız değildir. Ayrıca acil durumlarda ve hastane yatışlarında PPO'dan yararlanmak için PPO'nun izni olmak zorundadır. Son yıllarda PPO'ya üye olanların sayısında artış gözlenmiştir. 1996 yılında PPO kapsamında patron temelli sigortalara dahil olan işçi sayısı %28 iken, bu sayı 2001 yılında %48'e çıkmıştır. Aynı alanda HMO'nun payı ise %31'den %23'e düşmüştür (Belek, 2009: 193).

PPO yanında, HMO ve PPO'nun karışımından oluşan Point of Service Plan (POS Plan-Hizmet Konusu Planı)'dan bahsetmek de mümkündür. POS planda

hastalar, sağlık hizmetinden yararlanmak için farklı koruma düzeylerindeki üç seçenekten birini tercih etmektedirler. Ayrıca ülkenin belli bölgelerinde doktor grupları kendi yerel sağlık hizmeti programlarını oluşturabilmek için yerel hastaneler ile bir araya gelmişler ve Physician Hospital Organizations (PHOs-Doktor Hastane Organizasyonları) oluşturmuşlardır. PHO'lar bu programı çalışanlara HMO'nun bir alternatifi olarak sunmak için, genellikle büyük işverenlerle çalışmayı tercih etmektedirler. PHO bir sigorta şirketi veya sağlık programı içermemektedir. Doktorlar gerekli tüm doktor hizmetlerini sunmak için, hastaneler de gerekli tüm hastane hizmetlerini sunmak için programa kayıtlı hastalarla anlaşmaktadırlar (Barr, 2007: 96).

Belirlenmiş Üretici Organizasyonu (Exclusive Provider Organizations, EPO): EPO son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan bir hizmet organizasyonudur. EPO kapsamında sigortalılar, sigorta şirketleri ve işverenler tarafından belirlenen sağlık kurumlarından hizmet almaya yönlendirilir. Sigorta şirketleri ve işverenlerce belirlenen sağlık kurumları dışındaki bir kurumdan hizmet almak isteyen sigortalı ise, bunun karşılığında kendi cebinden ödeme yapmak zorundadır (Belek, 2009: 193).

4.1.2.4. Kamu Sigortalıları: Medicare Programı ve Medicaid Programı

Amerika Birleşik Devletleri'nde kamu sigortalıları Medicare ve Medicaid Programları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası (Medicare Programı): Federal bir program olan Medicare, 65 üzerindeki, 65 yaşından küçük olmakla birlikte belli sakatlıkları olanları ve yaş sınırı gözetmeksizin böbrek yetmezliği olanları kapsamaktadır (Gemmil, 2007: 21). Program içinde doktor hizmetleri, hastane bakımı ve belli günlerde bakım hizmetleri yer almaktadır. Program, gelir seviyesiyle ilgili bir koşul aramamakta, sadece 65 yaş üzerinde olmayı kriter olarak almaktadır. Program 1965 yılında Kongrede kabul edilen The Medicare Act ile uygulamaya koyulmuştur (Reinhardt, 1997: 123).

Medicare Programı Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır ve Medicare A zorunlu hastalık sigortasını, Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortasını ifade etmektedir. Medicare A'nın sağlık yardımları hastane

tedavilerini, özel hemşirelik bakımını, evde bakımı ve kan ihtiyacının karşılanmasını içermektedir. Bu hizmetlerin tedavi masrafları tamamen değil kısmen karşılanmaktadır. Medicare B ise, doktor ücreti, cerrahi hizmetler gibi tıbbi giderleri, laboratuvar hizmetlerini, evde bakımı, ayakta tedaviyi ve kan hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetlerden laboratuvar hizmetlerinin tamamı sigorta tarafından karşılanırken diğer hizmetler için değişen oranda hastalar da masrafa ortak olmaktadır (Oral, 2003: 64–66).

Medicare programının en büyük eksikliği olarak, sigortanın masrafların tamamını karşılamaması ve her geçen gün karşılama oranının düşmesi gösterilmektedir. Bunun yanında hâlihazırda birçok ilaç, gözlük, işitme cihazları, diş tedavisi gibi pahalı hizmetler, Medicare tarafından karşılanmamaktadır. Bu durum ikinci bir sigorta ihtiyacını da beraberinde getirmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 312).

Tıbbi Yardım Sigortası (Medicaid Programı): Medicaid programı Medicare'den farklı olarak bir sigorta programı değil, federe devletlerin yardım programlarını destekleyen bir uygulamadır (Mutlu ve Işık, 2005: 312). Medicaid federal hükümet ve eyaletler tarafından ortaklaşa finanse edilen ve düşük gelirli ve yoksul insanları kapsayan sağlık sigortası programıdır. Yaşlıları, çocukları, körleri, yoksulları, hükümlüleri, sigortası olmayanları ve belirlenen diğer kişileri kapsamaktadır (Social Security Administration, 2010).

Medicaid ile sağlık harcamalarını karşılayamayan yoksul kesime yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri, doktor ve hemşirelik hizmeti, aşılama, evde bakım, laboratuvar ve ambulans temini gibi hizmetler verilmektedir (Oral, 2003: 68). Medicaid programında da Medicare gibi kısıtlama ve kesintiler söz konusudur. Bunun sonucu olarak hastalar hizmetlerden sınırlı olarak yararlanabilmektedirler (Mutlu ve Işık, 2005: 313).

Federal hükümet ve eyaletler Medicaid fonunu desteklemektedir. Medicaid eyaletten eyalete değişmekte ve eyaletler değişen oranlarda finansmana katılmaktadırlar (Docteur vd., 2003: 11). 2006 yılı için Medicaid programının eyalet yönetimlerinin payı Montana'da yüzde 25 ve Mississippi'de yüzde 24, New York ve Connecticut gibi eyaletlerde ise yüzde 50 arasında değişmektedir. 2003 yılında Federal hükümet ise Medicaid programının genel toplamı olan 267 milyar doların

%62'sini ödemiştir (Barr, 2007: 145). Her eyalet, federal hükümetin belirlediği sınırlar içerisinde kapsamı, faydaları ve ödemeleri değişebilen kendi medicaid programını oluşturmakta ve yönetmektedir. Medicaid, bakım ve koruyucu hizmetlere ek olarak, Medicare programı ve özel sigortaların kapsamadığı uzun vadeli bakım için tek büyük ödeyici konumundadır (Docteur vd., 2003: 12).

Medicare 65 yaş üstü herkesi kapsamakla birlikte, Medicaid yoksulluk sınırının altındaki tüm insanları ve bu durumunu belgeleyenleri kapsayan bir program değildir. Sadece belirli yoksul gruplarına ödeme yapmaktadır. Ayrıca Medicare'in aksine Medicaid doğrudan hizmet bileşeni olmayan bir sigorta modeli üzerine yapılandırılmıştır. Bunların yanında Medicare sadece federal hükümet tarafından finanse edilip yönetilirken, Medicaid ise federal hükümet ve eyaletler tarafından finanse edilip eyaletler tarafından yönetilmektedir (Barr, 2007: 144). Medicaid'in anlaşmalı olduğu ya da hizmet sunduğu hastanelerin kalitesi görece daha düşüktür.

ABD sanayileşmiş ülkeler arasında kişi başı sağlık harcamaları en yüksek olan ülkedir. Buna karşılık henüz tüm vatandaşlarını kapsayacak bir sigorta sistemi geliştirememiştir. Özel sektörü, kişisel tercihi ön plana alan, dağınık ve bölünmüş bir sağlık sistemi vardır. Bu durum sağlık harcamalarını yükseltici bir etki de yapmaktadır. ABD'de kişi başı sağlık harcamaları 6.102 dolardır. Bu rakam 2.552 dolar olan OECD ortalamasının iki katından fazladır. 2007 yılı verilerine göre ise ABD, GSYİH'nin %16'sını sağlığa harcamıştır. Bu miktar, %8.9 olan OECD ortalamasının yedi puan üzerindedir. Fransa, İsviçre ve Almanya gibi yüksek sağlık harcamaları olan ülkelerde bile sağlık harcamaları sırasıyla %11, %10.8 ve %10.4 şeklindedir. Bu veriler, Amerikan sağlık harcamalarının dünyada en iyi hizmeti sağladığı yönündeki iddiayı sorgular niteliktedir (Pearson, 2009: 1; Schaeffer, 2007: 1557–1558).

Sağlık harcamalarının yüksek olması çeşitli nedenlere dayanmaktadır. Harcamaları artıran etkenlerin başında yeni teknolojiler gelmektedir. Sağlık teknolojisi her geçen gün gelişmekte ve yeni tedavi yöntemleri ortaya koyulmaktadır. Teknolojiye olan talep ise harcamaları artırmaktadır. Bununla ilişkili bir diğer etken de tıbbi ürün ve ilaç maliyetlerinin yükselmesidir. Hastalıkların tanı ve tedavisinde

kullanılan yeni ilaçların ortaya çıkması maliyetleri artırmaktadır. Bunların yanında, karmaşık çoklu ödeme sistemine dayalı yönetim maliyetleri de fiyatları ve harcamaları yükseltmektedir. Malpraktis sigortası ise maliyetleri artıran bir diğer unsurdur. Doktorlar yanlış tanı ve tedavi durumunda ortaya çıkabilecek dava riskini de maliyetlere dahil etmektedirler (Pearson, 2009: 10; Bureau of Labor Education, 2001: 2).

Harcamalardaki belirgin artışa karşılık ABD sağlık sistemi verimlilik, etkinlik ve kalite beklentileri açısından oldukça ciddi sorunlara ve eşit olmayan bir yapıya sahiptir (Belek, 2009: 201). Sağlık göstergeleri son derece olumsuz bir tablo çizmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri karlı olmadığı gerekçesiyle özel sektör tarafından dikkate alınmamaktadır. Özel sektör daha ağırlıklı olarak kar getiren ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kamu tarafından yürütülmekte ancak, iyi örgütlenmediği için yetersiz kalmaktadır (Üstünel, 2010). Özellikle, sigortasız ve yoksul kesim sağlık hizmetlerine erişimde ciddi güçlük çekmektedir.

Amerika'da artan sağlık maliyetleri, son yirmi beş yıldır daha ciddi boyutlarda tartışılmaktadır. Hastalar ve işverenler, sağlık hizmetleri üzerinde bir sınırlama yapılmasına karşı çıkmaktadırlar. Politikacılar ise, yönetilen bakım planları ile maliyet yönetimine destek verme konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Genel olarak yüksek sağlık harcamalarına karşı bir memnuniyetsizlik vardır ve halk, sağlık hizmetinin çok daha maliyetli olmasından endişelenmektedir. Bu durum maliyet bilinci olmayan bir sağlık sisteminden maliyet bilinci taşıyan sisteme doğru değişimi de beraberinde getirmektedir (Schaeffer, 2007: 1557; Garber vd., 2007: 1547).

Sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlik ve artan maliyetleri kontrol etme ihtiyacı, sağlık alanında reform arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Bu doğrultuda 1993–1994 yılları arasında Clinton hükümeti döneminde sağlık reformu yapılması gündeme gelmiş ve kongrede yeniden yapılanmaya yönelik görüşmeler yapılmıştır. Yeniden yapılandırma kapsamında tüm nüfusun sigorta kapsamına alınması, hizmet sunumunun kamusal sorumluluk taşıyan bir kurum altında toplanması öngörülmüştür. Ancak bu çalışmalar özel hekimler ve hastanelerin bir araya gelmesi, HMO veya PPO gibi organizasyonların oluşması ile son bulmuş, amaçlanan

reformlar tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir (Üstünel, 2010). 2005 yılında ise sorunları ve sağlık sistemini ele almak amacıyla federal komisyon toplanmıştır. Komisyon sorunların altını bir kez daha çizerek tarafların daha fazla sorumluluk üstlenmesini öngörmüş, ancak somut çözüm önerileri ortaya koyamamıştır (Belek, 2009: 201–202).

Sağlık reformu son olarak ABD Başkanı Barack Obama döneminde gündeme gelmiştir. Sağlık harcamalarının ve sağlık maliyetlerinin hızla yükselmesi, buna karşılık sağlık alanında verimsizliğin söz konusu olması, reform girişiminin başlıca nedeni olmuştur. Nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortası kapsamında olmaması ve eksik sigortalı (bireylerin sahip olduğu sigortanın ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini tam anlamıyla karşılamaması) olması da reformun bir diğer nedenini oluşturmuştur⁴⁴. Obama Amerikan sağlık sisteminde köklü bir reform çalışması başlatmış ve Sağlık Reformu Yasa Tasarısı 21 Mart 2010 tarihinde Temsilciler Meclisi'nde 212'ye karşı 219 oyla kabul edilmiştir (Yıldırım, 2010: 1–2).

Sağlık reformu ile vatandaşların sağlık sigortası yaptırması zorunlu hale getirilmekte ve yaklaşık 32 milyon Amerikalının sigorta kapsamına dahil edilmesi planlanmaktadır. Ayrıca devletin özel sigorta şirketleri üzerindeki denetiminin artırılması öngörülmektedir. Buna göre sigorta şirketlerinin önceki sağlık sorunları nedeniyle hastaları sigortalı olmayı reddetmesi yasaklanmaktadır. Sigorta primleri denetim altına alınarak primlerin ani olarak artırılması engellenmektedir. Sigorta şirketleri tarafından kapsama alınmış keyfi sınırlamalara son verilmesi hedeflenmekte, sağlık sigortası değişimi ile sigortacılar arasında rekabet ortamı yaratılmakta ve düşük prim oranları oluşturulması amaçlanmaktadır. Ayrıca 2014 yılından itibaren Amerikalıların sağlık sigortası edinmesi zorunlu hale getirilmektedir. Buna paralel olarak, yoksul kesimlerin sigorta kapsamına alınabilmesi için kaynak ayrılması öngörülmektedir (Ornarlı, 2010; Health Reform, 2010). Birçok olumlu yönüne rağmen bu reform, devletin sağlık alanındaki rolünü artırdığı ve sağlık sektörünü sosyalistleştirdiği gerekçesiyle eleştirilmektedir.

⁴⁴ McHugh vd. (2008: 6) ise ABD sağlık sisteminde reform yaparken doktor ve hemşire sayısının yetersiz olmasının da göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade etmişlerdir. McHugh vd. doktor ve hemşirelerin ABD sağlık sisteminde kilit bir rol oynadığını belirtmiş ve buaradan hareketle, doktor ve hemşire sayısındaki azlığın sağlık hizmetlerini ve sağlık çıktılarını olumsuz etkileyeceğini belirtmişlerdir. Doktor ve hemşire sayısının yetersiz olmasının aynı zamanda sağlık sisteminde yapılması planan yapısal değişiklikleri de sınırlayacağı görüşü üzerinde durmuşlardır.

4.1.3. Almanya

Almanya modern sağlık sisteminin geçmişi 1883 yılına dayanmaktadır. 1883 yılında çıkarılan kanunla, sağlık sigortası ülke genelinde belli işlerde çalışanlar için zorunlu hale getirilmiştir. Daha sonra sağlık sigortası diğer meslek kollarına da yayılmıştır. Böylece Almanya, ulusal sosyal güvenlik sistemi geliştiren ve sosyal adalet anlayışını uygulayan ilk ülke olmuştur. Bismarck modeli olarak bilinen bu sistem ayrıca, zamanla iş kazaları ve sakatlıkları (1884), yaşlılık ve zrllk durumları (1889), işsizlik (1927) ve uzun dönemli bakım (1994) gibi hizmetleri kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Sosyal sigortanın önemi ve yapısal devamlılığı, geçmişten günümüze Alman sağlık sisteminin temel özelliklerinden biri olmuştur (Busse ve Riesberg, 2004: 12–13).

Almanya'da sağlık sigortası sistemi, maliyetlerin tamamını karşılayacak bir katılımı zorunlu kılmaktadır. İstihdama dayalı olan bu sistemde, gelir elde edenler ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsayacak bir prim ödemesi söz konusudur. Geliri belirli bir seviyenin altında bulunanların sağlık giderleri ise vergilerle karşılanmaktadır. Benzer şekilde tam kamusal veya yarı kamusal nitelikte olan koruyucu sağlık hizmetleri de vergilerle karşılanmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 112).

Alman sağlık sisteminin temel bir özelliği, karar verme sürecinin eyaletler, federal hükümet ve yasal sivil toplum kuruluşları arasında paylaşılmış olmasıdır. Sağlık sisteminde hükümetler geleneksel olarak hizmet alıcı ve hizmet sağlayıcıların kendi kendini düzenleyen örgütlerine yetki aktarmaktadır (Busse ve Riesberg, 2004: 29). Sağlık sistemi desantralize bir özellik taşımaktadır ve zorunlu sigorta, hastalık fonları ve hekim birlikleri sistemin önemli taraflarını oluşturmaktadır. Bu korporatist yapılar gerek hizmetin sunumundan gerekse de finansmanından sorumludurlar (Belek, 2009: 236).

Alman sağlık sisteminde hem merkezi hükümet, hem de yerel hükümetler sağlık sisteminden sorumludur. Merkezi hükümet ulusal sağlık btcesini belirler, hastalık fonları üzerinde denetim gerçekleştirir, yararlanım paketi içinde yer alacak tıbbi prosedürleri saptar. Eyalet düzeyinde toplam sağlık btcesi ise, hastalık fonlarının eyaletlerdeki birimleri ile doktorlar tarafından belirlenir. Ayrıca yine bu iki

grup tarafından geri ödeme sözleşmeleri, doktorları izlemede kullanılan prosedürler saptanır (Belek, 2009: 237–238).

Alman sosyal sağlık sigortası (SHI) sistemi, dünyanın önde gelen sağlık sistemlerinden biridir. Sistem işveren ve çalışanların katkıları ile finanse edilmekte ve kar amacı gütmeyen hastalık fonları tarafından yönetilmektedir. Finansman işgücü piyasasına bağlı olmakla birlikte, Almanya’da neredeyse sigortanın evrensel bir kapsayıcılığı söz konusudur. Ayakta tedavide sağlık hizmetleri serbest çalışan, ofis tabanlı doktorlar tarafından verilmektedir. Doktorlar hastanelerde maaş karşılığında çalışmaktadır, hastaneler de devlete veya kiliseye bağlı olmaktadır (Carrera vd., 2008: 979–980).

SHI’nın temel organları ise, Hekimler Birliği (doktorlar ile çeşitli eyaletlerin doktor ve diş hekimi birliklerinden oluşur), hastalık fonları (federal hastalık fonları birliklerinden oluşur), Federal Ortak Komite (hastalık fonları ve doktorlar arasında müzakere görüşmelerinden sorumlu korporatist yapı), Sağlık Bakanlığı ve 16 eyalet hükümetidir. Bu aktörler ortak bir şekilde SHI sisteminin performansından sorumludur (Carrera vd., 2008: 980). SHI, üyelerine koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta ve yatarak hastane bakımı, doktor hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, diş bakımı hizmetleri, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon hizmetleri ve hastalık izni tazminatı gibi hizmetler sunmaktadır (Busse, 2008: 5).

Almanya’da sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Federal ve bölge düzeyinde faaliyet gösteren hastalık fonları, hizmetin satın alıcısı durumundadır. Bu fonlar; özerk, kâr amacı gütmeyen, devlet tarafından düzenlenen hükümet dışı örgütlerdir. Hastalık fonları prim oranlarını kendileri belirler. 2004 yılı itibariyle 72 milyon insanı kapsayan 292 adet zorunlu hastalık fonu mevcuttur. Bunun yanında 7 milyon üyeye sahip 49 tane de özel sigorta şirketi bulunmaktadır. Fonların yönetim organları ise seçimle oluşmaktadır. Altı yılda bir yapılan seçimlerde işçi, patron ve kurum temsilcileri seçilerek göreve gelmektedir (Belek, 2009: 244; Busse, 2008: 5).

Almanya’da hastalık fonları, işçilerin ve patronların ödediği primlerden oluşmaktadır ve özerk bir konuma sahiptir. Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar, denizci fonları, madenci fonları, mavi ve beyaz yakalılarının fonları,

zanaatkârların fonları gibi fon türleri bulunmaktadır. Fonlar üyelerine çeşitli hizmetler tanınmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık taramasına yönelik hizmetler, hastalık tedavileri, ayakta tedavi hizmetleri, diş bakımı ve ilaçlar, hastalık durumunda nakil hizmetleri fonların hizmetleri arasında yer almaktadır (Belek, 2009: 245–247). Çalışanların gelirinin %15'i prim olarak kesilmektedir. Bu miktarın %8'i işçiden kesilirken, %7'lik kesim de işverenden kesilmektedir. Bakmakla yükümlü olunanlar da bu kapsamda yer almaktadır. Uzun süreli işsizler için 2004 yılından beri hükümet tarafından kişi başı sabit prim ödemesi yapılmaktadır. Aylık geliri 400 Euro'nun altında bulunan işçilerin primlerinin tamamı ise patronları tarafından ödenmektedir. Bu oran tüm fonlarda %11'lik bir kesime karşılık gelmektedir (Busse, 2008: 5).

2008 yılı verilerine göre, yıllık geliri 43 bin Euro'nun altında bulunan tüm çalışanlar sosyal sağlık sigortası sisteme üye olmak zorundadır. Nüfusun %88'i zorunlu sağlık sigortasının kapsamı içinde bulunmaktadır. Nüfusun %9'u ise özel sigorta kapsamında bulunmaktadır. Polisler ve askerlerin oluşturduğu %2'lik kesim ise parasız hizmet almaktadır. Nüfusun sadece %0.1'lik kısmı sigorta kapsamı dışında bulunmaktadır (Belek, 2009: 245).

Önceleri üyelerin sigorta fonunu seçme hakkı bulunmazken, 2002 yılında çıkarılan bir yasa ile herkese istediği fonu seçme hakkı verilmiştir. Bunun istisnasını ise çiftçilerin ve madencilerin fonları oluşturmaktadır. Zira adı geçen fonlara kaydolabilmek için çiftçi veya madenci olmak gerekmektedir. Bu düzenleme sonucunda finansman mekanizmasında değişiklikler olmuştur. Buna göre öncelikli olarak fonlar birleşmeye başlamıştır. Bunun yanında fonlar arasında önemli oranda üye geçişleri söz konusu olmuştur. Bu geçişler de fonların yapısını etkilemiştir. Fon değiştirebilmek için, kayıtlı olunan fonda en az 18 ay bulunmak gerekmektedir. Fakat zorunlu fonun gerektirdiği gelir düzeyinden yüksek gelir sahiplerinin iki ayda bir fon değiştirmesi mümkündür. Fon seçiminin serbest bırakılması ile birlikte, fonlar arasında bir rekabet ortamının oluşturulması amaçlanmıştır. Fon seçiminin serbest bırakılması sonrasında bölgesel fonlar ile beyaz yakalıların üye oldukları fonların üye sayısı azalırken, şirket temelinde örgütlenen fonların ise üye sayısı artış göstermiştir (Belek, 2009: 246).

Almanya’da kamu sigortaları yanında özel sigortalar da faaliyet göstermektedir ve nüfusun yaklaşık %10’una hizmet vermektedir. Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası arasında belki de en önemli fark, prim hesaplama yöntemidir. Almanya’da sosyal sağlık sigortacıları prim ücretlerini sağlık riskine göre değil, sigortalının gelirine göre belirlemektedir. Gelire dayalı primler, zenginden fakire gelirin yeniden dağılımını sağlayarak gelir dayanışmasına yol açmaktadır. Daha da önemlisi primler sağlık durumuna dayalı olmadığı için risk paylaşımı söz konusudur. Ayrıca çalışmayan eş ve çocuklar için ücretsiz kapsayıcılık vardır. Bu da dayanışmanın bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Buna karşılık özel sağlık sigortasında primler riske göre belirlenmektedir ve bireyler bireysel riske göre prim ödemektedir. Yaşlılar ve kronik hastalar gibi sağlık riski fazla olan insanlar, yüksek prim ödemektedir. Gençler ve sağlıklılar gibi sağlık riski az olan insanlar ise düşük primler ödemektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası ne risk paylaşımında ne de gelir dayanışmasında bulunmaktadır. Ayrıca eşler ve çocuklar gibi her bir aile üyesi ayrı sigortalanmak zorundadır (Greß, 2007: 32).

Sağlık sisteminde özel sağlık sigortaları alternatif bir rol oynamaktadır ve kamu sağlık sigortası tarafından finanse edilmeyen gruplar (memurları ve serbest meslek sahiplerini, memurların sağlık masraflarının bir kısmı işverenleri tarafından ödenmektedir) ile yüksek gelir sahibi olup kamunun finanse ettiği programdan çıkmak isteyenleri kapsamaktadır. Sözleşmeler yaşam süresi sigortasına dayansa da, hepsi derecelendirilmiş risk primi öder. Bu yüzden risk sadece girişte değerlendirilir. Özel sağlık sigortası devlet tarafından düzenlenmektedir. Böylece sigortalananların yaşa bağlı olarak artan primlerle karşılaşması ve gelirlerinde düşme olması durumunda ödeyebileceklerinden fazla prim alınması önlenmektedir (Busse, 2008: 5). Özel sigortadan yararlanan bireyler hizmetten yararlandıkları anda hizmetin bedelini öderler. Daha sonra ödedikleri bedelin bir kısmını özel sigorta şirketinden geri alırlar. Bu uygulama ise özel sigortacılık maliyetinin, zorunlu sigortacılığa göre daha pahalı olmasına neden olmaktadır (Belek, 2009: 249).

Almanya sağlık sisteminde hastalar ayakta tedavi hizmetlerinde diledikleri hekimi seçmekte özgürdür. Ancak 2004 yılında hastalık fonlarından, üyelerine “aile hekimliği modeline” kayıt yaptırma seçeneğini önermeleri istenmiştir. Bunun yanında bireyler istedikleri hastaneyi seçme özgürlüğüne de sahiptir. Genel olarak

hem kamu hastaneleri hem de özel hastaneler kar amacı gütmemektedir. Son yıllarda özel sektörde kar amaçlı hastaneler de ortaya çıkmıştır. 2004 yılından bu yana, hastaneler de ayakta tedavi bazında bazı hizmetler sunabilmektedir. Yatan hastaların geri ödemesi tanı temelli grup (DRG) sistemine göre başvuru başına yapılmaktadır. DRG sistemi 2004 yılında tanıtılmıştır ve yeni teknolojileri hesaba katmak, tedavi şekillerindeki değişiklikleri ve hesapla ilgili maliyetleri dikkate almak için yıllık olarak revize edilmiştir (Busse, 2008: 6).

Alman sağlık sisteminde artan sağlık harcamaları ve sağlık maliyetleri bu konuda önlem alınması ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Dolayısıyla sağlık sisteminde gerçekleştirilen reformların büyük çoğunluğu maliyet kontrolü üzerine odaklanmıştır. Carrera vd. (2008: 988–995), Almanya'da Sosyal Sağlık Sigortasına (SHI) yönelik finansman reformlarını dört grupta özetlemiştir. Bunlar talep yönlü reformlar, arz yönlü reformlar, ilaç harcama reformları ve tercih temelli reformlardır. Talep yönlü reformlar, bireylerin hiçbir ücret ödemedenden yararlandığı sağlık hizmetleri kullanımını azaltmaya yönelik reformlardır. Bunlar katkı payı ve kullanıcı ücretlerini (ilaçlarda katkı payının yeniden düzenlenmesi, ayaktan tedavilerde 10 Euro alınması, yatarak tedavilerin katkı payında artışa gidilmesi), faydaların rasyonelleştirilmesini (rehabilitasyon programlarında kısıtlamaya gidilmesi) ve yatan hasta için karma bir ödeme sistemine geçilmesini (hastaneye geri ödemelerin günlük ücretlendirme temelli sistemden karma sisteme geçirilmesi) kapsamaktadır. Arz yönlü reformlar, Almanya'da takip edilen diğer reform önlemlerinden biri olmuştur. İçeriğinde ise doktorlar için bütçeye üst limit getirilmesi (Physicians' budget cap), ayaktan tedavi hizmetleri veren doktorlar için morbidite tabanlı tazminata geçiş, hekim arzının kontrolü (yeni uygulamaların yapılabileceği alanlarda kısıtlamaya gidilmesi, 68 yaş üzerindeki doktorların emekli olmaya zorlanması, tıp fakültelerine alınan öğrencilerin sayısının azaltılması), tanı temelli grup (Diagnosis-related group-DRG) ödeme sistemi (başvuru başına sabit fiyattan geri ödeme yapılması) gibi önlemler bulunmaktadır. İlaç harcamalarına yönelik reformlar arz yönlü reformlar yanında, Alman SHI sisteminde sürekli takip edilmiştir. Böylece SHI, ilaçlar ve tıbbi cihazlar için daha kısıtlı bir Pazar haline gelmiştir. İlaç harcama reformları; referans fiyatlandırma sistemi (referans fiyatlı ilaçlar için zorunlu sabit reçete ücreti alınması, referans ilaçların fiyatlarında düşüşe gidilmesi), ilaç fiyatlarında indirim (ilaç

fiyatlarında zorunlu indirim, üreticiler ve toptancılar için indirimlerin tanıtılması) ve “aut idem” düzenlemelerini (hekimlerin reçetelerinde eczacılar tarafından hazırlanan daha düşük fiyatlı ilaçların zorunlu ikame edilmesi) içermektedir. Son olarak tercih temelli reformlar ise, SHI sisteminde tercih mekanizmasının önemini öne çıkaran politikaları ifade etmektedir. AB'nin ayaktan bakım geri ödemeleri, hastalık fonu seçimi ile ilgili olarak risk yapısının belirlenmesi ve sağlık teknolojisi değerlendirmeleri gibi bileşenlerden oluşmaktadır.

Almanya'da artan sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla 1993 ve 1994 yıllarında iki yasa çıkarılmıştır. Bu yasalarla hizmetin fiyatına ve hizmet paketinin kapsamına göre maliyet paylaşımı sistemi getirilmiştir. 1997 yılında ise, dış tedavilerinin bir kısmı yararlanım paketi kapsamından çıkarılmış ve maliyet paylaşımı kapsamına dahil edilmiştir. Tüm bunlar cepten yapılan harcamaların artmasına neden olmuştur (Belek, 2009: 247–248). Yine maliyet paylaşımı kapsamında 2004 yılında, yetişkin hastaların doktor ve dış hekimine gitmelerinde katkı payı uygulaması getirilmiş ve her seferinde 10 Euro alınması kararlaştırılmıştır. Dış protezleri için de hastalar masraflara ortak olmuştur. Bu uygulama sonucunda cepten ödemeler 2005 yılında toplam sağlık harcamalarının %13.8'i düzeyine ulaşmıştır. Maliyet paylaşımı genellikle hane gelirinin en fazla yıllık %2'si ile sınırlı tutulurken, 18 yaşına kadar olan çocuklar maliyet paylaşımından muaf tutulmuştur (Busse, 2008: 5).

2000 yılında sağlık sisteminde önemli bir düzenleme gerçekleştirilmiştir. Kabul edilen Zorunlu Sağlık Sigortası Reformu Yasası ile geri ödemelerde yeni bir uygulama getirilmiş ve Tanı Temelli Gruplar isminde yeni bir sisteme geçilmiştir. Yasa ile sistemin ülke geneline yayılması ve rekabetin artırılması amaçlanmıştır (Belek, 2009: 253). Ayrıca 2002 yılında Hastalık Yönetimi Programları (Disease Management Programs) uygulaması başlatılmıştır. Bununla şeker hastalığı, meme kanseri, kalp damar hastalığı, kronik akciğer hastalığı gibi kronik hastalıkların hastalık fonu kapsamına alınması amaçlanmıştır (Busse, 2008: 6). 2004 yılından itibaren de hastanelerde maliyetlere bir sınırlama getirmek amacıyla vaka başına ödeme, tanı temelli grup ödemesi ve işlem başına ödeme gibi mekanizmalar kullanılmaya başlanmıştır (Belek, 2009: 251). Son olarak Ocak 2009'da yürürlüğe giren Sağlık Reformu ile herkesin özel veya resmi bir sağlık sigortasına kaydolması

zorunlu tutulmuştur. Herhangi bir sağlık sigortasına kaydolunmaması durumunda ise, ödenmesi gereken primlerin sigortalıya ceza olarak yansıtılması kararlaştırılmıştır (Imap, 2009: 1).

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

4.1.4. Yunanistan

Yunan sağlık sistemi kamu niteliği taşıyan karma bir yapıya sahiptir. Sistemin yapısal özellikleri Alman Bismarck modelini takip ederken işlevsel, örgütsel ve finansman özellikleri İngiliz Beveridge modelini takip etmiştir (Adamakidou ve Kalokerinou, 2010: 17). Yunanistan'da 1981'de iktidara gelen PASOK Hükümeti, 1983 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH) Sistemi'ni kuran 1397 sayılı Kanunu kabul etmiştir. Bu kanun Yunan sağlık sisteminde gerçekleştirilen en önemli yasal düzenlemelerden biri olarak kabul edilmektedir (World Health Organization Regional Office for Europe, 1996: 4). Kanunda sigorta kapsamının evrenselliği, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde eşitlik sağlanması, USH'nin tüm aşamalarının geliştirilmesi, yatırımların nitelik ve nicelik olarak artırılması ve kamu sektöründe insan kaynaklarının geliştirilmesi gibi noktalar üzerinde durulmuştur (Adamakidou ve Kalokerinou, 2010: 17).

1397 sayılı Kanun doğrultusunda uygulamaya koyulan USH ile tüm yurttaşlara eşit şekilde sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. USH ile; sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda eşitliğin sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hizmet sunumunda kamu-özel yeni bir karma yapının oluşturulması, planlama sürecinde desentralizasyonun gerçekleştirilmesi, yönetimde

ve halk katılımında iyileştirmeler kaydedilmesi ve sağlık personeli için ödeme yöntemlerinin saptanması hedeflenmiştir. Bu ilkeler doğrultusunda kentler yanında kırsal alanlarda da sağlık merkezi kurulması desteklenmiştir. Ayrıca bu faaliyetleri gerçekleştirmeye yönelik pratisyen hekimler ve diğer sağlık çalışanları yerleştirilmiştir (World Health Organization Regional Office for Europe, 1996: 4–5).

USH'ye geçilmesi, sigorta kuruluşları arasında koordinasyonsuzluğa neden olan parçalı fon yapısının üstesinden gelmenin de bir yolu olarak algılanmıştır. Bu sayede Kuzey ve Batı Avrupa'dakine benzer şekilde, daha eşitlikçi bir refah devleti oluşturulması amaçlanmıştır. 1983 reformları, sadece finansman yoluyla değil, aynı zamanda kamu sektörünün genişletilmesi ve özel sektörün küçültülmesi yoluyla da hakkaniyeti artırmayı amaçlamıştır (Davaki ve Mossialos, 2005: 164). Ancak Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin uygulanması sonucu kamu sağlık harcamaları yükselmiş, doktor ücretlerinde artış yaşanmış, hastane yatak sayıları sabit varlık alımları artırılmıştır. Bu durum kamu harcamalarını artırarak bütçe açığında önemli bir büyümeye yol açmıştır. İktidara gelen muhafazakâr hükümetler ise bu durum üzerine, sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek ve sağlık finansmanını yeniden yapılandırmak amacıyla sağlık sisteminde ideolojik bir dönüşüme başvurmuşlardır (Yfantopoulos, 2007: 167–169).

1990 yılında iktidara gelen muhafazakâr hükümet büyük bir kamu açığı, hızla artan kamu borcu, yüksek enflasyon ve ekonomik durgunlukla karşı karşıya kalmıştır. Bunun üzerine Avrupa Komisyonu tarafından bir ekonomik istikrar programı teklif edilmiş ve hükümet Maastricht Antlaşması'nın mali disiplin önlemlerini almak zorunda kalmıştır. Bu koşullar USH'den özel sektör lehine uzaklaşmayı kolaylaştırmıştır. 1992 tarihinde muhafazakâr hükümet tarafından kabul edilen 2071 sayılı Yasa ile doktorlara kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde yarı zamanlı çalışma hakkı tanınmıştır. Ayrıca, ilaçlar için ek ödeme getirilmiş ve sigorta fonlarına özel klinikler ve tanı merkezleri ile sözleşme imzalama yetkisi verilmiştir. Bunun yanında birinci basamak sağlık merkezlerinin özerk olması ve bölge sağlık bütçesi tarafından finanse edilmesi öngörülmüştür. Belli hizmet kalitesi şartlarını taşımak kaydıyla, özel kar amaçlı hastane ve kliniklerin kurulmasına müsaade edilmiş, hastaların seçme özgürlüğü vurgulanmıştır. Özel sigorta primleri için vergi indirimi getirilmiş ve hastanelere günlük geri ödeme oranları artırılmıştır. Hastalık

fonlarının artan açıklarına dikkat çekilmiş, fakat finansman, kaynakların dengesiz dağılımı ve artan maliyetler gibi konular üzerinde pek durulmamıştır (Petmesidou ve Guillén, 2008: 110; World Health Organization Regional Office for Europe, 1996: 6).

1990–1993 yılları arasında kısa bir süre ülkeyi yöneten muhafazakâr hükümet sigorta fonlarının açıklarını frenlemek için sosyal güvenlik sistemini yeniden düzenlemeye çalışmıştır. Ancak bu düşünce gerçekleştirilememiş ve sistemin parçalı yapısı devam etmiştir (Davaki ve Mossialos, 2005: 160).

1993'te tekrar iktidara gelen PASOK hükümeti, 1992 yılında muhafazakârlar tarafından geçirilen düzenlemelerin birçoğunu yürürlükten kaldırmıştır (World Health Organization Regional Office for Europe, 1996: 61). Aynı zamanda sağlık alanında düzenleme çalışmaları da devam etmiştir. 1996'da politik değişiklikler nedeniyle reform planı tekrar gözden geçirilmiş ve plan daha az radikal ve daha fazla faydacı bir şekilde güncellenmiştir. Gözden geçirme sonrasında, USH'nin yeniden düzenlenmesi ve yeni bir örgütsel yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi ve bölgesel sağlık birimlerinin kurulması, finans kaynaklarının verimli hale getirilmesi, belli kriterler temelinde bölgesel küresel bütçeler ile kaynakların tahsis edilmesi, bölgesel kamu sağlığı merkezlerinin ve laboratuvarlarının kurulması ve kamu sağlığının bir bütün olarak iyileştirilmesi, global bütçeler aracılığıyla sağlık hizmetleri finansmanının değiştirilmesi, bölüm veya vaka başına maliyet hesaplaması yapılması, bakım kalitesi ve kalite güvencesi konuları üzerinde odaklanılması, Ulusal Kalite Kontrol Merkezinin kurulması gibi noktalar üzerinde durulmuştur (World Health Organization Regional Office for Europe, 1996: 62–63).

1997 yılında uygulamaya koyulan sağlık reformu sağlık sektörünün acil çözüm bekleyen problemlerini çözmek için kesin öneriler sunamamıştır. Reform birinci basamaktaki sorunları çözmekte yetersiz olmasının yanında, sosyal sigorta fonlarının finansman sorunu çözmede de yetersiz kalmıştır. Ayrıca reform, doktorlara yaygın olarak yapılan ve hasta memnuniyetsizliğinin en büyük nedeni olan gayri resmi ödemelere karşı da suskun kalmayı tercih etmiştir. Bununla birlikte

reform, uzun vadeli ve faydacı bir planlama ve değişim sürecin başlangıcı olarak kabul edilmiştir (Tragakes ve Polyzos, 1998: 129)⁴⁵.

2000 yılında görev süresi yenilenen PASOK Hükümeti, yine 2000 yılı Temmuz ayında yeni Sağlık ve Refah Bakanı aracılığıyla 200 önlemden oluşan bir reform paketi ilan etmiştir. Bu önlemler USH'nin sorunlarına ve ihtiyaçlarına yönelik olarak ele alınmıştır. Reformun temel amacı; sistemin ve bölgesel örgütlerinin yerelleşmesi, bir iç pazarın oluşturulması, hizmet sağlayıcıların ve alıcıların ayrılması, temel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, hastanelerin etkin yönetiminin sağlanması, kamu ve özel sektör arasında yeni bir işbirliği ilişkisinin kurulması olarak belirlenmiştir (Petmesidou ve Guillén, 2008: 110; Tountas, vd., 2002: 22). 2001 yılında 2889 sayılı Kanunla Ulusal Sağlık Sistemi'ni yeniden düzenlenmek için öngörülen reform paketi yasalaştırılmıştır. Kanunda sağlık hizmetlerinde verimlilik amacına yönelik olarak genişletilmiş bir yerinden yönetim uygulaması savunulmuş ve buna yönelik olarak da 17 tane Bölgesel Sağlık Sistemi (Periferiaka Systimata Ygias-PESY) kurulması öngörülmüştür. Aynı zamanda, birinci basamak sağlık kurumları ve hastaneler, profesyonel yöneticilerin idare ettiği yerinden yönetim birimleri haline getirilmiştir. Her PESY, bir işletme planı yapmakla ve kaynakları verimli kullanmaya yönelik olarak öncelikler belirlemekle yükümlü tutulmuştur (Yfantopoulos, 2007: 170–171).

Kanunla getirilen diğer bir önemli değişiklik ise, ODIPY'lerin (Organismos Diahirisis Poron Ygias) kurulması olmuştur. ODIPY bir kamu kuruluşudur ve büyük sosyal sigorta fonlarının finansal olarak yönetiminden sorumludur. Sosyal sigorta fonunun temsilcilerinden ve kamu kesimi temsilcilerinden oluşan yönetim kurulu, kuruluşun yönetiminden sorumlu durumdadır. Yönetim kurulu, Sağlık ve Refah Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na karşı sorumludur. ODIPY, müşteriler için bölgesel sağlık sistemlerinden (PESY) ve özel sağlık sektöründen,

⁴⁵ 1990'ların ekonomik koşullarında makroekonomik kısıtlamalar büyük önem taşımıştır. Ekonomik kaygılar Yunanistan'ın iki büyük partisi olan sosyalistler ve muhafazakârlar arasındaki ideolojik farklılıkları azaltmış ve her iki parti de ortak ihtiyaçları karşılama amacına yönelmiştir. Bu durum, sağlık sektörünün rasyonelleştirilmesi için ekonomik ve sosyal yaşamın her alanında kaynakların kısıtlanmasına yönelik bir uzlaşma olarak nitelendirilmiştir. Böylece 1990'larda gerçekleşen yasal düzenlemeler, hükümetler değişse bile sağlık reformu politikalarında tutarlılık olduğunu ve reform gündemin süreklilik arz ettiğini göstermiştir (Tragakes ve Polyzos, 1998: 128).

kalite ve maliyet kriterlerine göre hizmet alıcısı durumundadır (Tountas vd., 2002: 23–24).

2889 sayılı Kanun ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili de yeni düzenlemeler öngörmüştür. Bu düzenlemelerden en önemlileri, kentsel sağlık merkezleri kurulması suretiyle kentsel alanlarda Birinci Basamak Sağlık sistemlerinin oluşturulması ve aile hekimliği sisteminin kurulmasıdır. Mevcut sosyal sigorta fonu poliklinikleri ve belediye kliniklerinin yeniden düzenlenmesi ile kentsel sağlık merkezlerinin şekillendirilmesi öngörülmüştür. Sağlık merkezlerinden yararlanırken eksiklik hissedilmesi durumunda da yenilerinin yapılması kararlaştırılmıştır (Tountas vd., 2002: 24).

2004 yılında iktidara gelen Muhafazakâr Hükümet döneminde de sağlık reformuna yönelik çeşitli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda 2004 yılında çıkarılan 3235 sayılı Kanunla birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bağımsız bir yasal düzenleme ortaya koyulmuştur. 3235 sayılı Kanun, USH'nin birinci basamak birimlerinin mevcut altyapısını, sağlık merkezlerini ve sigorta kuruluşlarının yerel kliniklerini geliştirerek, sağlık hizmetlerine çoğulcu bir karakter vermeye çalışmıştır (Adamakidou ve Kalokerinou, 2010: 17). 2005 yılında çıkarılan 3389 sayılı Yasayla sağlık sektöründe özel finans girişiminin önü açılmıştır. Bu uygulama ile sağlık sektörü altyapısına yönelik olarak özel finansmanın artırılması hedeflenmiştir. Ancak sağlık alanında yapılan düzenlemelere rağmen, genel olarak eşitlik, verimlilik ve maliyet kontrolü gibi sonuçlar hala olumsuz durumdadır (Petmesidou ve Guillén, 2008: 111).

Günümüzde Yunan sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda hem kamu sektörü hem de özel sektörün faaliyet gösterdiği karma bir sisteme sahiptir. Yunan USH, mesleğe dayalı sağlık sigortası sistemi ve özel sağlık sigortası ile nüfusu kapsamaktadır. Uygulamada USH evrensel kapsama alanı sağlamakta ve sadece hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Yaklaşık olarak otuz sosyal sağlık sigortası, Yunan nüfusunun yaklaşık %95'ine fon sağlamaktadır. Nüfusun yaklaşık %80'ini kapsayan üç tane büyük fon sistemi vardır. Bunlar; mavi ve beyaz yakalı çalışanları kapsayan Sosyal Sigorta Kurumu (IKA), tarım işçilerini kapsayan OGA (Tarım Sigortası Kurumu) ve küçük işyerleri ve

tüccarları kapsayan Serbest Meslek için Sosyal Sigortalar Kurumu (OAE) 'dur. Bankada çalışanlar, kamu hizmetlerinde görev yapanlar ve bazı serbest meslekte çalışanların oluşturduğu, nüfusun %10' luk kesimi de bazı ayrı fonlar tarafından kapsamaktadır. OGA ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilirken, diğer sigorta fonları işçi ve işveren katkıları ile finanse edilmektedir. Sistemin parçalı yapısı, fonlar tarafından önerilen farklı düzey ve kalite avantajlarına neden olmaktadır (Davaki ve Mossialos, 2005: 148).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ise üç basamakta gerçekleştirilmektedir. İlki birinci basamak sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri USH tarafından sunulmaktadır ve yaklaşık 180 sağlık merkezi ile kırsal nüfusa koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmektedir. Kentsel nüfus için de kamu hastanelerinin polikliniklerinde hizmet sunulmaktadır. İkincisi ise, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir. İkinci basamak sağlık hizmetleri kamu ve özel hastane poliklinikleri ve özel hekimler tarafından, aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetleri de verilerek sunulmaktadır. Üçüncüsü ise, hastane-sağlık merkezleridir. Hastane-sağlık merkezleri küçük adalar üzerinde veya anakaraya uzak alanlarda bulunan, nüfusu 20 bini geçmeyen yerlerde hizmet veren, küçük ölçekli hastanelerdir. Hastane-sağlık merkezlerinden birinci ve ikinci basamak hastanelerinin sorumluluğunu üstlenmesi ve aynı zamanda koruyucu hekimlik görevini yerine getirmesi beklenmektedir (Kontodimopoulos vd., 2006: 50).

Sağlık harcamaları açısından bakıldığında Yunanistan AB ortalamasının üzerinde yer almaktadır. AB ülkelerinde ortalama olarak sağlık harcamaları GSYİH'nin %9.1'ine karşılık gelirken, bu rakam Yunanistan'da %9.5 dolaylarındadır. Yunanistan'da sağlık harcamalarında 1970'lerden sonra belirgin bir artış yaşanmaya başlamış ve bu artış devam etmiştir. 1980'lerde ve 1990'ların başında kamu harcamalarını azaltmak amacıyla ne Sosyalist ne de Muhafazakâr hükümetler tarafından ciddi bir girişimde bulunulmamıştır. 1990-2000 döneminde ise, özel sağlık sektörü sağlık alanında daha fazla yer almış, buna paralel olarak özel sağlık harcamalarında bir artış gözlenmiştir. OECD rakamları da buna doğrular niteliktedir. Verilere göre AB ülkeleri arasında özel sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke Yunanistan'dır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık

harcamalarındaki payı AB ortalamasında yaklaşık %25 iken, Yunanistan'da %45 civarındadır (Yfantopoulos, 2007: 177).

4.1.5. Latin Amerika Ülkeleri

1980'lerle birlikte ekonomik kriz Latin Amerika genelinde iyiden iyiye hissedilir hale gelmiştir. IMF ve DB, krizin etkisinden kurtulmaları için ülkelere kredi vermiş, buna karşılık da sağlık, eğitim ve refah gibi sosyal hizmetlere ilişkin kamu harcamalarının kısılması şartını ileri sürmüştür. Bu dönem, DB'nin uluslararası sağlık politikasının belirlenmesinde belirgin bir görev üstlenmesine ve Latin Amerika ülkelerinde neoliberal sağlık reformlarının gerçekleştirilmesine sahne olmuştur (Homedes ve Ugalde, 2005: 83–84).

Desantralizasyon bu süreçte, uluslararası finans kuruluşları tarafından Latin Amerika ülkelerinde pazar odaklı ekonomik stratejileri ve demokratikleşmeyi hakim kılmamanın bir aracı olarak kullanılmıştır (Kubal, 2006: 105). Bu durum, sağlık alanına da yansımıştır ve DB tarafından öngörülen neoliberal sağlık reformları, öncelikli olarak sağlık alanında kamu sektörünün rolünün azaltılmasını savunmuştur. Özel sektörün, sağlık ve muayene hizmetlerini yerine getirip hizmet sunumunu üstlenmesi, buna karşılık kamu kesiminin düzenleme rolünü yerine getirmesi öngörülmüştür. Bu doğrultuda ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve özelleştirilmesi stratejileri üzerinde durulmuştur (Homedes ve Ugalde, 2005: 84).

4.1.5.1. Şili

Şili kamu sektörü ve özel sektörden oluşan karma bir sağlık sistemine sahiptir. Kamu sektörü veya Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi (SNSS); Sağlık Bakanlığı (MINSAL) ve Bakanlığın alt birimlerini içermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın alt birimlerinde ise 29 adet Sağlık Hizmeti (SS), Ulusal Sağlık Fonu (FONASA), Kamu Sağlığı Enstitüsü (ISP), Merkezi Sağlık Veri Bankası (the Central Supply Clearinghouse-CENABAST) ve Özel Sigorta Şirketleri (ISAPRES) Müdürlüğü bulunmaktadır. Bu kurumların hepsi, hukuki statüsü ve kendi sermayeleri ile kamu kurumu pozisyonundadır. Adem-i merkezi bir yapılanmaya sahip olan kurum yöneticileri atanarak göreve gelmektedir. Özel sağlık sektörü ise, Özel Sigorta Şirketleri (ISAPRES), İşveren Ortaklıkları, kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşları ve

kar amaçlı sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan oluşmaktadır (Pan American Health Organization, 1999: 2–4).

Şili sağlık sistemi 1990'lerden başlayarak önemli sağlık reformlarına sahne olmuştur. Şili'de gerçekleştirilen sağlık reformlarını üç aşamada ele almak mümkündür. Bunlardan ilki, 1990–1994 yılları arasında kapsayan kamu sağlık sisteminin iyileştirilmesi aşamasıdır. Bu aşamada sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, hastalıkların önlenmesi ve çevresel konuların tartışılması için fırsatlar yaratılması gibi noktalar ön plana çıkmıştır. İkinci aşama ise, 1994–2000 yılları arasında kapsayan kamu sağlık sisteminin modernizasyonu aşamasıdır. Bu aşamanın amacı kamu ve özel sektör arasında tamamlayıcılık sağlamak ve şeffaf bir rekabet inşa etmek olmuştur. Son aşama ise 2000 yılı sonrasında kapsayan sosyal güvenlik kapsamında sağlık reformunun gerçekleştirilmesidir. Böylece erişim ve bakım kalitesindeki eşitsizliklerin azaltılması ve sağlık sektöründeki verimlilik ve etkinliğinin artırılması amaçlanmıştır (Pan American Health Organization, 1999: 13–14).

Şili'de sağlık reformları sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, eşitsizlikleri gidermek ve sağlık sisteminin verimliliğini artırmak gibi amaçlarla gerçekleştirilmiştir (Homedes ve Ugalde, 2005: 89) ve büyük oranda desantralizasyon odaklı olarak yürütülmüştür. 1980 yılında askeri yönetim altında başlayan desantralizasyon çalışmaları, 1990 yılında demokrasiye geçiş sonrasında da devam etmiştir (Kubal, 2006: 107). Desantralizasyon resmi olarak, eşitlik ve katılım ile birlikte, 1990'larda sağlık sektörü reformunun üç temel taşından biri olmuştur (Kubal, 2006: 124).

Bu doğrultuda devletin sağlık alanındaki rolünün yeniden belirlenmesi, temel sağlık hizmetlerinin belediyelere bırakılması ve pazar mekanizmalarının sağlık sektörüne dahil edilmesi söz konusu olmuştur (Balcı, 2005: 97). Sağlık sektöründe pazar mekanizmalarının yer alması ile birlikte Şili'de özel sigortadan faydalanan bireylerin sayısının arttığı gözlenmiştir. Piyasa mekanizmalarının sağlık sektörüne dahil edilmesi sonucu, kamu hastanelerindeki yatak doluluk oranları %80 düzeyinden %75 seviyelerine inmiştir. Ayrıca taşradaki sağlık altyapısında ve ekipmanlarında iyileştirmeler söz konusu olmuştur (Balcı, 2005: 98).

Şili reformlarının çeşitli olumlu ve olumsuz yönleri üzerinde durulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin belediyelere devredilmesi Şili özelinde bir başarı olarak nitelendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın temel sağlık hizmetine katılımının devam etmesiyle birlikte, belediyelerin sağlıkla ilgili sorumluluklarının açıkça belli olması ve belediyelerin yönetim kapasitesi açısından güçlendirilmesi bu başarının nedenleri olarak belirtilmektedir (Balcı, 2005: 98).

Bunların yanında Şili'de gerçekleştirilen reformların kimi olumsuz sonuçlarının olduğunu da söylemek mümkündür. Buna göre öncelikli olarak bölge sağlık birimleri ile belediye sağlık birimleri arasında koordinasyonsuzluğun varlığı gözlenmiştir. Bunun yanında çalışanlar açısından da olumsuzluklar söz konusu olmuştur. İlk basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının çalışma şartları, özlük hakları ve kariyer imkânları özel hukuk kuralları çerçevesinde ele alındığı için çalışanların durumu olumsuz etkilenmiştir. Diğer yandan sağlık hizmeti karşılığında tavan ücret belirlenmesi yönündeki uygulama çeşitli sorunlara yol açmıştır (Annick, 2002: 65). Ayrıca reformlar, sağlık hizmetlerinin sınıflar arasında eşit dağılımını engellemiş ve nüfusun küçük bir bölümü sağlık hizmetlerinin ve sağlık kaynaklarının önemli bir bölümünü tüketmiştir. Eşitsizliklerin giderilmesi için 2003 yılı başında AUGÉ (Sağlıkta Güvence Sisteminin Korunması) programının başlatılması kararlaştırılmıştır. Buna göre ödeme gücü dikkate alınmadan tüm Şilililerin çeşitli kanser tipleri, travma ve kalp hastalıkları gibi ağır hastalık durumlarında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi öngörülmüştür (Homedes ve Ugalde, 2005: 89).

Ayrıca Şili'de neoliberal sağlık reformunun adaletsiz ve ikili bir sağlık sistemi oluşturduğu ifade edilmektedir. Bunlardan ilki, yoksullar için FONASA ve kamu hizmetleri, diğeri de nüfusun daha varlıklı kesimi için ISAPRES ve özel sağlık hizmetleridir. ISAPRES yaklaşık olarak nüfusun %16'sına hizmet vermekte ve toplam sağlık harcamalarının %40'ını oluşturmaktadır. Reform sürecinde özel sektör hizmet sağlayıcılarının geliri artmıştır. Buna karşılık reformların hizmet başı ödemeyi teşvik etmesi, daha yüksek yönetim ve pazarlama giderlerine sebep olması ve hizmet sunumunu parçalaması gibi nedenlerle sağlık sisteminin verimliliği düşmüştür. DB ve diğer uluslararası kuruluşların Şili reformunu diğer ülkelere bir model olarak sunabilmek için, çoğunlukla reformların verimsiz ve olumsuz yanları göz ardı ettiği öne sürülmüştür (Unger vd., 2008: 5).

4.1.5.2. Kolombiya

Kolombiya sağlık reformları açısından önemli bir ülkedir. 1990 yılında ilk Sağlık Reformu Kanunu ile belediyeler düzeyinde kapsamlı bir desantralizasyon süreci başlatılmıştır. 1993 yılında ise, Dünya Kalkınma Raporu'nda yer alan öneriler doğrultusunda yeni bir Sağlık Reformu Kanunu kabul edilmiştir (Homedes ve Ugalde, 2005: 89). Söz konusu reformlarla, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, sigortacılar ve sağlık hizmeti sunanlar arasında rekabetin sağlanması, ödeme gücüne bakılmaksızın tüm nüfusun sağlık hizmeti kapsamına alınması ve yoksullar için ödenek sağlanması hedeflenmiştir (Balcı, 2005: 99).

Kolombiya'da reform çalışmaları doğrultusunda sağlık sistemini yapılandıran üç kanundan bahsetmek mümkündür. Bunlar sırasıyla 1990 yılında kabul edilen 10 sayılı Kanun, 1993 yılında kabul edilen 60 sayılı Kanun ve yine 1993 yılında kabul edilen 100 sayılı kanundur. 10 sayılı Kanunla sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi amaçlanmış ve bölge birimleri aracılığıyla sağlık sektörünün güçlendirilmesi üzerinde durulmuştur. 60 sayılı Kanunla farklı bölgesel birimlerin kaynakları ve yetkileri düzenlenmiş, eğitim ve sağlık kaynaklarının yerelleştirilmesi amaçlanmıştır. 100 sayılı Kanunla da Genel Sosyal Güvenlik Sistemi (SGSSS) oluşturulmuştur. 10 ve 60 sayılı Kanunlarla belediyelere birinci basamak sağlık hizmetleri için faaliyet yetkisi verilmiştir. 100 sayılı Kanunla da sağlık hizmeti sunumu değiştirilerek biri katılım fonu esaslı (contributory system) diğeri de sübvansiyonlu (subsidized regime) olmak üzere ikili bir sistem kurulmuştur. Maaşlı işçiler ve ödeme gücü olanlar katılım fonuna dahil edilmiş, hizmetler için ödeme yapamayacak durumda olan yoksul kesim ise, sübvansiyonlu sisteme dahil edilmiştir. Katılım fonu esaslı sistem için Sağlık Teşvik İşletmeleri (EPS), sübvansiyonlu sistem için de Sübvansiyon Sistemleri Yönetimi (ARS) kurulmuştur. EPS ve ARS hastalıkları kontrol altında tutmak ve sigortalı nüfusun sağlığını korumak için gereken planlama ve yönetim faaliyetlerini yürütmekle görevlendirilmiştir (Pan American Health Organization, 2002: 7–8).

1990'lardaki bu reformların ardından 2001 yılında çıkarılan 715 sayılı Kanunla eğitim ve sağlık sektörünün çeşitli aşamalarında yetki ve kaynak dağılımı yapılmıştır. Sağlık sektöründe yerleşme çalışmaları ile bölge ve il seviyelerinde

yetki alanları ve sağlık yetkilileri belirlenmiştir (Pan American Health Organization, 2007: 229).

2002 yılında çıkarılan 789 sayılı Kanunla Kolombiya Sosyal Koruma Sistemi kurulmuştur. Sistem ile Kolombiyalıların yaşam kalitesinin artırılması ve özellikle en az korunan gruba asgari bir sağlık, emeklilik ve çalışma hakkı sağlanması amaçlanmıştır. Bu düzenlemenin ardından 790 sayılı Kanunla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın birleştirilmesi ve Sosyal Koruma Bakanlığı'nın kurulması kararlaştırılmıştır. Bakanlığın temel görevleri; Sosyal Koruma Sistemi'nin biçimlendirilmesi, yönetilmesi, eşgüdümün sağlanması, takip edilmesi ve denetlenmesi olarak belirlenmiştir. Böylece işlevsel olarak kamu kesimi ve özel sektörün birleşmesini tamamlaması, kurumların yanı sıra normların ve prosedürlerin de bütünleştirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca nüfusun yaşam kalitesini tehdit eden risklerin üstesinden gelmek için kamu kaynaklarının tahsis edilmesi öngörülmüştür (Pan American Health Organization, 2007: 229).

Kolombiya'da reform süreciyle genel olarak verimlilik, evrensellik, dayanışma, kapsam, bütünlük ve toplumsal katılım ilkelerinin inşa edilmesi hedeflenmiştir (Pan American Health Organization, 2002: 8). Böylece tüm nüfusun kapsama altına alınması ve sistem ile bağlantısı olmayan düşük gelir grubundakilerin de kamu hastaneleri aracılığıyla sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır (Pan American Health Organization, 2002: i). Ancak 2004 yılı verilerine göre nüfusun %32.8'inin katılım fonu sistemine, %34.3'ünün sübvansede edilen sisteme, %3.9'unun da özel rejimlere bağlı olduğu, %28.9'unun ise herhangi bir sigorta sistemi içinde bulunmadığı tespit edilmiştir (Pan American Health Organization, 2007: 231). Bunların yanında sistem, bireylerin istediği sigortacıları ve hizmet sağlayıcıları seçebileceğini ve bunların rekabet ortamında faaliyet göstereceğini öngörmüştür. Fakat az gelişmiş belediyelerin çoğunda çeşitli kısıtlamalar ve zorluklar nedeniyle, sigortacılar ve hizmet sağlayıcılar arasında rekabet ortamının oluşturulması sınırlı kalmıştır (Pan American Health Organization, 2002: i).

4.1.5.3. Brezilya

1980'ler Brezilya'da sağlık talepleri ve sağlık politikaları konusunda yoğun tartışmaların yaşandığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde benimsenen politikalarla

sosyal güvenlik krizlerinin aşılması amaçlanmıştır. 1986 yılında toplanan 8. Ulusal Sağlık Konferansı (CNS) da reform politikalarının belirlenmesinde yol gösterici bir çalışma olmuştur. 8. CNS sağlık alanındaki sivil toplum kuruluşlarını, sektördeki önemli kuruluşların temsilcilerini, meslek gruplarını ve siyasi partileri bir araya getirmiştir. Konferansın sonuç raporunda sağlık; yaşam kalitesi, işsizlik, sağlık koşulları, ulaşım ve çalışma gibi durumları da içine alacak şekilde kapsamlı bir biçimde tanımlanmıştır. Buradan hareketle sağlık sistemindeki değişikliklerin idari reformun ötesine geçmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sağlığın sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın sağlık alanındaki yetkisine son verilmesi öngörülmüştür. Konferans reform sürecinde önemli bir kilometre taşı olmuş ve birçok yasal düzenlemeye yön vermiştir (Lobato ve Burlandy, 2000: 88–89).

Brezilya'nın ulusal sağlık politikası, 1988 tarihli Federal Anayasaya dayanmaktadır (Pan American Health Organization, 2007: 144). Önemli sosyal haklar sağlaması bakımından 1988 Anayasası, "Vatandaş" Anayasası olarak da isimlendirilmektedir. 8. CNS'nin yön verdiği Anayasada, sağlık devletin bir yükümlülüğü olarak tanımlanmıştır. Anayasada aynı zamanda sağlık reformunun temel ilkeleri de ortaya koyulmuştur. Buna göre sağlık, bir vatandaşlık hakkı olarak kabul edilmiştir ve tüm vatandaşların herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmadan sağlık hizmetlerinden yararlanması öngörülmüştür. Desantralizasyon ve bölgeselleşme sağlık sistemi reformunda temel bir faktör olarak nitelenmiş ve sağlık hizmetlerinin sağlanması belediyelerin sorumluluğuna, mali destek sağlanması da federal hükümet ve eyaletlerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ve tıbbi bakımla ilgili tüm konularda kontrol ve yönlendirme sorumluluğuna sahip kılınmıştır. Sağlığın teşviki, tanıtımı ve iyileştirilmesi ise bölgeselleştirilmiş, çok düzeyli bir ağ ile bütünleştirilmiş üç yönetim düzeyinin (federal, eyalet ve belediye) sorumluluğuna bırakılmıştır. Özel sektöre de sözleşme imzalanması suretiyle sistemde tamamlayıcı bir rol verilmiştir. Bunun yanında bütünleştirilmiş ve hiyerarşik bir sağlık sistemi öngörülmüş, sağlık sektörünün sosyal refah sistemi ile bütünleştirilmesi kararlaştırılmış, sosyal kontrol ve sosyal katılım mekanizmalarının teşvik edilmesi önerilmiştir (Lobato ve Burlandy, 2000: 89–91).

1988 Anayasasının ardından yine 1988 yılında, şehirde yaşayanlara sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ile kırsal kesimdekilere sağlık hizmeti sunan kuruluşlar birleştirilerek “Birleşik Sağlık Sistemi” (Sistema Unico de Saude-SUS) kurulmuştur (Balcı, 2005: 97). SUS ile tüm nüfus sigorta kapsamına alınmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde hak sahibi olma ve hak sahibi olmama ayrımı ortadan kaldırılmıştır (Lobata, 2000: 130).

SUS’un ilkeleri ise, evrensellik, eşitlik, kamu finansmanı, desantralizasyon, toplumsal katılım ve birleştirilmiş hizmet sunumundan oluşmaktadır. Bu ilkeler arasında desantralizasyon öne çıkmaktadır ve SUS belediye (municipios) olarak bilinen yerel yönetim birimine kaynak ve sorumluluk devrini öngörmektedir. Sistem hem federal düzeyde, hem eyalet ve belediye düzeyinde, karmaşık ve merkezi ödeme sistemi aracılığıyla faaliyet göstermektedir (Collins vd., 2000: 116).

SUS’un desantralizasyonu, sağlık hizmeti sunumunun bazı alanlarında önemli gelişmelere neden olmuştur. Öncelikle Brezilya’nın eyaletleri, belediyeleri ve şehirleri arasındaki önemli farklılıklara rağmen, yerelleşme aşamasında sağlık hizmetlerinin yerel gerçeklere uyumunda geniş esneklikler tanınmıştır. Bunun yanında yerelleşme süreci ile Aile Sağlığı Programı gibi, temel sağlık hizmeti programlarının nüfusun önemli bir kesimine ulaşabilmesi mümkün olmuştur. Diğer yandan bu süreçte bazı olumsuzluklar da ortaya çıkmıştır. SUS’un uygulanması finansman sorunları nedeniyle ciddi engellerle karşı karşıya kalmıştır. Bir yandan hizmete erişimin artırılması daha yüksek sağlık harcamalarına yol açarken, diğer yandan sağlık hizmetleri konusunda kamu ve özel arasında ortaya çıkan yeni işbölümü ayrışmalarına yol açmıştır. Zira kamu sektörü daha yüksek maliyetli hizmetleri üstlenirken, özel sektör daha çok kar getiren alanlara yönelmiştir (Elias ve Cohn, 2003: 46).

Günümüzde Brezilya sağlık sisteminin karma ve parçalı bir yapısı vardır ve sistem finansman açısından biri kamu diğeri özel olmak üzere iki kaynaktan beslenmektedir. Kamu sektörü kendi içinde iki bileşenden oluşmaktadır. Bunlardan ilki, tüm vatandaşlara ücretsiz sunulan, evrensel erişim sağlayan ve kamu kaynakları tarafından finanse edilen SUS’tur. İkincisi ise, kamu kaynakları ve yararlanıcı katkıları tarafından finanse edilen, asker ve sivil kamu çalışanlarının yararlanabildiği

sağlık sigortasıdır. Benzer şekilde özel sektör de iki bileşenden oluşmaktadır (Pan American Health Organization, 2008: 8) ve kar amaçlı tedarikçileri ve kar amacı gütmeyen hayır kuruluşlarını içermektedir. Özel sağlık programı ve sigortaları Brezilya nüfusunun yaklaşık %25'ini kapsamaktadır. Özel sigortalı nüfusun %44'ü sağlık programlarının temel yararlanıcısı durumundadır. Özel sektörün 1990'lar boyunca, özellikle de son on yılın ikinci yarısında önemli bir büyüme gerçekleştirdiği kaydedilmektedir (Pan American Health Organization, 2007: 146).

Şili, Kolombiya ve Brezilya dışındaki diğer Latin Amerika ülkelerinin sağlık sistemlerinde de reform çalışmaları söz konusu olmuştur. Arjantin, Meksika, El Salvador gibi ülkelerde de sağlık reformları gerçekleştirilmiştir. Bu reformlarda öne çıkan noktalar diğer pek çok Latin Amerika ülkesinde olduğu gibi desantralizasyon ve özelleştirme uygulamaları olmuştur (Homedes ve Ugalde, 2005: 85–86).

4.2. Ülke Örneklerinden Türkiye İçin Çıkarılabilecek Dersler

Yukarıdaki örneklerde görüldüğü gibi sağlık sistemleri, sağlık örgütlenmeleri ve finansmanları açısından kimi ülkeler birbirinden farklılık göstermekte, kimi ülkeler de benzerlik sergilemektedir. Bazı ülkelerde kamu kesimi ağırlıklı bir örgütlenme varken, bazılarında ise özel sektör ağırlıklı bir sağlık örgütlenmesi söz konusudur. Benzer şekilde bazı ülkeler sağlık hizmetlerinin finansmanını vergiler yoluyla karşılarken, bazıları sigorta primleri ve kullanıcı ödemeleri ile karşılayabilmektedir. Ancak tüm ülkeler için artan sağlık harcamalarının sorun oluşturduğunu ve hükümetlerin artan sağlık harcamalarının bütçe üzerinde oluşturduğu yükü hafifletebilmek amacıyla reform arayışlarına girdiğini söylemek mümkündür. Bu noktada genel eğilim ise, konjonktürel sürece de uygun olarak kamu kesiminin sağlık hizmeti sunumundaki ağırlığının azalması, yerleşme ve özel sektörün sağlık hizmetleri sunumunda öne çıkmaya başlamasıdır. Bu doğrultuda birçok ülkede sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi, özel sektörün de hizmet sunması, sağlık hizmetlerinin sunumunda rekabet ortamı oluşturulması, özel finansmanın artması ve sağlık hizmetlerinin maliyetine kullanıcıların da katılması gibi uygulamalara yer verilmektedir. Ancak büyük beklentilerle gerçekleştirilen reformlar, kimi zaman beklentileri karşılayamamaktadır ve devletin sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi

gibi hedeflere ulaşılamamaktadır. Bu noktada sağlık sistemlerinde reform yapmayı düşünen ülkeler aynı hatalara düşmemek ve benzer hataları yapmamak için diğer ülkelerde gerçekleştirilen uygulamalardan yararlanabilirler. Zira ülkelerin sağlık sistemlerinde yapmak istediği düzenlemeler ve sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları birbirine benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik hem gerekçelerde, hem yöntemlerde hem de amaçlarda kendisini göstermektedir.

Sağlık alanında gerçekleştirilen düzenlemelerin amacı genellikle birkaç başlık altında toplanmaktadır. Düzenlemeler, kimi ülkelerde daha geniş kapsamlı olarak ele alınmakta ve reform olarak adlandırılmaktadır. Kimi ülkelerde ise iyileştirme, düzenleme gibi isimler alabilmektedir. Bu düzenlemelerde, tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması, artan sağlık ve kamu harcamalarıyla baş edilmesi ve sağlık hizmetlerinde etkinlik, verimlilik, rekabet, kalite gibi ilkelerin sağlanması, ortak noktalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ortak noktalar arasında en belirgin olan ve üzerinde en çok durulan ise, artan sağlık harcamaları ve buna bağlı olarak büyüyen kamu açıklarıdır. Zira tüm nüfusun güvence kapsamına alınması ve sağlıkta verimlilik, etkinlik, kalite ve rekabet gibi ilkelerin uygulanması da, sağlık harcamalarını azaltma hedefine yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla, ülkelerde artan sağlık harcamalarıyla mücadele edebilmek için sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi gündeme gelmektedir.

Sağlık sisteminin yeniden düzenlenme amacındaki benzerlikler yanında, hayata geçirilen ya da geçirilmek istenen düzenlemelerde de benzerlikler gözlenmektedir. Bu noktada ilk önce devletin sağlık alanındaki rolünün yeniden tanımlanması ve düzenleyici bir rol oynaması öne çıkmaktadır. Bunu takip eden süreçte de, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumunda daha çok görev üstlenmesi söz konusu olmaktadır. Yine bu kapsamda sağlık hizmeti sunum ve finansmanın birbirinden ayrılması, sunucular arasında rekabetin tesis edilmesi, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kullanıcılardan katkı payı alınması, vaka başına ödeme yapılması, zorunlu sağlık sigortasına geçilmesi, kamu-özel işbirliğinin sağlanması gibi noktalar üzerinde durulmaktadır.

Diğer yandan ülkelerin birbirinden politika transfer etmesinde ya da reformları örnek almasında dikkat edilmesi gereken noktalar da bulunmaktadır. Öncelikle ülkelerin ekonomik, sosyal, siyasal, demografik ve kültürel durumları göz önünde bulundurulmalı ve politika belirlenmesi sürecinde ülkelerin sahip olduğu bu özellikler dikkate alınmalıdır. Diğer yandan Hsiao (1997: 15)'nin da belirttiği gibi özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bu nedenle kaynak sıkıntısı içindeki gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini iyileştirmesi çok kolay olmamaktadır. Diğer bir ifadeyle, gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri için en önemli eksiklik ekonomik açıdan içinde buldukları yetersizliktir. Çünkü gelişmekte olan ya da az gelişmiş olan ülkeler ekonomik yeterlilik nedeniyle sağlık sistemleri için özgün yöntemler geliştirememekte ve sağlık sistemlerini iyileştirememektedirler (Ateş, 2011: 98). Kaynak sıkıntısı nedeniyle hizmet sunumu noktasında sorunlar yaşayan hükümetler, bu sorunlardan kurtulabilmek için hizmet sunumunu özel sektöre devretme yoluna başvurabilmektedir. Bu noktada ise DB, DSÖ ve IMF gibi uluslararası kuruluşlar devreye girmekte ve bu ülkelere finansal destek sağlayarak sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmasını sağlamaktadır. Sağlanan mali destek karşılığında ise ülkelerin sağlık sistemlerinde belli değişikliklerin gerçekleştirilmesini istemektedirler. Bu değişim ise ağırlıklı olarak tedavi hizmetlerini kapsamaktadır ve sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasına yönelik düzenlemeler içermektedir. Buna karşılık, gelişmemiş ülkeler açısından milli gelirin az olması, halkın büyük çoğunluğunun yoksul olması gibi nedenlerden dolayı, temel sağlık sorunlarına öncelik veren kapsayıcı bir sağlık sisteminin uygulanması, bu ülkeler için sağlık hizmetlerinin daha iyi seviyelere ulaşmasına yardımcı olacaktır. Ancak az gelişmiş ülkeler kendi ülke koşullarına uygun bir sağlık sistemi geliştirmek yerine, gelişmiş ülkelerin kullandığı sağlık sistemlerini örnek almakta ve genellikle bunların birkaçını karma olarak kullanmaktadır (Ateş, 2011: 99).

Türkiye açısından bakıldığında, DB'nin sağlık politikaları üzerindeki etkisinin 1990'larla birlikte başladığını söylemek mümkündür. 1990'larda yürütülen proje çalışmalarıyla sağlık sisteminin yeniden biçimlendirilmesi amaçlanmış sağlık hizmetleri sunumunda devletin görev alanının sınırlandırılması, özel sektörün ve yerel yönetimlerin hizmet sunumunda görev alması öngörülmüştür. 1990'lı yıllarda

gerçekleştirilen bu çalışmalar, proje düzeyinde kalmıştır. Ancak benzer çalışmalar 2003 yılında yeniden gündeme gelmiş ve bu dönemde DB ile proje anlaşmaları imzalanmıştır. Bu dönemden itibaren de Sağlıkta Dönüşüm Programı aracılığıyla projede öngörülen düzenlemeler hayata geçirilmeye başlanmıştır.

İngiltere sağlık sistemi büyük oranda vergilere dayanmaktadır ve devlet ülkede yaşayan herkese sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Bütüncül bir bakış açısıyla nüfusun tamamını kapsayan sağlık hizmeti söz konusudur. Sağlık hizmetleri vergilerle karşılanmakla birlikte isteyen özel sigortalardan da yararlanabilmektedir (Kurtulmuş, 1998: 108). Muhafazakâr hükümetler döneminde sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasına yönelik çeşitli düzenlemeler gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, halen sağlık kurumlarından ücretsiz olarak yararlanılmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasına yönelik çalışmalar da zaman zaman gündeme gelmektedir. Türkiye’de en azından günümüz koşullarında İngiltere’de olduğu gibi sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı pek mümkün görünmemektedir. Öncelikli olarak Türkiye’de sağlık hizmetleri büyük oranda prim ödemeleri ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı bütçe üzerinde ek bir maliyete neden olacaktır. Bu maliyetin vergilerle vatandaşlara yansıtılması durumunda ise vatandaşların vergi yükü artacaktır.

ABD ise, bölünmüş ve desantralize bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektör tarafından yürütülmektedir. Ödeme gücü doğrultusunda prim ödeyen bireyler, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmektedir. Bu noktada devletin rolü ise, düzenleyicilik ve denetleyicilikle sınırlanmaktadır. Devlet sağlık hizmetlerini düzenlemekte ve denetlemekte, sağlık hizmetlerinin sunumu ise özel sağlık kurumları tarafından yerine getirilmektedir. Prim ödeme gücü bulunmayanlara ise, devlet ve gönüllü kuruluşlar tarafından yardım yapılmaktadır (Jonas vd., 2007: 8). 2003 yılından sonra Türkiye’de gerçekleştirilen düzenlemelerle de benzer uygulamaların ön plana çıktığını söylemek mümkündür. Öncelikli olarak SDP ile Sağlık Bakanlığı düzenleyici bir kimlik kazanmaktadır ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılarak Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan çekilmektedir. Hizmet sunumu ilk aşamada devlet hastanelerine ve özel hastanelere bırakılmaktadır. Daha sonraki aşamada ise, devlet hastanelerinin özzerleştirilmesi planlanmaktadır. Prim ödemelerinden beslenen Sosyal Güvenlik

Kurumu'nun sağlık giderlerini karşılaması, bunu tamamlayıcı olarak da özel sigortaların devreye sokulması öngörülmektedir. ABD, sağlık harcamaları yüksek seviyelerde olan ama buna karşılık sağlık göstergeleri iyi olmayan bir ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle de çeşitli eleştirilere maruz kalmakta ve reform çabaları gündeme gelmektedir. Reform gerekçelerinde ise sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olmaması, sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olması ve sağlık sigortasının tüm nüfusu kapsamaması gibi noktalar ön plana çıkmaktadır. ABD'deki bu olumsuzluklardan hareketle, SDP ile nüfusun tamamının sigorta kapsamına alınmasının olumlu bir düzenleme olduğunu söylemek mümkündür. Buna karşılık SDP prim ödeme gücü olmayanlar için kimi sıkıntılara yol açabilecek niteliktedir. Zira SSGSS Kanununda prim ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından karşılanacağı belirtilmektedir. Bununla birlikte, “yoksulların” belirlenmesi noktasında çeşitli soru işaretleri bulunmaktadır. Benzer şekilde “yoksul” olarak nitelenmemekle birlikte, prim ödeme gücünden yoksun olanların ödemelerini nasıl yapabileceği konusu da sıkıntılıdır.

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sigorta şirketleri öncelikli ve ağırlıklı bir konumdadır. Ancak sigorta şirketleri kanser, kalp rahatsızlıkları gibi tedavisi maliyetli olan bazı hastalıklara karşı sigorta yapmaktan çekinmekte veya veya bu hastalıkları sigortalamak karşılığında daha fazla ücret talep edebilmektedir. Türkiye'de benzer sorunlarla karşılaşmamak için Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici rolü ciddi şekilde ele alınmalıdır. Diğer yandan Türkiye'de sağlık harcamalarının her geçen yıl artış eğiliminde olduğu bilinmektedir. SDP sonrasında da bu süreç devam etmiştir. Malpraktis sigortası gibi uygulamaların sağlık hizmetlerini artırdığı, ABD'de bilinen bir gerçektir. Yine katılım payı, fark ücreti gibi uygulamalar, bazı ilaçların artık sigorta kapsamında bulunmaması, tahlil ve röntgen sayılarının artması ve bu paralelde performansla göre ücretlendirme sistemi de sağlık harcamalarını artırabilecek niteliktedir. Artan sağlık harcamaları ile başa çıkmak niyetiyle çıkarılan ama sağlık hizmetlerinin maliyetini sağlık hizmetlerinden yararlananlara yönlendiren bir anlayışa geçilmektedir. Dolayısıyla sağlık sigortası tüm nüfusu kapsamakla birlikte, prim ödeme gücü olmayanlar veya prim ödeme gücü olmakla birlikte sağlık hizmetleri için ek maliyete katlanamayacak durumda olan bireyler için sağlık hizmetlerine erişim noktasında sıkıntılar yaşanabilecektir.

ABD örneğinde eleştirilere maruz kalan konulardan biri de koruyucu sağlık hizmetlerinin arka plana itilmesi ve bunun da sağlık harcamalarını artırması yönündedir. Zira ABD sağlık sistemi, çoğunlukla daha fazla gelir getiren tedavi edici sağlık hizmetleri üzerinde yoğunlaşmaktadır ve bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesine yol açmaktadır. Benzer eleştiriler SDP sonrasında da getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek düzenleyici bir rol üstlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itileceği ihtimalini beraberinde getirmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalara gereken önemi vermelidir.

Alman sağlık sistemi eski bir geçmişe dayanmaktadır ve nüfusun yaklaşık olarak % 90'ını kapsayan bir sisteme sahiptir. Prim ödeme esasına dayanan sistemde sağlık güvencesi sağlık sigortaları aracılığıyla yürütülmektedir. Nüfusun büyük çoğunluğuna sağlık güvencesi sağlaması ve sağlık göstergelerinin iyi olması sebebiyle, Alman sağlık sistemi dikkat çekmektedir (Carrera vd., 2008: 979-980). Ancak son yıllarda diğer pek çok ülkede olduğu gibi Almanya'da da, sağlık harcamaları önemli oranda artmakta ve hükümetler için sorun oluşturmaktadır. Bu gelişme hükümetleri önlem almaya itmekte ve çeşitli düzenlemeler hayata geçirilmektedir. Bu noktada alınan önlemler sigortalar tarafından sağlanan hizmetlerin kapsamının daraltılmasında ve sağlık hizmetlerinden yararlananlardan alınan ek ücretin artırılması gibi hususlarda yoğunlaşmaktadır. Sağlıkta dönüşüm sonrası Türkiye'de de benzer uygulamalar hız kazanmıştır. Her geçen gün sigorta tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin kapsamı daralmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi artık bazı ilaçları karşılamamakta, diş protezi gibi tedavilerin daha düşük bir miktarını karşılamakta ve yine gözlük gibi cihazların da küçük bir oranını ödemektedir. Artan sağlık harcamalarının Türk sağlık sistemi için de sorun olarak kabul edildiği gerçeğinden hareket edersek, harcamaların yükselmesi durumunda maliyetleri düşürmek adına kısa vadede benzer noktalara müdahale edilmesi olası görünmektedir. Bu doğrultuda, ilaç ücretlerinin daha düşük oranda karşılanması, sigorta tarafından sağlanan bazı yardımların kapsamının daraltılması ve muayene sırasında alınan katılım ücretinin artırılması gibi uygulamalarla karşılaşılması oldukça kuvvetli bir ihtimaldir. Bunun anlamı, devletin kamu sağlık harcamalarının azalması ya da en azından artmaması ve bireysel sağlık ödemelerinin yani sağlık

hizmetlerinden faydalananların ceplerinden yaptıkları ödemelerin artmasıdır. Cepten yapılan ödemelerin artması, ödeme gücünden yoksun olan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda sıkıntılar yaşamasına neden olacaktır. Bu durumda, her ne kadar sağlık sigortası kapsamında olsa da, sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireyler ortaya çıkacaktır. Dolayısıyla sağlık harcamalarının sağlık hizmetinden faydalananlar üzerine kaydırılması, kamunun üzerindeki sağlık harcamalarını belki azaltacaktır ama tüm nüfus için sağlık hizmeti sunumu ya da herkesi sağlık sigortası kapsamına almak hedefini yerine getirme noktasında yeterli olmayacaktır.

Almanya’da sağlık sistemi kazanç esasına dayanan primlerle finanse edilmektedir. Nüfusun yaklaşık %90’ı Yasal Hastalık Sigortası kapsamında bulunmaktadır. Geliri belli bir sınırı aşmayan işçiler ve memurlar bu sigorta sistemine üye olmak zorundadır (Ateş, 2011: 67–68). SSGSS Kanunu ile Türkiye’de de benzer bir uygulamaya geçilmektedir. Bu noktadaki sıkıntı, prim ödeme gücünde ve devamlılığında yaşanabilecektir. Zira Türkiye şartlarında bazı meslek grupları hariç işin devamlılığından söz etmek güçleşmektedir. Kayıtdışı çalışan sayısı da önemli düzeydedir. İşten çıkarılmaların fazla olduğu, düzenli gelir elde etme konusunda sıkıntılarının yaşandığı bir ortamda, prim ödemelerinin de düzenli ve sürekli olacağını iddia etmek zorlaşmaktadır.

Yunanistan kamusal niteliği ağır basan, karma bir sağlık sistemine sahiptir. 1983 yılında kabul edilen Ulusal Sağlık Hizmetleri ile sağlık hizmetlerinde kamunun rolü belirgin şekilde öne çıkmış ve kamu kesimi sağlık alanında birçok görevi üstlenmiştir. Ancak bu durum, kamu sağlık harcamalarını önemli miktarda artırmıştır. Bunun üzerine kamu sağlık harcamalarını azaltıcı önlemler alınması yoluna gidilmiştir. Bu doğrultuda sağlık sektöründe özel girişimcinin önü açılmıştır. Bir yandan özel girişimcinin önü açılırken diğer yandan da bölgesel sağlık sistemlerinin kurulması ve sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim uygulaması öngörülmüştür (Yfantopoulos, 2007: 170–171). Ancak düzenlemelere rağmen sağlık hizmetlerinden beklenen kalite ve verimliliğe ulaşamamıştır. Bütçe açıklarının büyümesi ve kamu kesiminin finansman sıkıntısı nedeniyle, günümüzde Yunan ekonomisi ciddi bir bunalım içine girmiştir. Bu bunalımın, sağlık hizmetleri gibi kamu hizmeti niteliği ağır basan ve kamu kesimi tarafından yürütülen hizmetleri de

etkileyeceğini söylemek mümkündür. Bu noktada Türkiye açısından kamu harcamaları noktasında dikkatli davranılması gerektiği ve artan sağlık harcamaları ile mücadele amaçlı etkin önlemler alınması gerektiği sonucuna ulaşılabılır. Önemli olan kamu sağlık harcamalarının aşırı artmasını önlerken sağlık hizmetlerinden yararlananları piyasa koşullarına bırakmamaktır. Bu nedenle de devletin koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemi vermesi ve maliyetli olan tedavi edici sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı mümkün olan en düşük seviyeye indirmesi gerekmektedir.

Latin Amerika ülkeleri ile Türkiye arasındaki benzerlik, daha çok DB'nin bu ülkelerdeki sağlık sistemine yön vermesi girişimlerinde ortaya çıkmaktadır. Zira DB hem Latin Amerika ülkeleri için hem de Türkiye için sağlık alanında çeşitli projeler hazırlamış ve kredi destekleri ile bu ülkelerin sağlık sistemini şekillendirmek istemiştir. 1990'lı yıllar Latin Amerika ülkelerinde bu projelerin hayata geçirildiği yıllar olmuştur. DB projeleri, neoliberal sağlık politikaları öngörmekte ve sağlık alanında kamunun rolünün azaltılması, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve özel sektöre açılması konuları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu noktada öne çıkan Latin Amerika ülkeleri ise Şili, Kolombiya ve Brezilya'dır. Hem bu üç ülke hem de diğer Latin Amerika ülkeleri için öne çıkan nokta ise ortaktır ve bunun sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu olarak özetlenmesi mümkündür.

Her üç ülkede de çıkarılan yasalarla sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu gerçekleştirilmiştir ve sağlık hizmetlerinin sunumu belediyelere bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinin bölge ve il düzeyinde örgütlenmesi söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu kimi noktalarda olumlu sonuçlar doğursa da, kimi noktalarda sorunlara yol açmıştır. Şili örneğinde bölge düzeyinde sağlık birimleri ile belediye birimleri arasında koordinasyon sorunu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim noktasında başlangıçtaki hedeflere ulaşamamış, nüfusun sınırlı bir bölümü sağlık hizmetlerinden daha iyi şartlarda yararlanmıştır (Homedes ve Ugalde, 2005: 89). Kolombiya ise, nüfusun tamamını sağlık güvencesi kapsamına alma hedefiyle yola çıkmış, ancak nüfusun neredeyse %30'u kapsam dışında kalmıştır. Diğer yandan öngörülenin aksine ülke genelinde sağlık hizmetlerinin sunumunda rekabet ortamı oluşmamıştır. Özellikle az gelişmiş belediyelerde sigortacılar ve hizmet sunan birimler arasında rekabet ortamı oldukça sınırlı kalmıştır (Pan American Health Organization, 2002: i). Brezilya'da ise sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve

sağlık hizmetlerine erişimin artması, sağlık harcamalarını artırmıştır. Buna ek olarak kamu sektörü daha fazla maliyetli olan hizmetleri üstlenmiş, özel sektör ise daha çok kar getiren alanları tercih etmiştir. Bu durum kamunun yükünü biraz daha artırmıştır (Elias ve Cohn, 2003: 46).

Adı geçen Latin Amerika ülkelerinin gelişmişlik seviyesi bakımından Türkiye'ye benzediğini, DB'nin diğer Latin Amerika ülkeleri gibi Türkiye'ye de sağlık reformları konusunda proje önerilerinde bulunduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla bu benzer noktalardan hareketle sağlık reformları konusunda Türkiye için dersler çıkarmak mümkündür. Öncelikle adı geçen ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu gündemdedir. Zira SDP'nin temel ilkelerinden biri de sağlık hizmetlerinin desantralizasyonudur. Şili örneğinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu durumunda koordinasyon sorununun ortaya çıkma ihtimali bulunmaktadır. Böyle bir durumda idari yapılanmanın da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ayrıca Kolombiya'da gelişmiş belediyeler ile az gelişmiş belediyeler arasında hizmet sunumunda farklılıklar ortaya çıkmıştır. Gelişmiş belediyelerde sağlık hizmetleri sunumunda, sigortacılar ve hizmet sunucuları arasında öngörülen rekabet ortamı oluşturulurken, az gelişmiş belediyelerde bu hedefe ulaşılamamıştır. Türkiye açısından da belediyeler arasında gelişmişlik açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bölgeler arasında ve bölgelerin kendi içinde bazı belediyeler daha gelişmiş bir durumdayken bazıları ise az gelişmiştir. Bu haliyle sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakılması durumunda, az gelişmiş belediyelerin hizmet sunumunda sorunlar yaşayacağı bir gerçektir. Ayrıca birçok belediyenin borç sıkıntısı içinde olduğu, gelir kaynakları oluşturma açısından sorun yaşadığı bilinmektedir. Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinin, öngörüldüğü gibi rekabet içinde sunulması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesi pek de mümkün olmayacaktır. Yine ülke örneklerinde de görüleceği üzere, tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına alma hedefinin, prim ödemelerinde yaşanabilecek sıkıntılar nedeniyle gerçekleşmeme olasılığı da bulunmaktadır. Kayıtdışı çalışma oranlarının yüksek olduğu, kişi başına düşen milli gelirin düşük olduğu Türkiye koşullarında, prim ödeme konusunda sıkıntı yaşanacağı sıklıkla dile getirilmektedir. Diğer yandan yerel yönetimlerin de özel sektör gibi kar getiren tedavi hizmetlerine ağırlık vermesi durumunda, koruyucu sağlık hizmetleri

aksayacak ve bu durum uzun vadede hastalık oranlarının artmasına neden olacaktır. Kamunun daha maliyetli hizmetleri üstlenmesi ise kamu sağlık harcamalarının artmasına neden olacak ve reformun başlangıç noktasına dönülmesine yol açacaktır.

Tablo 2’de ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmet sunumu açısından kullandıkları yöntemler ve ülkelerin sağlık reformlarında öne çıkan uygulamalar karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri Açısından Ülkelerin Karşılaştırılması

Ülkeler	Finansman	Hizmet Sunumu	Kamu-Özel Ağırlığı	Reformların Temel Özellikleri
İngiltere	Genel vergiler ve sigorta katkı payları	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Hizmet sunumu ve finansmanını ayırmak, kamu-özel işbirliğini sağlamak
ABD	Özel sigortalar	Özel sektör	Özel sektör	Sağlık harcamalarını azaltmak, tüm nüfusu güvence kapsamına almak
Almanya	Zorunlu sağlık sigortası fonları	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Sağlık harcamalarını azaltmak, tüm nüfusu güvence kapsamına almak
Yunanistan	Sigorta fonları ve vergiler	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Sağlık harcamalarını azaltmak, hizmet sunumu ve finansmanını ayırmak, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ve özel sektöre devrini sağlamak
Şili	Özel ve kamusal fonlar	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Devletin sağlık alanındaki rolünü yeniden belirlemek, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ve özel sektöre devrini sağlamak
Kolombiya	Özel ve kamusal fonlar	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Hizmet sunumu ve finansmanını ayırmak, tüm nüfusu güvence kapsamına almak, Devletin sağlık alanındaki rolünü yeniden belirlemek, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ve özel sektöre devrini sağlamak
Brezilya	Özel ve kamusal fonlar	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Tüm nüfusu güvence kapsamına almak, Devletin sağlık alanındaki rolünü yeniden belirlemek, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ve özel sektöre devrini sağlamak
Türkiye	Özel ve kamu sağlık sigortaları	Kamu- özel birlikte	Kamu kesimi	Hizmet sunumu ve finansmanını ayırmak, tüm nüfusu güvence kapsamına almak, Devletin sağlık alanındaki rolünü yeniden belirlemek, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ve özel sektöre devrini sağlamak

Kaynak: Tablo 2, yazar tarafından kullanılan kaynaklar dikkate alınarak oluşturulmuştur.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARININ SUNUMU VE DEĞERLENDİRİLMESİ

5.1. Batı Akdeniz Bölgesinin Sosyo-Ekonomik Özellikleri

Çalışmanın uygulama kısmına geçmeden önce çalışmaya konu olan Batı Akdeniz Bölgesine ve bölgeyi oluşturan illere (Antalya, Isparta, Burdur) ilişkin çeşitli bilgilerin verilmesi yerinde olacaktır. Bu doğrultuda öncelikle bölge hakkında genel bir bilgi verilecek, ardından da bölgenin ve illerin nüfusu, nüfusun dağılımı, eğitim durumu, gelişmişlik seviyesi ve sağlık hizmetleri gibi çeşitli sosyo-ekonomik göstergeler üzerinde durulacaktır.

Antalya, Isparta ve Burdur illerini kapsayan Batı Akdeniz Bölgesi, İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması'nda (IBBS) Düzey 2 TR61 bölgesinde bulunmaktadır. Batı Akdeniz Bölgesi'nin batısında Muğla ve Denizli, kuzeyinde Afyon ve Konya, doğusunda Karaman ve Mersin illeri bulunurken, güneyinde ise Akdeniz yer almaktadır. Göller Yöresi diye adlandırılan bölge de Batı Akdeniz Bölgesi sınırları içerisinde bulunmaktadır. Batı Akdeniz Bölgesi, gerek coğrafi konumu gerekse de sahip olduğu verimli topraklar nedeniyle ilk çağlardan itibaren birçok medeniyetin gelişmesinde rol oynamıştır (BAKA, 2010: 12).

Batı Akdeniz Bölgesi 36.797 km²'lik bir yüzölçümüne sahiptir. Bu alan, Türkiye yüzölçümünün %4.7'sine karşılık gelmektedir (BAKA, 2010: 12). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Nüfus Sayımı verilerine göre, Bölge nüfusu 2.685.499 kişidir. Bunun 1.376.717'si erkek, 1.308.782'si ise kadındır. Toplam nüfusun 1.978.333'u Antalya'da, 448.298'i Isparta'da ve 258.868'i de Burdur'da yaşamaktadır. Bölgenin nüfus yoğunluğu ise 75 kişidir ve Batı Akdeniz Bölgesi bu rakamla 96 kişi olan Türkiye ortalamasının altında bulunmaktadır. Buna karşılık Antalya'nın nüfus yoğunluğu 95 kişi ile bölge değerinin üzerinde yer almaktadır. Isparta ve Burdur illeri ise sırasıyla 54 ve 38 kişi ile bölge rakamının oldukça altında bir yoğunluğa sahiptir. Bölgenin 2010 yılı, yıllık nüfus artış hızı %35.41'dir. Bu oran %15.9 olan Türkiye ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu dönemde bölge,

binde 8.4 net göz hızı ile en çok göç alan ikinci bölge olmuştur. Bölge toplam nüfusunun %69.39'u şehirlerde⁴⁶, %30.61'i ise köylerde⁴⁷ yaşamaktadır. Bu durum Antalya'da %70.41 şehir ve %29.59 köy, Isparta'da %69.39 şehir ve %30.61 köy ve Burdur'da %61.62 şehir ve %38.38 köy şeklindedir (TÜİK, 2011: 4,13,35,37).

Batı Akdeniz Bölgesinin işsizlik oranı 2010 yılı için %10.7, işgücüne katılma oranı %57.6, tarım dışı işsizlik oranı %14.8 ve istihdam oranı %51.4'dür. 2010 yılında istihdam edilenlerin dağılımı ise %53.2'si hizmetler, %33.5'i tarım ve %13.3'ü sanayi sektörü şeklindedir (TÜİK, 2011: IX). Bölgenin kişi başına gayri safi katma değeri ise 2008 yılı rakamlarına göre 10.337 dolar'dır. Bu değer 9.384 dolar olan Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmaktadır (TÜİK, 2011: 8).

Okur-yazarlık oranlarına bakıldığında bölgede 2009 yılı itibariyle 6 yaş üzerindeki 2.341.581 bireyden 2.097.433'ünün okuma yazma bildiği; 114.826 bireyin ise okuryazar olmadığı görülmektedir. Bölge insanının yaklaşık %90'lık bir kesiminin okuryazar olduğunu söylemek mümkündür. Batı Akdeniz Bölgesi bu oranla okur-yazarlık düzeyi %87 olan Türkiye ortalaması olan üzerinde yer almaktadır. 2009–2010 eğitim yılında ilköğretim düzeyinde, öğretmen başına düşen öğrenci sayılarına göre Bölge, 20 öğrenci ile Türkiye genelinde 12'inci sırada yer almaktadır (BAKA, 2010: 80–81).

Batı Akdeniz Bölgesinin sağlık hizmetleri yönünden de iyi bir konumda olduğunu söylemek mümkündür. Bölge, hastanelerdeki yatak kapasitesi bakımından Türkiye genelindeki 26 bölge arasında beşinci sırada yer almaktadır. Benzer şekilde sağlık personeli açısından bakıldığında da Batı Akdeniz Bölgesi'nde yüzbin kişiye düşen uzman-pratisyen doktor sayısının Türkiye ortalaması seviyelerinde bulunduğunu söylemek mümkündür. Görüldüğü gibi Bölgede yatak kapasitesi yüksek seviyelerde seyrederken uzman-pratisyen hekim sayısı Türkiye ortalamasında kalmaktadır. Bu durum Bölgedeki sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi adına daha fazla uzman-pratisyen hekime ihtiyaç olduğu yönünde yorumlanmaktadır. Bölgenin, bu niteliği ile Türkiye'deki sağlık turizminin geliştirilmesinde önemli bir paya sahip olduğu ifade edilmektedir (BAKA, 2010: 2–3).

⁴⁶ Şehir nüfusu, il ve ilçe merkezleri belediye sınırları içindeki nüfusu kapsamaktadır (TÜİK, 2011: 31).

⁴⁷ Köy nüfusu, belde ve köylerdeki nüfusu kapsamaktadır (TÜİK, 2011: 31).

Bölgedeki sağlık sektörüne yönelik önemli verilerden biri yatak sayılarına ilişkindir. Buna göre Batı Akdeniz Bölgesi'nde 2010 yılı verilerine göre 32 tane Sağlık Bakanlığı hastanesi, 31 tane özel hastane ve 3 tane üniversite hastanesi olmak üzere toplam 66 tane hastane faaliyet göstermektedir. Bu hastanelerdeki yatak kapasitesine bakıldığında ise; Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde 4.355, özel hastanelerde 1.733 ve üniversite hastanelerinde de 1.335 tane yatak kapasitesi bulunmaktadır. Dolayısıyla bölgedeki toplam yatak kapasitesinin 7.423 tane olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011: 195).

Tablo 3. Batı Akdeniz Bölgesinde Bulunan Hastane ve Yatak Sayıları

Batı Akdeniz Bölgesi	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri		Özel Hastaneler		Üniversite Hastaneleri		Toplam		10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı
	Hastane sayısı	Yatak Sayısı	Hastane sayısı	Yatak Sayısı	Hastane sayısı	Yatak Sayısı	Hastane sayısı	Yatak Sayısı	
Antalya	14	2.365	25	1476	2	872	41	4.173	24
Isparta	11	1.335	5	208	1	463	17	2.006	45
Burdur	7	655	1	49	0	0	8	704	27
Toplam	32	4.355	31	1.733	3	1.335	66	7.423	28

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap**, Ankara 2011, s.193-196'dan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Bölgedeki sağlık sektörüne yönelik önemli verilerden bir diğeri ise personel sayılarına ilişkindir. Batı Akdeniz Bölgesinde 2010 yılı verilerine göre sağlık personelinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmektedir. Buna göre; bölgede 1.344 tane pratisyen hekim, 2.246 tane uzman hekim, 910 tane diş hekimi, 3.956 tane hemşire ve 1.264 tane de eczacı görev yapmaktadır. Bölgedeki yatak kapasitesi dikkate alındığında, 10.000 kişiye düşen yatak sayısının 28 yatak ile, 25 olan Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. İller bazında bu verilere bakıldığında Isparta ilinin 45 yatak ile bölgedeki en yüksek yatak sayısına sahip olduğu dikkat çekmektedir. Bu rakam Antalya'da 24, Burdur'da 27 yatak olarak karşımıza çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011: 195). Bölgenin tamamı bir bütün olarak düşünüldüğünde, sahip olduğu yatak sayısının fazla olması nedeniyle, Bölgenin sağlık turizmi açısından da avantajlı olduğu ifade edilmektedir (BAKA, 2010: 88).

Tablo 4. Batı Akdeniz Bölgesinde Sağlık Personelinin Dağılımı

Sağlık Personeli	Antalya	Isparta	Burdur	Toplam
Pratisyen hekim sayısı	966	224	154	1.344
Pratisyen hekim başına düşen nüfus	1.987	1.879	1.633	1.928
Uzman hekim sayısı	1.697	425	124	2.246
Uzman hekim başına düşen nüfus	1.131	990	2.029	1.154
Diş hekimi sayısı	738	115	57	910
Diş hekimi başına düşen nüfus	2.601	3.659	4.413	2.848
Hemşire sayısı	2.540	938	478	3.956
Hemşire başına düşen nüfus	755	448	526	655
Eczacı sayısı	952	195	117	1.264
Eczacı başına düşen nüfus	2.017	2.158	2.150	2.050

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, Ankara, 2010’dan yararlanılarak hazırlanmıştır.

5.2. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarına Ait Araştırma Bulgularının Sunumu ve Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti yararlanıcıları ifadesi ile hastanelerden sağlık hizmeti alan hastalar kastedilmektedir. Dolayısıyla çalışmada sağlık hizmeti yararlanıcıları ya da kısaca yararlanıcılar ifadesi kullanıldığında, bu ifadeden sağlık hizmeti alan hastalar anlaşılmalıdır. Araştırmanın ilk bölümünde yararlanıcılara demografik sorular yöneltilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının demografik sorulara verdikleri cevaplar ve yararlanıcıların bu değişkenlere göre dağılımı Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo 5’te de görüldüğü üzere sağlık hizmeti yararlanıcıları yaşadıkları il, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi boyutlarında incelenmiştir. Katılımcıların %44.4’ü (216 kişi) Antalya’da, %30.8’i (150 kişi) Isparta’da ve %24.8’i (121 kişi) Burdur’da yaşamaktadır. Antalya ili nüfusunun diğer illere oranla daha fazla olması nedeniyle bu ilde daha fazla yararlanıcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Katılımcılar cinsiyet açısından ele alındığında ise; katılımcıların %50.8’inin (247 kişi) kadın, %49.2’sinin (239 kişi) ise erkek olduğu görülmektedir. Bu noktadan hareketle katılımcılar arasında cinsiyet açısından dengeli bir dağılımın varlığından söz etmek mümkündür. Katılımcıların yaşlarına bakıldığında ise, en fazla katılımın %31.8 (154 kişi) ile 18–25 yaş grubuna ait olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla, %26.8 (130 kişi) ile 26–35 yaş grubu, %18.6 (90 kişi) ile 36–45 yaş grubu, %14.0 (68 kişi) ile 46–55 yaş grubu ve %8.9 (43 kişi) ile 56 ve üzeri yaş grubu izlemektedir. 18–25 yaş grubundaki katılımcılar çalışma ile ilgilenmişler ve

çalışmaya katılmaya daha istekli davranmışlardır. Buna karşılık yaş aralığının artmasına paralel olarak yararlanıcıların çalışmaya katılma isteği azalmış ve sorulan soruları cevaplama noktasında isteksiz davranmışlardır.

Tablo 5. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
İl		
Antalya	216	44.4
Isparta	150	30.8
Burdur	121	24.8
Cinsiyet		
Kadın	247	50.8
Erkek	239	49.2
Yaş (Yıl)		
18-25	154	31.8
26-35	130	26.8
36-45	90	18.6
46-55	68	14.0
56-+	43	8.9
Eğitim		
Okuma Yazma Bilmiyor	10	2.1
İlköğretim	122	25.2
Lise	146	30.1
Üniversite	192	39.6
Lisansüstü	15	3.1
Gelir (TL)		
0-750	226	47.6
751-1500	154	32.4
1501-+	95	20.0
Toplam	487	100.0

Eğitim durumu boyutundan ele alındığında ise %39.6 (192 kişi) ile üniversite mezunlarının ilk sırada bulunduğu gözlenmektedir. Üniversite mezunlarını %30.1 (146 kişi) ile lise mezunları, %25.2 (122 kişi) ile ilköğretim mezunları, %3.1 (15 kişi) ile lisansüstü mezunları ve %2.1 (10 kişi) ile okuma yazma bilmeyenler takip etmektedir. Lisansüstü eğitim mezunları değerlendirme dışı tutulduğunda eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte çalışmaya katılım düzeyinin de arttığını ifade etmek mümkündür. Katılımcıların gelir seviyesi incelendiğinde ise aylık 0-750 TL gelir aralığındaki katılımcılar %47.6 (226 kişi) ile birinci sırada bulunmaktadır. Aylık geliri olmayan ev hanımlarının, öğrencilerin ve yeni mezunların da bu grupta yer alması, 0-750 TL gelir aralığındaki katılımcı sayının artmasına neden olmuştur. İkinci sırada ise %32.4 (154 kişi) ile 751-1500 TL gelir aralığındaki katılımcılar yer

almaktadır. Son sırada ise %20.0 (95 kişi) ile 1501 TL ve üzerinde gelire sahip olan katılımcılar gelmektedir.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise yararlanıcıların sağlık hizmeti sunumuna ve sağlık hizmetlerindeki önceliklere ilişkin algılarını ölçmeyi hedefleyen sorular sorulmuştur. Bu doğrultuda yararlanıcılara yöneltilen sorulardan ilki “Acil durumlar dışında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk önce aşağıdaki sağlık kuruluşlarından hangisine başvurursunuz?” sorusudur. Devamında yararlanıcılardan kendilerine verilen altı seçenekten birini tercih etmeleri istenmiştir. Bu soru ile yararlanıcıların sağlık hizmetlerinden faydalanmak için ilk başvurdukları kurumu saptamak amaçlanmıştır. Yararlanıcıların verdikleri cevaplar Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu

Verilen Cevaplar	Antalya		Isparta		Burdur		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Devlet Hastanesi	80	37.0	66	44.0	59	50.4	205	42.4
Aile Hekimi	69	31.9	51	34.0	51	43.6	171	35.4
Özel Hastane	24	11.1	16	10.7	5	4.3	45	9.3
Üniversite Hastanesi	32	14.8	9	6.0	1	0.9	42	8.7
Özel Muayenehane	6	2.8	3	2.0	1	0.9	10	2.1
Diğer	5	2.3	5	3.3	0	0.0	10	2.1
Toplam	216	100.0	150	100.0	117	100.0	483	100.0

Tablo 6’deki verilerde de görüldüğü gibi örneklem alanı genelinde sağlık hizmeti yararlanıcılarının %42.4’lük bölümü (205 kişi) acil durumlar dışında sağlık hizmetinden yararlanmak için ilk önce devlet hastanesine başvurmuştur. İlk önce aile hekimlerine başvuranlar ise %35.4’lük (171 kişi) bir kesimi oluşturmaktadır. İlk önce özel hastanelere başvuran yararlanıcıların düzeyi ise %9.3 (45 kişi) olarak karşımıza çıkmaktadır. Üniversite hastanelerini ilk başvuru kurumu olarak görenler ise %8.7 (42 kişi) düzeyindedir. Bu noktada özel muayenehanelere giden sağlık hizmeti yararlanıcılarının toplamı ise %2.1’dir (10 kişi). Son olarak da %2.1’lik (10 kişi) bir kesim de diğer seçeneğini tercih etmektedir. Diğer seçeneğinde ise, en yakın sağlık kuruluşu, en teşekkürlü sağlık kuruluşu, en iyi doktorun bulunduğu hastane gibi ifadeler yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulaması ile birlikte aile hekimlerinin sağlık hizmetleri için ilk başvuru kurumu haline getirilmesini hedeflemektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte bir süre, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için aile hekimlerine başvuru zorunlu tutulmuş, aile

hekimi dışındaki diğer kuruluşlardan yararlanabilmek için sevk uygulaması getirilmiştir. Bununla birlikte aile hekimliği merkezlerinde meydana gelen yığılmalar nedeniyle sevk uygulamasından şimdilik vazgeçilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, yararlanıcıların devlet hastanelerine başvurma oranı aile hekimlerine başvurma oranından daha yüksek görünmektedir. İlk başvuru kurumu olarak aile hekimliklerini tercih edenlerin oranı yaklaşık %36'lık bir bölümü oluşturmaktadır. Geriye kalan %64'lik kesim ise aile hekimi dışında bir sağlık kuruluşunu ilk başvuru kurumu olarak tercih etmektedir. Bu noktada aile hekimliği kurumunun, ilk başvuru kurumu olarak henüz yeterli düzeyde tercih edilmediğini söylemek mümkündür.

Tablo 6'yı illere göre incelersek; tüm illerde sağlık hizmetlerinden yararlanmak için öncelikle devlet hastanelerinin tercih edildiği görülmektedir. Bunun hemen arkasında yine genel sonuçlara uygun olarak aile hekimleri tercih edilmektedir. Burdur ilinde dikkat çeken ise, yararlanıcıların ilk başvurdukları kurumun hemen hemen tamamen devlet hastanesi ve aile hekimlerinde toplanmış olmasıdır. Burdur il merkezinde üniversite hastanesi ve özel hastane olmaması nedeniyle bu hastanelere başvuru oranının oldukça düşük olduğunu söylemek mümkündür. Antalya ve Isparta illeri ise oranlar değişmekle birlikte, birbirine yakın değerler içermektedir. Tek farklılık, Antalya'da üniversite hastanesinin özel hastanelerden daha çok tercih edilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Zira Isparta'da özel hastanelere üniversite hastanelerinden daha çok başvurulduğu görülmektedir.

Sağlık hizmeti yararlanıcılarına yöneltilen bir diğer soru ise "Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?" sorusudur. Bununla yararlanıcıların sağlık hizmetleri sunumunda devleti ve özel sektörü nerede gördüklerine ilişkin algılarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Yararlanıcılardan sorunun cevabı olarak, kendilerine sunulan yedi ifadeden birini seçmeleri istenmiştir. Yararlanıcıların verdikleri cevapların oranı Tablo 7'de gösterilmiştir.

"Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?" sorusuna Antalya ilindeki yararlanıcılar en fazla "devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak" cevabını verirken, Isparta ve Burdur ilindeki yararlanıcılar ise en fazla "sadece devlet tarafından verilmelidir" cevabını vermişlerdir. Bununla birlikte her üç ildeki yararlanıcılar ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından

birlikte sunulması yönünde görüş belirtmişlerdir. Tabloda da görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının %35.7'lik (172 kişi) bölümü sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak sunulmasını tercih etmektedir. %34.4'lük (166 kişi) bölüm ise sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 7. Yararlanıcıların Sağlık Hizmetlerinin Kim Tarafından Sunulması Gerektiğine Yönelik Tercihleri

Sağlık Hizmetlerini Sunan Aktörler	Antalya		Isparta		Burdur		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak	88	40.7	48	32.2	36	30.8	172	35.7
Sadece devlet tarafından	71	32.9	52	34.9	43	36.8	166	34.4
Hepsi tarafından	53	24.5	41	27.5	32	27.4	126	26.1
Özel sektör tarafından	1	0.5	4	2.7	4	3.4	9	1.9
Gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) tarafından	2	0.9	2	1.3	0	0.0	4	0.8
Yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) tarafından	1	0.5	1	0.7	2	1.7	4	0.8
Diğer (Fark etmez)	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1	0.2
Toplam	216	100.0	149	100.0	117	100.0	482	100.0

Bunun yanında, sağlık hizmetlerinin seçeneklerde verilen tüm aktörler (özel sektör, devlet, yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar gibi) tarafından sunulmasını öngören kesim ise, %26.1'lik (126 kişi) bölümü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak sunulmasını seçenlerle, tüm aktörler tarafından sunulmasını tercih edenler birlikte ele alındığında, yaklaşık %62'lik kesim sağlık hizmetlerinin karma bir sistem tarafından sunulmasını benimsedikleri görülmektedir. Bununla birlikte devletin sağlık hizmeti sunumundaki rolünün de devam etmesi gerektiği yönünde bir durum karşımıza çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle, yararlanıcılar sağlık hizmetlerinin karma bir sistemle sunulmasını istemekle birlikte, bu konuda devletin de varlığının devam etmesi yönünde görüş bildirmektedirler. Araştırmaya katılanların %1.9'u (9 kişi), sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesini, %0.8'i (4 kişi) gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) tarafından sunulmasını ve %0.8'i (4 kişi) yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) tarafından sunulmasını tercih etmektedir. Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yararlanıcıları, sağlık hizmetlerinin sadece özel sektör ya da sadece yerel yönetimler tarafından sunulması fikrine oldukça soğuk bakmaktadır. Araştırmaya katılanların

verdiği yanıtlardan, sağlık hizmeti yararlanıcılarının sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolünün devam etmesini ve devletin yanında özellikle özel sektörün de yer almasını öngördüklerini söylemek mümkündür. Verilen cevaplardan, son dönemlerde özel sektörün sağlık alanında etkisinin artmasına rağmen, devletin sağlık alanındaki rolünün de göz ardı edilmediği gözlenmektedir.

Araştırma kapsamında sağlık hizmeti yararlanıcılarına “Size göre aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri açısından önemlidir?” sorusu yöneltilmiş ve yararlanıcılardan kendilerine verilen sekiz ifadeden üçünü seçmeleri istenmiştir. Bu soru ile yararlanıcıların sağlık hizmetlerinde önem verdikleri noktaların belirlenmesi amaçlanmıştır. Yararlanıcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda ifadelerin aldıkları puanlar Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Yararlanıcıların Sağlık Hizmetleri Açısından Önem Verdiği Unsurlar

Sağlık Hizmetleri Açısından Önemli Unsurlar	Antalya		Isparta		Burdur		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kaliteli olması	172	79.6	117	78.0	97	82.9	386	79.9
Güvenilir olması	134	62.0	98	65.3	72	61.5	304	62.9
Hızlı olması	92	42.6	68	45.3	58	49.6	218	45.1
Herkese eşit sunulması	94	43.5	61	40.7	49	41.9	204	42.2
Ücretsiz olması	65	30.1	42	28.0	36	30.8	143	29.6
Kolay ulaşılması	45	20.8	30	20.0	21	17.9	96	19.9
Çalışanların ilgili olması	44	20.4	32	21.3	17	14.5	93	19.3
Diğer	0	0.0	1	0.7	1	0.9	2	0.4

Tablo 8’e göre en çok puanı “sağlık hizmetlerinin kaliteli olması” ifadesi almıştır. Dolayısıyla sağlık hizmeti yararlanıcılarının sağlık hizmetlerinden öncelikli beklentisi sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasıdır. Bunun ardından ise “sağlık hizmetlerinin güvenilir olması” yönündeki ifade gelmektedir. Yararlanıcılar, sağlık hizmetlerinde ikinci önceliği sağlık hizmetlerinin güvenilir olmasına vermektedir. Üçüncü sırada “sağlık hizmetlerinin hızlı olması” ifadesi gelmektedir. Yararlanıcılar sağlık hizmetlerinin kaliteli ve güvenilir olmasından sonra hizmetlerin hızlı sunulmasına öncelik vermektedir. Bunu, “sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak sunulması” ifadesi takip etmektedir. Ardından da “sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması” ifadesi gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması; sağlık hizmetlerinin kaliteli ve hızlı sunulması, güvenilir olması, herkese eşit sunulması gibi unsurlardan sonra gelmektedir. Diğer bir ifadeyle, yararlanıcıların sağlık hizmetleri

için belli bir bedel ödemeyi kabul edilebilir bulduklarını söylemek mümkündür. “Sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir olması” ve “sağlık çalışanlarının ilgili olması” ise son sıralarda yer almaktadır. Diğer seçeneğinde ise doğru tedavi şekillerinin uygulanması, sağlık hizmetlerinin bilinçli sunulması gibi talepler yer almaktadır. Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerine yönelik beklentiler arasında sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenilir ve hızlı olması ilk üç sırada yer almaktadır. Bu noktada iller arasında da çok büyük bir farklılığa rastlanmamaktadır.

Araştırma kapsamında sağlık hizmeti yararlanıcılarına “Size göre devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerin öncelikli amacı ne olmalıdır?” sorusu yöneltilmiş ve yararlanıcılardan kendilerine cevap olarak verilen on ifade arasından üç tanesini seçmeleri istenmiştir. Bu soru ile sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde yararlanıcıların devletten beklentileri ölçülmeye çalışılmıştır. Yararlanıcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda ifadelerin aldıkları puanlar Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Devletin Sağlık Hizmetlerinde Yaptığı Düzenlemelerin Öncelikli Amacı

Devletin Yaptığı Düzenlemelerin Amacı	Antalya		Isparta		Burdur		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu	153	70.8	111	75.0	82	70.1	346	71.9
Eşit hizmet sunumu	124	57.4	101	68.2	79	67.5	304	63.2
Sağlık hizmetlerinin hızlı sunumu	96	44.4	77	52.0	58	49.6	231	48.0
Kolay ulaşılabilir sağlık sistemi	74	34.3	61	41.2	36	30.8	171	35.6
Hastalıklarla etkin mücadele	70	32.4	28	18.9	30	25.6	128	26.6
AB standartlarını sağlamak	51	23.6	19	12.8	21	17.9	91	18.9
Daha fazla nüfusa sağlık güvencesi sağlamak	29	13.4	24	16.2	24	16.2	72	15.0
Düzenleyici ve denetleyici rol üstlenmek	31	14.4	13	8.8	16	13.7	60	12.5
Özel sektörün payını artırmak	19	8.8	11	7.4	9	7.7	39	8.1
Diğer (Performans denetimi yapılması)	1	0.5	0	0.0	1	0.9	2	0.4

Sağlık hizmeti yararlanıcıları ağırlıklı olarak, devletin sağlık alanında yaptığı düzenlemelerin öncelikli amacının sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulmasını sağlamak olduğunu düşünmektedir. Dolayısıyla önceki soruya da benzer şekilde sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması ve devletin de bu noktada rol üstlenmesi beklenmektedir. Daha sonra ise sağlık hizmetlerinde eşitsizliği ortadan kaldırmak ve sağlık hizmetlerinin daha hızlı sunulmasını sağlamak gelmektedir. Yine önceki soruda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin hızlı olmasını sağlamak, yararlanıcılar

tarafından devletin sağlık alanındaki öncelikli amaçlarından biri olarak düşünülmektedir. Dördüncü sırada ise devletten vatandaşların daha kolay ulaşabildikleri bir sağlık sistemi oluşturması beklenmektedir. GSS'nin öncelikli hedeflerinden biri olan tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almak ise yedinci sırada yer almaktadır. Bu noktada devletin önceliği ile yararlanıcıların beklentisinin farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür. SDP'nin en önemli bileşenlerinden biri olan Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir kimliğe kavuşturulması hedefi de yine yararlanıcılar tarafından öncelikli kabul edilmemektedir. Zira bu ifade on ifade arasında sekizinci sırada bulunmaktadır. Yine sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulmasını sağlamak da son sıralarda yer almaktadır. Buna göre yararlanıcılar devletin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolünün devam etmesini istemektedir. Devletin sağlık hizmetlerindeki öncelikli amaçlarını da sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, eşit ve hızlı sunulması olarak belirtmektedir. Yararlanıcıların cevapları illere göre karşılaştırıldığında ise ilk beş cevap sabit kalmakta diğer cevaplar arasında ise küçük farklar ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte sıralamadaki bu fark, çok büyük oranlarda görünmemektedir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde ise sağlık hizmeti yararlanıcılarına otuz tane ifade yöneltilmiş ve yararlanıcılardan bu ifadelere “Hiç Katılmıyorum (1)”-“Tamamen Katılıyorum (5)” aralığında yer alan yanıtlarından birini vermeleri istenmiştir. Araştırmada sağlık hizmeti yararlanıcılarına sorulan ifadelerin toplu halde aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 10'da gösterilmiştir. Tablo 10'da görüldüğü gibi üzere sağlık hizmeti yararlanıcıları ifadelerin bazılarında üst düzeylerde katılım gösterirken bazılarında da daha düşük seviyelerde katılmışlar ya da katılım konusunda net bir tavır belirtmemişlerdir. Bu aşamada öncelikle Tablo 10'da öne çıkan ve katılım oranının yüksek veya düşük olduğu ifadeler üzerinde kısaca durulacaktır. Daha sonra ifadeler tek tek ele alınacak ve bağımsız değişkenler çerçevesinde farklılaşan durumlar olup olmadığı değerlendirilecektir.

Tablo 10. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarına Yöneltilen İfadelere Verilen Cevapların Sayıları (n), Aritmetik Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (S)

Boyut	Sıra	Sorular	n	X	S
Sağlık Hizmetlerinin Niteliği ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım	1	Son birkaç yıldır sağlık kuruluşlarından aldığım sağlık hizmetlerinde hissedilir bir iyileşme oldu.	481	3.314	1.411
	2	Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum.	481	3.657	1.312
	3	Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu.	478	3.441	1.364
	4	Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir.	478	3.209	1.496
	5	Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir.	480	3.598	1.476
	6	SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum.	477	3.644	1.314
	7	SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir.	483	4.201	1.123
Sağlık Harcamaları	8	Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım.	477	2.979	1.411
	9	Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır.	476	4.288	1.087
	10	Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir.	478	3.132	1.665
	11	Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim.	475	3.375	1.584
Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırılması	12	Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır.	481	2.139	1.412
	13	Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir.	482	2.230	1.428
	14	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur.	485	3.746	1.414
	15	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur.	477	3.283	1.497
Özel Hastanelerin Hizmet Sunumu	16	Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır.	478	3.814	1.287
	17	Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır.	479	3.424	1.594
	18	Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir.	482	3.853	1.306
	19	Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir.	485	3.928	1.278
	20	Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir.	484	3.645	1.378
	21	Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir.	485	3.501	1.411
Aile Hekimliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	22	Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir.	478	2.481	1.575
	23	Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir.	477	3.618	2.736
	24	Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır.	475	3.507	1.403
	25	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır.	477	3.629	1.367
	26	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır.	477	3.302	1.453
Diğer Sorular	27	Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir.	470	2.268	1.488
	28	Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır.	480	3.381	1.483
	29	SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir.	483	4.104	1.218
	30	Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır.	470	3.677	1.344

Tablo 10’da da görüldüğü gibi yararlanıcıların ciddi oranda katıldıkları ifadelerin başında “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir” ifadesi gelmektedir ($X=4.201\pm 1.123$). Buna göre sağlık hizmeti yararlanıcıları farklı sigorta kollarına mensup hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmelerini memnuniyetle karşılamaktadırlar. Yararlanıcıların yüksek ortalamayla katıldığı ifadelerden biri de “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir” yönündeki ifadedir ($X=4.104\pm 1.218$). Bir önceki ifadeye benzer şekilde yararlanıcılar farklı sigorta kollarının tek çatı altında toplanmasının önemli bir gelişme olduğunu düşünmekte ve bundan önemli oranda memnuniyet duymaktadır. Dolayısıyla değişik sigorta kollarına mensup hastaların yararlandığı farklı uygulamalara son verilmesi, tüm sigorta kollarının aynı standartlara kavuşturulması, tüm sigortalılara hizmetten yararlanmada kolaylık ve eşitlik sağlanması, sağlık hizmeti yararlanıcıları tarafından memnuniyetle karşılanmıştır. Ön plana çıkan ve yararlanıcıların büyük oranda katıldığı ifadelerden biri de “Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır” ifadesidir ($X=4.288\pm 1.087$). Buna göre yararlanıcılar önemli oranda devlet tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılmasını, diğer bir ifadeyle devletin sağlık hizmetleri için daha fazla harcama yapmasını istemektedir. Bu durum yararlanıcıların, sağlık hizmeti sunumunda karma bir sistemi isteseler de, devletin sağlık konusunda sorumluluk üstlenmeye devam etmesi gerektiği konusunda bir beklenti içinde olduklarına işaret etmektedir. “Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır” ifadesi yararlanıcıların ciddi oranda katıldığı ifadelerden bir diğeridir ($X=3.814\pm 1.287$). Sağlık hizmeti yararlanıcıları genel olarak özel hastaneler tarafından hizmet sunulmasına olumlu bakmakta ve bu ifade de görüldüğü gibi özel hastanelerle birlikte sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilirdiğini düşünmektedirler. Özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumuna yönelik bakış açısını yansıtan ve özel hastaneler tarafından sunulan hizmete olumlu yaklaşan diğer ifadeler ise, “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir” ifadesi ($X=3.853\pm 1.306$) ve “Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir” ifadesidir ($X=3.928\pm 1.278$). Buna göre sağlık hizmeti yararlanıcıları özel

hastanelerin sađlık hizmetlerini memnuniyetle karřilamakta ve bu hastanelerin sađlık hizmetlerini hızlı sunduđunu dűřünmektedir.

Diđer yandan yararlanıcıların dűřük oranda katıldıkları ve dűřük değer alan ifadelerin başında ise katkı payı uygulamasını iğereren ‘‘Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi iğerin hastanelerde katkı payı alınmalıdır’’ ifadesi ($X=2.139\pm 1.412$) gelmektedir. Buradan hareketle yararlanıcıların hastanelerdeki katkı payı uygulamasından memnun olmadıklarını ve daha iyi sağlık hizmeti iğerin katkı payı alınması gerekmediğini dűřündüklerini söylemek mümkündür. Bu ifadeyi destekleyen ve yararlanıcılar tarafından kabul görmeyen benzer bir ifade de ‘‘Hastanelerde katkı payı (űcret ۆdenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti iğerin gereklidir’’ ifadesidir ($X=2.230\pm 1.428$). ۆnceki ifadeye paralel olarak burada da sağlık hizmeti yararlanıcıları, katkı payı uygulamasına sıcak bakmamakta ve katkı payı uygulamasının daha iyi sağlık hizmeti alabilmek iğerin bir koşul olmaması gerektiğini dűřünmektedir. Bu durum, devletin sağlık hizmetleri iğerin daha fazla harcama yapması gerektiği yönündeki görűle de örtűşmektedir. Yararlanıcıların sıcak bakmadığı uygulamalardan biri de sevk uygulamasına ilişkindir ve yararlanıcılar ‘‘Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi iğerin hastanelere başvurmadan ۆnce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir’’ ifadesine ($X=2.481\pm 1.575$) dűřük bir katılım göstermişlerdir. Dolayısıyla yararlanıcılar, daha iyi bir sağlık hizmeti iğerin hastanelere başvurmadan ۆnce aile hekimlerinden sevk alınmasına sıcak bakmamaktadırlar. Görűldűđü gibi, yararlanıcılar sağlıkta dۆnűřümün teknik bir detayı, ۆnemli bir uygulama ayağı olan sevk uygulamasını benimsememektedir. Dۆnűřümü bir bűtűn olarak değerlendirip tűm yönleriyle kabul etmekten ziyade, belli yönlerini kabullenmektedirler. ‘‘Devlet hastanelerinde uygulanan ۆzel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir’’ ifadesi ($X=2.268\pm 1.488$) ortalamanın altında kalan ve yararlanıcıların katılım oranının dűřük olduğu ifadelerden bir diğeridir. Dolayısıyla yararlanıcılar devlet hastanelerindeki ۆzel oda hizmetinin tűm yararlanıcılara ağık olduğunu, sadece belli kişilerin kullanımı ile sınırlı olmadığını dűřünmektedirler.

Bunların yanında sağlık hizmeti yararlanıcılarının yüksek olmasa da orta düzeyde katıldıkları ifadeler de sۆz konusudur. ۆrneđin yararlanıcılar, son birkaç

yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabildiklerini ($X=3.657\pm 1.312$) ve sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olduğunu ($X=3.441\pm 1.364$) düşünmektedirler. Yararlanıcılar sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde belli bir iyileşme olduğunu düşünmektedir. Yine benzer şekilde yararlanıcılar, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay yararlanabildiklerini ($X=3.644\pm 1.314$) ifade etmektedirler. Yararlanıcıların orta düzeyde katıldıkları ifadelerden biri de “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur” ifadesidir ($X=3.746\pm 1.414$). Buna göre yararlanıcılar hastaneler arasında bir rekabet olması durumunda sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağına dair belli bir inanç beslemektedir.

5.2.1. Sağlık Hizmeti Yararlanıcılarının Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Görüşlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Son birkaç yıldır sağlık kuruluşlarından aldığım sağlık hizmetlerinde hissedilir bir iyileşme oldu” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11’e göre; yararlanıcılar “Son birkaç yıldır sağlık kuruluşlarından aldığım sağlık hizmetlerinde hissedilir bir iyileşme oldu” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.314\pm 1.411$). Bu durum bize yararlanıcıların sağlık hizmetlerinde orta seviyede bir iyileşme olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

“Son birkaç yıldır sağlık kuruluşlarından aldığım sağlık hizmetlerinde hissedilir bir iyileşme oldu” ifadesine illere göre karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=5.240$, $p=0.006$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda farkın Isparta ilindeki yararlanıcıların, Antalya ve Burdur illerindekilere göre daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu farklılıkta Isparta ilindeki sağlık hizmetlerinin daha yaygın olmasının ve yine Isparta ilinde kişi başına düşen yatak sayısının daha fazla olmasının etkili olabileceğini söylemek mümkündür.

Tablo 11. “Son Birkaç Yıldır Sağlık Kuruluşlarından Aldığım Sağlık Hizmetlerinde Hissedilir Bir İyileşme Oldu” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.146	1.364
Isparta	149	3.617	1.445
Burdur	119	3.235	1.400
Karşılaştırmalar	F=5.240, p=0.006		
Cinsiyet			
Kadın	244	3.152	1.425
Erkek	236	3.479	1.382
Karşılaştırmalar	t=-2.252, p=0.011		
Yaş (Yıl)			
18-25	152	3.007	1.402
26-35	129	3.271	1.456
36-45	90	3.711	1.274
46-55	67	3.567	1.362
56-+	41	3.244	1.445
Karşılaştırmalar	X²=17.129, p=0.002		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.900	1.287
İlköğretim	120	3.742	1.344
Lise	145	3.241	1.473
Üniversite	189	3.095	1.365
Lisansüstü	15	2.933	1.335
Karşılaştırmalar	X²=20.338, p=0.000		
Gelir (TL)			
0-750	223	3.296	1.356
751-1500	151	3.450	1.408
1501-+	95	3.211	1.515
Karşılaştırmalar	X²=1.983, p=0.371		
Toplam	481	3.314	1.411

Bu ifade doğrultusunda katılımcılar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, erkeklerin kadınlara göre daha memnun oldukları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($t=2.252$, $p=0.011$). Dolayısıyla, kadınların beklentilerinin tam olarak karşılanmadığı görülmektedir. Yine aynı ifadeye katılım, yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($X^2=17.129$, $p=0.002$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 18-25 yaş aralığındaki katılımcılar ile 36-45 yaş aralığındaki katılımcıların farklılaştığı saptanmıştır. Buna göre, 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların memnuniyetinin, 36-45 yaş aralığındaki katılımcıların memnuniyet düzeyinden daha düşük olduğu saptanmıştır. İfadeye katılım eğitim değişkeni çerçevesinde karşılaştırıldığında ise yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($X^2=20.338$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farkın ilköğretim mezunlarının, lise, üniversite ve lisansüstü mezunlarından daha yüksek

puan almalarından kaynaklandığı bulunmuştur. Görüldüğü gibi, eğitim düzeyi arttıkça yararlanıcıların sağlık hizmetlerinin iyileştigiine yönelik düşüncesi azalmaktadır. Bu durumda, eğitim düzeyi düşük katılımcıların beklentilerinin daha az olduğu ve bu beklentilerinin de karşılandığını ifade etmek mümkündür. İfadeye göre katılımcıların gelir düzeyi açısından karşılaştırılması durumunda ise, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($X^2=1.983$, $p=0.371$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12’ye göre, yararlanıcıların “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum” ifadesine önemli düzeyde katıldıkları görülmektedir ($X=3.657\pm 1.132$). Dolayısıyla yararlanıcılar sağlık hizmetlerinden önceki yıllara göre nispeten daha kolay yararlanabildiklerini düşünmektedirler.

“Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum” ifadesine katılım noktasında illere göre bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık olduğu ortaya koyulmuştur ($F=10.330$, $p=0.000$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda farkın Isparta ilindeki yararlanıcıların Burdur ve Antalya illerindekilere göre daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu durumun, Isparta ilindeki uzman hekim ve hemşire başına düşen nüfusun diğer illerden daha az olmasından ve kişi başına düşen yatak sayısının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu noktada H_1 hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre p değeri (0.000), 0.05’ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.” olan H_1 hipotezi kabul edilmektedir.

Katılımcıların, ifade doğrultusunda cinsiyet değişkenine göre ($t=-1.738$, $p=0.083$) ve yaş değişkenine göre ($X^2=8.630$, $p=0.071$) karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmaya ulaşılmamıştır. İfadeye göre katılımcılar, eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel farklılığın söz konusu olduğu bulunmuştur ($X^2=21.973$,

p=0.000). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, ilköğretim mezunları ile lise ve üniversite mezunlarının farklılaştığı ve ilköğretim mezunlarının lise ve üniversite mezunlarından daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu noktada ilköğretim mezunu katılımcıların beklentilerinin daha düşük olduğunu ve bu nedenle sağlık hizmetlerindeki dönüşümü daha etkili bulduklarını söylemek mümkündür.

Tablo 12. “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.418	1.299
Isparta	148	4.041	1.309
Burdur	120	3.608	1.239
Karşılaştırmalar	F=10.330, p=0.000		
Cinsiyet			
Kadın	245	3.555	1.310
Erkek	236	3.763	1.309
Karşılaştırmalar	t=-1.738, p=0.083		
Yaş (Yıl)			
18-25	151	3.563	1.198
26-35	130	3.631	1.336
36-45	90	3.856	1.312
46-55	65	3.815	1.368
56-+	43	3.349	1.494
Karşılaştırmalar	X²=8.630, p=0.071		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.600	1.578
İlköğretim	122	4.098	1.153
Lise	145	3.524	1.434
Üniversite	198	3.508	1.236
Lisansüstü	14	3.286	1.437
Karşılaştırmalar	X²=21.973, p=0.000		
Gelir (TL)			
0-750	224	3.634	1.298
751-1500	152	3.704	1.306
1501-+	94	3.670	1.363
Karşılaştırmalar	X²=0.424, p=0.809		
Toplam	481	3.657	1.132

Son olarak yararlanıcıların gelir seviyesi değişkenine göre karşılaştırılması durumunda da gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır ($X^2=0.424$, $p=0.809$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu” ifadesinden aldıkları puanların

bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13’e göre yararlanıcılar “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu” ifadesine önemli oranda katılmışlardır ($X=3.441\pm 1.364$). Bu sonuçtan hareketle yararlanıcıların son yıllarda sağlık hizmetlerinin kalitesinde belli bir artış olduğunu düşündüklerini söylemek mümkündür.

Tablo 13. “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	212	3.274	1.296
Isparta	146	3.788	1.415
Burdur	120	3.317	1.353
Karşılaştırmalar	F=6.978, p=0.001		
Cinsiyet			
Kadın	243	3.313	1.346
Erkek	234	3.577	1.376
Karşılaştırmalar	t=-2.120, p=0.035		
Yaş (Yıl)			
18-25	152	3.336	1.239
26-35	128	3.406	1.471
36-45	88	3.636	1.332
46-55	68	3.712	1.367
56-+	42	3.119	1.418
Karşılaştırmalar	X²=9.437, p=0.051		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.800	1.398
İlköğretim	121	3.810	1.254
Lise	145	3.310	1.474
Üniversite	186	3.328	1.325
Lisansüstü	14	2.929	1.141
Karşılaştırmalar	X²=15.239, p=0.004		
Gelir (TL)			
0-750	224	3.460	1.308
751-1500	149	3.483	1.393
1501-+	93	3.344	1.471
Karşılaştırmalar	X²=0.482, p=0.786		
Toplam	478	3.441	1.364

“Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu” ifadesine katılım düzeyi illere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel farkın olduğu anlaşılmıştır ($F=6.978, p=0.001$). Yapılan Tukey’s-b testi

sonucunda farkın Antalya ve Burdur illerindeki yararlanıcıların Isparta ilindeki yararlanıcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Önceki bulgularla da örtüşür şekilde Isparta ilindeki kullanıcıların sağlık hizmetlerinin kalitesinden daha memnun oldukları görülmektedir. Bu durumda, yine kişi başına düşen uzman hekim, hemşire ve yatak sayısının fazla olmasının etkili olduğunu ifade etmek mümkündür.

Bu noktada H_2 hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre p değeri (0.001), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttığına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır." olan H_2 hipotezi kabul edilmektedir.

İfadeye göre katılımcılar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha az memnun oldukları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya koyulmuştur ($t=-2.120$, $p=0.035$). Görüldüğü gibi kadınlar sağlık hizmetlerinin kalitesindeki artışı erkeklerden daha az hissedilir bulmuştur. Bu noktada, kadınların beklentilerinin erkeklerden farklılaştığını ve düzenlemelerin kadınların beklentilerini yeterli düzeyde karşılamadığını söylemek mümkündür. İfadeye katılımın yaş değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır ($X^2=9.437$, $p=0.051$). İfadeye göre yararlanıcılar eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmıştır ($X^2=15.239$, $p=0.004$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın ilköğretim mezunlarının lise ve üniversite mezunlarından daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu sonuç, önceki ifadeye benzer şekilde, ilköğretim mezunlarının sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Okuma yazma bilmeyenler dışarıda tutulursa, eğitim düzeyi yükseldikçe son yıllarda sağlık hizmetlerinin kaliteli sunulduğuna ilişkin düşünce azalmaktadır. Son olarak gelir değişkeni doğrultusunda ifadeye katılımın karşılaştırılması durumunda ise, gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel farklılaşmayla karşılaşılmamıştır ($X^2=0.482$, $p=0.786$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının "Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir" ifadesinden

aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14’e göre, sağlık hizmeti yararlanıcıların “Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir” ifadesine orta düzeyde katıldıkları görülmüştür ($X=3.209\pm 1.496$). Buradan hareketle yararlanıcıların ağırlıklı olmamakla birlikte özel muayenehanelerin sayısının azalması sonrasında devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verildiği kanaatinde olduklarını söylemek mümkündür.

Tablo 14. “Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	211	3.057	1.511
Isparta	148	3.534	1.454
Burdur	119	3.076	1.468
Karşılaştırmalar	F=5.142, p=0.006		
Cinsiyet			
Kadın	243	3.128	1.504
Erkek	235	3.294	1.486
Karşılaştırmalar	t=-1.214, p=0.225		
Yaş (Yıl)			
18–25	151	2.874	1.448
26–35	129	3.287	1.527
36–45	88	3.523	1.414
46–55	66	3.636	1.366
56–+	42	2.762	1.605
Karşılaştırmalar	X²=20.625, p=0.000		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.444	1.333
İlköğretim	121	3.777	1.387
Lise	143	3.182	1.541
Üniversite	189	2.905	1.459
Lisansüstü	15	2.733	1.163
Karşılaştırmalar	X²=30.205, p=0.000		
Gelir (TL)			
0–750	221	3.235	1.513
751–1500	151	3.238	1.509
1501–+	95	3.179	1.436
Karşılaştırmalar	X²=0.301, p=0.860		
Toplam	478	3.209	1.496

“Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir” ifadesine yararlanıcıların katılımı iller bazından

karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşma olduğu ortaya koyulmuştur ($F=5.142$, $p=0.006$). Yapılan Tukey's-b testi ile söz konusu farkın Isparta ilindeki yararlanıcıların Antalya ve Burdur illerindeki yararlanıcılara göre daha yüksek puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Isparta ilinde kişi başına düşen uzman hekim, hemşire ve yatak sayısının daha fazla olması nedeniyle, yararlanıcılar devlet hastanelerinden daha iyi hizmet alabilmektedir. Bu durum sonuçlara da yansımış durumdadır. İfadeye katılımın cinsiyet değişkeni esas alınarak karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıkmadığı görülmüştür ($t=-1.214$, $p=0.225$). İfadeye katılımın yaş değişkenine göre karşılaştırılması sonrasında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($X^2=20.625$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde bu farkın 18–25 yaş aralığındaki katılımcıların, 36–45 yaş aralığındaki katılımcılardan; 56 yaş ve üzerindeki katılımcıların da 46–55 yaş aralığındaki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu açısından bir karşılaştırma yapıldığında, gruplar arasından anlamlı bir farklılaşma olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=30.205$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın ilköğretim mezunlarının lise ve üniversite mezunlarından daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Görüldüğü gibi ilköğretim mezunları yine farklılaşmaktadır ve devlet hastanelerinde artık daha iyi hizmet verildiğini düşünmektedir. Diğer bir ifadeyle uygulama ilköğretim mezunlarının beklentilerini karşılarken eğitim düzeyi daha yüksek grubun beklentilerini aynı oranda karşılayamamaktadır. İfadeye katılımın gelir düzeyi değişkeni doğrultusunda karşılaştırılması sonucunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıkmadığı görülmüştür ($X^2=0.301$, $p=0.860$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15'e göre; sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir” ifadesine büyük oranda katıldıkları ortaya çıkmıştır ($X=3.598\pm 1.476$). Dolayısıyla yararlanıcıların hastanelerde tam gün uygulamasına sıcak baktıklarını söylemek mümkündür.

“Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir” ifadesine katılım düzeyi iller bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu karşımıza çıkmaktadır ($F=4.002$, $p=0.019$). Uygulanan Tukey’s-b testi sonrasında bu farklılığın Antalya ve Burdur illerindeki yararlanıcıların Isparta ilindeki yararlanıcılardan daha düşük puan alması neticesinde ortaya çıktığı görülmüştür. İfadeye katılımın cinsiyet değişkeni ($t=-0.909$, $p=0.364$) ve yaş değişkeni ($X^2=7.534$, $p=0.110$) esas alınarak karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıkmadığı görülmüştür.

Tablo 15. “Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	212	3.486	1.516
Isparta	149	3.879	1.409
Burdur	119	3.445	1.448
Karşılaştırmalar	F=4.002, p=0.019		
Cinsiyet			
Kadın	242	3.537	1.530
Erkek	238	3.660	1.419
Karşılaştırmalar	t=-0.909, p=0.364		
Yaş (Yıl)			
18-25	151	3.404	1.466
26-35	128	3.625	1.474
36-45	90	3.811	1.429
46-55	67	3.821	1.424
56-+	42	3.333	1.633
Karşılaştırmalar	X²=7.534, p=0.110		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.400	0.966
İlköğretim	120	4.000	1.277
Lise	142	3.718	1.431
Üniversite	192	3.292	1.545
Lisansüstü	15	2.800	1.568
Karşılaştırmalar	X²=23.585, p=0.000		
Gelir (TL)			
0-750	223	3.659	1.424
751-1500	153	3.641	1.533
1501-+	94	3.447	1.478
Karşılaştırmalar	X²=1.748, p=0.417		
Toplam	480	3.598	1.476

İfadeye katılım eğitim durumu değişkeni paralelinde ele alındığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılığın olduğu belirlenmiştir

($X^2=23.585$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın okuma yazma bilmeyenlerin üniversite ve lisansüstü mezunlarından daha yüksek puan almalarından ve ilköğretim mezunlarının lisansüstü mezunlarından daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Görüldüğü gibi eğitim düzeyi arttıkça ifadeye katılım oranı düşmektedir. Bu noktada, eğitim durumu düşük katılımcıların tam gün uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştıklarını ve uygulamadan daha memnun olduklarını söylemek mümkündür. İfadeye katılımın gelir düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı ortaya çıkmıştır ($X^2=1.748$, $p=0.417$). Gelir değişkeninde bir farklılık oluşmamasına rağmen, yüksek gelir grubundaki yararlanıcıların da ifadeyi desteklemeleri dikkat çekmiştir. Zira doktorların muayenehanelerini kapatarak hastanede tam gün çalışmasını bu gruptakiler de desteklemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16’ya göre sağlık hizmeti yararlanıcılarının “SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum” ifadesine büyük ölçüde katıldıkları görülmüştür ($X=3.644\pm 1.314$). Buradan hareketle yararlanıcıların SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi sonrasında bu hastanelere daha kolay ulaşabildiklerini söylemek mümkündür.

“SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum” ifadesine il değişkeni doğrultusunda yararlanıcıların katılımı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıktığı görülmüştür ($F=10.027$, $p=0.000$). Yapılan Tukey’s-b testi sonrasında adı geçen farklılığın, Isparta ilindeki yararlanıcıların Antalya ve Burdur’dakilerden daha yüksek puan almaları nedeniyle söz konusu olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun, Isparta’da sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmasının ve sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyetin bir yansıması olarak değerlendirilmesi

mümkündür. İfadeye katılımın, cinsiyet değişkeni ($t=-0.724$, $p=0.469$) ve yaş değişkeni ($X^2=7.823$, $p=0.098$) esas alınarak karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 16. “SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	211	3.441	1.317
Isparta	149	4.034	1.205
Burdur	117	3.513	1.343
Karşılaştırmalar	F=10.027, p=0.000		
Cinsiyet			
Kadın	243	3.601	1.327
Erkek	234	3.688	1.301
Karşılaştırmalar	t=-0.724, p=0.469		
Yaş (Yıl)			
18-25	151	3.437	1.294
26-35	129	3.713	1.336
36-45	88	3.784	1.254
46-55	65	3.831	1.294
56+	43	3.558	1.419
Karşılaştırmalar	X²=7.823, p=0.098		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.889	1.054
İlköğretim	120	4.033	1.209
Lise	143	3.510	1.404
Üniversite	189	3.508	1.291
Lisansüstü	15	3.400	1.183
Karşılaştırmalar	X²=16.747, p=0.002		
Gelir (TL)			
0-750	223	3.691	1.294
751-1500	150	3.640	1.387
1501+	95	3.558	1.278
Karşılaştırmalar	X²=1.031, p=0.597		
Toplam	477	3.644	1.314

İfadeye katılım eğitim durumu değişkeni doğrultusunda karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise, gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olduğu saptanmıştır ($X^2=16.747$, $p=0.002$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda ise bu farkın ilköğretim mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü eğitim seviyesindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Okuma yazma bilmeyenler dışarıda tutulacak olursa, eğitim düzeyi arttıkça SSK hastanelerinin devlet hastanelerine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha

kolay hizmet alabildiğini düşünenlerin sayısı azaldığı görülmektedir. Düzenlemenin eğitim durumu düşük olan yararlanıcıların beklentilerini daha yüksek düzeyde karşıladığı görülmektedir. İfadeye katılımın gelir düzeyine göre karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıkmadığı görülmüştür ($X^2=1.031$, $p=0.597$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	4.192	1.103
Isparta	150	4.287	1.113
Burdur	119	4.109	1.170
Karşılaştırmalar	F=0.841, p=0.432		
Cinsiyet			
Kadın	244	4.131	1.140
Erkek	239	4.272	1.103
Karşılaştırmalar	t=-1.380, p=0.168		
Yaş (Yıl)			
18-25	154	4.156	1.115
26-35	129	4.442	0.935
36-45	89	4.213	1.092
46-55	67	3.910	1.334
56+	43	4.093	1.269
Karşılaştırmalar	X²=9.859, p=0.043		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.778	1.302
İlköğretim	120	4.156	1.115
Lise	146	4.192	1.159
Üniversite	192	4.250	1.088
Lisansüstü	15	4.400	1.121
Karşılaştırmalar	X²=2.886, p=0.577		
Gelir (TL)			
0-750	224	4.116	1.142
751-1500	154	4.240	1.103
1501+	95	4.411	1.077
Karşılaştırmalar	X²=7.799, p=0.020		
Toplam	483	4.201	1.123

Tablo 17'ye göre sağlık hizmeti yararlanıcıları “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir” ifadesine ciddi oranda katılmışlardır ($X=4.201\pm 1.123$). Buradan hareketle yararlanıcıların doğrudan özel hastanelere gidebilmeyi oldukça olumlu bir gelişme olarak düşündüklerini ifade etmek mümkündür.

“SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir” ifadesine katılım düzeyi illere göre ($F=0.841$, $p=0.432$) ve cinsiyet değişkenine göre ($t=-1.380$, $p=0.168$) değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Yaş değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu bulunmuştur ($X^2=9.859$, $p=0.043$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın 26–35 yaş grubundaki yararlanıcıların, 46–55 yaş aralığındaki yararlanıcılardan daha fazla puan almaları neticesinde ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Bu noktada, 26–35 yaş grubundaki kullanıcıların özel hastanelere gitmeyi daha çok tercih ettikleri ve bu nedenle ifadeye en yüksek düzeyde katıldıkları düşünölmektedir. İfadeye katılım eğitim durumu değişkeni doğrultusunda karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır ($X^2=2.886$, $p=0.577$). Gelir seviyesi değişkeni doğrultusunda bir karşılaştırma yapıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($X^2=7.799$, $p=0.020$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde bu farkın 0–750 TL gelir grubundaki katılımcıların 1501 TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı gözlenmiştir. Gelir düzeyi düşük katılımcılar, özel hastanelerden hizmet almada daha çekimser davrandıkları ve özel hastanelere maddi kaygılar nedeniyle daha az başvurdukları için, bu gelişmeyi olumlu bulmakla birlikte, diğer gelir grubundaki katılımcılar kadar olumlu görüş belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18'e göre yararlanıcılar "Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım" ifadesine hemen hemen orta düzeyde katılmışlardır ($X=2.979\pm 1.411$). Dolayısıyla yararlanıcıların son yıllarda sağlık hizmetleri için daha fazla para harcamadıklarını söylemek mümkündür. Bu sonuç, kişisel sağlık harcamalarında bir artış olmadığına işaret etmektedir.

Tablo 18. "Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım" İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	210	2.914	1.452
Isparta	149	2.852	1.694
Burdur	118	3.254	3.058
Karşılaştırmalar	F=1.477, p=0.229		
Cinsiyet			
Kadın	244	3.148	2.421
Erkek	233	3.152	1.516
Karşılaştırmalar	t=1.855, p=0.064		
Yaş (Yıl)			
18-25	152	3.191	2.788
26-35	130	2.723	1.515
36-45	87	2.897	1.643
46-55	65	3.046	1.525
56+	41	3.073	1.555
Karşılaştırmalar	X²=3.618, p=0.460		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.600	1.838
İlköğretim	119	2.731	1.635
Lise	144	3.271	2.846
Üniversite	188	2.840	1.479
Lisansüstü	15	3.467	1.407
Karşılaştırmalar	X²=7.597, p=0.108		
Gelir (TL)			
0-750	222	2.919	1.595
751-1500	150	2.887	1.504
1501+	94	3.277	3.339
Karşılaştırmalar	X²=0.314, p=0.855		
Toplam	477	2.979	1.411

"Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım" ifadesi il değişkeni ($F=1.477, p=0.229$), cinsiyet değişkeni ($t=1.855, p=0.064$), yaş değişkeni ($X^2=3.618, p=0.460$), eğitim değişkeni ($X^2=7.597, p=0.108$) ve gelir değişkeni ($X^2=0.314, p=0.855$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla,

bağımsız değişkenler göz önünde bulundurulduğunda, yararlanıcıların birbirinden farklılaşmadığı ve sağlık harcamalarında bir artış olmadığı ortaya çıkmıştır.

Bu noktada H_3 ve H_4 hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_3 hipotezi için p değeri (0.460), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadıklarına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların yaşına göre farklılaşmaktadır." olan H_3 hipotezi reddedilmektedir. H_4 hipotezi için de p değeri (0.855), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadıklarına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır." olan H_4 hipotezi de reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının "Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır" ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 19'da gösterilmiştir.

Buna göre sağlık hizmeti yararlanıcıları "Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır" ifadesine yüksek oranda katılmışlardır ($X=4.288\pm 1.087$). Dolayısıyla yararlanıcılar devlet tarafından yapılan sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini düşünmektedir.

"Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır" ifadesi il değişkeni ($F=1.009$, $p=0.365$), cinsiyet değişkeni ($t=0.144$, $p=0.885$), yaş değişkeni ($X^2=5.438$, $p=0.245$), eğitim değişkeni ($X^2=5.957$, $p=0.202$) ve gelir değişkeni ($X^2=2.893$, $p=0.235$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Bu da, her gruptan, yaştan ya da özellikten herkesin devletin sağlığa daha fazla kaynak ayırması gerektiğini düşündüğüne işaret etmektedir.

Bu noktada H_5 ve H_6 hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_5 hipotezi için p değeri (0.202), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, devletin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırması gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır." olan H_5 hipotezi reddedilmektedir. H_6 hipotezi için de p değeri (0.235), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, devletin sağlık harcamalarına daha

fazla pay ayırması gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.” olan H_6 hipotezi de reddedilmektedir.

Tablo 19. “Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalıdır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	211	4.346	1.050
Isparta	147	4.299	1.101
Burdur	118	4.169	1.135
Karşılaştırmalar	F=1.009, p=0.365		
Cinsiyet			
Kadın	242	4.293	1.070
Erkek	233	4.279	1.108
Karşılaştırmalar	t=0.144, p=0.885		
Yaş (Yıl)			
18–25	152	4.237	1.053
26–35	129	4.209	1.164
36–45	86	4.442	1.047
46–55	67	4.343	1.081
56–+	40	4.300	1.091
Karşılaştırmalar	X²=5.438, p=0.245		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.000	1.414
İlköğretim	117	4.308	1.070
Lise	142	4.092	1.254
Üniversite	190	4.411	0.943
Lisansüstü	15	4.533	0.834
Karşılaştırmalar	X²=5.957, p=0.202		
Gelir (TL)			
0–750	222	4.212	1.132
751–1500	148	4.345	1.099
1501–+	95	4.400	0.983
Karşılaştırmalar	X²=2.893, p=0.235		
Toplam	476	4.288	1.087

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20’ye göre yararlanıcılar “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesine hemen hemen orta düzeyde katılmaktadır ($X=3.132\pm 1.665$). Yararlanıcıların daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcama noktasında isteksiz olduklarını söylemek mümkündür.

Tablo 20. “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.216	1.663
Isparta	147	2.952	1.705
Burdur	118	3.203	1.615
Karşılaştırmalar	F=1.236, p=0.292		
Cinsiyet			
Kadın	242	3.223	1.690
Erkek	235	3.038	1.642
Karşılaştırmalar	t=1.211, p=0.226		
Yaş (Yıl)			
18–25	153	3.418	1.584
26–35	128	2.992	1.705
36–45	89	2.719	1.679
46–55	66	3.197	1.666
56–+	41	3.244	1.655
Karşılaştırmalar	X²=10.459, p=0.033		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.000	1.936
İlköğretim	120	2.800	1.683
Lise	142	3.049	1.698
Üniversite	190	3.374	1.601
Lisansüstü	15	3.733	1.438
Karşılaştırmalar	X²=10.310, p=0.036		
Gelir (TL)			
0–750	225	3.138	1.678
751–1500	150	2.993	1.709
1501–+	93	3.387	1.547
Karşılaştırmalar	X²=3.152, p=0.207		
Toplam	478	3.132	1.665

“Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesine il değişkeni doğrultusunda ($F=1.236$, $p=0.292$) ve cinsiyet değişkeni doğrultusunda ($t=1.211$, $p=0.226$) katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. İfadeye katılım yaş değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($X^2=10.459$, $p=0.033$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın 18–25 yaş aralığındaki katılımcıların, 26–35 yaş aralığındaki ve 36–45 yaş aralığındaki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Genç yaş grubundakiler ve ileri yaş grubundakiler ifadeyi desteklerken, orta yaş grubundaki yararlanıcılar daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerektiği fikrine sıcak bakmamışlardır. Eğitim değişkeni doğrultusunda ifadeye katılma düzeyleri karşılaştırıldığında ise, yine ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın

olduğu görülmüştür ($X^2=10.310$, $p=0.036$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde bu farkın ilköğretim mezunu katılımcıların, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Görüldüğü gibi okuma yazma bilmeyenler dışarıda tutulduğunda, eğitim düzeyi arttıkça ifadeye katılma oranı da artmaktadır. Bu durumda, eğitim düzeyi yüksek katılımcıların “iyi sağlık hizmeti” algısının farklı olduğunu ve bu hizmete ulaşmak için de daha çok harcama yapılması gerektiğini düşündüklerini söylemek mümkündür. Son olarak ifadeye katılım gelir değişkeni açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı belirlenmiştir ($X^2=3.152$, $p=0.207$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları “Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim” ifadesine önemli ölçüde katılmıştır ($X=3.375\pm 1.584$). Dolayısıyla yararlanıcıların belli bir noktaya kadar tedavi masraflarına katlanmayı göze aldıklarını söylemek mümkündür.

“Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim” ifadesine katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel farklılığın bulunduğu görülmüştür ($F=7.166$, $p=0.001$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda bu farkın Antalya ve Burdur illerindeki yararlanıcıların Isparta ilindekilerden daha düşük puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Isparta ilinde sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlerden yararlanma daha kolay olduğu için, bu ildeki yararlanıcıların tedavi masrafları artsa da tedavi olmaya devam edecekleri yönünde görüş belirttikleri düşünülmektedir. İfadeye katılım cinsiyet değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($t=0.189$, $p=0.850$). Yaş değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyinin karşılaştırılması durumunda da gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı görülmüştür ($X^2=0.666$, $p=0.955$).

Tablo 21. “Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	211	3.147	1.631
Isparta	148	3.770	1.503
Burdur	116	3.284	1.514
Karşılaştırmalar	F=7.166, p=0.001		
Cinsiyet			
Kadın	239	3.385	1.589
Erkek	235	3.357	1.582
Karşılaştırmalar	t=0.189, p=0.850		
Yaş (Yıl)			
18–25	152	3.342	1.505
26–35	126	3.405	1.611
36–45	88	3.307	1.636
46–55	67	3.448	1.626
56–+	41	3.390	1.671
Karşılaştırmalar	X²=0.666, p=0.955		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.556	1.740
İlköğretim	121	3.289	1.705
Lise	142	3.289	1.636
Üniversite	188	3.426	1.481
Lisansüstü	14	4.071	1.141
Karşılaştırmalar	X²=3.374, p=0.497		
Gelir (TL)			
0–750	223	3.130	1.584
751–1500	152	3.355	1.657
1501–+	92	4.076	1.188
Karşılaştırmalar	X²=23.365, p=0.000		
Toplam	475	3.375	1.584

Eğitim değişkenine göre ifadeye katılım düzeyinin karşılaştırılması sonucunda yine gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı ortaya koyulmuştur ($X^2=3.374$, $p=0.497$). Son olarak gelir değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunduğu tespit edilmiştir ($X^2=23.365$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın 1501 TL ve üzeri gelir grubundaki yararlanıcıların, 0–750 TL ve 751–1500 TL gelir grubundaki yararlanıcılardan daha yüksek puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Görüldüğü gibi gelir düzeyi arttıkça ifadeye katılım oranı da artmaktadır. Dolayısıyla, yüksek gelir grubundakilerin sağlık masraflarını karşılaması diğer gelir grubundakilere oranla daha kolay olacağı için, bu gelir grubundakiler tedavi masrafları artsa da tedaviye devam etme eğilimi göstermektedirler.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22’ye göre yararlanıcıların “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır” ifadesine kısmen katıldıkları görülmüştür ($X=2.139\pm 1.412$). Dolayısıyla yararlanıcılar katkı payı uygulamasına sıcak bakmamaktadır.

Tablo 22. “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	2.028	1.314
Isparta	149	2.235	1.574
Burdur	119	2.218	1.366
Karşılaştırmalar	F=1.188, p=0.306		
Cinsiyet			
Kadın	244	2.078	1.366
Erkek	237	2.203	1.459
Karşılaştırmalar	t=-0.968, p=0.334		
Yaş (Yıl)			
18–25	154	2.208	1.427
26–35	129	1.977	1.302
36–45	88	2.216	1.458
46–55	66	2.197	1.521
56–+	43	2.070	1.387
Karşılaştırmalar	X²=1.678, p=0.795		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	1.889	1.364
İlköğretim	120	2.283	1.518
Lise	145	1.903	1.325
Üniversite	191	2.194	1.369
Lisansüstü	15	2.533	1.642
Karşılaştırmalar	X²=8.242, p=0.083		
Gelir (TL)			
0–750	224	2.058	1.363
751–1500	152	2.059	1.429
1501–+	95	2.442	1.457
Karşılaştırmalar	X²=6.504, p=0.039		
Toplam	481	2.139	1.412

“Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır” ifadesi il değişkeni ($F=1.188, p=0.306$), cinsiyet değişkeni ($t=-0.968$,

$p=0.334$), yaş değişkeni ($X^2=1.678$, $p=0.795$) ve eğitim değişkeni ($X^2=8.242$, $p=0.083$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Gelir dışında, diğer değişkenler arasında bir farklılığa rastlanmamakta, katılımcılar katkı payı alınmaması yönünde görüş belirtmektedirler.

İfadeye katılım gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasından istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın bulunduğu tespit edilmiştir ($X^2=6.504$, $p=0.039$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu bu farkın 1501 TL ve üzeri gelir grubundaki yararlanıcıların, 0–750 TL ve 751–1500 TL gelir grubundaki yararlanıcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu durum, düşük gelir grubunda olanların daha fazla sağlık harcaması yapmak istemediklerine işaret etmektedir.

Bu noktada H_7 hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_7 hipotezi için p değeri (0.039), 0.05'ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, daha iyi sağlık hizmeti alabilmek için katkı payı ödenmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.” olan H_7 hipotezi kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23'e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları “Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir” ifadesine kısmen katılmaktadır ($X=2.230\pm 1.428$). Bu noktadan hareketle yararlanıcıların hastanelerde ek ücret ödemeye sıcak bakmadıklarını ifade etmek mümkündür.

“Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir” ifadesinin il değişkeni ($F=1.977$, $p=0.140$), cinsiyet değişkeni ($t=-1.946$, $p=0.052$) ve yaş değişkeni ($X^2=1.720$, $p=0.787$) doğrultusunda karşılaştırılması durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 23. “Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	2.093	1.332
Isparta	149	2.389	1.584
Burdur	119	2.277	1.377
Karşılaştırmalar	F=1.977, p=0.140		
Cinsiyet			
Kadın	245	2.106	1.360
Erkek	237	2.359	1.488
Karşılaştırmalar	t=-1.946, p=0.052		
Yaş (Yıl)			
18-25	154	2.195	1.289
26-35	129	2.116	1.407
36-45	88	2.307	1.519
46-55	66	2.455	1.600
56-+	43	2.256	1.529
Karşılaştırmalar	X²=1.720, p=0.787		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	2.100	1.663
İlköğretim	119	2.588	1.607
Lise	146	1.911	1.307
Üniversite	191	2.220	1.307
Lisansüstü	15	2.533	1.685
Karşılaştırmalar	X²=14.641, p=0.006		
Gelir (TL)			
0-750	224	2.156	1.398
751-1500	152	2.164	1.426
1501-+	95	2.516	1.501
Karşılaştırmalar	X²=4.882, p=0.087		
Toplam	482	2.230	1.428

İfadenin eğitim değişkenine göre karşılaştırılması sonrasında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu bulunmuştur ($X^2=14.641$, $p=0.006$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda lise mezunu katılımcıların ilköğretim ve üniversite mezunu katılımcılardan daha düşük puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Son olarak ifadeye katılım gelir değişkeni açısından karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı ortaya koyulmuştur ($X^2=4.882$, $p=0.087$). Görüldüğü gibi, eğitim durumu değişkeni bir yana bırakılacak olursa, herkesin katkı payı uygulamasından memnun olmadığı gözükmemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur” ifadesinden,

aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 24’te gösterilmiştir.

Tablo 24. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	3.598	1.475
Isparta	150	4.013	1.366
Burdur	121	3.678	1.324
Karşılaştırmalar	F=4.042, p=0.018		
Cinsiyet			
Kadın	247	3.498	1.476
Erkek	237	4.004	1.304
Karşılaştırmalar	t=-3.994, p=0.000		
Yaş (Yıl)			
18–25	154	3.571	1.404
26–35	130	3.738	1.481
36–45	89	3.753	1.532
46–55	67	3.985	1.200
56–+	43	3.953	1.272
Karşılaştırmalar	X²=5.272, p=0.260		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.800	1.476
İlköğretim	122	3.648	1.537
Lise	146	3.842	1.408
Üniversite	192	3.677	1.361
Lisansüstü	14	4.500	0.855
Karşılaştırmalar	X²=6.472, p=0.167		
Gelir (TL)			
0–750	226	3.619	1.478
751–1500	154	3.883	1.348
1501–+	94	3.883	1.343
Karşılaştırmalar	X²=3.211, p=0.201		
Toplam	485	3.746	1.414

Tablo 24’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur” ifadesine önemli düzeyde katılmışlardır ($X=3.746\pm 1.414$). Dolayısıyla yararlanıcıların, hastaneler arasındaki rekabet nedeniyle sağlık hizmetlerinin daha iyi verildiğini düşündükleri ortaya çıkmaktadır.

“Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur” ifadesine katılım açısından illere göre bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın ortaya çıktığı görülmüştür

($F=4.042$, $p=0.018$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda bu farklılığın Isparta ilindeki yararlanıcıların Antalya ilindeki yararlanıcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Burdur ili ise ortada yer almıştır. Dolayısıyla, Isparta ilindeki yararlanıcıların hizmetlere daha kolay ulaşmasında ve hizmetlerden memnun kalmasında, hastaneler arasındaki rekabetin etkili olduğunu düşündüklerini söylemek mümkündür. Bu ifadeye göre katılımcılar cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre daha memnun oldukları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($t=-3.994$, $p=0.000$). İfadenin yaş değişkeni ($X^2=5.272$, $p=0.260$), eğitim değişkeni ($X^2=6.472$, $p=0.167$) ve gelir değişkeni ($X^2=3.211$, $p=0.201$) doğrultusunda karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25’e göre, sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur” ifadesine önemli oranda katıldıkları görülmüştür ($X=3.283\pm 1.497$). Buradan hareketle yararlanıcıların hastaneler arasındaki rekabetin sağlık hizmetlerinin fiyatını ucuzlatacağını düşündüklerini söylemek mümkündür.

“Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur” ifadesine yararlanıcıların katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=6.204$, $p=0.002$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda söz konusu farklılığın Isparta ilindeki yararlanıcıların, Antalya ve Burdur illerindeki yararlanıcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Bir önceki ifadeye benzer farklılık burada da karşımıza çıkmakta ve Isparta ilindeki yararlanıcılar hastaneler arasındaki rekabeti destekler yönde görüş belirtmektedirler. İfadenin cinsiyet değişkeni ($t=-0.860$, $p=0.390$) ve yaş değişkeni ($X^2=6.546$, $p=0.162$) doğrultusunda

karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 25. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.207	1.484
Isparta	147	3.619	1.487
Burdur	117	3.000	1.468
Karşılaştırmalar	F=6.204, p=0.002		
Cinsiyet			
Kadın	240	3.225	1.511
Erkek	236	3.343	1.486
Karşılaştırmalar	t=-0.860, p=0.390		
Yaş (Yıl)			
18–25	151	3.152	1.375
26–35	126	3.159	1.567
36–45	89	3.427	1.507
46–55	67	3.418	1.558
56–+	42	3.619	1.529
Karşılaştırmalar	X²=6.546, p=0.162		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	2.700	1.703
İlköğretim	120	3.467	1.624
Lise	142	3.162	1.547
Üniversite	188	3.298	1.371
Lisansüstü	15	3.333	1.291
Karşılaştırmalar	X²=4.986, p=0.289		
Gelir (TL)			
0–750	222	3.207	1.499
751–1500	153	3.353	1.532
1501–+	93	3.484	1.396
Karşılaştırmalar	X²=2.341, p=0.310		
Toplam	477	3.283	1.497

Yine ifadenin eğitim değişkeni ($X^2=4.986$, $p=0.289$) ve gelir değişkeni ($X^2=2.341$, $p=0.310$) ele alınarak karşılaştırılması durumunda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Görüldüğü gibi, il değişkeni dışında diğer değişkenlerde, ortak bir görüş söz konusudur ve hastaneler arasında rekabet olmasının sağlık hizmetlerinin fiyatını düşüreceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır” ifadesinden aldıkları

puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. “Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	210	3.810	1.246
Isparta	149	3.993	1.260
Burdur	119	3.597	1.367
Karşılaştırmalar	F=3.171, p=0.043		
Cinsiyet			
Kadın	242	3.719	1.340
Erkek	235	3.919	1.222
Karşılaştırmalar	t=-1.703, p=0.089		
Yaş (Yıl)			
18–25	150	3.840	1.130
26–35	129	3.775	1.359
36–45	88	4.023	1.232
46–55	67	3.522	1.501
56–+	42	3.810	1.311
Karşılaştırmalar	X²=4.764, p=0.312		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.600	1.506
İlköğretim	120	3.683	1.366
Lise	142	3.831	1.331
Üniversite	189	3.910	1.193
Lisansüstü	15	3.800	1.265
Karşılaştırmalar	X²=1.923, p=0.750		
Gelir (TL)			
0–750	222	3.757	1.274
751–1500	153	3.869	1.281
1501–+	92	3.978	1.258
Karşılaştırmalar	X²=2.827, p=0.243		
Toplam	478	3.814	1.287

Tablo 26’ya göre sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır” ifadesine büyük ölçüde katıldıkları görülmüştür ($X=3.814\pm 1.287$). Dolayısıyla yararlanıcılar özel hastanelerle birlikte sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşıldığını düşünmektedirler.

“Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır” ifadesine yararlanıcıların katılımı il değişkenine göre karşılaştırmaya tabi tutulduğunda gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($F=3.171, p=0.043$). Uygulanan Tukey’s-b testi

sonucunda bu farklılığın Isparta ilindeki yararlanıcıların, Burdur ilindeki yararlanıcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Antalya ili ise ortada yer almıştır. Burdur il merkezinde özel hastane bulunmaması nedeniyle, yararlanıcıların bu konuda tam bir fikirlerinin olmadığı, söz konusu farklılığın da buaradan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu ifadenin cinsiyet değişkeni ($t=-1.703$, $p=0.089$) ve yaş değişkeni ($X^2=4.764$, $p=0.312$) açısından karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı saptanmıştır. Yine ifadenin eğitim değişkeni ($X^2=1.923$, $p=0.750$) ve gelir değişkeni ($X^2=2.827$, $p=0.243$) ele alınarak karşılaştırılması durumunda da gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Buna göre, il değişkeni dışında hizmetlerden yararlananların özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılacağını düşündüklerini ifade etmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27’ye göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır” ifadesine önemli oranda katılmışlardır ($X=3.424\pm 1.594$). Görüldüğü gibi yararlanıcılar özel hastanelerden yararlanmada para faktörünü etkili bir kriter olarak kabul etmektedir.

“Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır” ifadesine yararlanıcıların katılımı il değişkeni paralelinde karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıktığı görülmüştür ($F=3.120$, $p=0.045$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda bu farkın Antalya ilindeki yararlanıcıların Isparta ilindeki yararlanıcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı gözlenmiştir. Bu noktada, Isparta ilindeki yararlanıcıların Isparta’daki özel hastanelerden daha kolay yararlandığı ve diğer illere göre daha ucuz hizmet aldıkları düşünülmektedir. Bu ifadenin cinsiyet değişkeni ($t=0.975$, $p=0.330$) ve yaş değişkeni ($X^2=3.583$, $p=0.465$) açısından karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 27. “Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	212	3.566	1.555
Isparta	148	3.155	1.657
Burdur	119	3.504	1.556
Karşılaştırmalar	F=3.120, p=0.045		
Cinsiyet			
Kadın	243	3.494	1.612
Erkek	236	3.352	1.576
Karşılaştırmalar	t=0.975, p=0.330		
Yaş (Yıl)			
18-25	151	3.490	1.574
26-35	128	3.344	1.619
36-45	90	3.222	1.647
46-55	66	3.424	1.589
56-+	42	3.786	1.474
Karşılaştırmalar	X²=3.583, p=0.465		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.600	1.897
İlköğretim	120	3.458	1.608
Lise	144	3.431	1.646
Üniversite	190	3.447	1.534
Lisansüstü	14	2.714	1.590
Karşılaştırmalar	X²=2.376, p=0.667		
Gelir (TL)			
0-750	222	3.459	1.638
751-1500	153	3.484	1.590
1501-+	94	3.234	1.499
Karşılaştırmalar	X²=2.393, p=0.302		
Toplam	479	3.424	1.594

Yine ifadenin eğitim değişkeni ($X^2=2.376, p=0.667$) ve gelir değişkeni ($X^2=2.393, p=0.302$) ele alınarak karşılaştırılması durumunda da gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir” ifadesine büyük oranda katılmışlardır ($X=3.853\pm 1.306$). Yararlanıcılar özel hastanelerde sağlık hizmetlerinin daha hızlı verildiğine yönelik belirgin bir inanç beslemektedir.

Tablo 28. “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	3.944	1.251
Isparta	148	3.764	1.435
Burdur	120	3.800	1.234
Karşılaştırmalar	F=0.965, p=0.382		
Cinsiyet			
Kadın	246	3.878	1.272
Erkek	236	3.826	1.343
Karşılaştırmalar	t=0.435, p=0.664		
Yaş (Yıl)			
18-25	152	3.895	1.186
26-35	130	3.885	1.292
36-45	90	3.756	1.471
46-55	66	3.879	1.365
56-+	42	3.714	1.349
Karşılaştırmalar	X²=0.933, p=0.920		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.200	1.135
İlköğretim	121	3.810	1.410
Lise	145	4.028	1.269
Üniversite	191	3.738	1.271
Lisansüstü	14	3.929	1.072
Karşılaştırmalar	X²=7.405, p=0.116		
Gelir (TL)			
0-750	225	3.804	1.325
751-1500	153	3.869	1.306
1501-+	93	4.043	1.179
Karşılaştırmalar	X²=1.613, p=0.446		
Toplam	482	3.853	1.306

“Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir” ifadesi il değişkeni (F=0.965, p=0.382), cinsiyet değişkeni (t=0.435, p=0.664), yaş değişkeni (X²=0.933, p=0.920), eğitim değişkeni (X²=7.405, p=0.116) ve gelir değişkeni (X²=1.613, p=0.446) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla, tüm gruplardaki yararlanıcılar özel hastanelerin sağlık hizmetlerini daha hızlı verdiği noktada hem fikirdir ve aralarında bir farklılık oluşmamaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29. “Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	216	4.056	1.180
Isparta	148	3.723	1.423
Burdur	121	3.950	1.237
Karşılaştırmalar	F=3.024, p=0.050		
Cinsiyet			
Kadın	247	3.972	1.283
Erkek	237	3.890	1.271
Karşılaştırmalar	t=0.701, p=0.484		
Yaş (Yıl)			
18-25	154	3.981	1.223
26-35	130	3.908	1.326
36-45	89	3.910	1.337
46-55	68	3.941	1.256
56-+	42	3.762	1.284
Karşılaştırmalar	X²=1.092, p=0.896		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.000	1.333
İlköğretim	120	3.900	1.381
Lise	146	3.986	1.270
Üniversite	192	3.922	1.240
Lisansüstü	15	3.800	1.014
Karşılaştırmalar	X²=1.876, p=0.759		
Gelir (TL)			
0-750	224	3.946	1.276
751-1500	154	3.948	1.287
1501-+	95	3.937	1.236
Karşılaştırmalar	X²=0.158, p=0.924		
Toplam	485	3.928	1.278

Tablo 29'a göre sağlık hizmeti yararlanıcıları “Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir” ifadesine büyük oranda katılım göstermişlerdir ($X=3.928\pm 1.278$). Dolayısıyla yararlanıcılar büyük oranda özel hastanelerde daha fazla ilgi gördüklerini düşünmektedirler.

“Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir” ifadesi il değişkeni ($F=3.024, p=0.050$), cinsiyet değişkeni ($t=0.701, p=0.484$), yaş değişkeni ($X^2=1.092, p=0.896$), eğitim değişkeni ($X^2=1.876, p=0.759$) ve gelir değişkeni ($X^2=0.158, p=0.924$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla, yararlanıcılar özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenildiği noktasında hemfikir görünmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 30’da gösterilmiştir.

Tablo 30. “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	3.463	1.410
Isparta	149	3.940	1.296
Burdur	121	3.603	1.369
Karşılaştırmalar	F=5.434, p=0.005		
Cinsiyet			
Kadın	245	3.429	1.397
Erkek	238	3.870	1.326
Karşılaştırmalar	t=-3.558, p=0.000		
Yaş (Yıl)			
18–25	154	3.516	1.333
26–35	130	3.746	1.377
36–45	90	3.489	1.508
46–55	66	3.909	1.237
56–+	43	3.744	1.382
Karşılaştırmalar	X²=6.496, p=0.165		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.300	1.252
İlköğretim	121	3.826	1.394
Lise	145	3.600	1.488
Üniversite	192	3.573	1.296
Lisansüstü	14	3.857	1.292
Karşılaştırmalar	X²=6.328, p=0.176		
Gelir (TL)			
0–750	225	3.689	1.340
751–1500	153	3.549	1.455
1501–+	94	3.787	1.335
Karşılaştırmalar	X²=1.369, p=0.504		
Toplam	484	3.645	1.378

Tablo 30’a göre sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesine önemli oranda katıldıkları görülmüştür ($X=3.645\pm 1.378$). Dolayısıyla yararlanıcılar özel hastanelerin sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğini düşünmektedirler.

“Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesine yararlanıcıların katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında

gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılaşma olduğu bulunmuştur ($F=5.434$, $p=0.005$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda farkın, Antalya ilindeki yararlanıcıların Isparta ilindekilerden daha düşük puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu durumun, Isparta ilinde özel hastane sayılarının artmasıyla birlikte, doktor ve hemşire sayısının artması ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşımın sağlanması nedeniyle ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Aynı ifadeye göre katılımcılar cinsiyet değişkeni doğrultusunda karşılaştırmaya tabi tutulduğunda erkeklerin kadınlara göre daha fazla memnuniyet beyan ettikleri ve aradaki bu farkın istatistikî açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($t=-3.558$, $p=0.000$). Özel hastane sayısının artmasına rağmen, kadınların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin tam anlamıyla karşılanamamış olması sonucu böyle bir farklılığın ortaya çıkması muhtemeldir. İfadeye yararlanıcıların katılımı yaş değişkeni ($X^2=6.496$, $p=0.165$) ve eğitim değişkeni ($X^2=6.328$, $p=0.176$) doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı tespit edilmiştir. Son olarak ifade gelir değişkeni açısından karşılaştırıldığında yine gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($X^2=1.369$, $p=0.504$).

Bu noktada H_8 hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_8 hipotezi için p değeri (0.504), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır." olan H_8 hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının "Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31'e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, "Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir" ifadesine önemli oranda katılmışlardır ($X=3.501\pm 1.411$). Yararlanıcılar özel hastanelerin sağlık hizmeti sunma noktasında devlet hastanelerine göre daha iyi durumda olduklarını düşünmektedirler.

Tablo 31. “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	3.481	1.410
Isparta	150	3.433	1.477
Burdur	121	3.620	1.331
Karşılaştırmalar	F=0.622, p=0.537		
Cinsiyet			
Kadın	247	3.482	1.462
Erkek	237	3.515	1.358
Karşılaştırmalar	t=-0.257, p=0.797		
Yaş (Yıl)			
18–25	154	3.792	1.219
26–35	130	3.538	1.421
36–45	90	3.400	1.505
46–55	66	3.258	1.481
56–+	43	2.860	1.473
Karşılaştırmalar	X²=15.902, p=0.003		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.100	1.370
İlköğretim	122	3.336	1.519
Lise	145	3.572	1.398
Üniversite	192	3.490	1.377
Lisansüstü	14	3.857	0.949
Karşılaştırmalar	X²=4.249, p=0.373		
Gelir (TL)			
0–750	226	3.562	1.407
751–1500	153	3.497	1.433
1501–+	94	3.340	1.433
Karşılaştırmalar	X²=1.725, p=0.422		
Toplam	485	3.501	1.411

“Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir” ifadesine yararlanıcıların katılımı il değişkeni (F=0.622, p=0.537) ve cinsiyet değişkeni (t=-0.257, p=0.797) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Yaş değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır (X²=15.902, p=0.003). İkili karşılaştırmalarda farkın 56 yaş ve üzerindeki katılımcıların, 18–25 yaş ve 26–35 yaş aralığındaki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Bu durumun, 56 ve üzeri yaş grubundaki yararlanıcıların, özel hastanelerden beklediği düzeyde hizmet alamamalarından kaynaklanması muhtemeldir. Yine bu yaş grubundaki katılımcıların alışkanlıklarından dolayı, özel hastanelere önyargı ile bakması da muhtemeldir. İfadeye yararlanıcıların katılımı eğitim değişkeni (X²=4.249, p=0.373) ve gelir

değişkeni açısından karşılaştırıldığında ($X^2=1.725$, $p=0.422$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32. “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	2.481	1.565
Isparta	148	2.331	1.601
Burdur	116	2.672	1.554
Karşılaştırmalar	F=1.530, p=0.218		
Cinsiyet			
Kadın	240	2.288	1.527
Erkek	237	2.684	1.601
Karşılaştırmalar	t=-2.765, p=0.006		
Yaş (Yıl)			
18-25	152	2.658	1.501
26-35	127	2.173	1.507
36-45	88	2.295	1.510
46-55	67	2.672	1.664
56-+	42	2.738	1.835
Karşılaştırmalar	X²=9.838, p=0.043		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	3.100	1.792
İlköğretim	120	2.417	1.612
Lise	144	2.576	1.637
Üniversite	187	2.353	1.460
Lisansüstü	15	3.333	1.759
Karşılaştırmalar	X²=7.072, p=0.132		
Gelir (TL)			
0-750	224	2.500	1.573
751-1500	152	2.303	1.536
1501-+	91	2.769	1.640
Karşılaştırmalar	X²=4.571, p=0.102		
Toplam	478	2.481	1.575

Tablo 32’ye göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” ifadesine kısmen katıldıkları görülmüştür ($X=2.481\pm 1.575$). Dolayısıyla

yararlanıcılar hastanelere gitmeden önce sevk alma düşüncesine sıcak bakmamaktadırlar.

“Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” ifadesine yararlanıcıların katılım düzeyi il değişkeni bağlamında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık bulunmamıştır ($F=1.530$, $p=0.218$). İfadeye katılım açısından yararlanıcılar cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde, kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-2.765$, $p=0.006$). Kadınların bir taraftan kendileri bir taraftan da çocukları için, sağlık kuruluşlarına gitme oranı erkeklerden daha fazladır. Dolayısıyla kadınlar, sevk işlemi ile daha çok karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle kadınların sevk uygulamasına erkeklerden daha yüksek oranla karşı çıktıkları düşünülmektedir. Yararlanıcıların ifadeye katılımı yaş değişkeni esasında karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılığa ulaşılmıştır ($X^2=9.838$, $p=0.043$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın, 26–35 yaş grubundaki katılımcıların 18–25 yaş grubundaki, 46–55 yaş grubundaki ve 56 yaş ve üzeri gruptaki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İfadeye yararlanıcıların katılım düzeyi eğitim değişkeni açısından ($X^2=7.072$, $p=0.132$) ve gelir değişkeni doğrultusunda ($X^2=4.571$, $p=0.102$) karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 33’te gösterilmiştir.

Tablo 33’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları “Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir” ifadesine orta düzeyin biraz üzerinde katılmışlardır ($X=3.618\pm 2.736$). Görüldüğü gibi yararlanıcılar aile hekimliği uygulamasının sağlık ocağı uygulamasından daha iyi olduğuna dair orta düzeyde bir memnuniyet belirtmişlerdir.

“Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir” ifadesine il değişkeni ($F=0.019$, $p=0.981$), cinsiyet değişkeni ($t=0.393$, $p=0.694$), yaş

değişkeni ($X^2=3.148$, $p=0.533$), eğitim değişkeni ($X^2=8.619$, $p=0.071$) ve gelir değişkeni ($X^2=0.535$, $p=0.765$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür.

Tablo 33. “Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.638	3.768
Isparta	148	3.622	1.482
Burdur	116	3.578	1.415
Karşılaştırmalar	F=0.019, p=0.981		
Cinsiyet			
Kadın	240	3.671	1.413
Erkek	236	3.572	3.621
Karşılaştırmalar	t=0.393, p=0.694		
Yaş (Yıl)			
18–25	153	3.654	1.329
26–35	126	3.976	4.717
36–45	88	3.466	1.568
46–55	67	3.418	1.437
56–+	42	3.119	1.742
Karşılaştırmalar	X²=3.148, p=0.533		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.889	1.167
İlköğretim	120	3.650	1.596
Lise	142	3.627	1.447
Üniversite	189	3.582	3.945
Lisansüstü	15	3.733	1.280
Karşılaştırmalar	X²=8.619, p=0.071		
Gelir (TL)			
0–750	222	3.577	1.452
751–1500	153	3.771	4.364
1501–+	92	3.543	1.410
Karşılaştırmalar	X²=0.535, p=0.765		
Toplam	477	3.618	2.736

Görüldüğü gibi, sağlık hizmeti yararlanıcıları aile hekimliğinin sağlık ocağı uygulamasından daha iyi olduğu fikrinde farklılaşmamaktadır. Bu durum, SDP ile getirilen aile hekimliği uygulamasının yararlanıcılar arasında memnuniyetle karşılandığını ve desteklendiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır” ifadesinden

aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 34’te gösterilmiştir.

Tablo 34. “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	211	3.299	1.435
Isparta	149	3.617	1.455
Burdur	115	3.748	1.220
Karşılaştırmalar	F=4.553, p=0.011		
Cinsiyet			
Kadın	241	3.639	1.338
Erkek	234	3.372	1.457
Karşılaştırmalar	t=2.083, p=0.038		
Yaş (Yıl)			
18–25	152	3.507	1.223
26–35	126	3.532	1.452
36–45	89	3.438	1.566
46–55	65	3.646	1.316
56–+	41	3.293	1.647
Karşılaştırmalar	X²=1.302, p=0.861		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.400	0.843
İlköğretim	120	3.867	1.432
Lise	142	3.486	1.443
Üniversite	188	3.213	1.339
Lisansüstü	14	4.000	0.877
Karşılaştırmalar	X²=28.407, p=0.000		
Gelir (TL)			
0–750	223	3.623	1.316
751–1500	150	3.320	1.534
1501–+	92	3.565	1.393
Karşılaştırmalar	X²=2.628, p=0.269		
Toplam	475	3.507	1.403

Tablo 34’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır” ifadesine orta düzeyin biraz üzerinde katılmışlardır ($X=3.507\pm 1.403$). Yararlanıcılar aile hekimliği ile hastalara eşit hizmet verildiği yönünde görüş belirtmişlerdir.

“Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır” ifadesine yararlanıcıların katılımı, il değişkeni bağlamında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=4.553, p=0.011$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda bu farklılığın

Burdur ilindeki yararlanıcıların, Antalya ilindeki yararlanıcılara göre daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Antalya’da aile hekimliği uygulamasına diğer illerden daha sonra geçilmiş olması sonucu, bu ilde uygulama hakkında henüz net bir fikir oluşmaması nedeniyle böyle bir farklılık olması muhtemel gözükmektedir.

Bu noktada H_9 hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_9 hipotezi için p değeri (0.011), 0.05’ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.” olan H_9 hipotezi kabul edilmektedir.

İfadeye göre katılımcılar cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha memnun oldukları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ortaya koyulmuştur ($t=2.083$, $p=0.038$). İfadeye katılım düzeyi yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1.302$, $p=0.861$). Yine aynı ifadeye yararlanıcıların katılımı eğitim değişkeni açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($X^2=28.407$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın, okuma yazma bilmeyen katılımcıların üniversite mezunu katılımcılarından daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu noktada, aile hekimliği uygulaması ve herkesin bir aile hekiminin olması ile okuma yazma bilmeyenlerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştığı ve hizmetlerden daha eşit şekilde yararlandığı düşünülmektedir. Son olarak yararlanıcıların ifadeye katılımı gelir değişkeni ekseninde karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($X^2=2.628$, $p=0.269$).

Bu noktada H_{10} ve H_{11} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{10} hipotezi için p değeri (0.000), 0.05’ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.” olan H_{10} hipotezi kabul edilmektedir. H_{11} hipotezi için ise p değeri (0.269), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği

uygulamasını ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{11} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Aile hekimliği uygulamasını ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımını ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 35’te gösterilmiştir.

Tablo 35. “Aile hekimliği uygulamasını ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.385	1.448
Isparta	149	3.866	1.319
Burdur	115	3.774	1.200
Karşılaştırmalar	F=6.419, p=0.002		
Cinsiyet			
Kadın	240	3.729	1.328
Erkek	236	3.525	1.403
Karşılaştırmalar	t=1.627, p=0.104		
Yaş (Yıl)			
18-25	153	3.680	1.212
26-35	125	3.616	1.436
36-45	89	3.663	1.446
46-55	66	3.712	1.367
56-+	42	3.214	1.507
Karşılaştırmalar	X²=3.325, p=0.505		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.400	0.699
İlköğretim	120	3.967	1.302
Lise	142	3.662	1.429
Üniversite	189	3.328	1.344
Lisansüstü	14	3.929	1.141
Karşılaştırmalar	X²=24.930, p=0.000		
Gelir (TL)			
0-750	222	3.770	1.257
751-1500	153	3.529	1.438
1501-+	92	3.467	1.508
Karşılaştırmalar	X²=2.705, p=0.269		
Toplam	477	3.629	1.367

Tablo 35’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Aile hekimliği uygulamasını ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır” ifadesine önemli düzeyde katılım göstermişlerdir ($X=3.629\pm 1.367$). Dolayısıyla yararlanıcıların, aile hekimliği

uygulamasının sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırdığını düşündüklerini söylemek mümkündür.

“Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır” ifadesine yararlanıcıların katılımı il değişkeni bağlamında karşılaştırmaya tabi tutulduğunda gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu saptanmıştır ($F=6.419$, $p=0.002$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda bu farklılığın nedeninin, Isparta ve Burdur illerindeki yararlanıcıların Antalya ilindeki yararlanıcılardan daha yüksek puan almaları olduğu görülmüştür. Burada da bir önceki ifadeye benzer bir durum karşımıza çıkmaktadır. Antalya ili aile hekimliği uygulamasına 2010 yılı sonunda geçmiştir. Dolayısıyla diğer illerdeki yararlanıcılar gibi, henüz oturmuş bir aile hekimliği uygulaması ile karşılaşmamıştır. Bu nedenle, Antalya’da ifadeye katılım düzeyinin diğer illerden düşük kaldığı düşünülmektedir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından ($t=1.627$, $p=0.104$) ve yaş değişkeni açısından ($X^2=3.325$, $p=0.505$) karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Bu noktada H_{12} ve H_{13} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{12} hipotezi için p değeri (0.104), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmanın mümkün olduğuna ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{12} hipotezi reddedilmektedir. H_{13} hipotezi için de p değeri (0.505), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmanın mümkün olduğuna ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.” olan H_{13} hipotezi de reddedilmektedir.

Eğitim değişkeni doğrultusunda yararlanıcıların ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında önemli bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($X^2=24.930$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın, okuma yazma bilmeyen yararlanıcıların üniversite mezunlarından daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yine bir önceki ifadeye benzer bir durum söz konusudur. Dolayısıyla aile hekimliği uygulamasının okuma yazma bilmeyenlerin beklentilerini daha fazla düzeyde karşıladığını söylemek mümkündür. Son olarak

ifadeye katılım düzeyi gelir değişkeni ekseninde karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($X^2=2.705$, $p=0.269$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 36’da gösterilmiştir.

Tablo 36. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	215	3.107	1.451
Isparta	149	3.570	1.448
Burdur	113	3.319	1.416
Karşılaştırmalar	F=4.556, p=0.011		
Cinsiyet			
Kadın	241	3.398	1.434
Erkek	236	3.203	1.468
Karşılaştırmalar	t=1.467, p=0.143		
Yaş (Yıl)			
18–25	153	3.425	1.321
26–35	125	3.320	1.468
36–45	89	3.213	1.504
46–55	67	3.328	1.561
56–+	42	2.905	1.559
Karşılaştırmalar	X²=3.840, p=0.428		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.778	1.394
İlköğretim	120	3.567	1.488
Lise	143	3.357	1.540
Üniversite	189	3.037	1.350
Lisansüstü	15	3.733	1.163
Karşılaştırmalar	X²=14.760, p=0.005		
Gelir (TL)			
0–750	223	3.502	1.395
751–1500	153	3.098	1.495
1501–+	93	3.204	1.493
Karşılaştırmalar	X²=7.269, p=0.026		
Toplam	477	3.302	1.453

Tablo 36’ya göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır” ifadesine önemli ölçüde katılmışlardır

($X=3.302\pm 1.453$). Yararlanıcıların aile hekimliği uygulaması sonrasında sağlık hizmetlerinin kalitesinde belirli bir artış olduğunu düşündükleri görülmektedir.

“Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır” ifadesine yararlanıcıların katılımı il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığı gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık olduğu ortaya koyulmuştur ($F=4.556$, $p=0.011$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda adı geçen farklılığın Antalya ilindeki yararlanıcıların Isparta ilindeki yararlanıcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Antalya ilinde aile hekimliği uygulamasının nispeten yeni olması ve sisteme tam anlamıyla alışılmaması nedeniyle, böyle bir sonucun çıkmış olabileceği düşünülmektedir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni ($t=1.467$, $p=0.143$) ve yaş değişkeni ($X^2=3.840$, $p=0.428$) açısından karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. İfadeye katılım düzeyi eğitim değişkeni bağlamında karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=14.760$, $p=0.005$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın üniversite mezunu katılımcıların ilköğretim ve lise mezunu katılımcılardan daha düşük puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Lisansüstü eğitim mezunları dışarıda bırakılırsa, eğitim düzeyi arttıkça ifadeye katılım düzeyinin düştüğü görülmektedir. Dolayısıyla uygulama, eğitim durumu düşük olanların beklentilerini karşılayıp onları memnun ederken, eğitim durumu yükseldikçe bu memnuniyet azalmaktadır. İfadeye yararlanıcıların katılımı gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($X^2=7.269$, $p=0.026$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın 0–750 TL gelir grubundaki yararlanıcıların 751–1500 TL gelir grubundaki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Aile hekimliği uygulamasının düşük gelir grubundaki yararlanıcıların beklentilerini daha yüksek düzeyde karşılaması nedeniyle böyle bir sonucun çıktığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir” ifadesinden, aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37. “Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	209	2.330	1.474
Isparta	146	2.151	1.551
Burdur	115	2.304	1.434
Karşılaştırmalar	F=0.670, p=0.512		
Cinsiyet			
Kadın	236	2.131	1.410
Erkek	234	2.406	1.554
Karşılaştırmalar	t=-2.007, p=0.045		
Yaş (Yıl)			
18-25	149	2.235	1.397
26-35	125	2.200	1.486
36-45	87	1.989	1.377
46-55	65	2.477	1.501
56-+	43	2.767	1.824
Karşılaştırmalar	X²=8.299, p=0.081		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	1.444	0.882
İlköğretim	117	2.222	1.521
Lise	143	2.217	1.473
Üniversite	187	2.353	1.493
Lisansüstü	13	2.692	1.548
Karşılaştırmalar	X²=5.123, p=0.275		
Gelir (TL)			
0-750	216	2.042	1.382
751-1500	153	2.516	1.577
1501-+	91	2.429	1.529
Karşılaştırmalar	X²=9.154, p=0.010		
Toplam	470	2.268	1.488

Tablo 37’ye göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir” ifadesine kısmen katılmışlardır ($X=2.268\pm 1.488$). Dolayısıyla yararlanıcıların, devlet hastanelerindeki özel oda uygulamasını ayrıcalıklı bir hizmet olarak düşünmedikleri görülmektedir.

“Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir” ifadesine katılım açısından illere göre bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($F=0.670$, $p=0.512$). İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni bağlamında karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre daha fazla puan aldıkları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($t=-2.007$, $p=0.045$). İfadeye yararlanıcıların katılım düzeyi yaş değişkeni doğrultusunda ($X^2=8.299$, $p=0.081$) ve eğitim değişkeni

açısından ($X^2=5.123$, $p=0.275$) karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Son olara ifadeye katılım gelir değişkeni ekseninde karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu ortaya koyulmuştur ($X^2=9.154$, $p=0.010$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın 0–750 TL gelir grubundaki yararlanıcıların, diğer gelir grubundakilerden daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna göre düşük gelir grubundakiler, özel oda hizmetini erişilebilir bulmakta ve bu hizmet için gereken bedelin de kendileri için ödenebilir bir düzeyde olduğunu düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38’e göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır” ifadesine önemli oranda katılmışlardır ($X=3.381\pm 1.483$). Görüldüğü gibi yararlanıcılar özel hastanelerde gereksiz tetkik ve tahlil sayısının devlet hastanelerinden daha fazla olduğuna yönelik belli bir inanç beslemektedir.

“Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır” ifadesine katılım açısından il değişkenine göre ($F=0.576$, $p=0.563$), cinsiyet değişkeni açısından ($t=-1.896$, $p=0.059$), yaş değişkeni doğrultusunda ($X^2=7.634$, $p=0.106$) ve eğitim değişkenine göre ($X^2=1.349$, $p=0.853$) bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Son olarak ifadeye katılım düzeyi gelir değişkeni açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($X^2=7.775$, $p=0.020$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu bu farkın 0–750 TL gelir grubundaki katılımcıların 1501 TL ve üzeri gelir grubundaki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi tek farklılık gelir değişkeninde karşımıza çıkmaktadır. Buna göre gelir düzeyi arttıkça ifadeye katılım oranı da artmaktadır. Düşük gelir grubundaki katılımcıların özel hastanelerden, yüksek gelir grubundaki katılımcılara göre, daha az hizmet almaları nedeniyle böyle bir sonucun çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 38. “Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	213	3.394	1.493
Isparta	149	3.456	1.513
Burdur	118	3.263	1.429
Karşılaştırmalar	F=0.576, p=0.563		
Cinsiyet			
Kadın	245	3.261	1.519
Erkek	234	3.517	1.430
Karşılaştırmalar	t=-1.896, p=0.059		
Yaş (Yıl)			
18-25	153	3.196	1.505
26-35	129	3.388	1.491
36-45	88	3.307	1.571
46-55	67	3.657	1.343
56-+	42	3.810	1.273
Karşılaştırmalar	X²=7.634, p=0.106		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	9	3.000	1.658
İlköğretim	122	3.410	1.442
Lise	144	3.403	1.497
Üniversite	189	3.349	1.511
Lisansüstü	14	3.786	1.251
Karşılaştırmalar	X²=1.349, p=0.853		
Gelir (TL)			
0-750	225	3.231	1.461
751-1500	151	3.430	1.547
1501-+	93	3.731	1.344
Karşılaştırmalar	X²=7.775, p=0.020		
Toplam	480	3.381	1.483

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39’a göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir” ifadesine oldukça önemli bir düzeyde katılmışlardır ($X=4.104\pm 1.218$). Yararlanıcılar farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanmasını oldukça olumlu bulmaktadır.

Tablo 39. “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	214	4.117	1.183
Isparta	149	4.168	1.232
Burdur	120	4.000	1.264
Karşılaştırmalar	F=0.653, p=0.521		
Cinsiyet			
Kadın	244	4.033	1.210
Erkek	238	4.176	1.227
Karşılaştırmalar	t=-1.295, p=0.196		
Yaş (Yıl)			
18-25	153	4.137	1.000
26-35	127	4.331	1.106
36-45	89	4.100	1.299
46-55	67	3.838	1.399
56-+	43	3.791	1.552
Karşılaştırmalar	X²=9.371, p=0.052		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	10	4.500	0.707
İlköğretim	120	4.167	1.205
Lise	146	4.034	1.267
Üniversite	190	4.100	1.198
Lisansüstü	15	4.200	1.373
Karşılaştırmalar	X²=1.862, p=0.761		
Gelir (TL)			
0-750	225	4.147	1.090
751-1500	153	4.046	1.325
1501-+	94	4.160	1.322
Karşılaştırmalar	X²=1.385, p=0.500		
Toplam	483	4.104	1.218

“SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir” ifadesine yararlanıcıların katılım düzeyi il değişkeni (F=0.653, p=0.521), cinsiyet değişkeni (t=-1.295, p=0.196), yaş değişkeni (X²=9.371, p=0.052), eğitim değişkeni (X²=1.862, p=0.761) ve gelir değişkeni (X²=1.385, p=0.500) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi farklı gruplardaki tüm yararlanıcılar, farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanmasının olumlu bir gelişme olduğunu düşünmektedirler. Bu noktada katılımcılar arasında bir farklılığa rastlanmamaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yararlanıcılarının “Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır” ifadesinden

aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 40’te gösterilmiştir.

Tablo 40. “Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	208	3.601	1.348
Isparta	143	3.902	1.375
Burdur	119	3.538	1.274
Karşılaştırmalar	F=3.003, p=0.051		
Cinsiyet			
Kadın	239	3.603	1.340
Erkek	231	3.753	1.346
Karşılaştırmalar	t=-1.216, p=0.224		
Yaş (Yıl)			
18–25	147	3.605	1.208
26–35	127	3.835	1.344
36–45	88	3.705	1.391
46–55	65	3.523	1.437
56–+	41	3.659	1.510
Karşılaştırmalar	X²=5.146, p=0.273		
Eğitim			
Okuma Yazma Bilmiyor	147	3.605	1.208
İlköğretim	127	3.835	1.344
Lise	88	3.705	1.391
Üniversite	65	3.523	1.437
Lisansüstü	41	3.659	1.510
Karşılaştırmalar	X²=2.620, p=0.623		
Gelir (TL)			
0–750	221	3.597	1.306
751–1500	149	3.577	1.453
1501–+	93	4.011	1.220
Karşılaştırmalar	X²=7.791, p=0.020		
Toplam	470	3.677	1.344

Tablo 40’a göre sağlık hizmeti yararlanıcıları, “Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır” ifadesine önemli oranda katılmışlardır ($X=3.677\pm 1.344$). Yararlanıcıların özel sağlık sigortalarına sıcak baktığı ve zorunlu sigortalar yanında özel sigortaların da olabileceğini düşündükleri görülmektedir.

“Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır” ifadesine katılım açısından il değişkenine göre ($F=3.003, p=0.051$), cinsiyet değişkenine göre ($t=-1.216, p=0.224$), yaş değişkenine göre ($X^2=5.146,$

p=0.273) ve eğitim değişkenine göre ($X^2=2.620$, p=0.623) bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Buna karşılık ifadeye yararlanıcıların katılım düzeyi gelir değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($X^2=7.791$, p=0.020). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu bu farkın 1501 TL ve üzeri gelir grubundaki yararlanıcıların 0–750 TL ve 751–1500 TL gelir grubundaki yararlanıcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Görüldüğü gibi yararlanıcılar arasındaki tek farklılık gelir değişkeninde ortaya çıkmıştır. Beklendiği gibi düşük ve orta gelir grubundaki yararlanıcıların katılım düzeyi, yüksek gelir grubundakilere oranla daha düşük kalmıştır. Yüksek gelir grubundaki yararlanıcıların özel sağlık sigortalarına yönelik ödeme yapma gücü daha fazla olduğu için böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

5.3. Sağlık Hizmeti Sunucularına Ait Araştırma Bulgularının Sunumu ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın bir boyutunu da sağlık hizmeti sunucularına yöneltilen sorular oluşturmaktadır. Çalışmada sağlık hizmeti sunucuları ile hekimler ve hemşireler kastedilmektedir. Bu nedenle çalışmada hekimler ve hemşireler yerine ikisini birlikte kapsayacak şekilde, sağlık hizmeti sunucuları ya da kısaca sunucular ifadesi kullanılacaktır. Araştırmanın ilk bölümünde sağlık hizmeti sunucularına çeşitli demografik sorular yöneltilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının demografik sorulara verdikleri cevaplar ve sunucuların bu değişkenlere göre dağılımı Tablo 41’de gösterilmektedir.

Tablo 41’de yer aldığı gibi sağlık hizmeti sunucuları görev yaptıkları il, cinsiyet, yaş, görev yaptıkları hastanenin mülkiyeti (Sağlık Bakanlığı, özel, üniversite) ve meslek gibi bağımsız değişkenler açısından incelenmiştir. Buna göre çalışmaya Antalya, Isparta ve Burdur illerinden toplam 470 sağlık hizmeti sunucusu katılmıştır. Bunların %43.2’si (203 kişi) Antalya’da, %44.3’ü (208 kişi) Isparta’da ve %12.6’sı (56 kişi) Burdur’da çalışmaktadır. Bu çalışanların %71.3’ü (335 kişi) kadın, %28.7’si (135 kişi) ise erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmanın bir bölümü hemşirelere yöneltilen soruların oluşturması nedeniyle kadın katılımcıların ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo 41. Sağlık Hizmeti Sunanların Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
İl		
Antalya	203	43.2
Isparta	208	44.3
Burdur	59	12.6
Cinsiyet		
Kadın	335	71.3
Erkek	135	28.7
Yaş (Yıl)		
18–25	71	15.1
26–35	210	44.8
36–45	141	30.1
46+	47	10.0
Hastane Mülkiyeti		
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	237	50.4
Üniversite Hastanesi	177	37.7
Özel Hastane	56	11.9
Meslek		
Hekim	195	41.5
Hemşire	275	58.5
Toplam	470	100.0

Araştırmaya katılanların %15.1'i (71 kişi) 18–25 yaş aralığında yer almaktadır. %44.8'i (210 kişi) 26–35 yaş aralığında, %30.1'i (141 kişi) 36–45 yaş aralığında ve %10'u (47 kişi) da 46 yaş ve üzerinde bulunmaktadır. Tüm iller genelinde çalışmaya katılanların %50.4'ü (237 kişi) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, % 37.7'si (177 kişi) üniversite hastanelerinde ve %11.9'u (56 kişi) özel hastanelerde görev yapmaktadır. Son olarak da sağlık hizmeti sunucularını oluşturan hekimlerin ve hemşirelerin dağılımına bakıldığında ise, hekimlerin %41.5'lik (195 kişi) bölümü, hemşirelerin de %58.5'lik (275 kişi) kesimi oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise sunucuların sağlık hizmeti sunumuna ve sağlık hizmetlerindeki önceliklere ilişkin algılarını ölçmeyi hedefleyen sorular yöneltilmiştir. Bu doğrultuda sunuculara yöneltilen sorulardan ilki “Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?” sorusudur. Bu soru ile sunucuların sağlık hizmetleri sunumunda devlete ve özel sektöre yönelik bakış açılarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Sorunun devamında yedi tane seçenek verilmiş ve sunuculardan bu seçeneklerden birini seçmeleri istenmiştir. Sunucuların verdikleri cevapların oranı ise Tablo 42’de gösterilmiştir.

Tablo 42. Sunucuların Sağlık Hizmetlerinin Kim Tarafından Sunulması Gerektiğine Yönelik Tercihleri

Sağlık Hizmetlerini Sunan Aktörler	Hekim		Hemşire		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak	99	51.3	124	45.1	223	47.6
Sadece devlet tarafından	50	25.9	100	36.4	150	32.1
Hepsi tarafından	34	17.6	44	16.0	78	16.7
Özel sektör tarafından	2	1.0	3	1.1	5	1.1
Gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) tarafından	2	1.0	0	0.0	2	0.4
Yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) tarafından	2	1.0	0	0.0	2	0.4
Diğer	4	2.1	4	1.5	8	1.7
Toplam	193	100.0	275	100.0	468	100.0

“Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hekimlerle hemşireler arasından önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür. Hem hekimler hem de hemşireler sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak sunulması yönünde görüş belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak sunulması yönünde görüş belirtenlerin oranı, araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının %47.6’sını (223 kişi) oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından sunulması yönünde görüş belirten sunucuların oranı ise %32.1’dir (150 kişi). Sağlık hizmetlerinin tüm aktörler tarafından verilebileceği görüşünde olanların oranı ise %16.7’dir (78 kişi). Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi yönünde görüş bildirenlerin oranı ise sadece %1.1’dir (5 kişi). Gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) ve yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) gibi aktörlerin sağlık hizmeti sunması gerektiği fikrinde olanlar ise aynı orandadır ve sadece %0.4’lük (2 kişi) bir kesimi oluşturmaktadır. Bunların dışında “devlet, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar birlikte” veya “devlet, özel sektör, yerel yönetimler birlikte” sunmalı gibi görüşlerin yer aldığı diğer seçeneği ise %1.7’lik (8 kişi) kesimi oluşturmaktadır. Tablodaki verilerden görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları büyük oranda sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından ortak verilmesi gerektiği düşüncesindedir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmeti yararlanıcılarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin karma bir sistemle verilmesini benimsemektedirler. Sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak sunulmasını öngörenlerle tüm aktörler tarafından sunulmasını isteyenler birlikte düşünüldüğünde, karma sistemi tercihlerin oranı yaklaşık %64 olmaktadır. Buna karşılık sağlık hizmetlerinin

sadece devlet tarafından verilmesi gerektiğini düşünenler de önemli orandadır. Yine yararlanıcılarda olduğu gibi, sunucular da sağlık hizmetlerinin karma bir sistemle verilmesini ve devletin hizmet sunumundaki görev ve rolünün devam etmesini istemektedir. Dolayısıyla bu noktada sağlık hizmeti yararlanıcıları (bkz. Tablo 7) ile sağlık hizmeti sunucularının birbirinden farklılaşmadığı görülmektedir. Her iki grup da sağlık hizmetlerinin kim tarafından verilmesi gerektiği yönündeki soruya, benzer cevaplar vermişlerdir. Her iki grup için de ilk üç sıra; sağlık hizmetleri “devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak” verilmelidir, “sadece devlet tarafından” verilmelidir ve “hepsi tarafından” verilmelidir şeklindedir.

Araştırma kapsamında sağlık hizmeti sunanlara “Size göre aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri açısından önemlidir?” sorusu yöneltilmiş ve sunuculardan kendilerine verilen sekiz ifadeden üçünü işaretlemeleri istenmiştir. Bu soru ile sağlık hizmeti sunanların sağlık hizmetleri açısından önemli buldukları noktaların belirlenmesi amaçlanmıştır. Sunucuların verdikleri cevaplar doğrultusunda ifadelerin aldıkları puanlar Tablo 43’te verilmiştir.

Tablo 43. Sunucuların Sağlık Hizmetleri Açısından Önem Verdiği Unsurlar

Sağlık Hizmetleri Açısından Önemli Unsurlar	Hekim		Hemşire		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kaliteli olması	170	88.1	227	82.8	397	85.0
Güvenilir olması	131	67.9	191	69.7	322	69.0
Herkese eşit sunulması	89	46.1	128	46.7	217	46.5
Hızlı olması	53	27.5	104	30.8	157	33.4
Kolay ulaşılması	63	32.6	77	28.1	140	30.0
Ücretsiz olması	58	30.1	77	28.1	135	28.9
Çalışanların ilgili olması	13	6.7	18	6.6	31	6.6
Diğer (Toplumsal ihtiyaç, personelin tatmini)	2	1.0	0	0.0	2	0.4

Tablo 43’teki rakamlardan da görüldüğü gibi, sağlık hizmeti sunucuları için sağlık hizmetlerinin önceliği hizmetlerin kaliteli olmasıdır. Zira en yüksek puanı “sağlık hizmetlerinin kaliteli olması” ifadesi almıştır. Sunucular açısından önemli olan ikinci unsur ise sağlık hizmetlerinin güvenilir olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasından sonra en yüksek puanı “sağlık hizmetlerinin güvenilir olması” yönündeki ifade almıştır. Üçüncü sırada ise, “sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak sunulması” ifadesi yer almaktadır. Sunucular için güvenilirlikten hemen sonra hizmetlerin herkese eşit olarak sunulması gelmektedir. Bunu sırasıyla, sağlık

hizmetlerinin hızlı olması, sağlık hizmetlerine kolay ulaşılması ve hizmetlerin ücretsiz olması takip etmektedir. Bu noktada sağlık hizmetinden yararlananlar ile sağlık hizmeti sunanlar karşılaştırıldığında aralarında önemli bir farklılaşma görülmemekle birlikte, sağlık hizmetlerindeki öncelik açısından ilk üç sıranın değiştiği gözlenmektedir. Sağlık hizmeti yaralanıcıları için ilk üç sıra; “sağlık hizmetlerinin kaliteli olması”, “sağlık hizmetlerinin güvenilir olması” ve “sağlık hizmetlerinin hızlı olması” şeklindedir (bkz. Tablo 8). Buna karşılık sağlık hizmetleri sunanlar için ilk üç sıra; “sağlık hizmetlerinin kaliteli olması”, “sağlık hizmetlerinin güvenilir olması” ve “sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak sunulması” şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Araştırma kapsamında sağlık hizmeti sunanlara yöneltilen bir diğer soru da “Size göre devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerin öncelikli amacı ne olmalıdır?” sorusudur. Sunuculardan yine kendilerine verilen on seçenek arasından üçünü seçmeleri istenmiştir. Bu soru ile sunucuların sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde devletten ne gibi beklentiler içerisinde olduğunun ortaya koyulması amaçlanmıştır. Sunucuların verdikleri cevaplar doğrultusunda ifadelerin aldıkları puanlar Tablo 44’te gösterilmiştir.

Tablo 44. Devletin Sağlık Hizmetlerinde Yaptığı Düzenlemelerin Öncelikli Amacı

Devletin yaptığı düzenlemelerin amacı	Hekim		Hemşire		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu	147	76.2	218	79.3	365	78.0
Eşit hizmet sunumu	116	60.1	157	57.1	273	58.3
Kolay ulaşılabilir sağlık sistemi	75	38.9	126	45.8	201	42.9
Sağlık hizmetlerinin hızlı sunumu	45	23.3	89	32.4	134	28.6
Düzenleyici ve denetleyici rol üstlenmek	62	32.1	70	25.5	132	28.2
Daha fazla nüfusa sağlık güvencesi sağlamak	50	25.9	43	15.6	93	19.9
Hastalıklarla etkin mücadele	39	20.2	51	18.5	90	19.2
AB standartlarını sağlamak	23	11.9	58	21.1	81	17.3
Özel sektörün payını artırmak	23	11.9	14	5.1	37	7.9
Diğer	7	3.6	1	0.4	8	1.7

Sağlık hizmeti sunanlar, devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerin öncelikli amacını, sağlık hizmetlerinin kaliteli olarak sunulmasını sağlamak olarak ifade etmektedir. Tablo 44’te de görüldüğü gibi en yüksek puanı “sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu” ifadesi almıştır. Onun hemen ardında sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizlikleri ortadan kaldıracak düzenlemeler gelmektedir.

Sunucular açısından ikinci sıradaki öncelik sağlık hizmetlerinin eşit bir biçimde sunulmasıdır.

Üçüncü öncelik ise, vatandaşların kolaylıkla ulaşabildiği bir sağlık sistemi oluşturulması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunu sağlık hizmetlerinin hızlı sunulması ve devletin düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi takip etmektedir. Bu iki ifadenin aldıkları puanların birbirine çok yakın olması dikkat çekmektedir. Daha fazla nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almak ve hastalıklarla etkin mücadele edilmesi ise diğerlerini takip etmektedir. Önceki iki ifadeye benzer şekilde bu iki ifadenin aldığı puanlar da birbirine çok yakındır. Dolayısıyla sunucular için bu ifadelerin birbirine yakın önemde olduklarını söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda AB standartlarını sağlamak ve sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulmasını sağlamak ise son sıralarda yer almaktadır. Diğer seçeneğinde ise, “hastaların ve hekimlerin haklarını korumak, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermek, personelin maddi ve manevi yönden şartlarını iyileştirmek” gibi fikirler belirtilmektedir. Görüldüğü gibi sunucular da yararlanıcılar gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolünün devam etmesi yönünde görüş belirtmektedirler (bkz. Tablo 9). Diğer yandan, Sağlık Bakanlığı’nın düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi yararlanıcılar için daha geri sıralarda yer alırken, sağlık hizmeti sunucuları için daha fazla önem arz etmektedir. Dolayısıyla sunucuların SDP’de öngörülen “düzenleyici ve denetleyici Sağlık Bakanlığı” anlayışına daha sıcak baktıklarını söylemek mümkündür. Sunucular için daha önemli olan bir diğer unsur ise, devletin sağlık hizmetlerine yönelik yaptığı düzenlemelerde daha fazla nüfusu sağlık güvencesi kapsamına alması gerektiğidir. Bu noktada GSS ile öngörülen tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması hedefi, sağlık hizmeti sunucuları için daha öncelikli görünmektedir. Bu farklılıklara rağmen hem sağlık hizmetlerinden yararlananlar hem de sağlık hizmeti sunanlar, devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerde sağlık hizmetlerinin kaliteli, eşit, hızlı sunulmasına ve kolay ulaşılabilir olmasına önem vermektedir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde ise sağlık hizmeti sunucularına otuzyedane ifade yöneltilmiş ve sunuculardan bu ifadelere “Hiç Katılmıyorum (1)”-“Tamamen Katılıyorum (5)” aralığında yer alan yanıtlarından birini vermeleri istenmiştir. Araştırmada sağlık hizmeti sunucularına sorulan ifadelerin toplu halde

aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 45’te gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere sağlık hizmeti sunucuları ifadelerin bazılarında daha yüksek oranda katılım gösterirken bazılarında da daha düşük seviyelerde katılmışlardır. Bunun yanında bazı ifadeler ise orta düzeyde ya da kısmen katılmışlardır. Öncelikle Tablo 45’te öne çıkan ve katılım oranının yüksek veya düşük olduğu ifadeler üzerinde kısaca durulacaktır. Daha sonra ifadeler tek tek ele alınacak ve bağımsız değişkenler çerçevesinde ifadeye katılım düzeyinde farklılık olup olmadığı ele alınacaktır.

Tablo 45. Sağlık Hizmeti Sunucularına Yöneltilen İfadelere Verilen Cevapların Sayıları (n), Aritmetik Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (S)

Boyut	Sıra	Sorular	n	X	S
Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırılması	1	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur.	467	2.839	1.455
	2	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlamasına neden olur.	469	2.699	1.375
	3	Özel sağlık sigortalarnın sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	467	3.090	1.257
	4	Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır.	469	2.190	1.382
	5	Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	467	3.501	1.421
Sağlık Hizmetlerinin Niteliği ve Kapsamı	6	Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır.	459	2.802	1.181
	7	Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır.	468	3.103	1.311
	8	Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	465	2.824	1.500
Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi	9	Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur.	468	3.596	1.421
	10	Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır.	466	3.058	1.420
	11	Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir.	460	2.937	1.432
	12	Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir.	469	2.339	1.388
	13	Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir.	467	1.771	1.235
	14	Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar.	464	2.733	1.453
	15	Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır.	466	2.620	1.345
Aile Hekimliği Uygulaması	16	Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir.	466	3.101	1.538
	17	Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır.	467	3.921	1.285
	18	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır.	467	3.270	1.394
	19	Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	468	2.412	1.383
	20	Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.	469	2.375	1.232
	21	Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir.	469	2.179	1.246
	22	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır.	465	2.551	1.340

	23	Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır.	468	2.374	1.338
	24	Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır.	463	2.393	1.354
	25	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir.	454	3.137	1.446
Personel İstihdamı	26	Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır.	466	2.290	1.386
	27	Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır.	469	3.834	1.350
	28	Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir.	467	3.876	1.273
	29	Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır.	467	3.972	1.152
Performansa Göre Ücretlendirme	30	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur.	469	2.435	1.535
	31	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	468	3.340	1.400
	32	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır.	467	2.390	1.487
	33	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır.	469	2.597	1.535
	34	Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur.	469	3.733	1.323
	35	Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır.	467	3.467	1.528
Diğer Sorular	36	Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir.	469	2.851	1.522
	37	Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır.	470	3.921	1.343

Tablo 45’te de görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucularının yüksek puanlarla katıldıkları ifadelerin başında “Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır” ifadesi gelmektedir ($X=3.921\pm 1.285$). Buna göre sağlık hizmeti sunucuları, aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret almasının gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olacağını düşünmektedirler. Sunucuların yüksek puan alarak katıldıkları bir diğer ifade, “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” ifadesidir ($X=3.834\pm 1.350$). Hizmet sunucular, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda bunun iş güvencesini ortadan kaldıracığını düşünmektedirler. Öne çıkan bir diğer ifade ise, “Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” ifadesidir ($X=3.876\pm 1.273$). Önceki ifadeye benzer şekilde bu ifade de sunuculardan yüksek puan almıştır. Buna göre sunucular, sağlık çalışanlarının memur statüsünde çalışmasının çalışanların performanslarını iyi yönde etkileyeceğini düşünmektedirler. “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” ifadesi de sunucuların önemli seviyede katıldığı ifadelerden

biri olarak öne çıkmaktadır ($X=3.972\pm 1.152$). Önceki ifadeyi de destekler şekilde sağlık hizmeti sunanlar, sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilmesini savunmaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar açısından önde çıkan ifadelerden biri de, “Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır” ifadesidir ($X=3.921\pm 1.343$). Görüldüğü gibi sunucular, hastane yönetiminde yöneticilik eğitimi almış kişilerin bulunmasının hastanelerin performansını artıracaklarını düşünmektedir.

Sağlık hizmeti sunucularının düşük puanlarla katıldığı ifadelerin başında ise “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesi gelmektedir ($X=1.771\pm 1.235$). Dolayısıyla sunucular düzenleyici ve denetleyici Sağlık Bakanlığı anlayışına ve hizmet sunumunun özel sektöre devredilmesine sıcak bakmamaktadır. Bir diğer ifade, “Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır” ifadesidir ($X=2.190\pm 1.382$). Buna göre sunucular devlet hastanelerinin giderlerinin hastane kaynaklarından karşılanması fikrini benimsememektedir. Bir diğer ifade, “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir” ifadesidir ($X=2.339\pm 1.388$). Görüldüğü gibi hizmet sunucular özel hastanelerin devlet hastanelerinden daha kaliteli hizmet sunduğu fikrine orta düzeyin oldukça altında katılmaktadırlar. Katılım düzeyinin düşük olduğu ifadelerden biri de “Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesidir ($X=2.412\pm 1.383$). Görüldüğü gibi sunucular aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak fikrine mesafeli yaklaşmaktadır. “Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır” ifadesi yine katılımın düşük olduğu ifadelerdendir ($X=2.375\pm 1.232$). Sunucular, aile hekimliği uygulamasının sağlık sisteminin sorunlarına çözüm olacağı inancından uzaktırlar. Katılım düzeyinin oldukça düşük olduğu ifadelerden biri de “Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir” ifadesidir ($X=2.179\pm 1.246$). Buna göre sunucular, aile hekimliği uygulamasının Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun olduğu düşüncesine sıcak bakmamaktadır. “Aile hekimliği

uygulamasını ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır” ifadesi ($X=2.374\pm 1.338$) ile “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır” ifadesi ($X=2.393\pm 1.354$) katılımın düşük olduğu diğer ifadelerdir. Dolayısıyla sunucular, aile hekimliği uygulamasının hastalara eşit ve verimli hizmet sunulmasına imkân vereceği düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadır. Sunucuların düşük düzeyde katıldığı ifadelerden biri de “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” ifadesidir ($X=2.290\pm 1.386$). Buradan hareketle sunucuların, sözleşmeli istihdam seçeneğinin hastanelerin sağlık personeline sıkıntısına çözüm olacağı fikrine katılmadıklarını söylemek mümkündür. Sağlık hizmeti sunanların düşük seviyede katıldığı bir diğer ifade de “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur” ifadesidir ($X=2.435\pm 1.535$). Buna göre sunucuların, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olacağı düşüncesine sıcak bakmadığını söylemek mümkündür. Benzer şekilde “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır” ifadesi de sunuculardan düşük puan alan ifadelerden biridir ($X=2.390\pm 1.487$). Sağlık hizmeti sunanlar, performansa göre ücretlendirme sistemini sağlık hizmetlerinin kalitesini artıran bir etken olarak değerlendirmemektedir.

5.3.1. Sağlık Hizmeti Sunucularının Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Görüşlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 46’da gösterilmiştir.

Tablo 46’ya göre; sağlık hizmeti sunucuları “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.839\pm 1.455$). Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları, hastaneler arasında rekabet olması durumunda sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulacağı fikrine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

Tablo 46. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.441	1.349
Isparta	206	3.087	1.459
Burdur	59	3.339	1.469
Karşılaştırmalar	$X^2=29.124, p=0.000$		
Cinsiyet			
Kadın	333	2.835	1.437
Erkek	134	2.851	1.504
Karşılaştırmalar	$Z=-0.236, p=0.814$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.129	1.382
26–35	208	2.745	1.400
36–45	141	2.908	1.526
46–+	47	2.596	1.556
Karşılaştırmalar	$X^2=5.064, p=0.167$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	237	2.895	1.502
Üniversite Hastanesi	177	2.605	1.349
Özel Hastane	53	3.377	1.444
Karşılaştırmalar	$X^2=12.379, p=0.002$		
Meslek			
Hekim	194	2.629	1.435
Hemşire	273	2.989	1.454
Karşılaştırmalar	$Z=-2.516, p=0.012$		
Toplam	467	2.839	1.455

“Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur” ifadesine illere göre karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($X^2=29.124, p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Antalya ilindeki sunucuların skorlarının Isparta ve Burdur ilindeki sunucuların skorlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Antalya’da kişi başına düşen yatak sayısının ve sağlık personeli sayısının daha az olması nedeniyle böyle bir farklılığın çıktığı düşünülmektedir. Antalya’daki sunucuların iş yüklerinin fazla olması sonucu sağlık hizmeti talebini kaşılamakta zorlanmaları nedeniyle, rekabetin bu durumu değiştirmeyeceğini düşünmeleri de muhtemeldir. İfadeye göre katılımcılar cinsiyet değişkeni ($Z=-0.236, p=0.814$) ve yaş değişkeni ($X^2=5.064, p=0.167$) esas alınarak karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Kurum değişkeni temel alınarak ifadeye katılım düzeyinin karşılaştırılması durumunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=12.379, p=0.002$).

Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın özel hastanelerdeki katılımcıların devlet hastanelerindeki ve üniversite hastanelerindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Rekabet kavramı, özel sektörün hizmet sunma mantığında öne çıkmakta ve özel hastaneler için de belirleyici olmaktadır. Bu nedenle özel hastanelerdeki sunucuların, rekabetin sağlık hizmetleri sunumunu olumlu etkilediği düşüncesine daha yakın oldukları düşünülmektedir. Son olarak ifadeye katılımın meslek değişkeni esas alınarak karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın ortaya çıktığı ve bu farkın hemşirelerin hekimlerden daha fazla puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür ($Z=-2.516$, $p=0.012$). Aradaki bu farkın, hekimlerin sağlık hizmetlerinde rekabetin olması fikrine sıcak bakmadıklarının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Diğer bir ifadeyle, hekimlerin sağlık hizmetlerinin rekabete konu olmasını doğru bulmadıklarını söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlamasına neden olur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 47’de gösterilmiştir.

Tablo 47’ye göre, sağlık hizmeti sunucuları “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlamasına neden olur” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.699\pm 1.375$). Buradan hareketle sunucuların, hastaneler arasındaki rekabetin sağlık hizmetlerinin ucuzlaması ile sonuçlanacağı düşüncesine sıcak bakmadıklarını ifade etmek mümkündür.

“Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlamasına neden olur” ifadesine katılım düzeyi illere göre ($X^2=4.861$, $p=0.088$), cinsiyet değişkenine göre ($Z=-0.260$, $p=0.795$) ve yaş değişkenine göre ($X^2=15.580$, $p=0.656$) karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. İfadeye katılım düzeyinin hastane mülkiyeti değişkeni doğrultusunda karşılaştırmaya tabi tutulması sonucunda ise gruplar arasından istatistikî açıdan önemli bir farklılık saptanmıştır ($X^2=12.116$, $p=0.002$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın özel hastanelerdeki katılımcıların diğer hastanelerdeki katılımcılardan daha fazla puan almalarından kaynaklandığı

görülmüştür. Bir önceki ifadeye benzer şekilde, özel hastanelerdeki sunucular, hastaneler arasında rekabete sıcak bakmakta ve bunun hizmetlerin ucuzlamasına neden olacağını düşünmektedir. Özel sektörün çalışma mantığına uygun olarak, böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Tablo 47. “Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlamasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	203	2.532	1.275
Isparta	208	2.846	1.413
Burdur	58	2.759	1.525
Karşılaştırmalar	$X^2=4.861, p=0.088$		
Cinsiyet			
Kadın	335	2.687	1.367
Erkek	134	2.731	1.399
Karşılaştırmalar	$Z=-0.260, p=0.795$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.563	1.284
26–35	210	2.710	1.361
36–45	141	2.787	1.433
46–+	46	2.543	1.378
Karşılaştırmalar	$X^2=1.616, p=0.656$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	2.716	1.414
Üniversite Hastanesi	177	2.503	1.284
Özel Hastane	56	3.250	1.352
Karşılaştırmalar	$X^2=12.116, p=0.002$		
Meslek			
Hekim	194	2.582	1.298
Hemşire	275	2.782	1.423
Karşılaştırmalar	$Z=-1.425, p=0.154$		
Toplam	469	2.699	1.375

Bu noktada H_{14} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{14} hipotezi için p değeri (0.002), 0.05'ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, hastaneler arasında rekabet olması sonucunda sağlık hizmetlerinin daha ucuz sunulacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{14} hipotezi kabul edilmektedir.

Son olarak ifadeye katılım düzeyinin meslek değişkeni açısından karşılaştırılması durumunda gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmaya ulaşılamamıştır ($Z=-1.425, p=0.154$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 48’de gösterilmiştir.

Tablo 48. “Özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	203	3.172	1.154
Isparta	206	2.961	1.295
Burdur	58	3.259	1.433
Karşılaştırmalar	$X^2=3.678, p=0.159$		
Cinsiyet			
Kadın	332	3.027	1.200
Erkek	135	3.244	1.379
Karşılaştırmalar	$Z=-1.768, p=0.077$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.214	1.089
26–35	209	2.833	1.284
36–45	140	3.221	1.200
46–+	47	3.660	1.307
Karşılaştırmalar	$X^2=19.572, p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	3.060	1.309
Üniversite Hastanesi	176	3.045	1.199
Özel Hastane	56	3.357	1.197
Karşılaştırmalar	$X^2=2.933, p=0.231$		
Meslek			
Hekim	193	3.238	1.333
Hemşire	274	2.985	1.192
Karşılaştırmalar	$Z=-2.240, p=0.025$		
Toplam	467	3.090	1.257

Tablo 48’e göre, sağlık hizmeti sunucuları “Özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.090\pm 1.257$). Görüldüğü gibi sunucular, özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artmasının sağlık hizmetlerinin fiyatını artıracığına yönelik bir inanç beslemektedir.

“Özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesi, iller bazında ($X^2=3.678, p=0.159$) ve cinsiyet değişkeni doğrultusunda ($Z=-1.768, p=0.077$) karşılaştırıldığında gruplar arasında

anlamli bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. İfadeye katılım düzeyinin yaş değişkeni ekseninde karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olduğu görülmüştür ($X^2=19.572$, $p=0.000$). Buna göre, 18–25 yaş grubundaki katılımcıların aldığı puanlar, 26–35 ve 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların aldığı puanlardan farklılaşmıştır. 26–35 yaş grubundaki katılımcıların aldığı puanlar ise, 36–45 ve 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların aldığı puanlardan farklılaşmıştır. 36–45 yaş grubundaki katılımcıların aldığı puanlar da 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların aldığı puanlardan farklılaşmaktadır. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından ifadeye katılım düzeni karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî açıdan anlamli bir farklılığa rastlanmamıştır ($X^2=2.933$, $p=0.231$). Burada dikkat çeken nokta ise, özel hastanedeki sunucuların ifadeye daha yüksek skorla katılmalarıdır. Meslek değişkeni açısından katılımcılar bir karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise, hekimlerin aldığı puanın hemşirelerin aldığı puandan daha yüksek olduğu ve bunun da istatistikî açıdan anlamli olduğu ortaya koyulmuştur ($Z=-2.240$, $p=0.025$). Hekimler hem hastalık hem de hastalık için gerekli olan tedavi yöntemleri hakkında hemşirelerden daha fazla bilgi sahibidir. Dolayısıyla tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek maliyetin büyüklüğü hakkında da fikir sahibidirler. Özel sigortaların kar amacı nedeniyle bu maliyetin daha da artması ihtimal dahilindedir. Bu nedenle, hekimlerin hemşirelerden farklılaştığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 49’da gösterilmiştir.

Tablo 49’a göre, sağlık hizmeti sunucuları “Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır” ifadesine biraz katılmaktadırlar ($X=2.190\pm 1.382$). Dolayısıyla sunucular, devlet hastanelerinin giderlerinin kendi kaynakları tarafından karşılanması düşüncesine oldukça mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır” ifadesi, iller bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan anlamli bir farklılık bulunduğu

saptanmıştır ($X^2=6.131$, $p=0.047$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, Burdur ilindeki katılımcıların Isparta ilindeki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Burdur il merkezinde sadece devlet hastanesi olması nedeniyle, yalnızca bu hastanede görev yapan sunucularla görüşülmüştür. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların bu fikre sıcak bakmaması nedeniyle, Burdur ilinde alınan skorların diğer illerden daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Tablo 49. “Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	203	2.118	1.374
Isparta	208	2.313	1.345
Burdur	58	2.000	1.522
Karşılaştırmalar	$X^2=6.131$, $p=0.047$		
Cinsiyet			
Kadın	334	2.210	1.355
Erkek	135	2.141	1.452
Karşılaştırmalar	$Z=-0.847$, $p=0.397$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.042	1.212
26–35	209	2.292	1.389
36–45	141	2.149	1.444
46–+	47	2.106	1.418
Karşılaştırmalar	$X^2=2.492$, $p=0.477$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	1.869	1.280
Üniversite Hastanesi	177	2.480	1.374
Özel Hastane	56	2.625	1.520
Karşılaştırmalar	$X^2=31.304$, $p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	2.164	1.390
Hemşire	274	2.208	1.379
Karşılaştırmalar	$Z=-0.369$, $p=0.712$		
Toplam	469	2.190	1.382

İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni ($Z=-0.847$, $p=0.397$) ve yaş değişkeni ($X^2=2.492$, $p=0.477$) açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılığın bulunduğu görülmüştür ($X^2=31.304$, $p=0.000$). Yapılan

ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların aldığı puanların, üniversite hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki sunucuların aldığı puanlardan daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, diğer bir ifadeyle devlet hastanelerinde görev yapan sunucuların bu uygulamadan en fazla etkilenecek kesim olduğu ortadadır. Böyle bir durumda, hastane gelirlerinin azalması ve döner sermayeden hastane giderleri için daha fazla pay ayrılması muhtemeldir. Bu durum ise, devlet hastanelerindeki sunucuların döner sermayeden alacakları payın azalması ve gelirlerinin düşmesi anlamına gelecektir. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucuların ifadeye katılımının oldukça düşük olduğu düşünülmektedir. Son olarak meslek değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($Z=-0.369$, $p=0.712$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 50’de gösterilmiştir.

Tablo 50’ye göre, sağlık hizmeti sunucuları “Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.501\pm 1.421$). Diğer bir ifadeyle sunucular, hastanelerin yaptıkları harcamaları kendi gelirlerinden karşılamaları durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağını düşünmektedirler.

“Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine katılım düzeyi, illere göre ($X^2=3.031$, $p=0.220$), cinsiyet değişkeni açısından ($Z=-0.626$, $p=0.531$) ve yaş değişkenine göre ($X^2=2.524$, $p=0.471$) karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Hastane mülkiyeti değişkeni esas alınarak sunucuların katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık karşımıza çıkmıştır ($X^2=18.676$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın üniversite hastanelerindeki sunucuların, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 50. “Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	200	3.635	1.375
Isparta	208	3.394	1.414
Burdur	59	3.424	1.578
Karşılaştırmalar	$X^2=3.031, p=0.220$		
Cinsiyet			
Kadın	333	3.477	1.434
Erkek	134	3.560	1.390
Karşılaştırmalar	$Z=-0.626, p=0.531$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.493	1.382
26–35	208	3.409	1.418
36–45	140	3.614	1.427
46–+	47	3.574	1.500
Karşılaştırmalar	$X^2=2.524, p=0.471$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	3.672	1.488
Üniversite Hastanesi	176	3.188	1.324
Özel Hastane	56	3.768	1.265
Karşılaştırmalar	$X^2=18.676, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	193	3.332	1.375
Hemşire	274	3.620	1.443
Karşılaştırmalar	$Z=-2.500, p=0.012$		
Toplam	467	3.501	1.421

Meslek değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, hemşirelerin ifadeye hekimlerden daha yüksek puanla katıldıkları ve bunun da istatistikî olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.500, p=0.012$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 51’de gösterilmiştir.

Tablo 51’e göre, sağlık hizmeti sunucuları “Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.802\pm 1.181$). Dolayısıyla sunucular, temel teminat paketi uygulamasının sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştıracağı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

Tablo 51. “Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	197	2.766	1.082
Isparta	204	2.838	1.219
Burdur	58	2.793	1.373
Karşılaştırmalar	$X^2=0.336, p=0.845$		
Cinsiyet			
Kadın	328	2.799	1.134
Erkek	131	2.809	1.296
Karşılaştırmalar	$Z=-0.035, p=0.972$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.056	0.954
26–35	208	2.774	1.134
36–45	134	2.799	1.243
46–+	45	2.533	1.471
Karşılaştırmalar	$X^2=4.963, p=0.174$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	228	2.754	1.213
Üniversite Hastanesi	175	2.691	1.081
Özel Hastane	56	3.339	1.225
Karşılaştırmalar	$X^2=12.011, p=0.002$		
Meslek			
Hekim	189	2.677	1.206
Hemşire	270	2.889	1.158
Karşılaştırmalar	$Z=-1.860, p=0.063$		
Toplam	459	2.802	1.181

“Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır” ifadesine katılım düzeyi iller doğrultusunda ($X^2=0.336, p=0.845$), cinsiyet değişkeni açısından ($Z=-0.035, p=0.972$) ve yaş değişkeni açısından ($X^2=4.963, p=0.174$) bir karşılaştırmaya tabi tutulduğunda gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

İfadeye katılım düzeyi hastane mülkiyeti değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=12.011, p=0.002$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu farkın, özel hastanelerdeki sunucuların, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Temel teminat paketi uygulaması ile belirlenen bazı sağlık hizmetleri sigorta kapsamında sunulacaktır. Pkaetin kapsamı dışında kalan sağlık hizmetleri için de ek ücret ödenmesi gerekecektir. Hastalar paket kapsamındaki sağlık hizmetleri

için özel hastanelere daha kolay başvurabilecek ve özel hastanelerde paket kapsamındaki hizmetleri rahatlıkla alabileceklerdir. Bu nedenle özel hastanedeki sunucuların ifadeye daha yüksek oranda katılmaları olası görünmektedir. Son olarak ifadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($Z=-1.860$, $p=0.063$). Görüldüğü gibi, mülkiyet değişkeni dışında diğer değişkenlerde bir farklılığa rastlanmamaktadır ve sunucular temel teminat paketi uygulaması ile sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanılabileceğine mesafeli durmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 52’de gösterilmiştir.

Tablo 52. “Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.921	1.290
Isparta	207	3.155	1.279
Burdur	59	3.542	1.394
Karşılaştırmalar	$X^2=11.115$, $p=0.004$		
Cinsiyet			
Kadın	334	3.015	1.286
Erkek	134	3.321	1.352
Karşılaştırmalar	$Z=-2.297$, $p=0.022$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.070	1.125
26–35	209	3.033	1.295
36–45	140	3.264	1.360
46–+	47	2.936	1.466
Karşılaştırmalar	$X^2=3.428$, $p=0.330$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	3.254	1.373
Üniversite Hastanesi	176	2.858	1.150
Özel Hastane	56	3.232	1.427
Karşılaştırmalar	$X^2=10.934$, $p=0.004$		
Meslek			
Hekim	193	3.031	1.311
Hemşire	275	3.153	1.312
Karşılaştırmalar	$Z=-1.021$, $p=0.307$		
Toplam	468	3.103	1.311

Tablo 52'ye göre, sağlık hizmeti sunucuları “Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır” ifadesine önemli düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.103\pm 1.311$). Dolayısıyla sunucular, genel sağlık sigortası ile tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınabileceğini düşünmektedirler. Bununla birlikte bu düşüncenin çok kuvvetli olduğunu söylemek güçtür.

“Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır” ifadesine sunucuların katılım düzeyi iller bazında karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=11.115$, $p=0.004$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Burdur ilindeki sunucuların, Isparta ve Antalya ilindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldığı ve aradaki bu farkın da istatistikî açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($Z=-2.297$, $p=0.022$). Yaş değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($X^2=3.428$, $p=0.330$). İfadeye katılım düzeyi hastane mülkiyeti değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında önemli bir farklılık bulunduğu gözlenmiştir ($X^2=10.934$, $p=0.004$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda adı geçen farkın, üniversite hastanelerindeki sunucuların, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Bu sonucun, üniversite hastanelerindeki sunucuların SDP ile getirilen düzenlemelere yönelik hoşnutsuzluğunun bir yansıması olarak değerlendirilmesi mümkündür. Meslek değişkeni açısından sunucular bir karşılaştırmaya tabi tutulduğunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılığa ulaşılmamıştır ($Z=-1.021$, $p=0.307$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 53'te gösterilmiştir.

Tablo 53. “Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	2.851	1.462
Isparta	205	2.878	1.502
Burdur	59	2.542	1.612
Karşılaştırmalar	$X^2=2.225, p=0.329$		
Cinsiyet			
Kadın	331	2.921	1.479
Erkek	134	2.582	1.528
Karşılaştırmalar	$Z=-2.099, p=0.036$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.930	1.407
26–35	209	2.947	1.491
36–45	138	2.688	1.602
46–+	46	2.500	1.329
Karşılaştırmalar	$X^2=4.776, p=0.189$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	233	2.824	1.537
Üniversite Hastanesi	176	2.722	1.437
Özel Hastane	56	3.143	1.519
Karşılaştırmalar	$X^2=3.475, p=0.176$		
Meslek			
Hekim	194	2.505	1.462
Hemşire	271	3.052	1.487
Karşılaştırmalar	$Z=-3.814, p=0.000$		
Toplam	465	2.824	1.500

Tablo 53’e göre, sağlık hizmeti sunucuları “Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.824\pm 1.500$). Dolayısıyla sunucular, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına yönelik endişeler taşımaktadırlar.

“Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesine katılım düzeyi iller bazında karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($X^2=2.225, p=0.329$). İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z=-2.099, p=0.036$). Sunucuların ifadeye katılım düzeyi yaş değişkeni ($X^2=4.776, p=0.189$) ve hastane mülkiyeti değişkeni ($X^2=3.475, p=0.176$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığa ulaşılmamıştır. Bununla birlikte, üniversite hastanelerindeki sunucuların ifadeye düşük seviyedeki katılımı dikkat çekmektedir. Son olarak sunucuların ifadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından

karşılaştırıldığında, hemşirelerin hekimlerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da istatistikî açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($Z=-3.814$, $p=0.000$). Tam gün uygulaması, hemşirelerin çalışma saatlerinde ve şartlarında bir değişikliğe neden olmamaktadır. Uygulamadan etkilenecek olan kesim hekimlerdir. Uygulama çalışma koşullarını sınırlandırdığı için hekimlerin ifadeye katılım düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir. Bu durum cinsiyet değişkenindeki farklılığın nedenini de açıklamaktadır. Zira kadın sunucuların büyük çoğunluğu hemşirelerden oluşmaktadır.

Bu noktada H_{15} ve H_{16} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{15} hipotezi için p değeri (0.176), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{15} hipotezi reddedilmektedir. H_{16} hipotezi için ise p değeri (0.000), 0.05'ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{16} hipotezi kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 54'te gösterilmiştir.

Tablo 54'e göre, sağlık hizmeti sunucuları “Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.596\pm 1.421$). Dolayısıyla sunucular, özel sektörün sağlık hizmeti sunması durumunda gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artış olacağını düşünmektedirler.

“Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur” ifadesine sunucuların katılım düzeyi iller bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık karşımıza çıkmıştır ($X^2=14.160$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın Isparta ilindeki sunucuların Antalya ilindeki sunuculardan daha düşük puan

almalarından kaynaklandığı görülmüştür. Isparta ilindeki sunucuların, özel hastanelerin hizmet sunumuna daha sıcak bakmaları nedeniyle böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Tablo 54. “Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	203	3.887	1.232
Isparta	206	3.306	1.523
Burdur	59	3.610	1.474
Karşılaştırmalar	$\chi^2=14.160, p=0.001$		
Cinsiyet			
Kadın	334	3.476	1.437
Erkek	134	3.896	1.339
Karşılaştırmalar	$Z=-3.105, p=0.002$		
Yaş (Yıl)			
18–25	69	3.203	1.431
26–35	210	3.476	1.481
36–45	141	3.809	1.309
46–+	47	4.043	1.268
Karşılaştırmalar	$\chi^2=15.580, p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	237	3.726	1.416
Üniversite Hastanesi	175	3.686	1.281
Özel Hastane	56	2.768	1.595
Karşılaştırmalar	$\chi^2=18.603, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	194	3.804	1.321
Hemşire	274	3.449	1.472
Karşılaştırmalar	$Z=-2.524, p=0.012$		
Toplam	468	3.596	1.421

İfadeye sunucuların katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldıkları ve bu farklılaşmanın istatistikî olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z=-3.105, p=0.002$). Sunucuların ifadeye katılım düzeyi yaş değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($\chi^2=15.580, p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın 18–25 yaş grubundaki sunucularla 26–35 yaş grubundaki sunucuların, 36–45 yaş grubundaki sunuculardan ve 46 yaş ve üzerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi, sunucuların yaşı büyüdükçe ifadeye katılım düzeyi de artmaktadır. Diğer bir ifadeyle sunucuların yaşı büyüdükçe, özel sektörün sağlık

hizmeti sunması ile gereksiz tetkik ve tahlil sayısının artacağına dair inanç da kuvvetlenmektedir. Bu durumun genç yaş grubundaki sunucuların özel hastanelerin hizmet sunmasına olumlu yaklaşmasına karşılık, ileri yaş grubundakilerin özel hastanelerin hizmet sunumuna mesafeli olmaları nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Diğer yandan genç yaş grubundaki sunucuların özel hastaneleri, kendileri için yeni iş alanları olarak görmesi ve bu nedenle özel hastanelere sıcak bakması da bu sonuçta etkili olabilir. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında ise yine gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusu olmuştur ($X^2=18,630$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın özel hastanelerdeki sunucuların Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha düşük puan almaları nedeniyle olduğu belirlenmiştir. Bu durum, özel hastanelerde çalışan sunucuların, kendileri için olumsuz bir yargı taşıyan ifadeye daha düşük oranda katılmalarının bir sonucu olarak düşünülmektedir.

Bu noktada H_{17} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{17} hipotezi için p değeri (0.000), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması durumunda tetkik ve tahlil sayısında gereksiz artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{17} hipotezi kabul edilmektedir.

Son olarak meslek değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, hekimlerin hemşirelerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak anlamlılık ifade ettiği ortaya koyulmuştur ($Z=-2.524$, $p=0.012$). Sağlık hizmeti sunumunda tetkik ve tahlil yapılıp yapılmayacağına karar veren hekimlerdir. Bu sonuç, hekimlerin özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda rol alması durumunda, gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artış olacağına dair düşüncelerinin kuvvetli olduğunu göstermektedir. Bu sonuç cinsiyet değişkeniyle de örtüşmektedir. Çünkü erkek sunucular ağırlıklı olarak hekimlerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının "Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır" ifadesinden aldıkları puanların

bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 55’te gösterilmiştir.

Tablo 55’e göre, sağlık hizmeti sunucuları “Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.058\pm 1.420$). Buna göre sağlık hizmeti sunucuları, zorunlu kamusal sigortalar yanında özel sigortaların da olabileceğini düşünmektedirler.

Tablo 55. “Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	3.040	1.389
Isparta	208	3.096	1.441
Burdur	56	2.982	1.471
Karşılaştırmalar	$X^2=0.351, p=0.839$		
Cinsiyet			
Kadın	333	2.937	1.405
Erkek	133	3.361	1.416
Karşılaştırmalar	$Z=-2.939, p=0.003$		
Yaş (Yıl)			
18–25	69	2.986	1.266
26–35	210	2.971	1.404
36–45	140	3.200	1.509
46–+	46	3.087	1.427
Karşılaştırmalar	$X^2=2.657, p=0.448$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	233	3.094	1.500
Üniversite Hastanesi	177	2.915	1.283
Özel Hastane	56	3.357	1.458
Karşılaştırmalar	$X^2=4.771, p=0.092$		
Meslek			
Hekim	194	3.191	1.388
Hemşire	272	2.963	1.437
Karşılaştırmalar	$Z=-1.688, p=0.091$		
Toplam	466	3.058	1.420

“Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır” ifadesine sunucuların katılım düzeyi iller bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.351, p=0.839$). İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z=-2.939, p=0.003$). Yaş değişkenine göre ($X^2=2.657,$

p=0.448), hastane mülkiyeti değişkeni açısından ($X^2=4.771$, p=0.092) ve meslek değişkenine göre ($Z=-1.688$, p=0.091) ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Görüldüğü gibi cinsiyet değişkeni dışarıda tutulduğunda, tüm gruplardaki katılımcılar kamu sağlık sigortaları yanında özel sağlık sigortaları da olabileceğini düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 56’da gösterilmiştir.

Tablo 56. “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	198	2.727	1.347
Isparta	205	3.137	1.482
Burdur	57	2.947	1.457
Karşılaştırmalar	$X^2=8.154$, p=0.017		
Cinsiyet			
Kadın	329	2.957	1.394
Erkek	131	2.885	1.527
Karşılaştırmalar	$Z=-0.516$, p=0.606		
Yaş (Yıl)			
18–25	68	3.074	1.396
26–35	208	2.957	1.456
36–45	140	2.907	1.409
46–+	43	2.674	1.443
Karşılaştırmalar	$X^2=2.214$, p=0.529		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	232	2.858	1.445
Üniversite Hastanesi	173	2.659	1.336
Özel Hastane	55	4.145	1.026
Karşılaştırmalar	$X^2=46.377$, p=0.000		
Meslek			
Hekim	190	2.784	1.388
Hemşire	270	3.044	1.455
Karşılaştırmalar	$Z=-1.914$, p=0.056		
Toplam	460	2.937	1.432

Tablo 56’ya göre, sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar “Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=2.937\pm 1.432$). Buna göre sağlık hizmeti sunucuları, özel

hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkileyeceğine dair kuvvetli bir inanç beslememektedir.

“Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($X^2=8.154$, $p=0.017$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Isparta ilinde hizmet sunumunda görev alanların, Antalya ilindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Isparta ilinde kişi başına düşen yatak sayısı, hekim ve hemşire sayısı, diğer illerden daha fazladır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişim diğer illerden daha kolaydır. Bu durumda Isparta’daki özel hastanelerin de payı bulunmaktadır. Bu nedenle Isparta ilindeki skorların daha yüksek düzeyde çıktığı düşünülmektedir.

Bu noktada H_{18} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{18} hipotezi için p değeri (0.017), 0.05’ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.” olan H_{18} hipotezi kabul edilmektedir.

İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni ($Z=-0.516$, $p=0.606$) ve yaş değişkeni ($X^2=2.214$, $p=0.529$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($Z=46.377$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın özel hastanelerdeki sunucuların Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı bulunmuştur. Beklendiği gibi, özel hastanelerde görev yapan sunucular, kendileri için olumlu bir yargı içeren bu ifadeye diğer sunuculara oranla daha yüksek düzeyde katılmışlardır. Son olarak meslek değişkeni açısından sunucuların ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($Z=-1.914$, $p=0.056$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir” ifadesinden aldıkları

puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 57’de gösterilmiştir.

Tablo 57. “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	203	2.360	1.358
Isparta	208	2.288	1.377
Burdur	58	2.448	1.535
Karşılaştırmalar	$X^2=0.463$, $p=0.793$		
Cinsiyet			
Kadın	334	2.353	1.378
Erkek	135	2.304	1.416
Karşılaştırmalar	$Z=-0.485$, $p=0.628$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.114	1.357
26–35	210	2.371	1.375
36–45	141	1.979	1.317
46–+	47	2.106	1.255
Karşılaştırmalar	$X^2=34.976$, $p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	1.919	1.274
Üniversite Hastanesi	177	2.452	1.270
Özel Hastane	56	3.750	1.210
Karşılaştırmalar	$X^2=77.875$, $p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	2.215	1.333
Hemşire	274	2.427	1.421
Karşılaştırmalar	$Z=-1.508$, $p=0.132$		
Toplam	469	2.339	1.388

Tablo 57’ye göre, sağlık hizmeti sunucularının “Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir” ifadesine kısmen katıldıkları görülmektedir ($X=2.339\pm 1.388$). Dolayısıyla sunucuların, özel hastanelerde sağlık hizmetlerinin devlet hastanelerinden daha kaliteli verildiğini düşündüklerini söylemek güçtür.

“Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkeni açısından ($X^2=0.463$, $p=0.793$) ve cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde ($Z=-0.485$, $p=0.628$) gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Yaş değişkeni doğrultusunda karşılaştırma yapıldığında ise, gruplar arasında farklılık

olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($X^2=34.976$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu farkın 18–25 yaş grubundaki sunucuların, 26–35 yaş, 36–45 yaş grubundaki ve 46 yaş ve üzeri gruptaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde 26–35 yaş grubundaki sunucuların da, 36–45 yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan aldıkları ortaya koyulmuştur. Görüldüğü gibi genç yaş grubundaki sunucular, ileri yaş grubundakilere göre daha fazla oranda, özel hastanelerin sağlık hizmetini devlet hastanelerinden daha kaliteli sunduğunu düşünmektedir. Bu durum, genç yaş grubundaki hizmet sunucularla ileri yaş grubundaki hizmet sunucuların, özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik kalite algılarının farklılaştığının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Hastane mülkiyeti değişkeni esas alınarak ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=77.875$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların, özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Yine yapılan ikili karşılaştırmalarda özel hastanelerdeki sunucuların üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucuların, kendileri için olumsuz bir yargı içeren bu ifadeye daha düşük oranda katıldıkları düşünülmektedir. Son olarak meslek değişkeni açısından sunucuların ifadeye katılımı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır ($Z=-1.508$, $p=0.132$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 58’de gösterilmiştir.

Tablo 58’e göre, sağlık hizmeti sunucuları “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesine oldukça düşük düzeyde katılmaktadırlar ($X=1.771\pm 1.235$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Bakanlığı’nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine

edilmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunun özel sektöre bırakılması düşüncesine sıcak bakmamaktadırlar.

Tablo 58. “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	1.751	1.182
Isparta	207	1.763	1.226
Burdur	59	1.864	1.444
Karşılaştırmalar	$X^2=0.048, p=0.977$		
Cinsiyet			
Kadın	334	1.751	1.223
Erkek	133	1.820	1.266
Karşılaştırmalar	$Z=-0.625, p=0.532$		
Yaş (Yıl)			
18-25	71	1.845	1.179
26-35	210	1.786	1.209
36-45	138	1.652	1.218
46+	47	1.915	1.472
Karşılaştırmalar	$X^2=4.021, p=0.259$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	1.623	1.159
Üniversite Hastanesi	176	1.705	1.102
Özel Hastane	55	2.618	1.593
Karşılaştırmalar	$X^2=27.239, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	192	1.708	1.214
Hemşire	275	1.815	1.249
Karşılaştırmalar	$Z=-1.129, p=0.259$		
Toplam	467	1.771	1.235

“Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesine sunucuların katılım düzeyi, il değişkeni ($X^2=0.048, p=0.977$), cinsiyet değişkeni ($Z=-0.625, p=0.532$) ve yaş değişkeni ($X^2=4.021, p=0.259$) doğrultusunda karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İfadeye katılım düzeyi hastane mülkiyeti değişkeni açısından değerlendirildiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür ($X^2=27.239, p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın özel hastanelerdeki sunucuların, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü

gibi, mülkiyet değişkeni dışında tüm gruplarda bir görüş birliği söz konusudur. Mülkiyet değişkeninde ise, beklendiği gibi özel hastanelerin kendi görev alanlarının ve gelirlerinin artmasına anlamına gelen ifadeyi daha fazla destekledikleri görülmektedir. Buna karşılık, bu destek diğer hastanelere göre fazla olmakla birlikte, yine de düşük bir orandır. Dolayısıyla, özel hastanelerdeki sunucuların da, devletin sağlık hizmeti sunumundaki rolünün devam etmesinden yana olduklarını söylemek mümkündür.

Bu noktada H_{19} ve H_{20} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{19} hipotezi için p değeri (0.259), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, sunucuların yaşma göre farklılaşmaktadır." olan H_{19} hipotezi reddedilmektedir. H_{20} hipotezi için ise p değeri (0.000), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{20} hipotezi kabul edilmektedir.

Son olarak meslek değişkenin karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır ($Z=-1.129$, $p=0.259$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının "Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 59'da gösterilmiştir.

Tablo 59'a göre, sağlık hizmeti sunucuları "Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar" ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.733\pm 1.453$). Buna göre sağlık hizmeti sunucuları KHBT doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi durumunda hastanelerin daha iyi hizmet verecekleri düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

Tablo 59. “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	200	2.610	1.325
Isparta	206	2.888	1.508
Burdur	58	2.603	1.632
Karşılaştırmalar	$X^2=4.185, p=0.123$		
Cinsiyet			
Kadın	331	2.873	1.426
Erkek	133	2.383	1.465
Karşılaştırmalar	$Z=-3.303, p=0.001$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.271	1.179
26–35	207	2.889	1.412
36–45	140	2.400	1.502
46–+	46	2.174	1.465
Karşılaştırmalar	$X^2=27.041, p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	234	2.564	1.555
Üniversite Hastanesi	175	2.869	1.300
Özel Hastane	55	3.018	1.394
Karşılaştırmalar	$X^2=7.361, p=0.025$		
Meslek			
Hekim	192	2.411	1.385
Hemşire	272	2.960	1.459
Karşılaştırmalar	$Z=-3.960, p=0.000$		
Toplam	464	2.733	1.453

“Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkeni esas alınarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($X^2=4.185, p=0.123$). Cinsiyet değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.303, p=0.001$). İfadeye katılım yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında da gruplar arasından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=27.041, p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın 18–25 yaş grubundaki ve 26–35 yaş grubundaki sunucuların, 36–45 yaş grubundaki sunuculardan ve 46 yaş ve üzerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Görüldüğü gibi sunucuların yaşı büyüdükçe ifadeye katılma düzeyleri düşmektedir. Diğer bir ifadeyle, genç yaş grubundaki hizmet sunucular KHBT uyarınca

hastanelerin bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesini daha çok istemektedir. Bu durum, genç yaş grubundaki sunucuların mevcut yönetim yapısından memnun olmadıklarını ve hastanelerin daha iyi yönetilmesi için bunun değiştirilmesi gerektiğini düşündüklerini göstermektedir. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık olduğu saptanmıştır ($X^2=7.361$, $p=0.025$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların, özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarının bu farka neden olduğu tespit edilmiştir. KHBT devlet hastanelerini kapsamaktadır. Düzenlemenin hayata geçirilmesi durumunda devlet hastanesi yönetimlerinin yönetim kuruluna bırakılması söz konusu olacaktır. Bu durum ise, başhekimlerin dolayısıyla da hekimlerin yönetimdeki etkinliğinin azalması anlamına gelecektir. Bu nedenle devlet hastanelerindeki sunucuların ifadeye mesafeli yaklaşımları düşünülmektedir. Son olarak meslek değişkeni açısından sunucuların ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bu durumda istatistikî olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($Z=-3.960$, $p=0.000$). Mevcut yönetim sisteminde, hastane yönetimlerinde hekimlerin üstünlüğü söz konusudur. Hekimlerin bu üstünlüğü kaybetmek istememeleri nedeniyle, KHBT uyarınca hastanelerin bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesi fikrine sıcak bakmadıkları düşünülmektedir. Bu durum cinsiyet değişkenindeki farklılıkla da örtüşmektedir. Çünkü erkek hizmet sunucularının çoğunluğu hekimlerden oluşmaktadır ve erkekler ifadeye daha düşük oranda katılmışlardır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 60’ta gösterilmiştir.

Tablo 60’a göre, sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.620\pm 1.345$). Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

Tablo 60. “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.446	1.342
Isparta	206	2.816	1.259
Burdur	58	2.534	1.570
Karşılaştırmalar	$X^2=8.986, p=0.011$		
Cinsiyet			
Kadın	331	2.613	1.285
Erkek	135	2.637	1.489
Karşılaştırmalar	$Z=-0.044, p=0.965$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.029	1.129
26–35	210	2.552	1.312
36–45	138	2.457	1.384
46–+	47	2.787	1.573
Karşılaştırmalar	$X^2=10.682, p=0.014$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	234	2.423	1.385
Üniversite Hastanesi	176	2.716	1.246
Özel Hastane	56	3.143	1.327
Karşılaştırmalar	$X^2=15.288, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	2.538	1.356
Hemşire	271	2.679	1.338
Karşılaştırmalar	$Z=-1.127, p=0.260$		
Toplam	466	2.620	1.345

“Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” ifadesine katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=8.986, p=0.011$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın Isparta ilindeki sunucuların Antalya ilindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır ($Z=-0.044, p=0.965$).

Yaş değişkeni doğrultusunda katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($X^2=10.682, p=0.014$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu farkın 18–25 yaş grubundaki katılımcıların, 26–35 ve 36–45 yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından sunucuların katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılığa ulaşılmıştır ($X^2=15.288$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki farkın, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarından ve özel hastanelerdeki sunucuların üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi, her üç hastanedeki sunucular birbirinden farklılaşmaktadır. Bu durum, değişik hastanelerdeki sunucuların, idari ve mali özerkliğe yönelik düşüncelerinin ve özerkliğin hastanelerin sorunlarına çözüm olacağına yönelik beklentilerinin birbirinden farklılaştığını göstermektedir. İfadeye katılım düzeyi meslek değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($z=-1.127$, $p=0.260$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 61’de gösterilmiştir.

Tablo 61’e göre sağlık hizmeti sunanlar, “Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.101\pm 1.538$). Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulabilmesi için aile hekimlerinden sevk alınması gerektiği düşüncesine sıcak bakmaktadır.

“Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkeni bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık belirlenmiştir ($X^2=8.457$, $p=0.015$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Burdur ilindeki sunucuların, Antalya ve Isparta ilindeki sunuculardan daha yüksek puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı saptanmıştır. Burdur il merkezinde sadece devlet hastanesi hizmet sunmaktadır ve ildeki hastaların büyük çoğunluğu bu hastaneye başvurmaktadır. Aile hekimlerinden sevk alınması durumunda, devlet hastanesine başvuranların sayısı azalacaktır ve sunucular gelen hastalarla daha fazla ilgilenip hastalara daha kaliteli hizmet sunabileceklerdir. Bu nedenle böyle bir farklılığın oluştuğu düşünülmektedir. İfadeye katılım düzeyi

cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında, kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.136$, $p=0.033$). Yaş değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($X^2=1.313$, $p=0.726$).

Tablo 61. “Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.955	1.440
Isparta	206	3.117	1.579
Burdur	58	3.552	1.656
Karşılaştırmalar	$X^2=8.457$, $p=0.015$		
Cinsiyet			
Kadın	332	3.012	1.533
Erkek	134	3.321	1.535
Karşılaştırmalar	$Z=-2.136$, $p=0.033$		
Yaş (Yıl)			
18–25	69	3.145	1.468
26–35	209	3.029	1.578
36–45	140	3.214	1.530
46–+	47	3.064	1.495
Karşılaştırmalar	$X^2=1.313$, $p=0.726$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	3.000	1.615
Üniversite Hastanesi	175	3.360	1.369
Özel Hastane	56	2.714	1.604
Karşılaştırmalar	$X^2=8.352$, $p=0.015$		
Meslek			
Hekim	195	3.195	1.514
Hemşire	271	3.033	1.555
Karşılaştırmalar	$Z=-1.165$, $p=0.244$		
Toplam	466	3.101	1.538

Hastane mülkiyeti değişkeni açısından karşılaştırma yapıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=8.352$, $p=0.015$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki farkın üniversite hastanelerindeki sunucuların, özel hastanelerdeki ve Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almaları nedeniyle söz konusu olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimlerinden sevk alınması, hastaların doğrudan üniversite hastanesine başvurmasını önleyecektir. Bu durum, üniversite hastanesinde görev yapan sunucuların iş yükünün azalması ile

hastalara daha kaliteli hizmet vermelerine yardım olacağı için, böyle bir farklılığın oluştuğu düşünülmektedir. Son olarak meslek değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($Z=-1.165$, $p=0.244$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 62’de gösterilmiştir.

Tablo 62. “Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	200	3.890	1.243
Isparta	208	3.938	1.293
Burdur	59	3.966	1.414
Karşılaştırmalar	$X^2=0.983$, $p=0.612$		
Cinsiyet			
Kadın	332	3.985	1.264
Erkek	135	3.763	1.328
Karşılaştırmalar	$Z=-1.745$, $p=0.081$		
Yaş (Yıl)			
18-25	71	3.718	1.354
26-35	210	3.962	1.271
36-45	139	3.957	1.262
46-+	46	3.957	1.333
Karşılaştırmalar	$X^2=2.132$, $p=0.545$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	4.025	1.278
Üniversite Hastanesi	175	3.829	1.252
Özel Hastane	56	3.768	1.401
Karşılaştırmalar	$X^2=4.484$, $p=0.106$		
Meslek			
Hekim	194	3.778	1.278
Hemşire	273	4.022	1.283
Karşılaştırmalar	$Z=-2.495$, $p=0.013$		
Toplam	467	3.921	1.285

Tablo 62’ye göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.921\pm 1.285$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti sunucuları, aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret

almasının gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olacağına yönelik güçlü bir kaniya sahip bulunmaktadır.

“Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır” ifadesine katılım il değişkeni ($X^2=0.983$, $p=0.612$), cinsiyet değişkeni ($Z=-1.745$, $p=0.081$), yaş değişkeni ($X^2=2.132$, $p=0.545$) ve hastane mülkiyeti değişkeni ($X^2=4.484$, $p=0.106$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Son olarak meslek değişkenine göre karşılaştırıldığında, hemşirelerin hekimlerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da istatistikî olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.495$, $p=0.013$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 63’te gösterilmiştir.

Tablo 63. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	3.358	1.285
Isparta	207	3.155	1.416
Burdur	59	3.373	1.649
Karşılaştırmalar	$X^2=2.580$, $p=0.275$		
Cinsiyet			
Kadın	332	3.286	1.357
Erkek	135	3.230	1.486
Karşılaştırmalar	$Z=-0.236$, $p=0.813$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.239	1.409
26–35	210	3.014	1.364
36–45	139	3.547	1.353
46–+	46	3.652	1.449
Karşılaştırmalar	$X^2=16.896$, $p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	3.436	1.459
Üniversite Hastanesi	175	2.937	1.218
Özel Hastane	56	3.607	1.448
Karşılaştırmalar	$X^2=19.597$, $p=0.000$		
Meslek			
Hekim	193	3.150	1.386
Hemşire	274	3.354	1.397
Karşılaştırmalar	$Z=-1.591$, $p=0.112$		
Toplam	467	3.270	1.394

Tablo 63'e göre sağlık hizmeti sunucuları, "Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır" ifadesine önemli düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.270\pm 1.394$). Dolayısıyla sağlık hizmeti sunanlar, aile hekimliği uygulamasının sağlık harcamalarını artıracığını düşünmektedirler.

"Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır" ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi, il değişkeni ($X^2=2.580$, $p=0.275$) ve cinsiyet değişkeni ($Z=-0.236$, $p=0.813$) bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Yaş değişkenine göre bir karşılaştırma yapıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($X^2=16.896$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu farkın 26–35 yaş grubundaki sunucuların, 36–45 yaş grubundaki ve 46 yaş ve üzerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Genç yaş grubundaki hizmet sunanlar, ileri yaş grubundakiler oranla, aile hekimliği uygulamasının sağlık harcamalarını artıracığına dair daha kuvvetli bir inanç beslemektedir. Hastane mülkiyeti değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise yine gruplar arasında istatistikî olarak önemli bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($X^2=19.597$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın üniversite hastanelerindeki sunucuların, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki sunuculardan daha düşük puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Aile hekimliği uygulaması, üniversite hastanelerine yapılan gereksiz başvuruları önleyecektir. Dolayısıyla, üniversite hastanelerindeki sunucuların, iş yüklerini azaltacağı için aile hekimliği uygulamasına sıcak baktıklarını ve bu nedenle aile hekimliğinin sağlık harcamalarını artıracığı düşüncesine pek katılmadıklarını söylemek mümkündür.

Bu noktada H_{21} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{21} hipotezi için p değeri (0.000), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık harcamalarını artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{21} hipotezi kabul edilmektedir.

Son olarak meslek değişkenine göre karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($Z=-1.591$, $p=0.112$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 64’te gösterilmiştir.

Tablo 64. “Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.272	1.266
Isparta	207	2.551	1.447
Burdur	59	2.407	1.510
Karşılaştırmalar	$X^2=3.051, p=0.218$		
Cinsiyet			
Kadın	333	2.474	1.365
Erkek	135	2.259	1.419
Karşılaştırmalar	$Z=-1.805, p=0.071$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.000	1.502
26–35	210	2.510	1.381
36–45	140	2.057	1.210
46–+	46	2.152	1.382
Karşılaştırmalar	$X^2=23.765, p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	2.229	1.368
Üniversite Hastanesi	176	2.523	1.348
Özel Hastane	56	2.839	1.449
Karşılaştırmalar	$X^2=11.551, p=0.003$		
Meslek			
Hekim	194	2.175	1.316
Hemşire	274	2.580	1.407
Karşılaştırmalar	$Z=-3.198, p=0.001$		
Toplam	468	2.412	1.383

Tablo 64’e göre sağlık hizmeti sunucuları, “Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.412\pm 1.383$). Dolayısıyla sağlık hizmeti sunma görevini üstlenenler, sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesinin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığı düşüncesine oldukça uzak bulunmaktadır.

“Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($X^2=3.051, p=0.218$) ve cinsiyet değişkeni ($Z=-1.805, p=0.071$) doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar

arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Yaş değişkeni bazında karşılaştırma yapıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=23.765$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda adı geçen farkın 18–25 yaş grubundaki sunucuların, 26–35, 36–45, 46 ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bir diğer farkın da 26–35 yaş grubundaki katılımcıların 36–45 yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu noktada, genç yaş grubundaki hizmet sunanların aile hekimliği uygulamasına daha sıcak baktıklarını söylemek mümkündür. Mülkiyet değişkeni açısından sunucuların ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında yine gruplar arasında istatistikî olarak önemli bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=11.551$, $p=0.003$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu bu farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki katılımcıların, özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Bu farklılığın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucuların aile hekimliği uygulamasına yönelik olumsuz bakış açısının genel bir yansıması olduğu düşünülmektedir. Bu durum, hekimlerin aile hekimliği uygulamasına yönelik olumsuz bakış açısının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Son olarak meslek değişkeni bazında ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.198$, $p=0.001$).

Bu noktada H_{22} ve H_{23} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{22} hipotezi için p değeri (0.003), 0.05'ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{22} hipotezi kabul edilmektedir. H_{23} hipotezi için ise p değeri (0.001), 0.05'ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{23} hipotezi de kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır” ifadesinden aldıkları

puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 65'te gösterilmiştir.

Tablo 65. “Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.302	1.121
Isparta	208	2.442	1.288
Burdur	59	2.390	1.390
Karşılaştırmalar	$X^2=0.686$, $p=0.710$		
Cinsiyet			
Kadın	335	2.460	1.210
Erkek	134	2.164	1.264
Karşılaştırmalar	$Z=-2.693$, $p=0.007$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.761	1.236
26–35	210	2.429	1.225
36–45	141	2.255	1.233
46–+	47	1.915	1.080
Karşılaştırmalar	$X^2=16.030$, $p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	2.322	1.257
Üniversite Hastanesi	177	2.390	1.168
Özel Hastane	56	2.554	1.320
Karşılaştırmalar	$X^2=1.774$, $p=0.412$		
Meslek			
Hekim	195	2.082	1.132
Hemşire	274	2.584	1.259
Karşılaştırmalar	$Z=-4.360$, $p=0.000$		
Toplam	469	2.375	1.232

Tablo 65'e göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır” ifadesine biraz katılmaktadırlar ($X=2.375\pm 1.232$). Görüldüğü gibi sunucular, aile hekimliği uygulamasının sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacağı düşüncesine oldukça mesafeli yaklaşmaktadırlar. Buna rağmen, sağlıkta dönüşümde kesinlikle uygulanacak bir düzenleme olarak değerlendirilmektedir.

“Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($X^2=0.686$, $p=0.710$). İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni bazında

karşılaştırıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.693$, $p=0.007$). Yaş değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu gözlenmiştir ($X^2=16.030$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda adı geçen farkın 18–25 yaş grubundaki sunucuların diğer yaş gruplarındaki sunuculara göre daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Benzer şekilde 26–35 yaş grubundaki katılımcıların 46 yaş ve üzerindeki katılımcılardan daha yüksek puan almaları da farklılığa yol açmıştır. Görüldüğü gibi, katılımcıların yaşı büyüdükçe ifadeye katılım düzeyleri düşmektedir. Bu noktada ileri yaş grubundaki sunucular, aile hekimliği uygulamasının sorunları çözeceği düşüncesine daha ümitsiz yaklaşmaktadırlar. Hastane mülkiyeti değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($X^2=1.774$, $p=0.412$). Son olarak meslek değişkeni açısından karşılaştırma yapıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($Z=-4.360$, $p=0.000$). Buna göre, hekimlerin aile hekimliği uygulaması ile sağlık sisteminin sorunlarının çözüleceğine dair inançlarının olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 66’da gösterilmiştir.

Tablo 66’ya göre sağlık hizmeti sunucuları, “Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir” ifadesine biraz katılmaktadırlar ($X=2.179\pm 1.246$). Görüldüğü gibi sunucular, aile hekimliği uygulamasının Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun olduğu düşüncesinden oldukça uzaktırlar. Önceki ifadeye benzer şekilde, sağlık hizmeti sunumunda göre alanlar, aile hekimliği uygulamasının Türkiye şartlarında beklenen sonuçları doğurmayacağını düşünmektedir.

“Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($X^2=0.242$, $p=0.886$) ve cinsiyet

değişkeni ($Z=-1.699$, $p=0.089$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 66. “Aile hekimliği uygulaması Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.129	1.117
Isparta	208	2.183	1.299
Burdur	59	2.339	1.469
Karşılaştırmalar	$X^2=0.242$, $p=0.886$		
Cinsiyet			
Kadın	335	2.230	1.232
Erkek	134	2.052	1.276
Karşılaştırmalar	$Z=-1.699$, $p=0.089$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.535	1.329
26–35	210	2.286	1.285
36–45	141	1.979	1.156
46–+	47	1.766	1.005
Karşılaştırmalar	$X^2=15.567$, $p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	1.979	1.211
Üniversite Hastanesi	177	2.350	1.202
Özel Hastane	56	2.482	1.401
Karşılaştırmalar	$X^2=14.687$, $p=0.001$		
Meslek			
Hekim	195	1.974	1.114
Hemşire	274	2.325	1.315
Karşılaştırmalar	$Z=-2.682$, $p=0.007$		
Toplam	469	2.179	1.246

Yaş değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=15.567$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın 18–25 yaş grubundaki ve 26–35 yaş grubundaki katılımcıların, 36–45 yaş grubundaki ve 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksek puan almaları nedeniyle olduğu ortaya koyulmuştur. Görüldüğü gibi, katılımcıların yaşı büyüdükçe ifadeye katılım düzeyi düşmektedir. İleri yaş grubundaki sunucular, aile hekimliğinin Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun olmadığı düşüncesindedir. Mülkiyet değişkenine göre ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=14.687$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu adı geçen farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların, özel hastanelerdeki ve

üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan hekimler ve hemşireler, her kesimden hasta ile karşılaşmakta ve bunlarla birebir ilgilenmektedir. Bu nedenle farklı hasta profilleri ile karşılaşmaları ve bunlar hakkında daha çok bilgiye sahip olma olasılıkları yüksektir. Bu nedenle, bu hastanelerdeki sunucuların aile hekimliği uygulamasının Türkiye'nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun olduğu konusunda daha çekimser davrandıklarını ifade etmek mümkündür. Bunun yanında, bu farklılığın devlet hastanelerinde hizmet sunanların, aile hekimliğine yönelik olumsuz bakış açısının bir sonucu olarak değerlendirilmesi de mümkündür. Son olarak meslek değişkeni açısından karşılaştırma yapıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistikî olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.682$, $p=0.007$). Bu noktada, bir önceki ifadeye benzer şekilde, hekimlerin aile hekimliği uygulamasına yönelik genel bir memnuniyetsizliğinden bahsetmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 67’de gösterilmiştir.

Tablo 67’ye göre sağlık hizmeti sunucuları, “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.551\pm 1.340$). Görüldüğü gibi sunucular, aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşacağı düşüncesine karşı mesafelidirler.

“Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür ($X^2=0.478$, $p=0.787$).

Bu noktada H_{24} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{24} hipotezi için p değeri (0.787), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.” olan H_{24} hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 67. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	2.557	1.216
Isparta	206	2.558	1.416
Burdur	58	2.500	1.490
Karşılaştırmalar	$\chi^2=0.478$, $p=0.787$		
Cinsiyet			
Kadın	331	2.634	1.352
Erkek	134	2.343	1.293
Karşılaştırmalar	$Z=-2.109$, $p=0.035$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	2.857	1.322
26–35	207	2.671	1.358
36–45	141	2.426	1.305
46–+	47	1.936	1.187
Karşılaştırmalar	$\chi^2=17.250$, $p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	234	2.419	1.382
Üniversite Hastanesi	175	2.726	1.261
Özel Hastane	56	2.554	1.361
Karşılaştırmalar	$\chi^2=6.461$, $p=0.040$		
Meslek			
Hekim	195	2.297	1.233
Hemşire	270	2.733	1.386
Karşılaştırmalar	$Z=-3.303$, $p=0.001$		
Toplam	465	2.551	1.340

Cinsiyet değişkeni açısından bir değerlendirme yapıldığında ise, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ve bu farklılığın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.109$, $p=0.035$). Yaş değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın mevcut olduğu saptanmıştır ($\chi^2=17.250$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, 18–25 yaş grubundaki sunucuların 36–45 ve 46 ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 26–35 yaş grubundaki sunucuların 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 36–45 yaş grubundaki sunucuların da yine 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunanların yaşı büyüdükçe aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılacağına yönelik kanaatleri azalmaktadır. Bu noktada genç yaş grubundaki sunucuların aile hekimliği uygulaması ile ilgili olarak umutlu olduklarını söylemek mümkündür. Mülkiyet değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında

istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=6.461$, $p=0.040$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki katılımcıların üniversite hastanelerindeki katılımcılardan daha düşük puan aldıkları ve aradaki farkın bu nedenle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerine ulaşmak, üniversite hastaneleri ve özel hastanelere ulaşmaktan daha kolaydır. Zira sağlık hizmetlerinden yararlananlar da sağlık hizmetleri için ilk başvurdukları sağlık kurumunun devlet hastaneleri olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle devlet hastanelerinde hizmet sunanların, hastaların sağlık hizmetlerine zaten kolay ulaştığını düşünmeleri ve ifadeye daha düşük seviyede katılmaları olasıdır. Diğer yandan gerek üniversite hastanelerine gerekse de özel hastanelere ulaşmak, devlet hastanelerine kıyasla daha güçtür. Dolayısıyla bu hastanelerde görev yapan hizmet sunucuların, vatandaşlara daha yakın olan ve herkesin bir hekiminin olduğu aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmanın daha kolay olacağını düşünmeleri mümkündür.

Bu noktada H_{25} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{25} hipotezi için p değeri (0.040), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{25} hipotezi kabul edilmektedir.

Meslek değişkeni açısından katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bu puan farkının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya koyulmuştur ($Z=-3.303$, $p=0.001$). Genel olarak, hemşirelerin aile hekimliği uygulamasına hekimlerden daha olumlu yaklaştıkları görülmektedir. Bu genel durum, burada da karşımıza çıkmaktadır ve ifadeye hemşirelerin katılımı hekimlerden daha yüksek düzeyde olmaktadır. Bu sonuç, cinsiyet değişkenindeki farklılığı da açıklamaktadır. Zira kadın sunucuların büyük bölümü hemşirelerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının "Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 68'de gösterilmiştir.

Tablo 68. “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	2.338	1.283
Isparta	208	2.438	1.343
Burdur	59	2.271	1.507
Karşılaştırmalar	$X^2=1.515, p=0.469$		
Cinsiyet			
Kadın	334	2.440	1.327
Erkek	134	2.209	1.355
Karşılaştırmalar	$Z=-1.926, p=0.054$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.746	1.370
26–35	209	2.435	1.347
36–45	141	2.298	1.324
46–+	47	1.766	1.068
Karşılaştırmalar	$X^2=17.057, p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	2.199	1.355
Üniversite Hastanesi	176	2.528	1.283
Özel Hastane	56	2.625	1.356
Karşılaştırmalar	$X^2=10.832, p=0.004$		
Meslek			
Hekim	195	2.179	1.270
Hemşire	273	2.513	1.370
Karşılaştırmalar	$Z=-2.632, p=0.008$		
Toplam	468	2.374	1.338

Tablo 68’e göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.374\pm 1.338$). Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilebileceği düşüncesinden uzaktırlar.

“Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkeni ($X^2=1.515, p=0.469$) ve cinsiyet değişkeni ($Z=-1.926, p=0.054$) bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılığa rastlanmamıştır. Yaş değişkeni doğrultusunda bir karşılaştırma yapıldığında ise gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık karşımıza çıkmıştır ($X^2=17.057, p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın 18–25 yaş grubundaki sunucuların 36–45 ve 46 ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 26–35 yaş grubundaki sunucuların 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 36–45 yaş

grubundaki sunucuların da yine 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi katılımcıların yaşı büyüdükçe yine ifadeye katılım düzeyi düşmekte ve aile hekimliği ile eşit hizmet sunmanın mümkün olacağı fikrine katılmamaktadırlar. Bu noktada, genç yaş grubundaki sunucuların aile hekimliğine ve aile hekimliği sistemi ile eşit hizmet sunmanın mümkün olacağına daha sıcak baktıklarını söylemek mümkündür. Hastane mülkiyeti değişkeni esas alınarak ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($X^2=10.832$, $p=0.004$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonrasında söz konusu farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki katılımcıların özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bir önceki ifadede olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucuların, ilk başvuru kurumu olarak devlet hastanelerinde hastalara eşit hizmet verildiğini ve bu noktada aile hekimliğine ihtiyaç olmadığını düşünmeleri olasıdır. Özel hastanelerde çalışan sunucuların ifadeye daha fazla katılmaları da bunu destekler niteliktedir. Zira özel hastanelere erişim tüm hastalar için eşit düzeyde değildir. Son olarak ifadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bu farkın istatistikî olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-2.632$, $p=0.008$). Hekimlerin düşük orandaki katılımına karşılık, hemşirelerin ifadeye yüksek düzeydeki katılımı burada da devam etmiştir. Dolayısıyla hemşirelerin aile hekimliği uygulamasına yönelik nispeten olumlu eğilimi bu ifade için de söz konusu olmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 69’da gösterilmiştir.

Tablo 69’a göre sağlık hizmeti sunucuları, “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.393\pm 1.354$). Dolayısıyla sunucular, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin verimini artıracacağı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkenine göre

karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.314$, $p=0.855$). Cinsiyet değişkeni açısından bir değerlendirme yapıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldığı ve bu farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($Z=-2.150$, $p=0.032$).

Tablo 69. “Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	199	2.377	1.277
Isparta	205	2.429	1.408
Burdur	59	2.322	1.432
Karşılaştırmalar	$X^2=0.314$, $p=0.855$		
Cinsiyet			
Kadın	330	2.476	1.351
Erkek	133	2.188	1.344
Karşılaştırmalar	$Z=-2.150$, $p=0.032$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	2.871	1.340
26–35	208	2.490	1.397
36–45	139	2.180	1.270
46–+	46	1.870	1.147
Karşılaştırmalar	$X^2=20.406$, $p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	234	2.184	1.335
Üniversite Hastanesi	173	2.590	1.329
Özel Hastane	56	2.661	1.392
Karşılaştırmalar	$X^2=13.005$, $p=0.001$		
Meslek			
Hekim	194	2.175	1.280
Hemşire	269	2.550	1.386
Karşılaştırmalar	$Z=-2.885$, $p=0.004$		
Toplam	463	2.393	1.354

İfadeye katılım düzeyi yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($X^2=20.406$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda söz konusu farkın, 18–25 yaş grubundaki sunucuların 26–35, 36–45 ve 46 ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 26–35 yaş grubundaki sunucuların da 36–45 yaş grubundaki ve 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Dolayısıyla, yaş değişkeni açısından aile hekimliği uygulamasında ortaya çıkan durum, burada da söz konusu olmuş ve sunucuların yaşı büyüdükçe ifadeye katılım düzeyi düşmüştür. Bu durum, genç yaş grubundaki katılımcıların aile hekimliği

uygulamasından daha umutlu olmalarına karşılık, ileri yaş grubundaki sunucuların uygulama hakkında daha karamsar olduklarını düşündürmektedir. İfadeye katılım düzeyinin hastane mülkiyeti değişkenine göre karşılaştırıldığında yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=13.005$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu adı geçen farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların, özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucuların aile hekimliği uygulamasına yönelik negatif bakış açısı bu ifadede de devam etmektedir. Devlet hastanelerinde hizmet veren sunucular, aile hekimliğinin sağlık hizmetlerinin verimini artıracak düşüncesini inandırıcı bulmamaktadırlar. İfadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistikî olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.885$, $p=0.004$). Buna göre, önceki ifadelerde söz konusu olan farklılık bu ifade için de geçerli olmakta ve hemşirelerin nispeten olumlu bakış açısı devam etmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 70’te gösterilmiştir.

Tablo 70’e göre sağlık hizmeti sunucuları, “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.137\pm 1.446$). Dolayısıyla sunucular, aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin özelleştirileceğine yönelik belli bir düşünce beslemektedirler.

“Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=19.625$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Isparta ilindeki katılımcıların Antalya ilindekilerden daha düşük puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu farklılıkta, aile hekimliği uygulamasının Isparta ilinde daha önce başlamış olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Aile hekimliğinin Isparta’da uzun zamandır uygulanması, hekimlerin ve hemşirelerin uygulama ile sağlık hizmetlerinin özelleştirildiğine dair bir izlenimlerinin olmaması nedeniye böyle bir sonucun çıkmış

olduğu düşünülmektedir. Antalya ilinde uygulamanın nispeten yeni başlamış olması ve bu ildeki skorların yüksek olması da bunu destekler niteliktedir.

Tablo 70. “Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	196	3.454	1.322
Isparta	201	2.806	1.455
Burdur	57	3.211	1.589
Karşılaştırmalar	$X^2=19.625, p=0.000$		
Cinsiyet			
Kadın	323	3.102	1.407
Erkek	131	3.221	1.541
Karşılaştırmalar	$Z=-0.897, p=0.369$		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.186	1.354
26–35	204	2.951	1.413
36–45	133	3.256	1.496
46–+	47	3.532	1.501
Karşılaştırmalar	$X^2=8.254, p=0.041$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	229	3.227	1.531
Üniversite Hastanesi	169	2.959	1.347
Özel Hastane	56	3.301	1.317
Karşılaştırmalar	$X^2=4.619, p=0.99$		
Meslek			
Hekim	190	3.084	1.492
Hemşire	264	3.174	1.414
Karşılaştırmalar	$Z=-0.601, p=0.548$		
Toplam	454	3.137	1.446

Cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırma yapıldığında, gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($Z=-0.897, p=0.369$). İfadeye katılım yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($X^2=8.254, p=0.041$). İkili karşılaştırmalarda bu farkın, 26–35 yaş grubundaki sunucuların, 46 yaş ve üzeri yaş grubundakilerden daha düşük puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu noktada, ileri yaş grubundaki hizmet sunucuların olumsuz bakış açısı devam etmekte ve sunucular aile hekimliğinin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine neden olacağını düşünmektedirler. İfadeye katılım düzeyi mülkiyet değişkenine ($X^2=4.619, p=0.099$) ve meslek değişkenine ($Z=-0.601, p=0.548$) göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Mülkiyet değişkeni açısından bir farklılık olmamakla birlikte, özel

hastanelerde görev yapan sunucuların ifadeden en yüksek skoru almaları dikkat çekmektedir. Özel hastanelerdeki sunucuların, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yol açacağına yönelik düşünceleri, diğer hastanelerdeki sunuculara oranla daha kuvvetlidir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 71’de gösterilmiştir.

Tablo 71. “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	2.323	1.371
Isparta	207	2.280	1.372
Burdur	58	2.207	1.507
Karşılaştırmalar	$X^2=0.509, p=0.775$		
Cinsiyet			
Kadın	334	2.356	1.367
Erkek	132	2.121	1.425
Karşılaştırmalar	$Z=-1.911, p=0.056$		
Yaş (Yıl)			
18-25	69	2.391	1.263
26-35	210	2.395	1.431
36-45	140	2.064	1.276
46-+	47	2.340	1.619
Karşılaştırmalar	$X^2=5.394, p=0.145$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	234	2.214	1.416
Üniversite Hastanesi	176	2.352	1.353
Özel Hastane	56	2.411	1.372
Karşılaştırmalar	$X^2=2.436, p=0.296$		
Meslek			
Hekim	194	2.139	1.326
Hemşire	272	2.397	1.421
Karşılaştırmalar	$Z=-1.877, p=0.061$		
Toplam	466	2.290	1.386

Tablo 71’e göre sağlık hizmeti sunmakla görevli olanlar, “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.290\pm 1.386$). Görüldüğü gibi sunucular, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam

edilmesinin hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacağı düşüncesinden oldukça uzaktırlar.

“Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” sunucuların katılım düzeyi il değişkenine ($X^2=0.509$, $p=0.775$), cinsiyet değişkenine ($Z=-1.911$, $p=0.056$), yaş değişkenine ($X^2=5.394$, $p=0.145$), hastane mülkiyeti değişkenine ($X^2=2.436$, $p=0.296$) ve meslek değişkenine ($Z=-1.877$, $p=0.061$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunanlar hiçbir gruba göre farklılaşmamışlardır. Dolayısıyla, sunucuların sözleşmeli istihdam seçeneğine soğuk baktıklarını ve bu seçeneğin hastanelerin personel sıkıntısına çözüm olacağına inanmadıklarını ifade etmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 72’de gösterilmiştir.

Tablo 72’ye göre sağlık hizmeti sunucuları, “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.834\pm 1.350$). Görüldüğü gibi sunucular, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesinin iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacağına yönelik oldukça güçlü bir kanata sahiptirler.

“Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($X^2=10.572$, $p=0.005$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, Isparta ilindeki katılımcıların Antalya ve Burdur illerindeki katılımcılardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Görüldüğü gibi, Burdur ilindeki sunucular, ifadeden en yüksek puanı almışlardır. Bunun, Burdur’da görüşme yapılan tüm katılımcıların devlet hastanesinde görev yapan sunuculardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Zira sözleşmeli istihdam uygulaması devlet hastanelerinde görev yapan hizmet sunucularını daha çok etkileyecek niteliktedir.

Tablo 72. “Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	3.995	1.248
Isparta	208	3.611	1.427
Burdur	59	4.068	1.311
Karşılaştırmalar	$X^2=10.572, p=0.005$		
Cinsiyet			
Kadın	335	3.782	1.368
Erkek	134	3.963	1.300
Karşılaştırmalar	$Z=-1.393, p=0.164$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.662	1.341
26–35	210	3.738	1.381
36–45	141	3.943	1.286
46–+	47	4.191	1.362
Karşılaştırmalar	$X^2=9.424, p=0.024$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	4.047	1.299
Üniversite Hastanesi	177	3.514	1.386
Özel Hastane	56	3.946	1.271
Karşılaştırmalar	$X^2=20.828, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	3.836	1.329
Hemşire	274	3.832	1.367
Karşılaştırmalar	$Z=-0.067, p=0.946$		
Toplam	469	3.834	1.350

Cinsiyet değişkeni açısından bir değerlendirme yapıldığıdaysa, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($Z=-1.393, p=0.164$). Yaş değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın mevcut olduğu saptanmıştır ($X^2=9.424, p=0.024$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, 18–25 yaş ve 26–35 yaş grubundaki sunucuların, 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi, hizmet sunucuların yaşı büyüdükçe ifadeye katılım oranları da artmaktadır. Diğer bir ifadeyle, ileri yaş grubundaki sunucular genç yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek seviyede, sözleşmeli istihdamın iş güvencesini ortadan kaldıracağını düşünmektedir. İleri yaş grubundaki sunucuların, sözleşmeli istihdam seçeneğine daha soğuk bakmaları ve bu nedenle böyle bir sonucun çıkması olasıdır. Genç yaş grubundaki sunucuların ise, günümüz çalışma şartlarında sözleşmeli çalışma seçeneğini daha kabul edilebilir bulmaları nedeniyle böyle bir sonucun çıkması ihtimal dahilindedir. Mülkiyet

değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=6.461$, $p=0.040$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki katılımcıların, üniversite hastanelerindeki katılımcılardan daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın bu nedenle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Bu noktada Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunuculardan beklenen sonucun çıktığını söylemek mümkündür. Çünkü adı geçen hastanelerde görev yapan sunucuların, ileride sözleşmeli çalışma ve iş güvencesinden yoksun kalma endişesi taşınmaları nedeniyle böyle bir sonucun çıkması mümkündür. Dikkat çekici olansa, özel hastanedeki sunucuların da yüksek oranda ifadeye katılmış olmalarıdır. Bu durumda, özel hastanelerde sözleşmeli olarak görev yapan hizmet sunucuların, iş güvencelerinin ortadan kalktığını düşündüklerini söylemek mümkündür. Meslek değişkeni açısından katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya koyulmuştur ($Z=-0.067$, $p=0.946$).

Bu noktada H_{26} ve H_{27} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{26} hipotezi için p değeri (0.000), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda iş güvencesinin ortadan kalkacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{26} hipotezi kabul edilmektedir. H_{27} hipotezi için ise p değeri (0.946), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda iş güvencesinin ortadan kalkacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır." olan H_{27} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının "Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 73'te gösterilmiştir.

Tablo 73'e göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, "Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir" ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.876\pm 1.273$). Görüldüğü gibi sunucular,

sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalmasının memurların performansını olumlu etkileyeceği düşüncesine oldukça sıcak bakmaktadırlar.

Tablo 73. “Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	4.030	1.097
Isparta	207	3.720	1.379
Burdur	58	3.897	1.398
Karşılaştırmalar	$X^2=3.869$, $p=0.144$		
Cinsiyet			
Kadın	333	3.961	1.252
Erkek	134	3.664	1.303
Karşılaştırmalar	$Z=-2.531$, $p=0.011$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.873	1.206
26–35	209	3.856	1.319
36–45	140	3.900	1.254
46–+	47	3.894	1.255
Karşılaştırmalar	$X^2=0.113$, $p=0.990$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	4.123	1.218
Üniversite Hastanesi	176	3.540	1.304
Özel Hastane	56	3.893	1.171
Karşılaştırmalar	$X^2=27.119$, $p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	3.497	1.286
Hemşire	272	4.147	1.194
Karşılaştırmalar	$Z=-6.126$, $p=0.000$		
Toplam	467	3.876	1.273

“Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=3.869$, $p=0.144$). Cinsiyet değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldığı ve bu farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($Z=-2.531$, $p=0.011$). Bu durumda, kadın sunucuların iş güvencesine sahip olmaları durumunda, daha iyi performans göstereceklerini söylemek mümkündür. İfadeye katılım düzeyi yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($X^2=0.113$, $p=0.990$).

Hastane mülkiyeti değişkenine göre bir değerlendirme yapıldığında ise, yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=27.119$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu adı geçen farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucuların, üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde memur statüsünde görev yapan hizmet sunucuların, ifadeye katılım düzeyi beklendiği gibi yüksek bir oranda gerçekleşmiştir. Bu noktada dikkat çekici olansa, özel hastanelerde görev yapan sunucuların da ifadeye önemli ölçüde katılması ve memur statüsünü desteklemesidir. Hatta beklenilenin aksine, özel hastanelerde görev yapan sunucular, üniversite hastanelerinde görev yapanlardan bile daha yüksek skor elde etmişlerdir. İfadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistikî olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-6.126$, $p=0.000$). Hemşirelerin sözleşmeli olarak çalışma şartlarının hekimlerden daha zor olduğu, daha düşük ücretlerle daha fazla ve daha zor koşullarda çalışmak zorunda kaldıkları, bu nedenle de ifadeye daha yüksek oranda katıldıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 74’te gösterilmiştir.

Tablo 74’e göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.972\pm 1.152$). Görüldüğü gibi sunucular, sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması gerektiğine yönelik oldukça güçlü bir kanaate sahiptirler. Bu sonuç, sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalmasının çalışanların performansını olumlu etkileyeceği yönündeki görüşle de örtüşmektedir.

“Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($X^2=21.141$, $p=0.000$).

Tablo 74. “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	3.816	1.175
Isparta	208	3.971	1.163
Burdur	58	4.517	0.843
Karşılaştırmalar	$X^2=21.141, p=0.000$		
Cinsiyet			
Kadın	333	4.060	1.101
Erkek	134	3.754	1.247
Karşılaştırmalar	$Z=-2.453, p=0.014$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	4.056	1.107
26–35	209	3.986	1.116
36–45	140	3.907	1.246
46–+	47	3.979	1.113
Karşılaştırmalar	$X^2=0.382, p=0.944$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	4.298	1.007
Üniversite Hastanesi	176	3.585	1.206
Özel Hastane	56	3.821	1.162
Karşılaştırmalar	$X^2=47.520, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	3.574	1.213
Hemşire	272	4.257	1.016
Karşılaştırmalar	$Z=-6.733, p=0.000$		
Toplam	467	3.972	1.152

Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın Burdur ilindeki katılımcıların, Antalya ve Isparta ilindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Aradaki bu farkın, Burdur ilinde görüşme yapılan sunucuların tamamının, devlet hastanesinde çalışmasından ve Sağlık Bakanlığı tarafından atanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni bazında karşılaştırıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.43, p=0.014$). Sağlık Bakanlığı tarafından atanmak iş güvencesi anlamına geleceği için, bu sonuç önceki ifadenin sonucu ile de örtüşmektedir. Dolayısıyla, kadınlar için iş güvencesinin daha önemli olduğu sonucuna ulaşılması mümkündür. Yaş değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir ($X^2=0.382, p=0.944$). Mülkiyet değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır ($X^2=47.520, p=0.000$). Yapılan ikili

karşılaştırmalar sonrasında bu farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki katılımcıların, özel hastanelerdeki ve üniversite hastanelerindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Beklendiği gibi, Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan sunucular, diğer hastanelerdeki sunuculara oranla ifadeyi daha fazla desteklemişlerdir. Bu noktada dikkat çekici olansa, özel hastanelerde görev yapan sizmet sunucularının da bu ifadeye yüksek bir skorla katılmalarıdır. Dolayısıyla, özel hastanelerdeki sunucuların da, Sağlık Bakanlığı tarafından göreve atanmayı bir avantaj olarak kabul ettiklerini söylemek mümkündür. İfadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($Z=-6.733$, $p=0.000$). Bakanlık tarafından atanmak, hemşireler için iş güvencesinin sağlanması anlamına geldiğinden, bu sonuç bir önceki bulgu ile de örtüşmektedir. Buna göre, hemşireler için iş güvencesi sağlanmasının hekimlere oranla daha önem arz ettiğini ifade etmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 75’te gösterilmiştir.

Tablo 75’e göre sağlık hizmeti sunucuları, “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.435\pm 1.535$). Görüldüğü gibi sunucular, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olacağı düşünce mesafeli durmaktadırlar.

“Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur” ifadesine sunucuların katılım düzeyi il değişkeni bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık belirlenmemiştir ($X^2=2.260$, $p=0.323$). Cinsiyet değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında, kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları ve bunun da anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.090$, $p=0.002$).

Tablo 75. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.272	1.379
Isparta	208	2.529	1.603
Burdur	59	2.661	1.758
Karşılaştırmalar	$X^2=2.260, p=0.323$		
Cinsiyet			
Kadın	335	2.576	1.536
Erkek	134	2.082	1.409
Karşılaştırmalar	$Z=-3.090, p=0.002$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.394	1.626
26–35	210	2.490	1.497
36–45	141	2.014	1.389
46–+	47	2.000	1.319
Karşılaştırmalar	$X^2=40.204, p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	2.386	1.538
Üniversite Hastanesi	177	2.249	1.464
Özel Hastane	56	3.232	1.525
Karşılaştırmalar	$X^2=17.835, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	1.928	1.274
Hemşire	274	2.796	1.604
Karşılaştırmalar	$Z=-5.887, p=0.000$		
Toplam	469	2.435	1.535

Yaş değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($X^2=40.204, p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın 18–25 yaş grubundaki sunucuların 26–35, 36–45 ve 46 ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 26–35 yaş grubundaki sunucuların da 36–45 ve 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi sunucuların yaşı ile ifadeye katılım düzeyi arasında ters bir orantı söz konusudur. Hizmet sunanların yaşı büyüdükçe ifadeye katılım düzeyi düşmektedir. Genç yaş grubundaki sunucuların, mesleğin ilk yıllarında olmaları ve maddi anlamda beklentilerinin henüz karşılanmaması nedeniyle, iyi hizmet sunumu için parayı bir güdüleme aracı olarak düşünmeleri olasıdır. Kurum değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=17.835, p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki farkın özel hastanelerdeki sunucuların, üniversite hastanelerindeki ve devlet

hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almaları nedeniyle söz konusu olduğu tespit edilmiştir. Beklendiği gibi, özel hastanelerde görev yapan hizmet sunucular, özel sektörün hizmet sunma mantığına uygun olarak, performansa göre ücretlendirme sistemi ile daha iyi hizmet sunumunun mümkün olacağını düşünmektedirler. Son olarak meslek değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($Z=-5.887$, $p=0.000$). Performansa göre ücretlendirme sistemi, hekimleri kapsamaktadır. Performansa göre ücretlendirme sisteminin daha iyi hizmet sunumuna neden olacağı yönündeki ifade, hekimlerin ancak daha fazla kazanç sağladıklarında daha iyi hizmet sunacakları gibi bir anlam içermektedir. Bu nedenle bu ifadenin hekimler tarafından destek görmediği düşünülmektedir. Bu durum, cinsiyet değişkeninde kadın katılımcıların büyük çoğunluğunu hemşireler oluşturduğu için, kadın sunucuların daha fazla puan almasını da açıklamaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 76’da gösterilmiştir.

Tablo 76’ya göre sağlık hizmeti sunumu ile görevli olanlar, “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.340\pm 1.400$). Görüldüğü gibi sunucular, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatını artıracığına yönelik belli bir inanç beslemektedir.

“Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine katılım düzeyi, il değişkeni ($X^2=1.836$, $p=0.399$), cinsiyet değişkeni ($Z=-0.875$, $p=0.382$), yaş değişkeni ($X^2=3.331$, $p=0.343$), hastane mülkiyeti değişkeni ($X^2=0.310$, $p=0.856$) ve meslek değişkeni ($Z=-0.411$, $p=0.681$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 76. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	3.418	1.321
Isparta	208	3.236	1.447
Burdur	59	3.441	1.489
Karşılaştırmalar	$\chi^2=1.836, p=0.399$		
Cinsiyet			
Kadın	334	3.305	1.398
Erkek	134	3.425	1.406
Karşılaştırmalar	$Z=-0.875, p=0.382$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.507	1.229
26–35	210	3.224	1.418
36–45	140	3.457	1.421
46–+	47	3.255	1.481
Karşılaştırmalar	$\chi^2=3.331, p=0.343$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	3.345	1.518
Üniversite Hastanesi	177	3.328	1.250
Özel Hastane	56	3.357	1.354
Karşılaştırmalar	$\chi^2=0.310, p=0.856$		
Meslek			
Hekim	195	3.313	1.385
Hemşire	273	3.359	1.413
Karşılaştırmalar	$Z=-0.411, p=0.681$		
Toplam	468	3.340	1.400

Görüldüğü gibi, sağlık hizmeti sunucuları gruplar arasında farklılaşmamakta ve performansa göre ücretlendirme sistemi ile sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağı yönünde görüş belirtmektedir. Bu noktada, özel hastanelerdeki sunucuların az bir farkla da olsa, ifadeye en yüksek seviyede katılım göstermeleri dikkat çekmektedir. Dolayısıyla özel hastanelerde görev yapan sunucular, performansa göre ücretlendirme ile sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağını düşünmekle birlikte, bu durumun sağlık hizmetlerinin fiyatını artıracaklarını da ifade etmektedirler.

Bu noktada H_{28} ve H_{29} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{28} hipotezi için p değeri (0.343), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların yaşına göre farklılaşmaktadır.” olan H_{28} hipotezi reddedilmektedir. H_{29} hipotezi için ise p değeri (0.681), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağına ilişkin

düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.” olan H₂₉ hipotezi de reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 77’de gösterilmiştir.

Tablo 77. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İİ			
Antalya	202	2.243	1.395
Isparta	208	2.514	1.513
Burdur	57	2.456	1.680
Karşılaştırmalar	X²=3.397, p=0.183		
Cinsiyet			
Kadın	333	2.502	1.502
Erkek	134	2.112	1.418
Karşılaştırmalar	Z=-2.604, p=0.009		
Yaş (Yıl)			
18–25	70	3.186	1.526
26–35	210	2.510	1.557
36–45	140	1.993	1.255
46–+	47	1.851	1.161
Karşılaştırmalar	X²=33.649, p=0.000		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	234	2.368	1.500
Üniversite Hastanesi	177	2.181	1.390
Özel Hastane	56	3.143	1.519
Karşılaştırmalar	X²=17.785, p=0.000		
Meslek			
Hekim	195	1.872	1.222
Hemşire	272	2.761	1.550
Karşılaştırmalar	Z=-6.340, p=0.000		
Toplam	467	2.390	1.487

Tablo 77’ye göre sağlık hizmeti sunucuları, “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar (X=2.390±1.487). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığı düşüncesine oldukça soğuk bakmaktadırlar.

“Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=3.397$, $p=0.183$). Cinsiyet değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında ise, kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($Z=-2.604$, $p=0.009$). İfadeye sunucuların katılım düzeyi yaş değişkeni açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=33.649$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın, 18–25 yaş grubundaki katılımcıların, 26–35, 36–45 ve 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcılardan; 26–35 yaş grubundaki katılımcıların da 36–45 ve 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksek puan almaları nedeniyle olduğu ortaya koyulmuştur. Dikkat edileceği üzere yine yaşla ters orantılı bir durum karşımıza çıkmaktadır. Sunucuların yaşı büyüdükçe, ifadeye katılım düzeyi düşmektedir. Bu noktada ileri yaş grubundaki sunucuların, sağlık hizmetlerinin kalitesini ücretlendirme sisteminden bağımsız gördüklerini söylemek mümkündür. Genç yaş grubundakiler ise, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için, ücretlendirme sisteminin bir güdüleme aracı olabileceğini düşünmektedirler. Hastane mülkiyeti değişkenine göre ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=17.785$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu adı geçen farkın, özel hastanelerdeki sunucuların, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi, özel hastanelerde çalışan hizmet sunucular, ifadeye en yüksek puanla katılmışlardır. Özel sektörde, hizmet sunma felsefesine uygun olarak kalite vurgusunun daha ön planda olduğu bir gerçektir. Bu gerçekten hareketle, özel hastanelerdeki hizmet sunucuların kalitenin artırılması için performansa göre ücretlendirmeyi bir araç olarak düşündükleri kabul edilmektedir. İfadeye katılım düzeyi meslek değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistikî olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-6.340$, $p=0.000$). Bu durumda, hekimlerin kaliteli hizmet sunmak için performansa göre ücretlendirmeyi bir araç olarak kabul etmediklerini ve bu nedenle ifadeye daha düşük düzeyde katıldıklarını söylemek mümkündür. Bu sonuç, cinsiyet değişkenindeki farklılığı da açıklamaktadır.

Bu noktada H_{30} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{30} hipotezi için p değeri (0.000), 0.05'ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{30} hipotezi kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 78’de gösterilmiştir.

Tablo 78. “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	2.351	1.371
Isparta	208	2.788	1.619
Burdur	59	2.763	1.664
Karşılaştırmalar	$X^2=7.719, p=0.021$		
Cinsiyet			
Kadın	335	2.713	1.577
Erkek	134	2.306	1.389
Karşılaştırmalar	$Z=-2.401, p=0.016$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.338	1.594
26–35	210	2.657	1.546
36–45	141	2.262	1.437
46–+	47	2.213	1.267
Karşılaştırmalar	$X^2=25.543, p=0.000$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	2.619	1.557
Üniversite Hastanesi	177	2.311	1.446
Özel Hastane	56	3.411	1.437
Karşılaştırmalar	$X^2=21.908, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	2.185	1.350
Hemşire	274	2.891	1.593
Karşılaştırmalar	$Z=-4.787, p=0.000$		
Toplam	469	2.597	1.535

Tablo 78’e göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.597\pm 1.535$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları,

performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık çalışanlarının motivasyonunu artıracacağı düşüncesine sıcak bakmamaktadırlar.

“Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır” ifadesine katılım düzeyi il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=7.719$, $p=0.021$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın Isparta ilindeki sunucuların Antalya ilindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında, kadın sunucuların erkek sunuculardan daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($Z=-2.401$, $p=0.016$). Yaş değişkeni doğrultusunda katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($X^2=25.543$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda söz konusu farkın 18–25 yaş grubundaki katılımcıların, 26–35, 36–45 ve 46 ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan; 26–35 yaş grubundaki katılımcıların da 36–45 yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yine hizmet sunucuların yaşı ile ifadeye katılım düzeyleri arasında ters bir orantı olduğu görülmektedir. Bu noktada, genç yaş grubundaki sunucuların performansa göre ücretlendirmeyi bir motivasyon aracı olarak görmelerine karşılık, ileri yaş grubundakiler bu düşünceye mesafeli yaklaşmaktadırlar. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından sunucuların katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılmıştır ($X^2=21.908$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sunucuların özel hastanelerdeki sunuculardan daha düşük buna karşılık üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından ve özel hastanelerdeki sunucuların üniversite hastanelerindeki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu noktada özel hastanelerde görev yapan sunucuların, özel sektörün hizmet mantığına uygun şekilde, ücretlendirmeyi bir motivasyon aracı olarak gördüklerini ve ifadeyi desteklediklerini söylemek mümkündür. İfadeye katılım düzeyi meslek değişkenine göre karşılaştırıldığında ise hemşirelerin hekimlerden daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistikî açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($Z=-4.787$, $p=0.000$). Görüldüğü gibi hekimlerle hemşireler arasında önemli bir fark söz konusudur.

Performansa göre ücretlendirme sistemi hemşireleri kapsamamaktadır. Yapılan görüşmelerde bu durumun hemşireler arasında hoşnutsuzluk yarattığı görülmüştür. Hemşireler, performansa göre ücretlendirmenin iş yüklerini artırdığı, buna karşılık ücretlerinde bir artışa yol açmadığı yönünde görüş belirtmişler ve performansa göre ücretlendirmenin kendilerini de kapsamaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Performansa göre ücretlendirme ile ücretlerinin artacağını düşünen hemşireler, bu durumun motivasyonlarını da olumlu etkileyeceğini belirtmişlerdir. Çıkan sonuç da bu durumu destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 79’da gösterilmiştir.

Tablo 79. “Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	202	3.797	1.231
Isparta	208	3.659	1.363
Burdur	59	3.780	1.486
Karşılaştırmalar	$X^2=1.287, p=0.525$		
Cinsiyet			
Kadın	335	3.696	1.312
Erkek	134	3.828	1.352
Karşılaştırmalar	$Z=-1.262, p=0.207$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.423	1.390
26–35	210	3.605	1.352
36–45	141	4.092	1.121
46–+	47	3.702	1.458
Karşılaştırmalar	$X^2=15.677, p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	236	3.903	1.351
Üniversite Hastanesi	177	3.712	1.202
Özel Hastane	56	3.089	1.392
Karşılaştırmalar	$X^2=20.427, p=0.000$		
Meslek			
Hekim	195	3.851	1.257
Hemşire	274	3.650	1.365
Karşılaştırmalar	$Z=-1.453, p=0.146$		
Toplam	469	3.733	1.323

Tablo 79'a göre sağlık hizmeti sunucuları, "Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur" ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.733\pm 1.323$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları, performansa göre ücretlendirme sisteminin gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olacağını düşünmektedirler.

"Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur" ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkeni ($X^2=1.287$, $p=0.525$) ve cinsiyet değişkeni ($Z=-1.262$, $p=0.207$) doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Yaş değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın mevcut olduğu saptanmıştır ($X^2=15.677$, $p=0.001$).

Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, 36–45 yaş grubundaki sunucuların, 18–25 yaş ve 26–35 yaş grubundaki sunuculardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Genç yaş grubundaki sunucuların bu yöndeki kaygılarının daha düşük olduğu görülmektedir. İleri yaş grubundakilerin, performansa göre ücretlendirmenin gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına yol açabileceğine yönelik düşüncelerinin ise daha kuvvetli olduğu görülmektedir. Bu sonuç, önceki bulgularla da örtüşmektedir. Zira genç yaş grubundaki sunucular performansa göre ücretlendirmeye daha olumlu yaklaşmaktadırlar. Mülkiyet değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=20.427$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki katılımcıların üniversite hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki katılımcılardan; üniversite hastanelerindeki katılımcıların da özel hastanelerdeki katılımcılardan daha yüksek puan almaları nedeniyle bu farkın ortaya çıktığı belirlenmiştir. Görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucular, ifadeyi büyük ölçüde desteklemişlerdir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa göre ücretlendirme sistemi uygulanması nedeniyle, bu hastanelerdeki sunucuların gelişmeleri yakından takip etmeleri ve performansa göre ücretlendirme sisteminin gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olduğuna şahit olmaları nedeniyle böyle bir sonucun çıktığı düşünülmektedir. Meslek değişkeni açısından katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise,

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya koyulmuştur ($Z=-1.453$, $p=0.146$).

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 80’de gösterilmiştir.

Tablo 80. “Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	201	3.527	1.393
Isparta	207	3.411	1.607
Burdur	59	3.458	1.695
Karşılaştırmalar	$X^2=0.162$, $p=0.922$		
Cinsiyet			
Kadın	335	3.304	1.537
Erkek	132	3.879	1.430
Karşılaştırmalar	$Z=-3.856$, $p=0.000$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	3.310	1.430
26–35	210	3.252	1.537
36–45	141	3.716	1.523
46–+	45	3.933	1.483
Karşılaştırmalar	$X^2=15.888$, $p=0.001$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	235	3.587	1.578
Üniversite Hastanesi	177	3.508	1.423
Özel Hastane	55	2.818	1.504
Karşılaştırmalar	$X^2=12.822$, $p=0.002$		
Meslek			
Hekim	193	3.850	1.455
Hemşire	274	3.197	1.523
Karşılaştırmalar	$Z=-4.891$, $p=0.000$		
Toplam	467	3.467	1.528

Tablo 80’e göre sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar, “Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır” ifadesine önemli katılmaktadırlar ($X=3.467\pm 1.528$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları, performansa göre ücretlendirme sisteminin tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olabileceğine yönelik belirli bir kanı belirtmektedirler.

“Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($X^2=0.162$, $p=0.922$). Sunucuların ifadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğindeyse, kadın sunucuların erkek sunuculardan daha düşük puan aldıkları ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.856$, $p=0.000$).

Yaş değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın mevcut olduğu saptanmıştır ($X^2=15.888$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, 18–25 yaş ve 26–35 yaş grubundaki sunucuların, 36–45 yaş ve 46 yaş ve üzeri yaş grubundaki sunuculardan daha düşük puan almalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Görüldüğü üzere, genç yaş grubundaki katılımcılar, ileri yaş grubundakilere oranla ifadeye daha düşük oranda katılmışlardır. Bu sonucu, genç yaş grubundaki hizmet sunucuların performansa göre ücretlendirme sistemine ilişkin olumlu bakış açılarının bir yansıması olarak görmek mümkündür. Mülkiyet değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında, yine gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=12.822$, $p=0.002$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde, özel hastanelerdeki katılımcıların Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde görev yapan katılımcılardan daha düşük puan aldıkları ve aradaki farkın bu nedenle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Meslek değişkeni açısından katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya koyulmuştur ($Z=-4.891$, $p=0.000$). Performansa göre ücretlendirme ile ilgili önceki ifadelerden farklı olarak, bu ifadeye hekimlerin hemşirelerden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Hastanın tedavi edilip edilmeyeceğine ya da hangi yöntemlerle tedavi edileceğine karar veren hekimlerdir. Bu noktada hekimlerin performansa göre ücretlendirme ile zahmetli hastalıkları tedaviden kaçınma arasında ciddi bir bağ kurduklarını söylemek mümkündür. Bu sonuç, cinsiyet değişkenindeki farklılığı da açıklayıcı niteliktedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesinden aldıkları puanların

bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 81’de gösterilmiştir.

Tablo 81. “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	203	2.857	1.517
Isparta	207	2.821	1.495
Burdur	59	2.932	1.649
Karşılaştırmalar	$X^2=0.436, p=0.804$		
Cinsiyet			
Kadın	335	2.913	1.542
Erkek	134	2.694	1.462
Karşılaştırmalar	$Z=-1.381, p=0.167$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	2.986	1.617
26–35	210	2.895	1.483
36–45	140	2.729	1.531
46–+	47	2.809	1.555
Karşılaştırmalar	$X^2=1.875, p=0.599$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	237	2.844	1.583
Üniversite Hastanesi	177	2.921	1.459
Özel Hastane	55	2.655	1.456
Karşılaştırmalar	$X^2=1.413, p=0.493$		
Meslek			
Hekim	194	2.711	1.471
Hemşire	275	2.949	1.551
Karşılaştırmalar	$Z=-1.623, p=0.105$		
Toplam	469	2.851	1.522

Tablo 81’e göre sağlık hizmeti sunucuları, “Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.851\pm 1.522$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları, daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerektiği düşüncesine sıcak bakmamaktadırlar.

“Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($X^2=0.436, p=0.804$), cinsiyet değişkeni ($Z=-1.381, p=0.167$), yaş değişkeni ($X^2=1.875, p=0.599$), mülkiyet değişkeni ($X^2=1.413, p=0.493$) ve meslek değişkeni ($Z=-1.623, p=0.105$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. İfadeye katılım düzeyi açısından gruplar arasında herhangi bir farklılığın ortaya çıkmadığı

görülmektedir. Özel hastanelerde görev yapan sunucuların, diğerlerine oranla ifadeye düşük düzeyde katılımı dikkat çekmektedir. Özel hastanelerde görev yapan sunucular, daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla harcama yapılması gerektiği fikrine uzak görünmektedirler. Bu noktada, özel hastanelerde sağlık hizmetlerinin daha pahalı olduğu yönündeki algının önüne geçmek için böyle bir sonucun çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti sunucularının “Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 82’de gösterilmiştir.

Tablo 82. “Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	230	3.847	1.317
Isparta	208	3.913	1.363
Burdur	59	4.203	1.349
Karşılaştırmalar	$X^2=7.018, p=0.030$		
Cinsiyet			
Kadın	335	4.048	1.256
Erkek	135	3.607	1.497
Karşılaştırmalar	$Z=-2.754, p=0.006$		
Yaş (Yıl)			
18–25	71	4.141	1.222
26–35	210	3.867	1.363
36–45	141	3.950	1.327
46–+	47	3.723	1.470
Karşılaştırmalar	$X^2=3.341, p=0.330$		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	237	4.000	1.372
Üniversite Hastanesi	177	3.746	1.330
Özel Hastane	56	4.143	1.212
Karşılaştırmalar	$X^2=9.159, p=0.010$		
Meslek			
Hekim	195	3.605	1.451
Hemşire	275	4.145	1.215
Karşılaştırmalar	$Z=-4.227, p=0.000$		
Toplam	470	3.921	1.343

Tablo 82’ye göre sağlık hizmeti sunucuları, “Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır” ifadesine

büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.921\pm 1.343$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları, hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesinin hastanelerin performansını artıracak fikrini desteklemektedirler.

“Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır” ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($X^2=7.018$, $p=0.030$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, Burdur ilindeki katılımcıların Antalya ve Isparta illerindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Burdur ilinde sadece devlet hastanesinde görev yapan sunucularla görüşülmüştür. Bu sonuç, Burdur’daki hizmet sunucuların hastanedeki yönetim yapısından memnun olmadıklarını ve yönetim yapısında yöneticilik eğitimi almış kişilerin bulunması halinde hastane performansının artacağını düşündüklerini göstermektedir.

Cinsiyet değişkeni açısından bir değerlendirme yapıldığında ise, kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.754$, $p=0.006$). Yaş değişkeni doğrultusunda ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptanmıştır ($X^2=3.341$, $p=0.342$). Hastane mülkiyeti değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında, yine gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=9.159$, $p=0.010$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde bu farkın, üniversite hastanelerindeki katılımcıların Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki katılımcılardan daha düşük puan almaları nedeniyle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Bu noktada, üniversite hastanelerinde görev yapan sunucuların mevcut yönetim yapısından, diğer hastanelerdeki sunuculara oranla daha memnun olduklarını ve ifadeye daha az katıldıklarını söylemek mümkündür. Diğer yandan, özel hastanelerdeki sunucuların aldığı puan da dikkat çekmektedir. Özel hastanelerde görev yapan hizmet sunucuların, mevcut yönetim yapısına karşı daha fazla hoşnutsuzluklarının olduğunu söylemek mümkündür. Meslek değişkeni açısından katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise, hekimlerin hemşirelerden daha düşük puan aldıkları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya

koyulmuştur ($Z=-4.227$, $p=0.000$). Bu durum, hemşirelerin mevcut yönetim yapısından hekimlere oranla daha memnuniyetsiz olduklarını ve yönetim yapısının değişmesi durumunda hastane performanslarının artacağını düşündüklerini göstermektedir. Cinsiyet değişkeninin de bu çerçevede değerlendirilmesi mümkündür.

5.4. Sağlık Hizmeti Yöneticilerine Ait Araştırma Bulgularının Sunumu ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın üçüncü ayağını ise, sağlık hizmeti yöneticilerine (hastane başhekimleri ve başhekim yardımcıları, hastane başhemşireleri ve başhemşire yardımcıları, hastane müdürleri ve müdür yardımcıları) yöneltilen sorular oluşturmaktadır. Çalışmada, sağlık hizmeti yöneticileri ifadesi ile hastane başhekimleri ve başhekim yardımcıları, hastane başhemşireleri ve başhemşire yardımcıları, hastane müdürleri ve müdür yardımcıları kastedilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada hastane başhekimleri ve başhekim yardımcıları, hastane başhemşireleri ve başhemşire yardımcıları, hastane müdürleri ve müdür yardımcıları ifadeleri yerine, bunları kapsayacak şekilde sağlık hizmeti yöneticileri ya da kısaca yöneticiler ifadesi kullanılacaktır. Araştırmanın ilk bölümünde sağlık hizmeti yöneticilerine çeşitli demografik sorular yöneltilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin demografik sorulara verdikleri cevaplar ve yöneticilerin bu değişkenlere göre dağılımı Tablo 83'te gösterilmektedir.

Tablo 83'te de görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri; görev yaptıkları il, cinsiyet, yaş ve görev yaptıkları hastanenin mülkiyeti (Sağlık Bakanlığı, özel, üniversite) gibi bağımsız değişkenler açısından incelenmiştir. Buna göre çalışmaya Antalya, Isparta ve Burdur illerinden toplam 38 sağlık hizmeti yöneticisi katılmıştır. Bunlardan %31.6'sı (12 kişi) Antalya'daki, %39.5'i (15 kişi) Isparta'daki ve %28.9'u (11 kişi) Burdur'daki hastanelerde görev yapmaktadır. Çalışmaya katılanların %47.4'ü (18 kişi) kadınlardan, %52.6'sı (20 kişi) da erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan yöneticilerin %21.1'i (8 kişi) 26–35 yaş grubunda, %36.8'i (14 kişi) 36–45 yaş grubunda ve %42.1'i (16 kişi) 46 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Çalışma kapsamındaki üç il genelinde sağlık hizmeti yöneticilerinin %81.6'sı (31 kişi) Sağlık Bakanlığı hastanesinde, %10.5'i (4 kişi) üniversite hastanesinde ve %7.9'u (3 kişi) özel hastanede görev yapmaktadır.

Tablo 83. Sağlık Hizmeti Yöneticilerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
İl		
Antalya	12	31.6
Isparta	15	39.5
Burdur	11	28.9
Cinsiyet		
Kadın	18	47.4
Erkek	20	52.6
Yaş (Yıl)		
26-35	8	21.1
36-45	14	36.8
46-+	16	42.1
Hastane Mülkiyeti		
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	81.6
Üniversite Hastanesi	4	10.5
Özel Hastane	3	7.9
Toplam	38	100.0

Araştırmanın ikinci bölümünde ise sağlık hizmeti yöneticilerine otuz üç tane ifade yöneltilmiş ve yöneticilerden bu ifadelere “Hiç Katılmıyorum (1)”-“Tamamen Katılıyorum (5)” aralığında yer alan yanıtlarından birini vermeleri istenmiştir. Araştırmada sağlık hizmeti sunucularına sorulan ifadelerin toplu halde aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 84’te gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere sağlık hizmeti yöneticileri ifadelerin bazılarında daha yüksek oranda katılım gösterirken bazılarında da daha düşük seviyelerde katılmışlardır. Bunun yanında bazı ifadeler ise orta düzeyde ya da orta düzeye çok yakın oranlarda katılmışlardır. Öncelikle Tablo 84’te öne çıkan ve katılım oranının yüksek veya düşük olduğu ifadeler üzerinde kısaca durulacaktır. Daha sonra ifadeler tek tek ele alınacak ve bağımsız değişkenler çerçevesinde ifadeye katılım düzeyinde farklılık olup olmadığı üzerinde durulacaktır.

Tablo 84. Sağlık Hizmeti Yöneticilerine Yöneltilen İfadelere Verilen Cevapların Sayıları (n), Aritmetik Ortalamaları (X) ve Standart Sapmaları (S)

Boyut	Sıra	Sorular	n	X	S
Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi	1	Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir.	38	2.132	1.398
	2	Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar.	38	3.526	1.466

Sağlık Hizmetlerine Ulaşım	3	Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur.	38	4.447	1.032
	4	Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir.	38	4.447	.950
	5	Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir.	38	4.211	1.094
Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti	6	Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüşe yol açmıştır.	38	3.421	1.308
	7	Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK'ya olan maliyetini artırmıştır.	38	3.605	1.424
Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı	8	Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar.	38	2.211	1.339
	9	Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır.	38	3.000	1.507
	10	KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	38	3.237	1.240
	11	KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri'ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır.	38	2.263	1.369
	12	KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır.	38	3.289	1.450
Personel İstihdamı	13	Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır.	38	2.342	1.632
	14	Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır.	38	2.500	1.466
	15	Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır.	38	3.079	1.531
	16	Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır.	38	2.763	1.550
	17	Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir.	38	3.421	1.426
	18	Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır.	38	3.947	1.207
Performansa Göre Ücretlendirme	19	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır.	38	2.974	1.602
	20	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir.	38	3.026	1.668
	21	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	38	2.921	1.600
	22	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır.	38	3.026	1.684
	23	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır.	38	3.263	1.589
SDP'nin Uygulanması	24	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı.	38	3.868	1.319
	25	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır.	38	2.421	1.368
	26	Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi.	38	2.263	1.083
	27	Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür.	38	2.763	1.195
	28	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır.	38	2.921	1.323
	29	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır.	38	2.789	1.277
	30	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır.	38	2.500	1.390
	31	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır.	38	3.342	1.341
	32	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır.	38	2.447	1.245
Diğer Sorular	33	Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır.	38	2.711	1.469

Sağlık hizmeti yöneticilerinin yüksek oranda katıldığı ifadelerin başında “Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur” ifadesi gelmektedir ($X=4.447\pm 1.032$). İfadeden alınan puandan da görüleceği gibi, sağlık hizmeti yöneticileri ifadeye önemli düzeyde katılmaktadırlar. Dolayısıyla yöneticiler, kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesini oldukça olumlu bulmaktadırlar. Katılım düzeyinin yüksek olduğu bir diğer ifade, “Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesidir ($X=4.447\pm 0.950$). Buna göre yöneticiler, önceki ifadede olduğu gibi hastaların diledikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmelerini oldukça olumlu bulmaktadırlar. “Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesi de sağlık hizmeti yöneticilerinin oldukça önemli oranda katıldıkları ifadelerden biridir ($X=4.211\pm 1.094$). Dolayısıyla yöneticiler kamu sağlık sigortalarına mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmelerini oldukça olumlu bulmaktadırlar. Sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyinin yüksek olduğu bir diğer ifade de “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” ifadesidir ($X=3.947\pm 1.207$). Yöneticiler, sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yönündeki uygulamaya oldukça önemli düzeyde katılmaktadırlar. Katılım düzeyinin yüksek olduğu bir diğer ifade ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı” ifadesidir ($X=3.868\pm 1.319$). Buna göre sağlık hizmeti yöneticilerinin, SDP öncesinde sağlık sisteminde köklü bir değişim gerektiğine yönelik inançları kuvvetli görünmektedir.

Sağlık hizmeti yöneticilerinin düşük puanlarla katıldığı ifadelerin başında ise, “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesi gelmektedir ($X=2.132\pm 1.398$). Buna göre sağlık hizmeti yöneticileri, Sağlık Bakanlığı'nın sadece düzenleme ve koordinasyondan sorumlu olmasına ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesine oldukça mesafeli yaklaşmaktadır. Yöneticilerin düşük seviyede katıldığı bir diğer ifade de, “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” ifadesidir ($X=2.211\pm 1.339$). Görüldüğü gibi

yöneticiler, hastanelerin KHBT doğrultusunda bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesi durumunda daha iyi hizmet sunacakları fikrine sıcak bakmamaktadırlar. Yöneticilerin düşük düzeyde katıldıkları bir diğer ifade ise, “KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır” ifadesidir ($X=2.263\pm 1.369$). Dolayısıyla sağlık yöneticileri, KHBT doğrultusunda hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devredilmesi durumunda daha iyi hizmet verecekleri düşüncesine katılma düzeyleri oldukça düşük kalmaktadır. Benzer durumdaki diğer bir ifade, “Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır” şeklindeki ifadedir ($X=2.342\pm 1.632$). Buna göre yöneticiler, hemşire ve laborant gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılmasının sağlık hizmetlerinin maliyetini artıracığı düşüncesine sıcak bakmamaktadırlar. Sağlık hizmeti yöneticilerinin düşük seviyede katıldıkları bir diğer ifade, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır” ifadesidir ($X=2.421\pm 1.368$). Dolayısıyla yöneticiler, SDP’nin hazırlanması sırasında hastane yöneticilerinin görüşlerinin yeteri kadar alınmadığını düşünmektedirler. Yöneticilerin düşük düzeyde katıldıkları ifadelerden biri de “Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi” ifadesidir ($X=2.263\pm 1.083$). Buradan da görüldüğü gibi yöneticiler, SDP öncesinde hastanelerinin altyapısının hazır olmadığını düşünmektedirler. Düşük katılımlı ifadelerden sonuncusu ise, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır” ifadesidir ($X=2.247\pm 1.245$). Buna göre yöneticiler, SDP sonrasında hastane gelirlerinin arttığı düşüncesine oldukça mesafeli yaklaşmaktadırlar.

5.4.1. Sağlık Hizmeti Yöneticilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Görüşlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 85’te gösterilmiştir.

Tablo 85. “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.583	1.676
Isparta	15	1.867	0.990
Burdur	11	2.000	1.549
Karşılaştırmalar	F=0.941, p=0.400		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.222	1.478
Erkek	20	2.050	1.356
Karşılaştırmalar	t=0.375, p=0.710		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.000	1.309
36-45	14	2.214	1.424
46-+	16	2.125	1.500
Karşılaştırmalar	X²=0.259, p=0.611		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.065	1.389
Üniversite Hastanesi	4	1.250	0.500
Özel Hastane	3	4.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=6.109, p=0.047		
Toplam	38	2.132	1.398

Tablo 85’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri, “Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesine biraz katılmaktadırlar ($X=2.132\pm 1.398$). Bu durum, yöneticilerin Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerinden düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi fikrine oldukça mesafeli yaklaşıtlarını göstermektedir.

“Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir” ifadesi, iller bazında ($F=0.941, p=0.400$), cinsiyet değişkeni doğrultusunda ($t=0.375, p=0.710$) ve yaş değişkeni ekseninde ($X^2=0.259, p=0.611$) karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından ifadeye katılım düzeni karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır ($X^2=6.109, p=0.047$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın özel hastanelerdeki yöneticilerin Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki yöneticilerden daha yüksek puan almalarından

kaynaklandığı saptanmıştır. Beklendiği gibi özel hastanelerde görev yapan yöneticiler, ifadeye büyük ölçüde katılmışlardır. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumunu devretmesi, özel sektör için daha fazla iş olanağı anlamına gelmektedir. Bu nedenle özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin, ifadeyi ciddi oranda desteledikleri düşünülmektedir. Bu noktada dikkat çeken ise, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yöneticilerin üniversite hastanelerindeki yöneticilerden daha yüksek katılım göstermeleri olmuştur. Dolayısıyla üniversite hastanelerindeki yöneticilerin bu konuda ciddi bir karşı duruşu söz konusudur.

Bu noktada H_{31} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{31} hipotezi için p değeri (0.047), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{31} hipotezi kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 86'da gösterilmiştir.

Tablo 86'ya göre; sağlık hizmeti yöneticileri, "Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar" ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.526\pm 1.466$). Dolayısıyla yöneticiler sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağını düşünmektedirler. Bu sonuç bir önceki ifadeye ilişkin bulgularla da örtüşmektedir.

"Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar" ifadesi, illere ($F=0.232$, $p=0.794$), cinsiyet değişkenine ($t=-0.543$, $p=0.590$) ve yaş değişkenine ($X^2=0.079$, $p=0.779$) göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Kurum değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu görülmüştür ($X^2=9.772$, $p=0.008$).

Tablo 86. “Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.583	1.782
Isparta	15	3.333	1.291
Burdur	11	3.727	1.421
Karşılaştırmalar	F=0.232, p=0.794		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.389	1.501
Erkek	20	3.650	1.461
Karşılaştırmalar	t=-0.543, p=0.590		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.875	1.642
36-45	14	3.143	1.610
46-+	16	4.188	0.981
Karşılaştırmalar	X²=0.079, p=0.779		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.935	1.124
Üniversite Hastanesi	4	2.250	1.893
Özel Hastane	3	1.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=9.772, p=0.008		
Toplam	38	3.526	1.466

Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farklılığın devlet hastanelerindeki yöneticilerin, özel hastanelerdeki yöneticilerden daha yüksek puan almasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu noktada beklenen yönde bir sonuç çıkmış, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yöneticiler ifadeye büyük ölçüde katılırken, özel hastanelerdeki yöneticiler ifadeye hiç katılmamışlardır. Dolayısıyla yöneticiler, görev yaptıkları kurumu destekler nitelikte görüş belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 87’de gösterilmiştir.

Tablo 87’ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri, “Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=4.447\pm 1.032$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesini olumlu bir gelişme olarak nitelendirmektedir.

Tablo 87. “Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	4.417	0.900
Isparta	15	4.533	0.834
Burdur	11	4.364	1.433
Karşılaştırmalar	F=0.089, p=0.915		
Cinsiyet			
Kadın	18	4.111	1.231
Erkek	20	4.750	0.716
Karşılaştırmalar	t=-1.979, p=0.055		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	4.625	0.518
36-45	14	4.500	1.092
46+	16	4.313	1.195
Karşılaştırmalar	X²=0.086, p=0.769		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	4.387	1.116
Üniversite Hastanesi	4	4.750	0.500
Özel Hastane	3	4.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=0.177, p=0.915		
Toplam	38	4.447	1.032

“Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.089$, $p=0.915$), cinsiyet değişkeni ($t=-1.979$, $p=0.055$), yaş değişkeni ($X^2=0.086$, $p=0.769$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=0.177$, $p=0.915$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla gruplar arasında bir farklılaşma ortaya çıkmamış ve yöneticiler kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesini olumlu bir gelişme olarak değerlendirmişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 88’de gösterilmiştir.

Tablo 88’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri, “Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=4.447\pm 1.032$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, hastaların

istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmelerini olumlu bir gelişme olarak değerlendirmektedirler.

Tablo 88. “Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	4.250	1.138
Isparta	15	4.533	0.834
Burdur	11	4.545	0.934
Karşılaştırmalar	F=0.366, p=0.696		
Cinsiyet			
Kadın	18	4.444	0.984
Erkek	20	4.450	0.945
Karşılaştırmalar	t=-0.018, p=0.986		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	4.875	0.354
36-45	14	4.714	0.469
46-+	16	4.000	1.265
Karşılaştırmalar	X²=0.715, p=0.398		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	4.484	0.926
Üniversite Hastanesi	4	3.750	1.258
Özel Hastane	3	5.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=4.381, p=0.112		
Toplam	38	4.447	0.950

“Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkeni (F=0.366, p=0.696), cinsiyet değişkeni (t=-0.018, p=0.986), yaş değişkeni (X²=0.715, p=0.398) ve mülkiyeti değişkeni (X²=4.381, p=0.112) esas alınarak karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Gruplar arasında herhangi bir farklılaşmanın olmadığı bu ifadeye, özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin ifadeye katılım düzeyi dikkat çekmektedir. Özel hastanelerde görev yapan yöneticiler, ifadeye tamamen katılmışlardır.

Bu noktada H₃₂ hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H₃₂ hipotezi için p değeri (0.696), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastaların doğrudan istedikleri kamu hastanesine gidebilmesinin olumlu bir düzenleme olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.” olan H₃₂ hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 89’da gösterilmiştir.

Tablo 89. “Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	4.333	0.985
Isparta	15	4.000	1.134
Burdur	11	4.364	1.206
Karşılaştırmalar	F=0.447, p=0.643		
Cinsiyet			
Kadın	18	4.111	1.323
Erkek	20	4.300	0.865
Karşılaştırmalar	t=-0.526, p=0.602		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	4.625	0.744
36-45	14	4.357	1.008
46+	16	3.875	1.258
Karşılaştırmalar	X²=0.336, p=0.562		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	4.258	1.032
Üniversite Hastanesi	4	3.500	1.732
Özel Hastane	3	4.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=1.008, p=0.604		
Toplam	38	4.211	1.094

Tablo 89’a göre; sağlık hizmeti yöneticileri, “Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=4.211\pm 1.094$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, kamu sağlık sigortalı hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmelerini oldukça olumlu bir gelişme olarak nitelendirmektedirler.

“Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir” ifadesine katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.447, p=0.643$), cinsiyet değişkenine ($t=-0.526, p=0.602$), yaş değişkenine ($X^2=0.336, p=0.562$) ve hastane mülkiyeti değişkenine ($X^2=1.008, p=0.604$) göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Görüldüğü gibi değişkenler arasında herhangi bir farklılık ortaya çıkmamakla birlikte, özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin aldığı puan yine dikkat çekmektedir. Özel hastanelerdeki yöneticiler, hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmesi olumlu bir gelişmedir yönündeki ifadeye, hastaların özel hastanelere doğrudan gidebilmesinin olumlu bir gelişme olduğu yönündeki ifadeden daha fazla katılmışlardır. Bu durumun, özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin, toplumun tüm kesimlerine hizmet sunmaktan kaçınması olarak değerlendirilmesi mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüşe yol açmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 90’da gösterilmiştir.

Tablo 90. “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüşe yol açmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.833	1.467
Isparta	15	3.667	1.234
Burdur	11	3.727	1.104
Karşılaştırmalar	F=1.861, p=0.171		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.667	1.188
Erkek	20	3.200	1.399
Karşılaştırmalar	t=1.102, p=0.278		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	3.625	1.302
36-45	14	3.071	1.492
46-+	16	3.625	1.147
Karşılaştırmalar	X²=0.702, p=0.402		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.387	1.383
Üniversite Hastanesi	4	4.250	0.500
Özel Hastane	3	2.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=3.020, p=0.221		
Toplam	38	3.421	1.308

Tablo 90’a göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüşe yol açmıştır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.421\pm 1.308$).

Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, kamu sağlık sigortalı hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmelerinin devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinin azalmasına neden olduğunu düşünmektedirler.

“Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüşe yol açmıştır” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkeni ($F=1.861$, $p=0.171$), cinsiyet değişkeni ($t=1.102$, $p=0.278$), yaş değişkeni ($X^2=0.702$, $p=0.402$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=3.020$, $p=0.221$) doğrultusunda karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık belirlenmemiştir. Bu noktada mülkiyet değişkeni açısından bir farklılık olmamakla birlikte, hastanelerin aldığı skorlar dikkat çekmektedir. Üniversite hastanelerindeki yöneticiler ifadeye büyük oranda katılırken, devlet hastanesi yöneticileri orta düzeyde, özel hastane yöneticileri de kısmen katılmışlardır. Dolayısıyla, üniversite hastanelerinin bu uygulamadan daha çok etkilendiği ve buna bağlı olarak hastane gelirlerindeki düşüşün daha hissedilir olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK’ya olan maliyetini artırmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 91’de gösterilmiştir.

Tablo 91’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK’ya olan maliyetini artırmıştır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.605\pm 1.424$). Görüldüğü gibi yöneticiler, kamu sağlık sigortalı hastaların doğrudan özel hastanelere gitmeleri ile birlikte sağlık hizmetlerinin SGK’ya olan maliyetinin arttığını düşünmektedirler.

“Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK’ya olan maliyetini artırmıştır” ifadesine yöneticilerinin katılım düzeyi il ($F=0.118$, $p=0.889$), cinsiyet ($t=-0.427$, $p=0.672$) ve yaş ($X^2=0.452$, $p=0.501$) değişkeni bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mülkiyet değişkeni açısından bir karşılaştırma yapıldığında ise, gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($X^2=6.661$, $p=0.036$).

Tablo 91. “Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK’ya olan maliyetini artırmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.583	1.782
Isparta	15	3.733	0.961
Burdur	11	3.455	1.635
Karşılaştırmalar	F=0.118, p=0.889		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.500	1.465
Erkek	20	3.700	1.418
Karşılaştırmalar	t=-0.427, p=0.672		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	3.375	1.302
36-45	14	3.571	1.651
46+	16	3.750	1.342
Karşılaştırmalar	X²=0.452, p=0.501		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.742	1.341
Üniversite Hastanesi	4	4.250	0.957
Özel Hastane	3	1.333	0.577
Karşılaştırmalar	X²=6.661, p=0.036		
Toplam	38	3.605	1.424

Yapılan ikili karşılaştırmalarda bu farkın, devlet ve üniversite hastanelerindeki yöneticilerin, özel hastanelerdeki yöneticilerden daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre, üniversite ve devlet hastanelerindeki yöneticiler ifadeye önemli oranda katılırken, özel hastaneler görev yapan yöneticiler ifadeye katılmamışlardır. Bu sonuç, bir önceki ifadeye ilişkin bulgularla da örtüşmektedir. Diğer bir ifadeyle, üniversite hastanelerindeki yöneticilerin, özel hastanelerin hizmet sunumuyla birlikte sağlık harcamalarının arttığına dair genel bir inanç beslediklerini söylemek mümkündür.

Bu noktada H₃₃ hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H₃₃ hipotezi için p değeri (0.036), 0.05’ten küçük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, kamu sağlık sigortalı hastaların doğrudan özel hastanelere gitmeleri durumunda sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu’na olan maliyetinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H₃₃ hipotezi kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi

hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 92’de gösterilmiştir.

Tablo 92. “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	1.750	1.055
Isparta	15	3.200	1.320
Burdur	11	1.364	0.674
Karşılaştırmalar	F=10.671, p=0.000		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.222	1.437
Erkek	20	2.200	1.281
Karşılaştırmalar	t=0.050, p=0.960		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.750	1.753
36-45	14	2.071	1.141
46+	16	2.063	1.289
Karşılaştırmalar	X²=0.555, p=0.456		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.161	1.344
Üniversite Hastanesi	4	2.500	1.732
Özel Hastane	3	2.333	1.155
Karşılaştırmalar	X²=0.377, p=0.828		
Toplam	38	2.211	1.339

Tablo 92’ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.211\pm 1.339$). Dolayısıyla yöneticiler, KHBT uyarınca hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesinin, hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlayacağı düşüncesine oldukça mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu gözlenmiştir ($F=10.671$, $p=0.000$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda bu farkın Isparta ilindeki yöneticilerin Antalya ve Burdur illerindeki yöneticilerden daha yüksek puan almalarından

kaynaklandığı tespit edilmiştir. İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni ($t=0.050$, $p=0.960$), yaş değişkeni ($X^2=0.555$, $p=0.456$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=0.377$, $p=0.828$) açısından karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi il değişkeni dışarı tutulduğunda, gruplar arasında bir farklılık söz konusu olmamakta ve yöneticiler KHBT doğrultusunda hastanelerin bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesi durumunda hastanelerin daha iyi hizmet vereceği düşüncesine katılmamaktadırlar. İl değişkenindeki farklılık ise, Isparta ilinde SDP ile getirilen düzenlemelere yönelik genel memnuniyetin bir yansıması olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 93’te gösterilmiştir.

Tablo 93’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.000\pm 1.507$). Dolayısıyla yöneticiler, yüksek bir oranda olmamakla birlikte hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olabileceğini düşünmektedirler.

“Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.868$, $p=0.429$), cinsiyet değişkenine ($t=0.642$, $p=0.525$), yaş değişkenine ($X^2=0.552$, $p=0.457$) ve hastane mülkiyeti değişkenine ($X^2=0.047$, $p=0.977$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Gruplar arasında herhangi bir farklılık olmamakla birlikte, mülkiyet değişkeni açısından alınan puanlar dikkat çekmektedir. İdari ve mali özerklik sağlamak suretiyle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin daha iyi yönetilmesi ve sorunlarının çözülmesi hedeflenmektedir. Buna karşılık Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yöneticiler ifadeyi kısmen desteklemekte ve önemli düzeyde bir katılım göstermemektedirler. Buna karşılık, idari ve mali açıdan daha serbest bir yönetim yapısına sahip özel hastanelerde görev yapan yöneticiler, özerkliğin sorunların çözümünde etkili olacağı fikrine daha yüksek düzeyde katılmaktadırlar. Bu durum,

idari ve mali özerkliğin, özel hastanelerde hastane sorunlarının çözümünde olumlu rol oynadığını düşündürmektedir.

Tablo 93. “Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.750	1.658
Isparta	15	3.400	1.352
Burdur	11	2.727	1.555
Karşılaştırmalar	F=0.868, p=0.429		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.167	1.654
Erkek	20	2.850	1.387
Karşılaştırmalar	t=0.642, p=0.525		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	2.875	1.642
36–45	14	3.429	1.342
46–+	16	2.688	1.580
Karşılaştırmalar	X²=0.552, p=0.457		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.968	1.560
Üniversite Hastanesi	4	3.000	1.826
Özel Hastane	3	3.333	0.577
Karşılaştırmalar	X²=0.047, p=0.977		
Toplam	38	3.000	1.507

Bu noktada H₃₄ ve H₃₅ hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H₃₄ hipotezi için p değeri (0.457), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin yaşına göre farklılaşmaktadır.” olan H₃₄ hipotezi reddedilmektedir. H₃₅ hipotezi için ise p değeri (0.977), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H₃₅ hipotezi de reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 94'te gösterilmiştir.

Tablo 94. “KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.250	1.357
Isparta	15	3.133	1.246
Burdur	11	3.364	1.206
Karşılaştırmalar	F=0.105, p=0.900		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.278	1.320
Erkek	20	3.200	1.196
Karşılaştırmalar	t=0.191, p=0.850		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	3.875	0.835
36-45	14	3.143	1.099
46-+	16	3.000	1.461
Karşılaştırmalar	X²=2.531, p=0.112		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.258	1.290
Üniversite Hastanesi	4	3.500	1.291
Özel Hastane	3	2.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=0.946, p=0.623		
Toplam	38	3.237	1.240

Tablo 94’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine önemli düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.237\pm 1.240$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesinin sağlık hizmetlerinin fiyatını artıracığına yönelik bir düşünceye sahiptirler.

“KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.105$, $p=0.900$), cinsiyet değişkeni ($t=0.191$, $p=0.850$) yaş değişkeni ($X^2=2.531$, $p=0.112$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=0.946$, $p=0.623$) açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sağlık hizmetlerinin fiyatı ile ilgili önceki ifadelerle benzer bir durum burada da karşımıza çıkmıştır. Buna göre, gruplar arasında bir farklılık olmamakla birlikte hastanelerin aldığı skorlar dikkat çekmektedir.

Bu noktada H_{36} ve H_{37} hipotezlerini test etmek mümkündür. Buna göre H_{36} hipotezi için p değeri (0.900), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti

yöneticilerinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı uyarınca kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.” olan H_{36} hipotezi reddedilmektedir. H_{37} hipotezi için ise p değeri (0.623), 0.05’ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı uyarınca kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanelerin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.” olan H_{37} hipotezi de reddedilmektedir.

Önceki ifadelerle benzer şekilde, üniversite hastanelerindeki yöneticiler ifadeye daha yüksek oranda katılmışlardır. Dolayısıyla üniversite hastanelerindeki yöneticilerin, yeni düzenlemelerle birlikte sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşüncesi devam etmektedir. Özel hastanelerde görev yapan yöneticiler ise, ifadeye çok daha düşük oranda katılmışlardır. Özel hastaneler de birer sağlık işletmesi konumundadır. Bu nedenle bu hastanelerde görev yapan yöneticilerin, ifadeyi kısmen destekledikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 95’te gösterilmiştir.

Tablo 95’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.263\pm 1.369$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, KHBT uyarınca hastanelerinin Hastane Birlikleri’ne devredilmesinin hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacağı düşüncesine karşı oldukça mesafelidirler.

“KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F=3.620$, $p=0.037$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda bu farkın Isparta ilindeki yöneticilerin Burdur ilindeki yöneticilerden daha yüksek

puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu farklılığın Isparta ilindeki genel memnuniyetin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla getirilecek düzenleme, Isparta'daki yöneticilerden daha fazla destek almaktadır.

Tablo 95. “KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri’ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.000	1.128
Isparta	15	2.933	1.438
Burdur	11	1.636	1.206
Karşılaştırmalar	F=3.620, p=0.037		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.611	1.461
Erkek	20	1.950	1.234
Karşılaştırmalar	t=1.512, p=0.139		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.875	1.727
36-45	14	2.500	1.225
46-+	16	1.750	1.183
Karşılaştırmalar	X²=0.242, p=0.623		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.129	1.408
Üniversite Hastanesi	4	2.750	1.500
Özel Hastane	3	3.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=2.140, p=0.343		
Toplam	38	2.263	1.369

Yöneticilerin ifadeye katılım düzeyi, cinsiyet değişkeni ($t=1.512$, $p=0.139$), yaş değişkeni ($X^2=0.242$, $p=0.623$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=2.140$, $p=0.343$) açısından değerlendirildiğindeyse, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 96’da gösterilmiştir.

Tablo 96’ya göre; sağlık hizmeti yöneticileri “KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar

($X=3.289\pm 1.450$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, KHBT uyarınca hastanelerinin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılmasının hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacağını düşünmektedirler.

Tablo 96. “KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.333	1.371
Isparta	15	3.667	1.234
Burdur	11	2.727	1.737
Karşılaştırmalar	F=1.366, p=0.268		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.333	1.645
Erkek	20	3.250	1.293
Karşılaştırmalar	t=0.175, p=0.862		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	3.250	1.669
36-45	14	3.643	1.008
46-+	16	3.000	1.673
Karşılaştırmalar	X²=0.033, p=0.857		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.226	1.521
Üniversite Hastanesi	4	3.250	1.500
Özel Hastane	3	4.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=0.457, p=0.796		
Toplam	38	3.289	1.450

“KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkeni (F=1.366, p=0.268), cinsiyet değişkeni (t=0.175, p=0.862), yaş değişkeni (X²=0.033, p=0.857) ve mülkiyet değişkeni (X²=0.457, p=0.796) bazında karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılığa rastlanmamıştır. Görüldüğü gibi, yöneticiler gruplar arasında farklılık göstermemekte ve ifadeye katılmaktadırlar. Bu durum, hastanelerin sınıflandırılması ile hastanelerin daha iyi hizmet sunacağına yönelik bir kanaat olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır” ifadesinden aldıkları puanların

bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 97’de gösterilmiştir.

Tablo 97. “Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.167	1.850
Isparta	15	1.800	1.265
Burdur	11	2.182	1.601
Karşılaştırmalar	F=2.624, p=0.087		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.556	1.790
Erkek	20	2.150	1.496
Karşılaştırmalar	t=0.760, p=0.452		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	3.000	1.773
36–45	14	2.214	1.424
46–+	16	2.125	1.746
Karşılaştırmalar	X²=0.925, p=0.336		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.323	1.701
Üniversite Hastanesi	4	2.750	1.708
Özel Hastane	3	2.000	1.000
Karşılaştırmalar	X²=0.596, p=0.742		
Toplam	38	2.342	1.632

Tablo 97’ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.342\pm 1.632$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri; hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılmasının sağlık hizmetlerinin maliyetini artırdığı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkenine ($F=2.624, p=0.087$), cinsiyet değişkenine ($t=0.760, p=0.452$), yaş değişkenine ($X^2=0.925, p=0.336$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=0.596, p=0.742$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Dolayısıyla, gruplar arasında istatistiksel açıdan

anamlı bir farklılık oluşmamaktadır. Bu durumun, yöneticiler arasında genel bir fikir birliğinin bulunduğu şekilde yorumlanması mümkündür. Bununla birlikte, üniversite hastanelerindeki yöneticilerin aldığı puan ve ifadeye ortalamasının üzerinde katılması dikkat çekmektedir.

Bu noktada H_{38} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{38} hipotezi için p değeri (0.742), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin maliyetinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{38} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 98'de gösterilmiştir.

Tablo 98. "Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır" ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.167	1.403
Isparta	15	3.067	1.580
Burdur	11	2.091	1.221
Karşılaştırmalar	F=1.956, p=0.157		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.444	1.580
Erkek	20	2.550	1.395
Karşılaştırmalar	t=-0.219, p=0.828		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	1.875	0.835
36-45	14	2.929	1.542
46-+	16	2.438	1.590
Karşılaştırmalar	X²=2.508, p=0.113		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.355	1.496
Üniversite Hastanesi	4	3.250	1.708
Özel Hastane	3	3.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=2.251, p=0.324		
Toplam	38	2.500	1.466

Tablo 98'e göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır" ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.500\pm 1.466$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri; hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılmasının sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlayacağı düşüncesine soğuk bakmaktadırlar.

"Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır" ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkenine ($F=1.956$, $p=0.157$), cinsiyet değişkenine ($t=-0.219$, $p=0.828$), yaş değişkenine ($X^2=2.508$, $p=0.113$) ve mülkiyeti değişkenine ($X^2=2.251$, $p=0.324$) göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla yöneticilerin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılmasının hizmetlerin verimli sunulmasına neden olacağı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

Bu noktada H_{39} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{39} hipotezi için p değeri (0.324), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlayacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{39} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 99'da gösterilmiştir.

Tablo 99'a göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır" ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.079\pm 1.531$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, sağlık çalışanları için

getirilen sözleşmeli istihdam uygulamasının sağlık çalışanlarının iş güvencesini ortadan kaldıracabileceğini düşünmektedirler.

Tablo 99. “Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.583	1.443
Isparta	15	2.867	1.246
Burdur	11	2.818	1.940
Karşılaştırmalar	F=0.952, p=0.396		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.278	1.674
Erkek	20	2.900	1.410
Karşılaştırmalar	t=0.755, p=0.455		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	4.375	0.744
36–45	14	2.357	1.336
46–+	16	3.063	1.611
Karşılaştırmalar	X²=8.807, p=0.003		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.129	1.586
Üniversite Hastanesi	4	2.500	1.732
Özel Hastane	3	3.333	0.577
Karşılaştırmalar	X²=0.692, p=0.707		
Toplam	38	3.079	1.531

“Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkeni (F=0.952, p=0.396) ve cinsiyet değişkeni (t=0.755, p=0.455) doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Yaş değişkeni doğrultusunda bir karşılaştırma yapıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılığın mevcut olduğu saptanmıştır (X²=8.807, p=0.003). Yapılan ikili karşılaştırmalarda aradaki bu farkın, 26–35 yaş grubundaki katılımcıların 36–45 yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Buna göre, genç yaş grubundaki yöneticiler, ifadeye daha yüksek düzeyde katılmaktadırlar. Bu durum, genç yaş grubundaki yöneticilerin, gelecek kaygısı ve iş güvencesi ihtiyacı nedeniyle ifadeyi daha fazla desteklediklerini düşündürmektedir. Hastane mülkiyeti değişkeni açısından ifadeye katılım düzeyi karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistikî

açından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($X^2=0.692$, $p=0.707$). Bununla birlikte, hastanelerin aldıkları puanlar dikkat çekmektedir. Özel hastanelerde çalışan yöneticiler ifadeyi daha fazla katılan kesimi oluşturmuştur. Bu durum, özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin, iş güvencesi açısından kaygı taşıdıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 100’de gösterilmiştir.

Tablo 100. “Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.083	1.730
Isparta	15	3.000	1.464
Burdur	11	2.091	1.375
Karşılaştırmalar	F=1.506, p=0.236		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.889	1.711
Erkek	20	2.650	1.424
Karşılaştırmalar	t=0.469, p=0.642		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	2.375	1.685
36–45	14	3.214	1.528
46–+	16	2.563	1.504
Karşılaştırmalar	X²=1.365, p=0.243		
Çalıştığı Kurum			
Devlet Hastanesi	31	2.645	1.603
Üniversite Hastanesi	4	2.750	1.500
Özel Hastane	3	4.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=1.824, p=0.402		
Toplam	38	2.763	1.550

Tablo 100’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.763\pm 1.550$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticileri, sözleşmeli sağlık personeli uygulamasının hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacağı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkenine ($F=1.506$, $p=0.236$), cinsiyet değişkenine ($t=0.469$, $p=0.642$), yaş değişkenine ($X^2=1.365$, $p=0.243$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=1.824$, $p=0.402$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu ifade için de gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Bununla birlikte, yine özel hastanelerdeki yöneticiler aldıkları puanlarla diğerlerinden ayrılmışlardır. Özel hastanelerde görev yapan yöneticiler, sözleşmeli çalışmanın iş güvencesini ortadan kaldırırsa da, hastanelerin sağlık personeli sorununu çözeceğine büyük ölçüde katılmaktadırlar. Bu durum, özel hastanelerdeki uygulamanın bu yönde olduğunu ve uygulamanın personel sıkıntısını giderdiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 101’de gösterilmiştir.

Tablo 101. “Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.250	1.422
Isparta	15	3.400	1.454
Burdur	11	3.636	1.502
Karşılaştırmalar	F=0.204, p=0.816		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.833	1.465
Erkek	20	3.050	1.317
Karşılaştırmalar	t=1.736, p=0.091		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	4.250	0.886
36–45	14	3.000	1.617
46–+	16	3.375	1.360
Karşılaştırmalar	X²=3.148, p=0.076		
Çalıştığı Kurum			
Devlet Hastanesi	31	3.613	1.407
Üniversite Hastanesi	4	2.000	1.414
Özel Hastane	3	3.333	0.577
Karşılaştırmalar	X²=4.303, p=0.116		
Toplam	38	3.421	1.426

Tablo 101'e göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir" ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.421\pm 1.426$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticileri, sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalmasının çalışanların performansını olumlu etkileyeceğini düşünmektedirler.

"Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir" ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.204$, $p=0.816$), cinsiyet değişkenine ($t=1.736$, $p=0.091$), yaş değişkenine ($X^2=3.148$, $p=0.076$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=4.303$, $p=0.116$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Gruplar arasında bir farklılık olmamakla birlikte, üniversite hastanelerindeki yöneticilerin aldığı düşük skor dikkat çekmektedir. Bu noktada, üniversite hastanelerinde görev yapan yöneticilerin memur statüsünde çalışmak ile performansın daha iyi olması arasında önemli bir bağ kuramaları nedeniyle böyle bir sonucun çıkması olası görünmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 102'de gösterilmiştir.

Tablo 102'ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır" ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.947\pm 1.207$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticileri, sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanmasının yerinde bir uygulama olduğunu düşünmektedirler.

"Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır" ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkeni ($F=1.026$, $p=0.369$), cinsiyet değişkeni ($t=1.637$, $p=0.110$), yaş değişkeni ($X^2=0.012$, $p=0.912$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=4.778$, $p=0.092$) bazında karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık belirlenmemiştir.

Tablo 102. “Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	4.333	0.888
Isparta	15	3.667	1.345
Burdur	11	3.909	1.300
Karşılaştırmalar	F=1.026, p=0.369		
Cinsiyet			
Kadın	18	4.278	0.958
Erkek	20	3.650	1.348
Karşılaştırmalar	t=1.637, p=0.110		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	4.125	1.126
36-45	14	4.071	1.207
46-+	16	3.750	1.291
Karşılaştırmalar	X²=0.012, p=0.912		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	4.097	1.165
Üniversite Hastanesi	4	2.750	1.500
Özel Hastane	3	4.000	0.000
Karşılaştırmalar	X²=4.778, p=0.092		
Toplam	38	3.947	1.207

Gruplar arasında bir farklılık ortaya çıkmamakla birlikte, üniversite hastanelerindeki ve özel hastanelerdeki yöneticilerin aldıkları puanlar dikkat çekmektedir. Üniversite hastanelerindeki yöneticiler bir önceki ifadeye paralel olarak, ifadeyi diğer yöneticilerden daha az desteklemiştir. Özel hastanelerdeki yöneticiler ise ifadeye büyük ölçüde katılmışlar ve sağlık çalışanlarının Bakanlık tarafından atanmasını yerinde bulmuşlardır. Bu durum, iş güvencesinin çok sağlam esaslara dayanmadığı özel hastanelerde, iş güvencesinin önemini öne çıkarır niteliktedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 103’te gösterilmiştir.

Tablo 103’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=2.974\pm 1.602$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticileri,

performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracığı düşüncesine biraz mesafeli yaklaşmaktadırlar.

Tablo 103. “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.917	1.621
Isparta	15	3.133	1.685
Burdur	11	2.818	1.601
Karşılaştırmalar	F=0.128, p=0.881		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.889	1.811
Erkek	20	3.050	1.432
Karşılaştırmalar	t=-0.306, p=0.762		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.375	1.768
36-45	14	2.929	1.542
46+	16	3.313	1.580
Karşılaştırmalar	X²=0.551, p=0.458		
Çalıştığı Kurum			
Devlet Hastanesi	31	2.935	1.632
Üniversite Hastanesi	4	2.500	1.732
Özel Hastane	3	4.000	1.000
Karşılaştırmalar	X²=1.758, p=0.415		
Toplam	38	2.974	1.602

“Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkeni (F=0.128, p=0.881), cinsiyet değişkeni (t=-0.306, p=0.762), yaş değişkeni (X²=0.551, p=0.458) ve hastane mülkiyeti değişkeni (X²=1.758, p=0.415) açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistikî açıdan önemli bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin ifadeye yüksek katılım düzeyi dikkat çekmektedir. Özel hastanelerde görev yapan yöneticiler, büyük ölçüde performansa göre ek ödeme yapılmasının hizmetlerin verimliliğini artırdığını düşünmektedir. Bu durum, özel sektörün hizmet sunma mantığının doğal bir uzantısı olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir” ifadesinden

aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 104’te gösterilmiştir.

Tablo 104. “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.583	1.730
Isparta	15	3.200	1.740
Burdur	11	3.273	1.555
Karşılaştırmalar	F=0.611, p=0.548		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.111	1.811
Erkek	20	2.950	1.572
Karşılaştırmalar	t=0.294, p=0.771		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.250	1.581
36-45	14	2.929	1.685
46-+	16	3.500	1.633
Karşılaştırmalar	X²=0.796, p=0.372		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.000	1.713
Üniversite Hastanesi	4	2.750	2.062
Özel Hastane	3	3.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=0.323, p=0.851		
Toplam	38	3.026	1.668

Tablo 104’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.026\pm 1.668$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık çalışanları için olumlu bir düzenleme olup olmadığı konusunda net bir tavırları yoktur.

“Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.611, p=0.548$), cinsiyet değişkeni ($t=0.294, p=0.771$), yaş değişkeni ($X^2=0.796, p=0.372$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=0.323, p=0.851$) doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Görüldüğü gibi, gruplar arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Ancak özel hastanelerde çalışan yöneticilerin aldığı yüksek skor öne çıkmaktadır. Bu sonucun, özel hastanelerde çalışan personelin iş yükünün daha fazla olmasından kaynaklandığı

düşünülmektedir. Yöneticilerin, özel hastanelerde çalışan personelin daha fazla çalışmasına karşılık, aldığı ücretin de fazla olması gerektiğini düşünmeleri olasıdır.

Bu noktada H_{40} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{40} hipotezi için p değeri (0.372), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık çalışanları için olumlu bir düzenleme olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin yaşına göre farklılaşmaktadır.” olan H_{40} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 105’te gösterilmiştir.

Tablo 105. “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.583	1.730
Isparta	15	3.067	1.624
Burdur	11	3.091	1.514
Karşılaştırmalar	F=0.378, p=0.688		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.944	1.697
Erkek	20	2.900	1.553
Karşılaştırmalar	t=0.084, p=0.933		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.125	1.458
36-45	14	3.071	1.685
46+	16	3.188	1.559
Karşılaştırmalar	X²=1.563, p=0.211		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.839	1.594
Üniversite Hastanesi	4	2.750	2.062
Özel Hastane	3	4.000	1.000
Karşılaştırmalar	X²=1.329, p=0.515		
Toplam	38	2.921	1.600

Tablo 105’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=2.921\pm 1.600$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticilerinin,

performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına dair şüpheleri bulunmaktadır.

“Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.378$, $p=0.688$), cinsiyet değişkenine ($t=0.084$, $p=0.933$), yaş değişkenine ($X^2=1.563$, $p=0.211$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=1.329$, $p=0.515$) göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu noktada özel hastanelerdeki yöneticilerin yüksek puanı yine öne çıkmaktadır. Buna göre, özel hastanelerde çalışan yöneticilerin özel sektörün hizmet sunma mantığına uygun şekilde düşündükleri görülmektedir. Özellikle özel sektör için kaliteli hizmet sunumu önemli bir amaçtır. Dolayısıyla, personelin çalıştığı oranda ödüllendirilmesi suretiyle kaliteli hizmet sunumunun sağlanması olasıdır.

Bu noktada H_{41} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{41} hipotezi için p değeri (0.688), 0.05'ten büyük olduğu için, “Sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılması durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artıracığına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.” olan H_{41} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 106'da gösterilmiştir.

Tablo 106'ya göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır” ifadesine orta düzeyde katılmaktadırlar ($X=3.026\pm 1.684$). Görüldüğü üzere sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artırıp artırmayacağına yönelik net bir tutumları bulunmamaktadır.

“Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.601$, $p=0.554$), cinsiyet değişkeni ($t=-0.281$, $p=0.781$), yaş değişkeni ($X^2=0.407$, $p=0.523$) ve hastane mülkiyeti değişkeni ($X^2=1.119$, $p=0.571$) açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Tablo 106. “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.750	1.765
Isparta	15	3.400	1.595
Burdur	11	2.818	1.779
Karşılaştırmalar	F=0.601, p=0.554		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.944	1.862
Erkek	20	3.100	1.553
Karşılaştırmalar	t=-0.281, p=0.781		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.500	1.690
36-45	14	3.143	1.748
46-+	16	3.188	1.682
Karşılaştırmalar	X²=0.407, p=0.523		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.871	1.727
Üniversite Hastanesi	4	3.500	1.732
Özel Hastane	3	4.000	1.000
Karşılaştırmalar	X²=1.119, p=0.571		
Toplam	38	3.026	1.684

Mülkiyet değişkeninde anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen, özel hastanelerde görev yapan yöneticiler yine gruptaki en yüksek puanı almışlar ve performansa göre ek ödemenin çalışanların motivasyonunu artırdığına büyük ölçüde katılmışlardır. Özel sektör için para önemli bir motivasyon aracıdır. Dolayısıyla, özel hastanelerde çalışan yöneticilerin aldığı yüksek puan, bu durumun bir yansıması olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 107’de gösterilmiştir.

Tablo 107’ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.263\pm 1.589$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık çalışanları arasındaki rekabeti artıracığını düşünmektedirler.

Tablo 107. “Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.500	1.508
Isparta	15	4.000	1.309
Burdur	11	2.000	1.342
Karşılaştırmalar	F=6.887, p=0.003		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.056	1.798
Erkek	20	3.450	1.395
Karşılaştırmalar	t=-0.760, p=0.452		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	3.250	1.753
36-45	14	3.000	1.468
46-+	16	3.500	1.673
Karşılaştırmalar	X²=0.207, p=0.649		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.032	1.643
Üniversite Hastanesi	4	4.500	0.577
Özel Hastane	3	4.000	1.000
Karşılaştırmalar	X²=3.043, p=0.218		
Toplam	38	3.263	1.589

“Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (F=6.887, p=0.003). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda aradaki bu farkın Isparta ilindeki katılımcıların Burdur ilindeki katılımcılardan daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Burdur ilinde sadece devlet hastanesinde görev yapan yöneticilerle görüşülmüştür. Devlet hastanesindeki yöneticilerin performansa göre ücretlendirme ile rekabet arasında bir bağ kurmaması nedeniyle böyle bir sonucun ortaya çıkması olasıdır.

Yöneticilerin ifadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni (t=-0.760, p=0.452), yaş değişkeni (X²=0.207, p=0.649) ve mülkiyeti değişkeni (X²=3.043, p=0.218) açısından değerlendirildiğindeyse istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu noktada üniversite hastanelerinde görev yapan yöneticilerin aldığı yüksek puan dikkat çekmektedir. Üniversite hastanelerindeki yöneticiler, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırdığına ilişkin ifadeler kısmen katılmışlar, ifadeyi desteklememişlerdir. Yine performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık

çalışanları için olumlu bir düzenleme olduğu fikrine de sıcak bakmamışlardır. Buna karşılık performansa göre ödeme yapılmasının sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırdığını ifade etmişler ve çalışanlar arasında rekabeti artırdığını büyük ölçüde desteklemişlerdir. Bu noktada, üniversite hastanelerindeki yöneticilerin performansa göre ödeme yapılmasının, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimini artırmayacağı, buna karşılık sağlık çalışanlarının motivasyonunu artıracığı ve çalışanlar arasında rekabete yol açacağı yönünde görüş belirttiklerini söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 108’de gösterilmiştir.

Tablo 108. “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.917	1.240
Isparta	15	3.733	1.280
Burdur	11	4.000	1.549
Karşılaştırmalar	F=0.135, p=0.847		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.778	1.353
Erkek	20	3.950	1.317
Karşılaştırmalar	t=-0.397, p=0.693		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	4.000	1.309
36-45	14	3.714	1.437
46+	16	3.938	1.289
Karşılaştırmalar	X²=0.190, p=0.663		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.839	1.319
Üniversite Hastanesi	4	3.500	1.732
Özel Hastane	3	4.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=1.111, p=0.574		
Toplam	38	3.868	1.319

Tablo 108’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı” ifadesine büyük ölçüde katılmaktadırlar ($X=3.868\pm 1.319$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri,

SDP öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı olduğu düşüncesini önemli oranda kabul etmektedirler.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.135$, $p=0.847$), cinsiyet değişkeni ($t=-0.397$, $p=0.693$), yaş değişkeni ($X^2=0.190$, $p=0.663$) ve hastane mülkiyeti değişkeni ($X^2=1.111$, $p=0.574$) bazında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılığa rastlanmamıştır. Dolayısıyla, yöneticiler arasında sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesine dair genel bir kanaatin varlığından söz etmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 109’da gösterilmiştir.

Tablo 109. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.750	1.658
Isparta	15	2.267	1.280
Burdur	11	2.273	1.191
Karşılaştırmalar	F=0.493, p=0.615		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.444	1.381
Erkek	20	2.400	1.392
Karşılaştırmalar	t=0.099, p=0.922		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	2.500	1.309
36–45	14	2.214	1.369
46–+	16	2.563	1.459
Karşılaştırmalar	X²=0.362, p=0.547		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.516	1.411
Üniversite Hastanesi	4	1.250	0.500
Özel Hastane	3	3.000	1.000
Karşılaştırmalar	X²=4.670, p=0.097		
Toplam	38	2.421	1.368

Tablo 109’a göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü

alınmıştır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.421\pm 1.368$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, SDP'nin hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alındığı fikrine oldukça mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.493$, $p=0.615$), cinsiyet değişkenine ($t=0.099$, $p=0.922$), yaş değişkenine ($X^2=0.362$, $p=0.547$) ve hastane mülkiyeti değişkenine ($X^2=4.670$, $p=0.097$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna göre, SDP'nin hazırlanması sırasında hastane yöneticilerinin görüşüne yeteri kadar başvurulmadığını ifade etmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 110'da gösterilmiştir.

Tablo 110. “Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.000	1.044
Isparta	15	2.467	1.187
Burdur	11	2.273	1.009
Karşılaştırmalar	F=0.607, p=0.551		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.111	0.963
Erkek	20	2.400	1.188
Karşılaştırmalar	t=-0.818, p=0.419		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.000	1.069
36-45	14	2.643	1.151
46-+	16	2.063	0.998
Karşılaştırmalar	X²=1.719, p=0.190		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.065	0.998
Üniversite Hastanesi	4	3.000	1.414
Özel Hastane	3	3.333	0.577
Karşılaştırmalar	X²=6.145, p=0.046		
Toplam	38	2.263	1.083

Tablo 110'a göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi" ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.263\pm 1.083$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, SDP için hastanelerinin altyapısının yeterli olmadığını düşünmektedirler.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi" ifadesine sağlık hizmeti sunucularının katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.607$, $p=0.551$), cinsiyet değişkenine ($t=-0.818$, $p=0.419$) ve yaş değişkenine ($X^2=1.719$, $p=0.190$) göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mülkiyet değişkenine göre bir karşılaştırma yapıldığında ise, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2=6.145$, $p=0.046$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda söz konusu farkın, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yöneticilerin özel hastanelerdeki yöneticilerden daha düşük puan almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi ifadeye en düşük katılımı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler göstermiştir. Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yöneticiler, hastanelerinin altyapısının SDP için hazır olmadığını düşünmektedir. SDP'nin büyük oranda Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastaneleri etkilediği düşünüldüğünde ise, Bakanlığın kendisine bağlı hastanelerin mevcut durumunu yeterki kadar dikkate almadığını ifade etmek mümkündür. Diğer yandan, bunun bilinçli bir eylem olması da ihtimal dahilindedir.

Bu noktada H_{42} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{42} hipotezi için p değeri (0.046), 0.05'ten küçük olduğu için, "Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı için görev yaptığı hastanenin altyapısının yeterli olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{42} hipotezi kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 111'de gösterilmiştir.

Tabloya göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür" ifadesine kısmen katılmaktadırlar

($X=2.763\pm 1.195$). Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri, SDP'nin sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözdüğü düşüncesine sıcak bakmamaktadırlar.

Tablo 111. “Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür” ifadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.833	1.467
Isparta	15	2.800	1.146
Burdur	11	2.636	1.027
Karşılaştırmalar	F=0.085, p=0.918		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.500	1.200
Erkek	20	3.000	1.170
Karşılaştırmalar	t=-1.299, p=0.202		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.750	1.035
36-45	14	2.571	1.158
46-+	16	2.938	1.340
Karşılaştırmalar	X²=0.216, p=0.642		
Çalıştığı Kurum			
Devlet Hastanesi	31	2.839	1.214
Üniversite Hastanesi	4	1.750	0.957
Özel Hastane	3	3.333	0.577
Karşılaştırmalar	X²=3.876, p=0.144		
Toplam	38	2.763	1.195

“Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.085, p=0.918$), cinsiyet değişkenine ($t=-1.299, p=0.202$), yaş değişkenine ($X^2=0.216, p=0.642$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=3.876, p=0.144$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Buna göre, yöneticiler arasında SDP ile getirilen düzenlemelerin sağlık sistemindeki sorunların çözümünde yeterli olmadığına dair genel bir inanç söz konusudur. Bu noktada en belirgin memnuniyetsizliği üniversite hastanelerindeki yöneticiler göstermiştir. Üniversite hastanelerindeki yöneticiler, SDP'nin sağlık sisteminin sorunlarını çözdüğüne inanmamaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya

başlamıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 112’de gösterilmiştir.

Tablo 112’ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.921\pm 1.323$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, SDP’nin uygulanması ile hastanelerinde daha kaliteli hizmet sunulmaya başladığı fikrine pek sıcak bakmamaktadırlar.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır” ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.183$, $p=0.833$), cinsiyet değişkeni ($t=-1.129$, $p=0.267$), yaş değişkeni ($X^2=0.149$, $p=0.699$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=2.828$, $p=0.243$) doğrultusunda karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 112. “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.750	1.545
Isparta	15	3.067	1.335
Burdur	11	2.909	1.136
Karşılaştırmalar	F=0.183, p=0.833		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.667	1.372
Erkek	20	3.150	1.268
Karşılaştırmalar	t=-1.129, p=0.267		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.750	1.165
36-45	14	2.571	1.342
46-+	16	3.313	1.352
Karşılaştırmalar	X²=0.149, p=0.699		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.968	1.329
Üniversite Hastanesi	4	2.000	1.414
Özel Hastane	3	3.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=2.828, p=0.243		
Toplam	38	2.921	1.323

Mülkiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık oluşmamakla birlikte, üniversite hastanelerindeki yöneticilerin ifadeye katılım düzeyi dikkat çekmektedir.

Diğer hastanelerdeki yöneticilere oranla, üniversite hastanelerindeki yöneticiler ifadeyi daha az desteklemişlerdir. Bu memnuniyetsizliğin, özellikle tam gün uygulaması nedeniyle üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin sıkıntı yaşaması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu noktada H_{43} hipotezini test etmek mümkündür. Buna göre H_{43} hipotezi için p değeri (0.243), 0.05'ten büyük olduğu için, "Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile görev yaptıkları hastanelerde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başladığına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır." olan H_{43} hipotezi reddedilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 113'te gösterilmiştir.

Tablo 113. "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır" İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.667	1.557
Isparta	15	3.000	1.195
Burdur	11	2.636	1.120
Karşılaştırmalar	F=0.326, p=0.724		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.667	1.328
Erkek	20	2.900	1.252
Karşılaştırmalar	t=-0.557, p=0.581		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.750	1.035
36-45	14	2.357	1.277
46-+	16	3.188	1.328
Karşılaştırmalar	$\chi^2=0.818$, p=0.366		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.871	1.284
Üniversite Hastanesi	4	1.500	0.577
Özel Hastane	3	3.667	0.577
Karşılaştırmalar	$\chi^2=5.913$, p=0.052		
Toplam	38	2.789	1.277

Tablo 113'e göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır" ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.789\pm 1.277$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, SDP'nin uygulanmasından sonra hastanelerinin verimliliğinin arttığı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır" ifadesine sağlık hizmeti yöneticilerinin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.326$, $p=0.724$), cinsiyet değişkenine ($t=-0.557$, $p=0.581$), yaş değişkenine ($X^2=0.818$, $p=0.366$) ve hastane mülkiyeti değişkenine ($X^2=5.913$, $p=0.052$) göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Bir önceki ifade için söz konusu olan durumun, burada da geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Zira üniversite hastanesinde görev yapan yöneticiler, tam gün uygulaması nedeniyle sağlık hizmetleri sunumunda ve hastane veriminde sorunlar yaşandığı yönünde görüş belirtmektedirler.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır" ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 114'te gösterilmiştir.

Tablo 114'e göre; sağlık hizmeti yöneticileri "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır" ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.500\pm 1.390$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, SDP'nin uygulanmasından sonra hastanelerindeki sağlık çalışanlarının memnuniyetinin artmadığını düşünmektedirler.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır" ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il değişkenine ($F=0.063$, $p=0.939$), cinsiyet değişkenine ($t=-0.933$, $p=0.357$), yaş değişkenine ($X^2=0.401$, $p=0.527$) ve hastane mülkiyeti değişkenine ($X^2=3.428$, $p=0.180$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Mülkiyet değişkeninde üniversite hastanelerindeki yöneticilerin dikkat çeken memnuniyetsizliği görülmektedir. Yine

tam gün uygulaması nedeniyle böyle bir memnuniyetsizliğin ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Tablo 114. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.417	1.379
Isparta	15	2.600	1.352
Burdur	11	2.455	1.572
Karşılaştırmalar	F=0.063, p=0.939		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.278	1.447
Erkek	20	2.700	1.342
Karşılaştırmalar	t=-0.933, p=0.357		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.750	1.488
36-45	14	2.357	1.447
46-+	16	2.500	1.366
Karşılaştırmalar	X²=0.401, p=0.527		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.484	1.435
Üniversite Hastanesi	4	1.750	0.957
Özel Hastane	3	3.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=3.428, p=0.180		
Toplam	38	2.500	1.390

Dikkat çeken bir diğer nokta ise, özel hastanelerdeki yöneticilerin aldığı yüksek puandır. Buna göre, özel hastanelerdeki yöneticiler, SDP sonrasında çalışanların memnuniyetinin arttığına yönelik görüş belirtmektedir. Dolayısıyla, SDP ile getirilen düzenlemelerin, en çok özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin mutlu ettiğini söylemek olası görünmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 115’te gösterilmiştir.

Tablo 115’e göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır” ifadesine önemli oranda katılmaktadırlar ($X=3.342\pm 1.341$). Dolayısıyla sağlık

hizmeti yöneticileri, SDP'nin uygulanmasından sonra hastanelerindeki hastaların memnuniyetinin arttığını düşünmektedirler.

Tablo 115. “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.000	1.348
Isparta	15	3.667	1.234
Burdur	11	3.273	1.489
Karşılaştırmalar	F=0.837, p=0.442		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.167	1.425
Erkek	20	3.500	1.277
Karşılaştırmalar	t=-0.761, p=0.452		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	3.125	0.991
36-45	14	3.357	1.550
46+	16	3.438	1.365
Karşılaştırmalar	X²=0.359, p=0.549		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	3.516	1.313
Üniversite Hastanesi	4	1.750	0.957
Özel Hastane	3	3.667	0.577
Karşılaştırmalar	X²=5.866, p=0.053		
Toplam	38	3.342	1.341

“Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır” ifadesine yöneticilerin katılım düzeyi il (F=0.837, p=0.442), cinsiyet (t=-0.761, p=0.452), yaş (X²=0.359, p=0.549) ve mülkiyet (X²=5.866, p=0.053) değişkeni bazında karşılaştırıldığında, gruplar arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir. Gruplar arasında bir farklılık olmamakla birlikte, mülkiyet değişkeni için bir önceki ifadede geçerli olan durum burada da karşımıza çıkmıştır. Buna göre, üniversite hastanelerindeki yöneticiler hastanelerindeki sağlık çalışanları gibi hastaların da memnuniyetinin artmadığı yönünde görüş belirtmişlerdir. Buna karşılık özel hastanelerde görev yapan yöneticiler ise, sağlık çalışanları için geçerli olan memnuniyetin hastaları için de geçerli olduğunu ve hastalarının memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir. Bu sonucun üniversite hastanelerindeki yöneticilerin SDP’ye yönelik olumsuz bakış açısının bir uzantısı olarak değerlendirilmesi mümkündür. Bu noktada Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticilerin ifadeye katılım düzeyi de öne çıkmaktadır. Zira bu yöneticiler SDP ile hasta memnuniyetinin

arttığına önemli oranda katılmaktadırlar. SDP'nin devlet hastanelerini ve bu hastanelerdeki hizmet sunumunu önemli ölçüde etkilediği düşünüldüğünde, hastaların bu düzenlemelerden memnun olduğunu ifade etmek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 116'da gösterilmiştir.

Tablo 116. “Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	2.583	1.443
Isparta	15	2.533	1.407
Burdur	11	2.182	0.751
Karşılaştırmalar	F=0.345, p=0.711		
Cinsiyet			
Kadın	18	2.389	1.195
Erkek	20	2.500	1.318
Karşılaştırmalar	t=-0.271, p=0.788		
Yaş (Yıl)			
26-35	8	2.500	0.926
36-45	14	2.429	1.342
46+	16	2.438	1.365
Karşılaştırmalar	X²=0.061, p=0.805		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.581	1.259
Üniversite Hastanesi	4	1.500	1.000
Özel Hastane	3	2.333	1.155
Karşılaştırmalar	X²=2.922, p=0.232		
Toplam	38	2.447	1.245

Tablo 116'ya göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.447\pm 1.245$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, SDP'nin uygulanmasından sonra hastanelerinin gelirlerinde önemli bir artış olduğunu düşünmemektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni ($F=0.345, p=0.711$), cinsiyet değişkeni ($t=-0.271, p=0.788$), yaş değişkeni ($X^2=0.061, p=0.805$) ve hastane

mülkiyeti değişkeni ($X^2=2.922$, $p=0.232$) açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

İfadeye katılım düzeyi açısında gruplar arasında bir farklılık görülmemekle birlikte, mülkiyet değişkeninde alınan skorlar dikkat çekmektedir. Buna göre üniversite hastanelerindeki yöneticiler ifadeye yine katılmamış ve gelirlerinin artmadığı yönünde görüş belirtmişlerdir. Aile hekimliği uygulamasının ve tam gün uygulamasının bu sonuçta etkili olduğunu ifade etmek mümkündür. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler ise, hastane gelirlerinde az da olsa bir artış olduğunu ifade etmişlerdir. Özel hastanelerdeki yöneticiler de, yine az bir artış olduğunu belirtmişlerdir. Özel hastanelerdeki yöneticiler, SDP'nin uygulanması ile çalışan ve hasta memnuniyetinin arttığı, daha kaliteli ve verimli hizmet sunumunun gerçekleştirildiği yönündeki ifadeleri önemli oranda desteklemişlerdir. Buna karşılık SDP ile hastane gelirlerinin arttığına ilişkin ifadeye daha az katılmışlardır. Özel hastanelerin gerçek kazançlarını açıklamaktan kaçınmalarının etkisiyle, böyle bir sonucun ortaya çıktığını söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti yöneticilerinin “Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır” ifadesinden aldıkları puanların bağımsız değişkenlere göre dağılımı ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 117’de gösterilmiştir.

Tablo 117’ye göre; sağlık hizmeti yöneticileri “Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır” ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($X=2.711\pm 1.1.469$). Dolayısıyla sağlık hizmeti yöneticileri, hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesinin hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlayacağı düşüncesine mesafeli yaklaşmaktadırlar.

“Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır” ifadesine katılım düzeyi il değişkeni açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F=0.583$, $p=0.564$). İfadeye katılım düzeyi cinsiyet değişkeni doğrultusunda karşılaştırıldığında ise kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t=2.679$, $p=0.011$).

Tablo 117. “Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır” İfadesinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sayı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İl			
Antalya	12	3.083	1.240
Isparta	15	2.600	1.502
Burdur	11	2.455	1.695
Karşılaştırmalar	F=0.583, p=0.564		
Cinsiyet			
Kadın	18	3.333	1.534
Erkek	20	2.150	1.182
Karşılaştırmalar	t=2.679, p=0.011		
Yaş (Yıl)			
26–35	8	3.000	1.512
36–45	14	2.714	1.267
46–+	16	2.563	1.672
Karşılaştırmalar	X²=0.180, p=0.671		
Hastane Mülkiyeti			
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	31	2.710	1.532
Üniversite Hastanesi	4	2.250	1.258
Özel Hastane	3	3.333	1.155
Karşılaştırmalar	X²=0.889, p=0.641		
Toplam	38	2.711	1.469

İfadeye yöneticilerin katılım düzeyi yaş değişkeni ($X^2=0.180$, $p=0.671$) ve mülkiyet değişkeni ($X^2=0.889$, $p=0.641$) açısından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Görüldüğü gibi, cinsiyet değişkeni dışında gruplar arasında bir fikir birliği söz konusudur. Buna göre yöneticilerin, başhekimler tarafından yönetilmesi durumunda hastanelerin daha iyi hizmet sunacağını kısmen desteklemekle birlikte, farklı alternatiflerin de değerlendirilebileceği yönünde görüş belirttiklerini ifade etmek mümkündür.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bir yandan refah devletinin artan kamu açıkları nedeniyle sürdürülemez hale gelmesi, diğer yandan neoliberal politikaların devletin faaliyet alanını daraltmak üzerine kurulu söylemleri, devletin bir dönüşüm sürecine girmesine yol açmıştır. Bu süreçte, devletin görev ve faaliyet alanının sınırlanması ve devletin ancak piyasadaki aktörler tarafından yerine getirilemeyen faaliyetleri yerine getirmesi gündeme gelmiştir. Devletin faaliyet alanını kısıtlayan bu dönüşüm süreci, doğal olarak devlet tarafından sunulan hizmetleri de etkilemiş ve değişen devlet anlayışına paralel olarak kamu hizmetinin kapsamı da değişmiştir. Önceden devlet tarafından sunulan pek çok hizmetin sunumuna, kısmen veya tamamen piyasa güçleri de dâhil olmuştur. Bu durumdan etkilenen hizmetlerden biri de sağlık hizmetleridir. Özel sektör kuruluşları, özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda artan oranda rol almışlardır.

Sağlık hizmetlerinin dönüşüm süreci, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, fiyatlandırılması ve desantralizasyonu gibi uygulamaları beraberinde getirmiştir. Türkiye’de ise bu sürecin belirleyicisi ve yönlendiricisi Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olmuştur. 2003 yılında yayınlanan SDP, dönüşüm sürecinin yol haritasını oluşturmuş ve sağlık alanındaki düzenlemelere yön vermiştir. Sağlık hizmetlerinin dönüşümü sürecinde SDP doğrultusunda, hizmet sunumundan sağlık çalışanlarına, sağlıkta insan gücünün eğitiminden kalite ve akreditasyona, akılcı ilaç kullanımına, sağlık bilgi sistemine ilişkin konularda pek çok düzenleme gündeme gelmiştir. Bu çalışmada ise ağırlıklı olarak, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık çalışanlarının istihdamında değişikliklere neden olan düzenlemeler ele alınmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik düzenlemelerde, sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılmasına ve fiyatlandırılmasına yönelik uygulamaların öne çıktığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının istihdamına yönelik düzenlemelerde ise, sözleşmeli istihdamın ve taşeron çalışma yöntemlerinin arttığı görülmüştür.

Çalışmanın birinci bölümünde kavramsal çerçeve üzerinde durulmuş ve kamu hizmeti ve sağlık hizmeti kavramları ele alınmıştır. Bu kapsamda kamu hizmetinin türleri ve temel ilkeleri gibi konulara değinilmiştir. Ayrıca kamu hizmeti anlayışının değişiminde etkili olan dinamikler tartışılmış ve son dönemde gündeme gelen yeni

kamu hizmeti anlayışı hakkında bilgi verilmiştir. Devamında ise sağlık hizmetine ilişkin temel kavramlara ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Bunların yanında sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özelliklere değinilmiş ve böylece sağlık hizmetlerinin öneminin daha net bir şekilde ortaya koyulması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman türleri ile ilgili bilgi verilerek bölüm tamamlanmıştır.

İkinci bölümde ise, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve bu gelişim sürecinde yaşadığı dönüşümler ele alınmıştır. Bu doğrultuda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi belli dönemlere ayrılmış ve bu dönemlerin genel özelliklerine yer verilmiştir. Bunları takiben Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerinde durulmuş ve SDP’nin amacı, ilkeleri ve bileşenleri hakkında kapsamlı bir bilgi verilmiştir. Son olarak da, SDP’ye bağlı olarak gerçekleştirilen yasal düzenlemeler üzerinde durulmuş ve bu düzenlemelerle getirilen ya da getirilmesi planlanan uygulamalardan bahsedilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün dinamikleri ve bu dönüşümün Türk sağlık hizmetlerine yansımaları üzerinde durulmuştur. Bu kapsamda öncelikle Türkiye’de sağlık hizmetlerinin genel durumu hakkında bilgi verilmiş, devamında da sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün dinamikleri tartışılmıştır. Bu noktada, küreselleşme süreci ve uluslararası kuruluşların etkisi, Avrupa Birliği’ne üyelik süreci, yeni kamu işletmeciliği anlayışı, demografik yapı, bilgi ve iletişim teknolojilerinde ortaya çıkan yenilikler, refah düzeyinin yükselmesi ve sağlık hizmeti talebinin artması gibi değişkenler üzerinde durulmuştur. Daha sonra sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün Türk sağlık hizmetlerine etkisi, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, fiyatlandırılması ve desantralizasyonu ekseninde tartışılmıştır. Son olarak da sağlık hizmetlerindeki dönüşümün sağlık personeli üzerindeki etkileri ele alınmış ve bu doğrultuda gündeme gelen sözleşmeli personel anlayışı, performansa göre ücretlendirme ve taşeron çalışma yöntemleri üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise, farklı ülkelerde sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümlere yer verilmiş ve bu ülkelerdeki uygulamalara değinilmiştir. Bu kapsamda İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Yunanistan, Şili,

Kolombiya ve Brezilya gibi ülkelerdeki sağlık sistemleri ve sağlık sistemlerindeki reform arayışları hakkında bilgi verilmiştir. Farklı ülkelerde yaşanan sağlık reformu deneyimlerinden yola çıkarak, Türkiye’deki sağlık hizmetleri için çeşitli bulguların ortaya koyulması hedeflenmiştir.

Çalışmanın uygulamasını oluşturan son bölümde ise, Batı Akdeniz Bölgesi il merkezleri örneğinde, hem sağlık hizmetlerinden yararlananların hem de sağlık hizmetlerini sunanların ve yönetenlerin, SDP kapsamında getirilen düzenlemelere ilişkin algılarının ve bakış açılarının ortaya koyulması hedeflenmiştir. Bu amaçla sağlık hizmeti yararlanıcılarına, sağlık hizmeti sunucu ve yöneticilerine anket yapılmak suretiyle veriler toplanmış, bulgular analiz edilmiş ve hipotezler test edilmiştir. Hipotezler ve hipotez sonuçları Tablo 118’de toplu olarak verilmiştir.

Tablo: 118 Hipotez Sonuçları

HİPOTEZLER	SONUÇ
Hipotez 1: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 2: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttığına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 3: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadıklarına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 4: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadıklarına ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 5: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, devletin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırması gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 6: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, devletin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırması gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 7: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, daha iyi sağlık hizmeti alabilmek için katkı payı ödemesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 8: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 9: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların hizmet aldığı illere göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 10: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 11: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verildiğine ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.	Red

Hipotez 12: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmanın mümkün olduğuna ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 13: Sağlık hizmeti yararlanıcılarının, aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmanın mümkün olduğuna ilişkin düşünceleri, yararlanıcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 14: Sağlık hizmeti sunucularının, hastaneler arasında rekabet olması sonucunda sağlık hizmetlerinin daha ucuz sunulacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 15: Sağlık hizmeti sunucularının, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 16: Sağlık hizmeti sunucularının, hastanelerde tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 17: Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması durumunda tetkik ve tahlil sayısında gereksiz artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 18: Sağlık hizmeti sunucularının, özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 19: Sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, sunucuların yaşına göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 20: Sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 21: Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık harcamalarını artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 22: Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 23: Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 24: Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 25: Sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 26: Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda iş güvencesinin ortadan kalkacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 27: Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi durumunda iş güvencesinin ortadan kalkacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 28: Sağlık hizmeti sunucularının, performanssa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri, sunucuların yaşına göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 29: Sağlık hizmeti sunucularının, performanssa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağına ilişkin düşünceleri,	Red

sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.	
Hipotez 30: Sağlık hizmeti sunucularının, performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığına ilişkin düşünceleri, sunucuların mesleğine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 31: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumlu olması ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmesi gerektiğine ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 32: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastaların doğrudan istedikleri kamu hastanesine gidebilmesinin olumlu bir düzenleme olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 33: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, kamu sağlık sigortalı hastaların doğrudan özel hastanelere gitmeleri durumunda sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na olan maliyetinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 34: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin yaşına göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 35: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 36: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı uyarınca kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 37: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı uyarınca kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 38: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin maliyetinin artacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 39: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlayacağına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 40: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılmasının sağlık çalışanları için olumlu bir düzenleme olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin yaşına göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 41: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, performansa göre ek ödeme yapılması durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artıracığına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı ile göre farklılaşmaktadır.	Red
Hipotez 42: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı için görev yaptığı hastanenin altyapısının yeterli olduğuna ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
Hipotez 43: Sağlık hizmeti yöneticilerinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile görev yaptıkları hastanelerde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başladığına ilişkin düşünceleri, yöneticilerin görev yaptığı hastanenin mülkiyetine göre farklılaşmaktadır.	Red

Araştırma bulgularının incelenmesi sonucunda daha detaylı bilgilere ulaşılması da mümkün olmuştur. Bilindiği gibi, SDP ile hayata geçirilen önemli

düzenlemelerden biri, aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği uygulaması ile herkesin bir aile hekiminin olması ve yararlanıcıların sağlık hizmeti almak için öncelikle aile hekimine başvurması öngörülmüştür. Yararlanıcıların bu konudaki düşüncelerini saptamak amacıyla, yararlanıcılara acil durumlar dışında sağlık hizmeti almak için ilk önce hangi sağlık kuruluşuna başvurdukları sorulmuştur. Her üç ildeki yararlanıcılar da öncelikli olarak devlet hastanelerine başvurduklarını ifade etmişlerdir. Aile hekimlerine başvuru oranı ise, devlet hastanelerinden sonra ikinci sırada yer almıştır. Sağlık Bakanlığı'nın, aile hekimlerini sağlık hizmetleri için ilk başvuru kurumu haline getirmeyi hedeflediği düşünüldüğünde, yararlanıcıların en azından şimdilik buna uygun davranmadığını söylemek mümkündür.⁴⁸ Zorunlu sevk uygulamasına geçilmesi durumunda ise, yararlanıcılar mecburi olarak ilk önce aile hekimlerine başvuracaklardır.

Oldukça geniş bir alanı düzenleyen SDP, hem sağlık hizmetlerinden yararlananlar hem de sağlık hizmetlerini sunanlar ve yönetenler üzerinde etkili olmuştur. SDP'nin önceliklerinden biri Sağlık Bakanlığı'na düzenleyici ve denetleyici bir rol vermek ve sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörü daha aktif hale getirmektir. Bu konuyla ilgili olarak sağlık hizmeti yararlanıcıları ve sunucularına görüşleri sorulmuştur. Her iki grubun verdiği cevaplar da birbirine benzer bir nitelik sergilemiş ve sağlık hizmetlerinin, devletin de içinde bulunduğu karma bir sistem tarafından sunulması gerektiği yönünde görüş belirtmişlerdir. Sağlık hizmeti yararlanıcılarının yaklaşık %62'si, sunucuların da yaklaşık %64'ü bu yönde fikir beyan etmişlerdir. Bunun yanında, yine her iki grup da devletin, hizmet sunumunda etkin bir rol oynaması gerektiğini düşünmektedir. Diğer bir ifadeyle, hem yararlanıcılar hem de sunucular, sağlık hizmeti sunumunda devletin rolünün devam etmesini, devletin yanında ise özellikle özel sektörün yer almasını istemektedir.

Hem sağlık hizmetlerinden yararlananlara hem de sağlık hizmeti sunanlara sorulan bir diğer soru ise, sağlık hizmetleri açısından hangi unsurlara önem verdikleridir. Böylece sağlık hizmeti yararlanıcıları ile sunucuları arasında, sağlık hizmetlerinde önem verilen unsurlar açısından bir farklılaşma olup olmadığını

⁴⁸ Bununla birlikte, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından yapılan açıklamada yakın zamanda sevk uygulamasına tekrar geçileceği yönünde bilgi verilmiştir.

saptamak amaçlanmıştır. Verilen cevaplar genel olarak değerlendirildiğine ise, yararlanıcılar ile sunucular arasında önemli bir farklılaşmanın söz konusu olmadığı görülmüştür. Buna göre yararlanıcıların sağlık hizmetlerinde önem verdiği ilk üç unsur sırasıyla, sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenilir ve hızlı olmasıdır. Sunucuların önem verdiği ilk üç unsur ise sırasıyla, sağlık hizmetlerinin kaliteli ve güvenilir olması ile herkese eşit sunulmasıdır. Diğer yandan, sağlık hizmetlerinin herkese eşit sunulması yararlanıcıların önem verdiği dördüncü unsurdur. Benzer şekilde sağlık hizmetlerinin hızlı olması da sunucular için dördüncü önemli unsurdur. Dolayısıyla hem yararlanıcılar hem de sunucular için sıralama değişse de, önem verilen unsurlar sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenilir, hızlı olması ve herkese eşit sunulmasıdır. Dolayısıyla yararlanıcılar ile sunucular arasında sağlık hizmetlerinde önem verilen unsurlar açısından bir farklılaşmadan söz etmek olanaklı görünmemektedir.

Benzer nitelikteki bir diğer soru ise, sağlık hizmetinden yararlananların ve sağlık hizmeti sunanların, devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerde öncelikli amacın ne olması gerektiğine ilişkindir. Diğer bir ifadeyle, yararlanıcıların ve sunucuların devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelere yönelik beklentilerinde bir farklılık olup olmadığının ortaya koyulması hedeflenmiştir. Yararlanıcıların sağlık alanında yapılan düzenlemelerden beklentisi sırasıyla, sağlık hizmetlerinin kaliteli, eşit şekilde ve hızlı sunulmasının sağlanmasıdır. Sunucuların beklentisi ise sırasıyla, sağlık hizmetlerinin kaliteli ve eşit şekilde sunumu ile kolay ulaşılabilir bir sağlık sisteminin oluşturulması yönündedir. Sunucuların dördüncü sıradaki beklentisi sağlık hizmetlerinin hızlı sunumunun sağlanması iken, yararlanıcıların dördüncü sıradaki beklentisi kolay ulaşılabilir bir sağlık sisteminin hayata geçirilmesine ilişkindir. Dolayısıyla, yine sıralamada bir farklılaşma olmakla birlikte, hem yararlanıcılar hem de sunucular açısından, devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerin, sağlık hizmetlerinin kaliteli, eşit, hızlı sunulmasını ve hizmetlere kolay ulaşılabilmesini sağlaması beklenmektedir. Buna göre SDP'nin öncelikli amaçları arasında yer alan düzenleyici ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı oluşturulması ile özel sektörün hizmet sunumunun artırılması gibi unsurlar, yararlanıcıların ve sunucuların devletten öncelikli beklentileri arasında yer almamaktadır.

SDP ile hayata geçirilen düzenlemeler sonrasında, düzenlemelerden en çok memnun olan grubun sağlık hizmeti yararlanıcıları olduğunu söylemek mümkündür. Yararlanıcılar düzenlemeleri önemli oranda desteklemişlerdir. Yararlanıcılar son yıllarda, sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabildiklerini ve sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmetlerin kalitesinde hissedilir bir artış olduğunu ifade etmişlerdir. Özellikle; SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması ve SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi sigorta kollarına mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi yararlanıcılar tarafından büyük bir memnuniyetle karşılanmıştır.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde bir iyileşme olduğunu kabul eden yararlanıcılar, buna karşılık sağlık hizmetleri için daha fazla para harcamadıklarını belirtmişlerdir. Katkı payı uygulamasına da soğuk bakan yararlanıcılar, hastanelerde daha iyi sağlık hizmeti sunulması için katkı payı alınmasına karşı çıkmaktadır. Diğer yandan, yararlanıcılar daha iyi sağlık hizmeti için daha fazla para harcanması gerektiğini de düşünmektedir. Bu noktada sağlık hizmetlerinden yararlananların daha iyi sağlık hizmeti için belli bir miktar ödeme yapmayı göze aldıklarını ifade etmek olanaklıdır. Diğer bir ifadeyle, katkı payı uygulamasından memnun olmayan yararlanıcılar, daha iyi sağlık hizmeti için daha fazla harcama yapmayı kabul edilebilir bulmaktadır. Ayrıca tedavi masrafları artsa da tedaviye devam edeceklerini ifade eden yararlanıcılar, bunun ödeme gücünden ziyade bir mecburiyet olduğu yönünde görüş belirtmektedirler. Devletin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırması noktasında ise, yararlanıcıların hemfikir oldukları görülmektedir. Dolayısıyla yararlanıcılar, devletin sağlık hizmetlerinin finansmanında daha fazla yer alması yönünde görüş belirtmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlananların büyük bir memnuniyetle karşıladıkları bir diğer düzenleme ise, özel hastanelerin hizmet sunumuna ilişkindir. Öncelikle yararlanıcıların özel hastanelerin hizmet sunumuna ve özel hastanelerin sayısının artmasına son derece olumlu yaklaştıklarını ifade etmek mümkündür. Zira yararlanıcılar özel hastanelerle birlikte, sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olduğu ve hizmetlerin daha hızlı sunulduğu yönünde görüş belirtmişlerdir. Belki bunlardan daha önemli olansa, özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenildiğine yönelik yaygın kanıdır. Bu kanıyı, özel hastanelerde sağlık hizmetlerinin devlet

hastanelerinden daha iyi verildiği yönündeki düşünce de destekler niteliktedir. Bu noktada, yararlanıcıların özel hastaneleri devlet hastanelerine tercih etme eğiliminde olduklarını söylemek mümkündür. Bu durum, önümüzdeki günlerde devlet hastaneleri için sıkıntıya yol açabilecek niteliktedir. Zira kamu hastane birlikleri kurulması sonucu kendi giderlerini kendileri karşılayacak olan devlet hastaneleri, bu eğilimi kırmak ve hastaları devlet hastanesine çekmek için daha çok çaba harcamak zorunda kalacaklardır. Bu noktada özel hastanelerde uygulanan hizmet yöntemlerine yakın tercihlerde bulunulması da muhtemel görünmektedir. Özel hastanelere yönelik olumlu bakış açısına karşılık, yararlanıcılar sadece parası olanların özel hastanelerden yararlandığını düşünmektedir. Dolayısıyla özel hastanelerle birlikte sağlık hizmetlerine erişim daha kolaylaşmasına karşın, bu durumun yeterli geliri olanlar için söz konusu olduğunu ifade etmek de mümkündür.

Özel hastanelerin hizmet sunumu kadar olmasa da, yararlanıcıların aile hekimliği uygulamasına yönelik düşüncelerinin de olumlu yönde olduğu görülmektedir. Zira aile hekimliği uygulamasının sağlık ocağı uygulamasından daha iyi olduğu yönünde görüş bildiren yararlanıcılar, aile hekimliği sayesinde eşit hizmet sunumunun sağlandığını, hizmetlere daha kolay ulaşıldığını ve hizmetlerin kalitesinin arttığını ifade etmişlerdir. Buna karşılık, yararlanıcılar aile hekimliği uygulamasının önemli bir ayağı olan sevk uygulamasına karşı çıkmaktadırlar. Bu noktada yararlanıcıların, aile hekimliği ile kendilerine ait bir hekimlerinin olmasından memnun olduklarını, ancak hastanelere başvurmadan önce sevk alma zorunluluğu olmasından ise hoşnut olmadıkları görülmektedir.

Sağlık hizmeti yararlanıcıları bağımsız değişkenler bazında genel bir değerlendirmeye tabi tutulduğunda ise, özellikle il değişkeninde ve eğitim durumu değişkenindeki farklılaşma dikkat çekmektedir. Buna göre, Isparta ilindeki yararlanıcılar Antalya ve Burdur illerindeki yararlanıcılara oranla, SDP ile getirilen düzenlemeler için daha memnun bir tablo çizmişlerdir. Isparta ilindeki yararlanıcılar hem özel hastanelerin hizmet sunumundan hem de aile hekimliği uygulamasından diğer yararlanıcılara oranla daha yüksek düzeyde bir memnuniyet belirtmişlerdir. Bu durumda, aile hekimliği uygulamasının ilk önce Isparta'da başlamış olması, vatandaşlar tarafından kabul edilip benimsenmesi, halkın uygulamaya alışması ve sıkıntıların kısmen de olsa ortadan kalkmış olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Yine Isparta ilinde kişi başına düşen uzman hekim, hemşire ve yatak sayısının diğer illerdekilerden daha fazla olmasının da bu durumda etkili olduğunu söylemek mümkündür. Zira bu sayede, sağlık hizmetlerine ulaşmak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak daha kolay olmaktadır.

Antalya ilinde aile hekimliği uygulamasına yönelik genel bir memnuniyetsizlik söz konusudur. Antalya’da aile hekimliği uygulamasına 2010 yılı sonunda geçilmiştir. Diğer bir ifadeyle, Antalya’da aile hekimliği diğer illere nazaran oldukça yeni bir uygulamadır. Bu nedenle Antalya ilindeki yararlanıcıların, nispeten yeni olan bu uygulamaya tam olarak alışmamaları ve uyum sürecinde ortaya çıkan sorunlar nedeniyle, aile hekimliğine daha mesafeli oldukları düşünülmektedir.

Burdur ili ise memnuniyet açısından Isparta ile Antalya illerinin ortasında yer almaktadır. Burdur ilinde üniversite hastanesi ve il merkezinde de özel hastane bulunmamaktadır. Kişi başına düşen uzman hekim sayısı da diğer illere oranla daha düşüktür. Buna rağmen Burdur ilindeki yararlanıcılar da genel anlamda getirilen uygulamalardan memnun görünmektedir. Burdur ilinin Isparta’ya çok yakın olmasının ve Burdur’daki sağlık hizmeti yararlanıcılarının Isparta’daki hastanelerden yararlanabilmesinin bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yararlananların önemli oranda farklılaştığı bir diğer değişken ise eğitim durumudur. Buna göre eğitim durumu düşük olan yararlanıcılar getirilen uygulamalardan daha memnun görünmektedirler. Eğitim durumunun yükselmesi ile birlikte memnuniyet düzeyinin de bir düşüş eğilimine girdiğinden söz etmek olanaklı görünmektedir. Bu noktada eğitim düzeyi düşük yararlanıcıların getirilen düzenlemelere ilişkin beklentilerinin daha düşük olduğunu ve düzenlemelerin de bu beklentileri karşıladığını söylemek mümkündür. Diğer yandan, getirilen düzenleme ve uygulamalarla birlikte yararlanıcıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi artmış, buna karşılık bireysel sağlık harcamalarında belirgin bir artış söz konusu olmamıştır. Dolayısıyla, düşük gelir grubundaki yararlanıcılar, sağlık harcamalarında önemli bir artış olmadan sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşma imkânına kavuşmuşlardır. Bu durum da onların memnuniyet düzeyini yükseltmiştir. Diğer yandan eğitim düzeyi daha yüksek olan yararlanıcılar, sağlık hizmetlerinin

kalitesinin arttığı noktada daha çekimser davranmışlar ve eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık hizmetlerinin kaliteli sunulduğuna dair inanç da zayıflamıştır.

Cinsiyet değişkeni açısından bulgular değerlendirildiğinde ise, genel olarak kadın katılımcıların memnuniyet düzeyinin erkek katılımcıların memnuniyet düzeyinden daha düşük olduğu görülmüştür. Bu noktada, kadınların yeni düzenlemelerden beklentilerinin farklı olduğu ve bu beklentilerin karşılanmadığını söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinden yararlananlar açısından dikkat çeken bir diğer nokta ise, gelir seviyesi açısından karşımıza çıkmıştır. Gelir değişkenindeki farklılaşma oranı beklenilenden daha düşük seviyede gerçekleşmiştir. Yararlanıcıların özellikle sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ve sağlık harcamaları ile ilgili sorularda gelir seviyesine göre farklılaşması bekleniyordu. Ancak yararlanıcıların ilgili sorulardaki farklılaşma oranı çok düşük bir düzeyde kalmıştır. Bu noktada gelir seviyesi düşük olan katılımcıların da sağlık hizmetlerine kolay ulaşabildiğini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabildiğini söylemek olanaklıdır. Bu durum bireysel sağlık harcamalarında belirgin bir artış olmadığı yönündeki bulgularla da örtüşmektedir. Zira bireysel sağlık harcamalarında ciddi bir artış olmaması sonucu, düşük gelir grubundakiler de sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlerden yararlanma konusunda sıkıntı yaşamamaktadır.

Sağlık hizmeti sunanlar açısından sonuçlar değerlendirildiğinde ise, düzenlemeler karşısında en memnuniyetsiz grubun sunucular olduğu görülmektedir. Öncelikle, sunucularda SDP ile getirilen düzenlemeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağına dair belli bir kanı bulunduğunu ifade etmek mümkündür. Zira sunucular, özel sağlık sigortalarının ve hastanelerin kendi giderlerini kendisinin karşılamasının fiyatları artıracığını ifade etmişlerdir. Hastaneler arasında rekabet fikrine de soğuk bakan sunucular, hastaneler arasındaki rekabetin nitelikli hizmet sunumuna yol açmayacağı gibi hizmetlerin ucuzlamasına da neden olmayacağı yönünde görüş belirtmişlerdir. Oysa kendilerine de benzer sorular yöneltilen yararlanıcılar, rekabet sayesinde hem daha nitelikli hizmet sunulacağını hem de sağlık hizmetlerinin fiyatının düşeceğini belirtmişlerdir.

Görüldüğü gibi yararlanıcıların ve sunucuların rekabete ilişkin düşünceleri birbirinden farklılaşmaktadır.

Sunucular devlet hastanelerinin giderlerinin Sağlık Bakanlığı yerine hastanelerin kendi kaynaklarıyla karşılanması fikrine de katılmamaktadır. Hastanelerin giderlerinin kendi kaynakları ile karşılanması, döner sermaye gibi ek gelirlerden hizmet sunuculara düşen payın azalmasına neden olacağı için bu yönde bir görüş çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca tam gün uygulamasına da mesafeli duran sunucular, tam gün uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesinde artışa neden olacağı yönündeki ifadeyi kısmen desteklemektedirler. Benzer nitelikteki soru yararlanıcılara yöneltildiğinde ise, yararlanıcılar tam gün uygulaması ile sağlık hizmetlerinde bir iyileşme olacağı yönünde görüş belirtmişlerdir.

Sağlık hizmeti sunanların olumlu bulduğu düzenlemelerin başında ise genel sağlık sigortası uygulaması gelmektedir. Sunucular uygulama ile tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınabileceğini ifade etmişlerdir. Diğer yandan genel sağlık sigortası ile yakından ilgili olan temel teminat paketi uygulamasına ise mesafeli durmuşlardır. Bu noktada, sunucuların temel teminat paketi uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarının etkili olması da muhtemeldir. Zira yapılan görüşmelerde, bazı hizmet sunucuların temel teminat paketi hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmeleri üzerine, kendilerine uygulama hakkında bilgi verilmiştir. Kimi sunucular ise ifadeyi cevaplamamıştır. Zaten, SDP metninde sonradan yapılan değişikliklerle temel teminat paketi ifadesi metinden çıkarılmıştır.

Sunucular sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yol açabilecek düzenlemelere de oldukça soğuk bakmaktadırlar. Öncelikle, özel hastanelerin sayısındaki artışın sağlık hizmetlerini olumlu etkilediğine inanmayan sunucular, özel hastanelerde devlet hastanelerinden daha kaliteli hizmet sunulduğunu da kabul etmemiştir. Bu noktada, sunucuların yararlanıcılardan önemli oranda farklılaştığını söylemek mümkündür. Zira sağlık hizmeti yararlanıcıları, özel hastanelerin hizmet sunumundan memnuniyet duymakta ve hem özel hastanelerin daha kaliteli hizmet sunduğunu ifade etmekte hem de özel hastanelerin sayısının artmasının sağlık hizmetlerinin olumlu etkilendiğini belirtmektedirler. Özel hastanelere mesafeli duran sunucular, sağlık hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması ile birlikte, tetkik ve

tahlil sayısında gereksiz artış yaşanacağını düşünmektedir. Dolayısıyla özel hastanelerde tetkik ve tahlil sayısının daha fazla olacağı konusunda sunucularla yararlanıcıların düşünceleri örtüşmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda görev alanların net bir şekilde karşı oldukları bir diğer durum ise, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici rolüne ilişkindir. Buna göre sunucular, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk alanının sadece sağlık hizmetlerini düzenleme ile sınırlandırılması ve hizmet sunumunun özel sektöre devredilmesi fikrine katılmamışlardır. Dolayısıyla sunucular, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunmaya devam etmesi yönünde görüş belirtmişlerdir. Ayrıca hastanelere idari ve mali açıdan özerklik tanınmasının hastanelerin mevcut sorunlarını çözeceği görüşü de, sunucular arasında destek bulmamıştır. Görüldüğü gibi sunucular, Bakanlığın hastaneler üzerindeki idari ve mali desteğinin sürmesinden yana tavır takınmışlardır. Bu durumu destekleyen bir diğer bulgu da, hastanelerin Kamu Hastane Birlikleri Tasarısında öngörüldüğü gibi bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesinin hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlayacağı yönündeki ifadeye sunucuların mesafeli yaklaşımlarıdır.

Sağlık hizmeti sunanların hizmetlerden yararlananlardan ayrıldığı bir diğer nokta da aile hekimliği uygulamasına ilişkindir. Yararlanıcılar genel olarak aile hekimliği uygulamasını memnuniyetle karşılarken, sunucular bu konudaki hoşnutsuzluklarını dile getirmişlerdir. Sunucular en başta aile hekimliğinin Türkiye'nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistem olduğunu kabul etmemektedirler. Buna paralel olarak da, aile hekimliğinin sağlık sistemindeki sorunlara çare olacağına da inanmamaktadırlar. Bu düşünceleri destekler şekilde, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmayacağı ve hastalara eşit şekilde hizmet sunulmasında etkili olmayacağı yönünde görüş belirtmektedirler. Oysaki yararlanıcılar aile hekimliği ile eşit hizmet sunumunun mümkün olacağını düşünmektedirler. Sunucular yine yararlanıcılardan farklı olarak, aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini artıracığı düşüncesine de katılmamaktadırlar. Diğer yandan sunucular, aile hekimliği ile sağlık hizmetlerinin özelleştirildiğini düşünmekte ve aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret almasının gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacağını belirtmektedirler. Sunucuların aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamalarının artacağı yönündeki görüşü de bu

düşüncelerini desteklemektedir.⁴⁹ Sunucuların aile hekimliği uygulamasında olumlu buldukları tek düzenleme ise sevk uygulamasıdır. Zira sunucular, hastanelere başvurmadan önce sevk alınmasının sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığı yönünde görüş belirtmişlerdir. Sevk konusunda sunucularla yararlanıcıların yine farklılaştığı görülmektedir. Çünkü yararlanıcılar, genel olarak aile hekimliğine olumlu yaklaşmakla birlikte, sevk uygulamasına karşı çıkmaktadırlar. Sunucular ise, genel olarak aile hekimliğine karşı olumsuz bir tutum takınmakla birlikte, sevk uygulamasını desteklemektedirler.

Sunucuların karşı çıktığı uygulamalardan biri de sözleşmeli personel istihdamına ilişkindir. Sunucular öncelikli olarak sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesinin hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacağına inanmamaktadır. Dahası, çalışanların sözleşmeli olarak istihdam edilmesi nedeniyle çalışanların iş güvencesinin ortadan kalkacağını düşünmektedirler. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması gerektiği yönünde görüş belirtmektedirler. Zira hizmet sunucular, sağlık çalışanlarının memur statüsünde olmasının çalışanların performansını artıracığı düşüncesindedirler. Görüldüğü gibi sunucular sözleşmeli istihdamdan ziyade, iş güvencesinin olduğu kalıcı bir istihdamı tercih etmektedirler. Bu nokta da Sağlık Bakanlığı'nın işveren rolünün devam etmesi gerektiği yönünde görüş belirtmektedirler. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen uygulamaların bu görüşlerden farklılaştığı görülmektedir. Kamu Hastane Birliklerinin kurulması ile çalışanların hastanelerde sözleşmeli olarak istihdamı söz konusu olacaktır. Hâlihazırda aile hekimliği uygulamasında da sözleşmeli statüde çalışılması öngörülmektedir. Dolayısıyla, istihdam konusunda Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaları ile sağlık çalışanlarının beklentisi tamamen farklılaşmaktadır.

Sunucuların önemli düzeyde memnuniyetsizlikle karşıladığı bir diğer düzenleme ise performansa göre ücretlendirme sistemine ilişkindir. Sunucular, performansa göre ücretlendirme sisteminin çalışanların motivasyonunu artıracığına ya da daha iyi ve daha kaliteli hizmet sunumuna neden olacağına inanmamaktadır.

⁴⁹ SGK Başkanı Fatih Acar'ın yaptığı açıklamalar da bu bulgularla örtüşmektedir. Acar, 2011 yılının ilk yarısında reçetelerin yüzde 46'sının aile hekimleri tarafından yazıldığını ifade etmiş ve gereksiz ve fazla ilaç reçete edilmesini önlemek için "negatif performans" uygulamasına geçilmesine yönelik çalışma başlatıldığını belirtmiştir (www.haberturk.com, 04.11.2011).

Bunun yanında, performansa göre ücretlendirme sisteminin gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olacağı ve sağlık hizmetlerinin fiyatını artıracığı yönünde ciddi endişeleri de bulunmaktadır. Bu noktada sunucuların aile hekimliği uygulamasına benzer şekilde performansa göre ücretlendirmeye de karşı oldukları ve uygulamanın sağlık harcamalarını artıracığı şeklinde görüş belirttikleri görülmektedir. Buna paralel olarak, sunucular performansa göre ücretlendirme sisteminin tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacağı düşüncesindedir. Zira hekimler, tedavisi zahmetli olan ve uzun süren hastaları tedavi etmek yerine, performanslarını artırmak amacıyla tedavisi daha kolay olan hastaları tercih edebileceklerdir.

Performansa göre ücretlendirme sistemi ile ilgili dikkat çeken bir diğer nokta da hekimler ve hemşirelerin durumuna ilişkindir. Performansa göre ücretlendirme hekimleri etkilemekte ve hekimlerin alacağı toplam ücreti performansları belirlemektedir. Buna karşılık hemşireler performansa göre ücretlendirme sisteminden yararlanamamaktadır. Yapılan görüşmelerde bu durumun hemşireler arasında büyük bir memnuniyetsizlik yarattığı görülmüştür. Hemşireler, hekimlerin istediği uygulamaları yerine getirdiklerini, uygulamalar karşılığında hekimlerin ek ücret aldığını, buna karşılık işi yapanın kendileri olmasına rağmen hemşirelerin bu iş karşılığında herhangi bir ek ücret almadığını belirtmekte ve bu durumdan şikâyetçi olmaktadır. Diğer yandan araştırma bulguları doğrultusunda, sunucular arasında performansa göre ücretlendirme sistemine yönelik genel bir memnuniyetsizliğin olduğunu söylemek olanaklıdır.

Sunucuların büyük ölçüde desteklediği ifadelerden bir diğeri de hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesidir. Sunucular bu surette hastanelerin performansının artacağı inancındadırlar. Bu noktada sunucuların mevcut yönetim yapısından memnun olmadıklarını ve yöneticilik eğitimi almış kişilerin yönetim yapısında görev alması ile hastanelerin daha iyi hizmet sunabileceğini düşündüklerini söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerine yönelik düzenlemeler konusunda sunucularla yararlanıcıların ciddi anlamda farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılıkta yararlanıcıların ve sunucuların farklı taraflarda bulunmasının ve düzenlemelere farklı

pencerelerden bakmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Zira yararlanıcılarla sunucuların düzenlemelerin içeriğine ilişkin düşünceleri ve düzenlemelerin sonuçlarına ilişkin beklentileri değişebilmektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinde geçerli olan bilgi asimetrisinin de etkili olması ihtimal dahilindedir. Çünkü özellikle hekimler olmak üzere, sunucuların sağlık hizmetleri ve hizmet sunumu noktasında bilgileri daha fazladır.

Bununla birlikte, son dönemde ortaya çıkan gelişmeler ve yetkililer tarafından yapılan açıklamalar, özellikle performansa göre ücretlendirme, sağlık harcamalarının artması ve sevk uygulaması gibi konularda sunuculardan elde edilen bulguları destekler yönde görünmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı tarafından yapılan açıklamada, 2010 yılında 22.4 milyar lira tedavi harcaması, 15.3 milyar lira ilaç harcaması yapıldığı, 2011 yılında ise SGK'nın 33.3 milyar lira sağlık harcaması yapacağını bütçelendiğini belirtilmiştir. Bu doğrultuda, reçetelere gereksiz ilaç yazımını önlemek ve artan sağlık harcamaları ile mücadele ederek sağlık harcamalarını sürdürülebilir hale getirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından “negatif performans” uygulamasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. “Negatif performans” uygulaması ile hekimlerin “gereksiz” ilaç yazmasının önüne geçilmesi hedeflenmektedir. “Gereksiz” ilaç yazan hekimlerin performansının düşürülmesi ve bu sayede çok sayıda ilaç yazan hekimin ücretinin azaltılması öngörülmektedir. Bu düzenlemeden en çok etkilenecek kesimin ise aile hekimleri olduğu belirtilmektedir. Zira 2011 yılının ilk yarısında yazılan reçetelerin yarıya yakın bir bölümünün aile hekimleri tarafından yazıldığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte, devlet hastanelerinde görev yapan hekimler tarafından yazılan ilaç sayısında da önemli oranda artış gerçekleşmesi nedeniyle “negatif performans” uygulamasının aile hekimlerini olduğu gibi devlet hastanelerinde görev yapan hekimleri de kapsamı öngörülmektedir (www.haberturk.com, 04.11.2011; www.ailehekimisitesi.com, 04.11.2011). Diğer yandan alan araştırması sırasında yapılan görüşmelerde sağlık hizmeti sunanlar, aile hekimlerinin hastaların istediği ilaçları yazmaması durumunda hastanın hekimlerden şikâyetçi olduğu ve hekimleri aile hekimini değiştirmekle tehdit ettiği yönünde görüş belirtmişlerdir. Dolayısıyla hekimler hasta memnuniyetini sağlamak, kendilerine kayıtlı hastaları kaybetmemek ve performanslarını yükseltmek için hastaların istediği ilaçları yazmaktadır. Basında çıkan haberler de bu durumu

destekler niteliktedir. Buna göre vatandaşlar, kendisine istediği ilacı veya raporu yazmayan aile hekimini değiştirmektedir. Bu nedenle üzerinde baskı oluşan ve hastalarını kaybetmek istemeyen aile hekimleri de vatandaşların isteğini yerine getirmektedir (www.medimagazin.com.tr, 09.11.2011).

Aile hekimliği uygulaması ile ilgili sağlık hizmeti sunucularından elde edilen bulguları destekleyen bir diğer gelişme ise sevk uygulamasına ilişkindir. Sağlık hizmetlerinden yararlananlar sevk uygulamasını gerekli bulmamasına karşılık, sunucular sevk uygulamasının gerekli olduğu ve hizmet kalitesini artıracığı yönünde görüş belirtmişlerdir. Aile hekimliği uygulamasının ilk yıllarında hastanelere başvurmadan önce aile hekiminden sevk alınması zorunlu tutulmuşken, ilerleyen zamanlarda yaşanan sıkıntılar nedeniyle sevk uygulamasından vazgeçilmiştir. Günümüzde ise artan sağlık harcamaları nedeniyle sevk sisteminin yeniden hayata geçirilmesi söz konusudur. Bu konuda açıklama yapan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, sağlık harcamalarında toplamda 4.1 milyar liralık istismar ve israf tespit ettiklerini belirtmiş ve tedavi giderlerindeki aşırı artışın sebebi olarak da sevk zincirinin etkin şekilde uygulanmamasını göstermiştir.⁵⁰ Bakan Çelik devlet hastaneleri için 13.1 milyar, üniversite hastaneleri için 4 milyar 75 milyon ve özel hastaneler için 5 milyar 643 milyon ödenek ayırdıklarını, ama devlet hastanelerinde 1.5 milyar lira, üniversite hastanelerinde 661 milyon lira ve özel hastanelerde de 705 milyon lira fazladan tedavi giderlerinin ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu doğrultuda hastaların önce aile hekimlerine başvurması, ardından aile hekiminin uygun görmesi halinde hastaların hastane ve uzman hekimlere sevk edilmesi öngörülmüş ve bu yönde düzenlemeler yapılacağı belirtilmiştir (www.medimagazin.com, 08.11.2011). Sevk zinciri uygulamasının 2012 yılında hayata geçirilmesi planlanmaktadır. Ancak sevk zinciri uygulamasına geçilmesi ile birlikte daha önce yaşanan sıkıntıların tekrar yaşanıp yaşanmayacağı veya sorunların nasıl aşılacağı ise henüz kesinlik kazanmış değildir. Alan araştırması sırasında görüşlerine başvuru alan aile hekimleri ise, sevk uygulamasından rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların sevk almak için uzun kuyruklar oluşturduğunu ifade eden aile hekimleri, evrak işleri ile ilgilenmekten hasta bakmaya zaman kalmadığı yönünde görüş belirtmişlerdir.

⁵⁰ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Çelik, sağlık harcamalarının öngörülerin üzerinde gerçekleştiğini ve sağlık harcamalarının 3 milyar lirasının tedavi giderleri, 1.1 milyar lirasının da ilaçtaki savurganlıktan kaynaklandığını ifade etmiştir.

Dolayısıyla benzer sorunların yaşanmaması ve hem hastaların hem de aile hekimlerinin şikâyetlerinin en aza indirilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Sağlık hizmeti sunucularının SDP kapsamında getirilen düzenlemelere karşı genel bir memnuniyetsizliklerinin yanında sunucuların bağımsız değişkenler bağlamında kendi aralarında farklılaştıkları da görülmüştür. Sunucuların en fazla, görev yaptıkları kurumun mülkiyetine ve mesleklerine göre farklılaştığı görülmüştür. Kurum mülkiyeti dikkate alındığında, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastanelerinde görev yapan sunucuların SDP ile getirilen düzenlemelere genelde soğuk baktıkları görülmüştür. Buna karşılık özel hastanelerde görev yapan sunucular düzenlemelere daha ılımlı yaklaşmaktadırlar. Özel hastanelerdeki sunucular, özellikle sağlık hizmetlerinin daha nitelikli ve düşük fiyatla sunulması için hastaneler arasındaki rekabeti desteklemektedirler. Buna karşılık devlet ve üniversite hastanelerinde görev yapan sunucular rekabet fikrine mesafeli durmaktadırlar. Bununla birlikte kamu hastane birliklerinin kurulmasına yönelik düzenlemelerde hastaneler arasındaki rekabet fikri öne çıkmaktadır. Dolayısıyla devlet hastanelerindeki sunucular rekabet düşüncesine sıcak bakmasa da bir rekabet ortamına girmeleri söz konusudur. Özel hastanelerdeki sunucuların diğer hastanelerdeki sunuculardan ayrıldığı bir diğer konu ise, temel teminat paketi uygulamasına yöneliktir. Devlet hastanesi ve üniversite hastanesindeki sunucular tarafından desteklenmeyen temel teminat paketi uygulaması, özel hastanelerdeki sunucular tarafından desteklenmektedir. Söz konusu uygulamanın özel hastanelerin hizmet sunumunu kolaylaştıracağı için, düzenlemenin özel hastanelerdeki çalışanlar tarafından desteklendiği düşünülmektedir.

“Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi” boyutunda yer alan ifadeler açısından da özel hastanelerdeki sunucuların diğerlerinden ayrıldığı ve bu yöndeki düzenlemeleri destekledikleri görülmektedir. Buna göre özel hastanelerdeki sunucular özel hastanelerde daha kaliteli hizmet sunulduğunu savunmakta ve özel hastanelerde gereksiz tetkik ve tahvil sayısının fazla olacağı düşüncesine katılmamaktadırlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumunu özel sektöre devretmesini desteklemekte ve hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olmasının sorunların çözümünde etkili olacağını düşünmektedirler. Buna karşılık devlet ve

üniversite hastanelerindeki sunucular bu görüşlere katılmamakta ve karşı tarafta yer almaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucular ise özellikle aile hekimliği uygulamasına ilişkin ifadelerde farklılık göstermişlerdir. Bu noktada bu hastanelerdeki sunucuların, aile hekimliği uygulamasından diğer hastanelerdeki sunuculara oranla daha memnuniyetsiz oldukları gözlenmiştir. Üniversite hastanesinde görev yapan sunucuların aile hekimliğine daha sıcak yaklaştıklarını, aile hekimliğine yönelik düzenlemeleri en fazla destekleyen kesimin ise özel hastanelerdeki sunucular olduğunu söylemek mümkündür.

Personel istihdamı ve özellikle sözleşmeli personel çalıştırılması noktasında ise yine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sunucular, düzenlemeleri desteklememektedirler. Bu aşamada dikkat çeken ise, üniversite hastanelerindeki sunucuların bu yöndeki düzenlemelere özel hastanelerde görev yapan sunuculardan daha fazla destek vermeleridir. Bir diğer ifadeyle, üniversite hastanelerindeki sunucular sözleşmeli istihdam seçeneğine daha ılımlı yaklaşmaktadırlar.

İl değişkeni açısından sunucular değerlendirildiğinde ise, sağlık hizmeti yararlanıcılarında olduğu gibi sunucular da en memnun grubun Isparta ilindeki sunucular olduğu görülmektedir. Zira Isparta'daki sunucuların SDP kapsamında getirilen düzenlemelere desteği diğerlerinden daha yüksek bir seviyededir. Buna karşılık Antalya ilindeki sunucular düzenlemeler karşısında olumsuz bir tutum takınmışlar ve memnuniyetsizliklerini dile getirmişlerdir. Isparta ilindeki genel memnuniyetin, hekim ve hemşire başına düşen hasta sayısının daha az olması, hasta başına düşen yatak sayısının fazla olması, sağlık hizmetlerine erişim noktasında daha az sıkıntı yaşanması gibi nedenlere dayandığı düşünülmektedir. Burdur ilindeki sunucular ise, ne Isparta ilindekiler kadar memnuniyet ifade etmişler ne de Antalya'daki sunucular kadar hoşnutsuzluk belirtmişlerdir.

Yaş değişkeni açısından bir değerlendirme yapıldığında ise, genç yaş grubundaki sunucuların düzenlemeleri destekledikleri, buna karşın ileri yaş grubundaki hizmet sunucuların düzenlemelere soğuk baktıkları görülmüştür. Genç yaş grubundaki hizmet sunanların hem özel hastanelerin hizmet sunumuna, hem aile hekimliği düzenlemesine hem de performansa göre ücretlendirmeye ilişkin ifadelerle

katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İleri yaş grubundaki sunucular özel hastanelerin hizmet sunumunu pek benimsemezken, genç yaş grubundakilerin bu konuda daha olumlu düşündükleri saptanmıştır. Yeni bir iş sahası olması, çalışanlara daha fazla imkan sunması ve daha fazla ücret vermesi, kimi zaman da bir prestij kaynağı olması gibi sebeplerle, genç yaş grubundaki sunucuların özel hastanelere daha sıcak baktıkları düşünülmektedir. Diğer yandan ileri yaş grubundaki sunucuların, belli bir yere gelmeleri ve kendilerini ispat etmek için özel sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duymamaları, maddi anlamda da belli bir kazanıma ulaşmaları gibi nedenlerle özel hastanelere mesafeli durmaları olanaklı görülmektedir. Ayrıca özel hastanelere karşı bir önyargının veya olumsuz bir bakış açısının olması nedeniyle ileri yaş grubundakilerin özel hastaneleri benimsememeleri de mümkündür.

Meslek değişkeni açısından bulgular değerlendirildiğinde ise kimi zaman hekimlerle hemşirelerin farklılaştığı saptanmıştır. Özellikle aile hekimliği uygulaması ve performansa göre ücretlendirmeye ilişkin ifadelerde hekimlerle hemşirelerin farklılaştığı gözlenmiştir. Buna göre, hekimlerin aile hekimliği uygulamasına hemşirelerden daha mesafeli durdukları belirlenmiştir. Hekimler, aile hekimliğinin sağlık sisteminin sorunlarını çözeceğine inanmamakta ve uygulamanın da Türkiye'nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun olmadığını düşünmektedirler. Bunun yanında aile hekimliği ile daha kaliteli, eşit ve verimli hizmet sunumunun gerçekleşeceği yönündeki ifadeler katılmamaktadırlar. Bu noktada hemşirelerin ifadelerine katılım düzeylerinin nispeten daha yüksek olduğunu ve hemşirelerin aile hekimliğine daha sıcak baktıklarını söylemek mümkündür.

Hekimlerle hemşirelerin farklılaştığı bir diğer husus ise performansa göre ücretlendirme sistemine ilişkindir. Bu noktada hekimlerin performansa göre ücretlendirme sistemini pek benimsemedikleri, buna karşılık hemşirelerin uygulamaya daha sıcak baktıkları görülmüştür. Hemşireler performansa göre ücretlendirme ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin artacağı ve daha iyi hizmet sunumunun mümkün olacağı yönündeki ifadeleri desteklemişlerdir. Buna karşılık hekimlerin bu ifadeler katılıma düzeyi düşük kalmıştır. Bu noktada hekimlerin daha kaliteli ve iyi hizmet sunumunu performansa göre ücretlendirmeye bağlı olarak değerlendirmediklerini veya performansa göre ücretlendirmenin hekimliğin hizmet

sunma mantığıyla örtüşmediğini düşündüklerini söylemek mümkündür. Diğer yandan hemşireler performansa göre ücretlendirme sistemine olumlu yaklaşmakta ve bu uygulamadan sadece hekimlerin yararlanmasından rahatsızlık duyduklarını ifade etmektedirler. Performansa göre ücretlendirme ile iş yüklerinin arttığını belirten hemşireler, performansa göre ücretlendirme sisteminden kendilerine de pay verilmesini istemektedirler.

Meslek değişkeninde ortaya çıkan bu farklılaşmayı cinsiyet değişkenindeki farklılaşmadan bağımsız düşünmek olanaklı görünmemektedir. Çünkü kadın katılımcıların büyük çoğunluğunu hemşireler, erkek katılımcıların büyük çoğunluğunu da hekimler oluşturmaktadır. Dolayısıyla, hekimlerle hemşirelerin farklılaştığı birçok ifade, kadın katılımcılarla erkek katılımcılar da farklılaşmaktadır. Bu nedenle meslek değişkenindeki farklılaşmalar için geçerli olan nedenler büyük oranda cinsiyet değişkeni için de geçerli olmaktadır.

Sağlık hizmeti yöneticilerinin de SDP ile getirilen düzenlemelere genel olarak mesafeli yaklaşıtları görülmektedir. Yöneticilerin öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir yapıya dönüştürülerek hizmet sunumunun özel sektöre devredilmesi fikrine karşı oldukları görülmektedir. Zira yöneticiler, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumunda görev almaya devam etmesinin sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlayacağı düşüncesindedir.

Yöneticilerin önemli oranda desteklediği düzenlemelerin başında ise, kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi gelmektedir. Yöneticiler kamu hastanelerinin Bakanlık bünyesinde birleştirilmesini olumlu bir düzenleme olarak değerlendirmektedirler. Benzer şekilde yöneticiler, hastaların istedikleri kamu hastanesine veya özel hastaneye doğrudan gidebilmelerini de desteklemekte ve bu yöndeki düzenlemeleri olumlu birer gelişme olarak nitelendirmektedirler. Bununla birlikte, hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi sonucunda devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde bir düşüş yaşandığını da düşünmektedirler. Buna paralel olarak bu düzenlemenin aynı zamanda sağlık hizmetlerinin SGK'ya olan maliyetini de artırdığını ifade etmektedirler. Dolayısıyla, yöneticiler hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesini olumlu bulmakla birlikte bu durumun sağlık harcamalarını artırdığını da kabul etmektedirler.

Sağlık hizmeti yöneticilerinin Kamu Hastane Birlikleri Tasarısına (KHBT) ilişkin bakış açıları değerlendirildiğinde, yöneticilerin düzenlemeler hakkında tek bir görüşe sahip olduklarını söylemek güçleşmektedir. Çünkü yöneticiler bir yandan KHBT doğrultusunda hastanelerin Hastane Birliklerine devredilmesi durumunda, hastanelerin daha iyi hizmet vereceğini düşünmemektedirler. Diğer yandan tasarı uyarınca hastanelerin A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılmasının daha iyi hizmet sunumuna katkı sağlayacağı yönünde görüş belirtmektedirler. Benzer şekilde, hastanelerin idari ve mali yönden özerk olmasının hastanelerin mevcut sorunlarının çözümünde etkili olacağı yönünde görüş belirtmelerine rağmen, hastanelerin KHBT’de öngörülen tarzda bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesi durumunda daha iyi hizmet sunmanın mümkün olacağı fikrine soğuk bakmaktadırlar. KHBT uyarınca hastanelerin sağlık işletmelerine dönüştürülmesinin sağlık hizmetlerinin fiyatında artışa neden olacağı ifadesini ise önemli oranda desteklemektedirler. Yöneticilerin KHBT hakkında yeterli ve net bir bilgiye sahip olmamaları nedeniyle kimi zaman birbirinden farklılaşan cevaplar verdikleri düşünülmektedir.

Personel istihdamı açısından yöneticilere ait bulgular değerlendirildiğinde, yöneticiler sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması durumunda sağlık hizmetlerinin maliyetinin düştüğünü ifade etmektedirler. Bununla birlikte yöneticiler, sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanmasının daha doğru bir yöntem olduğu görüşündedir. Sözleşmeli sağlık personeli uygulamasının hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olmayacağını düşünen yöneticiler, sözleşmeli istihdam seçeneğinin sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasında da etkili olmayacağını ifade etmektedirler. Sözleşmeli istihdam uygulamasının sağlık çalışanlarının iş güvencesini ortadan kaldıracak nitelikte olduğunu ve çalışanların memur statüsünde olmasının performansları açısından daha olumlu sonuçlar doğuracağını belirtmektedirler. Görüldüğü gibi sağlık hizmeti yöneticileri sözleşmeli istihdam uygulamasına mesafeli durmaktadırlar. Ancak Kamu Hastane Birliklerinin kurulması durumunda hastanelerde sözleşmeli istihdam uygulamasına geçilmesi söz konusu olacaktır.

Yöneticilerin performansa göre ücretlendirme sistemine yönelik yaklaşımları ele alındığında ise, yöneticilerin performansa göre ücretlendirmeyi sağlık çalışanları ve sağlık hizmetleri açısından iki farklı şekilde değerlendirdikleri görülmektedir.

Buna göre, yöneticiler performansa göre ücretlendirme sisteminin sağlık çalışanları için olumlu bir düzenleme olduğunu, çalışanların motivasyonunu artıracığını ve çalışanlar arasında rekabete yol açacağını ifade etmektedirler. Buna karşılık, performansa göre ödeme yapılmasının, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini artırma noktasında yeterli olmayacağı yönünde görüş belirtmektedirler.

Sağlık hizmeti yöneticileri, SDP öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı olduğunu düşünmektedirler. Bununla birlikte SDP'nin uygulanması için hastanelerinin altyapılarının yeterli olmadığını ifade etmektedirler. SDP'nin hazırlanması sırasında hastane yöneticilerinin görüşlerine yeterli düzeyde başvurulmamasını ise bir eksiklik olarak dile getirmektedirler. Yöneticiler SDP ile birlikte hastanelerinde daha kaliteli hizmet sunumunun kısmen gerçekleştiğini buna karşılık verimlilik konusundaki sıkıntıların aşılamadığını ifade etmektedirler. Yöneticiler SDP ile birlikte hastanelerinde hasta memnuniyetinin arttığını, buna karşılık sağlık çalışanlarının memnuniyetinde bir artış olmadığını belirtmektedirler. Ayrıca yöneticiler, SDP sonrasında hastane gelirlerinde bir artış olmadığı ve SDP'nin sağlık sisteminin sorunlarının çözümüne yönelik önemli bir etkisinin olmadığı yönünde görüş belirtmektedirler. Dolayısıyla, yöneticiler SDP'nin hasta memnuniyetini sağlama noktasında başarılı olduğunu, buna karşılık çalışan memnuniyetinin sağlanması, hizmet kalitesinin ve veriminin artırılması gibi konularda başarılı olamadığı görüşündedir. Yöneticilere ait bu bulgular, sağlık hizmeti yararlanıcılarına ve sunucularına ilişkin bulgularla da örtüşür niteliktedir. Zira yararlanıcılar SDP kapsamındaki düzenlemeleri memnuniyetle karşılarken, sunucuların düzenlemeler karşısında memnuniyet düzeyi daha düşük seviyelerde kalmıştır.

Yöneticiler hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmesi durumunda hastanelerin daha iyi hizmet vereceği düşüncesine de kısmen katılmaktadırlar. Dolayısıyla yöneticilerin mevcut yönetim yapısından memnun olmadıklarını ve hastane yönetiminde farklı alternatiflerin değerlendirilmesine açık olduklarını söylemek mümkündür. Hastane yönetiminde yer alan kişiler tarafından bu yönde görüşlerin dile getirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti yöneticileri bağımsız değişkenler doğrultusunda ele alındığında ise hastane mülkiyeti değişkeni ve il değişkenindeki farklılaşmalar dikkat çekmektedir. İl değişkeni açısından yararlanıcılar ve sunucular için geçerli olan durumun yöneticiler için de geçerli olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, Isparta ilindeki yararlanıcı ve sunucular gibi, Isparta'daki yöneticiler de düzenlemelere daha sıcak yaklaşmaktadırlar. Isparta ilindeki hastanelerde görev yapan yöneticilerin ifadelerine katılım düzeyi diğer hastanelerdeki yöneticilere oranla daha yüksek bir düzeyde gerçekleşmiştir.

Hastane mülkiyeti değişkeni açısından, özellikle özel hastanelerdeki yöneticilerle üniversite hastanelerindeki yöneticilerin farklılaştığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler ise, kimi zaman özel hastanelerdeki yöneticilere, kimi zaman da üniversite hastanelerindeki yöneticilere yakın olmaktadır. Özel hastanelerdeki yöneticilerin genel olarak SDP'ye olumlu baktıkları ve gelişmelerden memnun oldukları gözlenmiştir. Buna karşılık üniversite hastanelerindeki yöneticilerin SDP ile getirilen düzenlemeleri destekleme düzeylerinin çok düşük olduğu ve düzenlemelere karşı genel bir memnuniyetsizlik dile getirdikleri görülmüştür. Zira üniversite hastanelerindeki yöneticiler hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının düzenlemelerden memnun olmadığını ifade etmişlerdir. Diğer yandan özel hastanelerdeki yöneticiler ise, sağlık çalışanları için geçerli olan memnuniyetin hastaları için de geçerli olduğunu ve hastalarının da memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir. Üniversite hastanelerindeki memnuniyetsizliğin, büyük ölçüde tam gün uygulamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tam gün uygulaması, özellikle üniversitede görev yapan hekimler tarafından eleştirilmekte ve hekimlerden tepki toplamaktadır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler de SDP'nin özellikle hasta memnuniyetini artırdığını ifade etmişlerdir. SDP'nin devlet hastanelerini ve bu hastanelerdeki hizmet sunumunu önemli ölçüde etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, hastaların bu yeni düzenlemeleri memnuniyetle karşıladıkları görülmüştür. Ancak yöneticilerin sağlık çalışanları için aynı fikirde olmadıkları görülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanesinde görev yapan yöneticiler, SDP sonrasında sağlık çalışanların memnuniyetinin artmadığını düşünmektedirler. Görüldüğü üzere, SDP ile getirilen düzenlemelerden en memnun olan kesim özel

hastanelerden hizmet alan yararlanıcılarla özel hastanelerde görev yapan çalışanlardır. Bu durum, SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün önünün açıldığı yönündeki görüşleri destekler nitelikte görünmektedir.

2003 yılında gündeme gelen SDP, sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına, sağlık personelinin çalışma yöntemlerinden hastane yönetimlerine birçok alanda düzenlemeler yapmıştır. Bu doğrultuda herkesi sağlık güvencesi kapsamına almak amacıyla Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmiştir. 2006 yılında bu yönde yasa çıkarılmakla birlikte altyapının yeterli olmaması nedeniyle GSS'nin uygulanması 2012 yılına bırakılmıştır. GSS özünde prim ödeme sistemine dayanmaktadır. Dolayısıyla, prim ödeyebilenler sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken, ödeyemeyenlerse sağlık hizmetlerinden yararlanamama riskiyle karşılaşabilecektir. İşsizlik oranları ve Türkiye'nin sosyo-ekonomik yapısı dikkate alındığında ise prim ödemede sıkıntılar yaşanması muhtemel görünmektedir. 2012 yılından itibaren Yeşilkart uygulamasının da GSS kapsamına dahil edilmesi gündemdedir. Bu doğrultuda bir "gelir testi" yapılması ve Yeşilkarttan yararlanmaya devam edeceklerle prim ödeyeceklerin tespit edilmesi söz konusudur. Bu noktada prim ödeme gücüne sahip olanlarla olmayanların iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde uygulama yeni mağduriyetlere yol açabilecektir.

Araştırma bulgularında da görüldüğü gibi, bu düzenlemeler sağlık hizmeti yararlanıcıları tarafından benimsenip desteklenirken, sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri tarafından aynı düzeyde benimsenmemiştir. Özellikle sağlık hizmeti sunucuları düzenlemelere karşı tavrı almış ve şikâyetlerini dile getirmişlerdir. Bunun yanında SDP'ye yönelik eleştiriler ve SDP ile sağlık hizmetlerinin özelleştirildiğine ve hizmetlerin fiyatının artacağına yönelik endişeler de bulunmaktadır. Özel hastanelerden hizmet alımı, katılım payı, aile hekimliği uygulaması, performans göre ücretlendirme sistemi gibi düzenlemeler nedeniyle sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağı öne sürülmektedir. Diğer bir ifadeyle, artan sağlık harcamalarıyla baş edebilmek için hayata geçirilen düzenlemelerin, sağlık harcamalarını artırıcı etkisi olacağı ifade edilmektedir.

SDP kapsamında getirilen düzenlemeler özellikle sağlık hizmeti yararlanıcıları tarafından memnuniyetle karşılanmıştır ve düzenlemelerin çeşitli

olumlu yönleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin artması ve vatandaşların istediği hastaneye doğrudan gidebilmesi sağlık hizmetlerinden yararlanmak adına önemli kolaylıklar sağlamıştır. Ancak diğer yandan ilaç ve tedavi masraflarındaki artış sağlık harcamalarının da önemli oranda artmasına neden olmuştur. Özellikle ilaç masraflarından ve tedavi giderlerinden kaynaklanan sağlık harcamalarındaki bu artışla mücadele etmek için, çeşitli önlemler alınması yoluna gidilmiştir. Öncelikle, aile hekimlerine başvurulması durumunda reçete parası ödenmezken, gereksiz ilaç yazılmasının önüne geçmek amacıyla, aile hekimlerinin ilaç yazması durumunda hastalardan 3 TL reçete parası alınması kararlaştırılmıştır. Bunun yanında katılım payı uygulamasında da değişikliğe gidilmiş ve katılım paylarının miktarı artırılmıştır. Buna göre devlet ve üniversite hastanelerinde muayene olanların ödediği katkı payı, 5 liradan 6 liraya yükseltilmiştir. Reçete yazılması durumunda ise ödenecek miktar 9 lira olmuştur. Özel hastanelere başvuruda alınan katılım payı ise 12 liradan 14 liraya yükseltilmiştir. Araştırma bulgularına göre, yararlanıcılar bireysel sağlık harcamalarında artış olmadığını belirtmişlerdir. Buna karşılık sağlık hizmetlerinin SGK'ya olan maliyeti artmıştır. Dolayısıyla, maliyetleri karşılamada sıkıntı yaşayan SGK, artan sağlık harcamalarıyla baş edebilmek için maliyetleri vatandaşlara yansıtma yoluna gitmektedir. Böylece hem gereksiz başvuruların ve israfın önlenmesi hem de sağlık harcamalarının SGK'ya olan maliyetinin azaltılması mümkün olabilecektir. Diğer yandan, bu düzenlemelerle sağlık harcamalarının azaltılamaması durumunda, sağlık hizmetlerinin fiyatının tekrar artırılması gündeme gelebilecektir.

Sağlık çalışanları açısından gelişmeler değerlendirildiğinde ise, çalışanların gelişmelerden memnun olmadıkları, düzenlemeler konusunda şikayetlerini dile getirdikleri görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, Sağlık Bakanlığı ile sağlık çalışanları arasında bir gerilim yaşandığı gözlenmektedir. Bakanlık tarafından açıklanan kararlar ve hayata geçirilen uygulamalar, çoğu zaman çalışanlardan destek bulamamaktadır. Bakanlığın özellikle doğrudan sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirdiği düzenlemeler, sağlık çalışanlarının direncini kırmak amacıyla gerçekleştirildiği iddiası ile karşılaşmaktadır. Son dönemde hayata geçirilen “yabancı hekim” uygulaması da çalışanlar tarafından bu çerçevede değerlendirilmektedir. 663 sayılı

Kanun Hükmünde Kararname⁵¹ ile özel hastanelerde sözleşmeli statüde yabancı hekim çalıştırılabilmesi karara bağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de yaşanan hekim sıkıntısını gidermek amacıyla yabancı hekim uygulamasına geçildiğini ifade etmektedir. Buna karşılık bu uygulama, hekimler tarafında farklı değerlendirilmekte ve hekim emeğinin ucuzlaştırılmaya çalışılması olarak nitelendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı ile hekimler arasında yaşanan bu gerilim, hastaların da mağdur olmasına neden olabilecektir. Bu nedenle düzenlemelerin başarıyla uygulanabilmesi adına çalışanların da desteğinin alınması yararlı olacaktır.

Yine 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gündeme gelen bir diğer düzenleme ise, Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısının değiştirilmesi ve Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’nın ve Bakanlığa bağlı kuruluşların teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlemektir. Buna göre, Sağlık Bakanlığı’nın strateji ve hedefleri belirlemesi, planlama, düzenleme ve koordinasyondan sorumlu olması, uluslararası ve sektörler arası işbirliğini geliştirmesi, değerlendirme ve denetleme yapması, yaptırım uygulaması, acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlayıp yürütmesi ve bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alması öngörülmüştür. Görüldüğü gibi yeni düzenleme ile Sağlık Bakanlığı düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulmaktadır.

Ayrıca, Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere Sağlık Politikaları Kurulu kurulmuştur. Kurul bünyesinde oluşturulacak danışma kurullarında ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında görev yapan personel ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından uzmanların veya yabancı uzmanların görev alabilmesi kararlaştırılmıştır. Sağlık Politikaları Kurulu yanında Bakanlık merkez teşkilatında Yüksek Sağlık Şurası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu kurulmuştur. Bunların yanında, bağlı kuruluş statüsünde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu oluşturulmuştur.

⁵¹ 28103 sayılı ve 02.11.2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu kurumlar arasında belki de en dikkat çeken Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'dur. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi ve denetlenmesi ile görevlendirilmiştir. Ayrıca bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesi de Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun sorumluluğuna verilmiştir. Yeni düzenlemede Sağlık Bakanlığı düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulurken, sağlık hizmetlerinin sunumu ise bağlı kuruluş statüsündeki Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na devredilmiş görünmektedir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun bir diğer görevi ise Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Diğer bir ifadeyle, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı bir kenara bırakılmış ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından Kamu Hastane Birliklerinin kurulması söz konusu olmuştur. Buna göre, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla Kuruma bağlanan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilmesi kararlaştırılmıştır.

663 sayılı KHK ile getirilen düzenlemeler, Sağlık Bakanlığı'na düzenleyici ve denetleyici bir kimlik kazandırırken, hizmet sunumu ise Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasından sorumlu olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bırakılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısının değişmesi ile birlikte, sözleşmeli statüde istihdamın yaygınlaştırılması söz konusu olmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları tarafından desteklenmeyen ve hoşnutsuzlukla karşılanan uygulamaların kapsamı yaygınlaştırılmıştır. Hatırlanacağı gibi, araştırma bulgularına göre, sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunmaya devam etmesi ve çalışanların da yine Bakanlık tarafından atanması yönünde görüş beyan etmişlerdir. Kamu Hastane Birliklerinin kurulması sürecinde nelerle karşılaşılacağı ve bu uygulamalara sağlık çalışanlarının nasıl tepki vereceği ilerleyen zamanlarda görülecektir.

Çalışmada en çok öne çıkan noktaların biri, sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyetine karşılık hizmet sunanların memnuniyetsizliğidir.

Yararlanıcıların memnuniyetinin altında büyük oranda sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaları, daha kaliteli hizmet almaları ve bu hizmetlerden yararlanırken bireysel sağlık harcamalarının çok fazla artış göstermemesi gibi nedenler yatmaktadır. Diğer bir ifadeyle, yararlanıcılar SDP öncesine göre sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmakta ve hizmetler karşılığında ceplerinden önemli bir ödeme yapmamaktadır. Yararlanıcıların söz konusu memnuniyetinin altında AKP Hükümetinin tutumunun da önemli bir payının olduğunu söylemek mümkündür. Zira yapılan düzenlemelerle öncelikli olarak, yararlanıcıların hem istedikleri kamu hastanelerine hem de özel hastanelere doğrudan gidebilmelerinin önü açılmıştır. Bunun yanında, başlangıçta uygulamada olan sevk zinciri, yararlanıcıların hoşnut olmaması ve uygulamada çeşitli sıkıntılara yol açması nedeniyle daha sonra kaldırılmıştır. Dolayısıyla tüm bu düzenlemeler yararlanıcıların hizmetlere erişimini kolaylaştırmıştır.

Yararlanıcıların genel memnuniyeti yanında, Isparta ilindeki yararlanıcıların SDP ile getirilen düzenlemeler karşısında daha memnun bir tablo çizmeleri ise, bir diğer dikkat çeken noktadır. Bu memnuniyetin bir boyutunu, Isparta ilinde sağlık hizmetlerine ulaşmanın diğer illere oranla daha kolay olması oluşturmaktadır. Zira Isparta'da kişi başına düşen yatak, hekim ve hemşire sayısı daha fazladır. Diğer bir boyutunun ise, Isparta ilindeki seçmenlerin siyasi tercihleriyle ilgili olduğunu söylemek mümkündür. AKP, Isparta ilinde diğer illere oranla daha fazla oy almıştır (%53 oy oranı). Bu durum, Isparta'daki seçmenlerin ve dolayısıyla sağlık hizmeti yararlanıcılarının, genel olarak iktidarın politikalarını desteklediğini göstermektedir. Uygulamaya koyulan sağlık politikaları da bunlardan biridir. Bir diğer ifadeyle, AKP hükümetinin politikalarından daha fazla memnun olan Isparta ilindeki yararlanıcılar, bu memnuniyeti sağlık politikalarında da göstermişler ve yöneltilen ifadelerle olumlu tepkiler vermişlerdir.

Diğer yandan sağlık hizmeti yararlanıcılarının genel memnuniyetine karşılık, sağlık hizmeti sunanların genel memnuniyetsizliği öne çıkmaktadır. Bu noktada hekimlerin yeni düzenlemelere yönelik bir karşı duruşundan söz etmek mümkündür. Hemşirelerin memnuniyetsizliği ise ücretlerinin yetersizliği konusunda yoğunlaşmaktadır. Hekimler özellikle tam gün uygulamasına ve performansa göre ücretlendirmeye karşı tepki göstermektedirler ve SDP ile getirilen düzenlemelere

karşı mesafeli yaklaşmaktadırlar. Bu durumun istisnasını ise özel hastanelerde görev yapan hekimler oluşturmaktadır. Özel hastanelerde görev yapan hekimlerin, başta özel hastanelerin hizmet sunumuna yönelik olan düzenlemeler olmak üzere, düzenlemeleri desteklediğini söylemek mümkündür.

SDP ile getirilen düzenlemelerle birlikte, sağlık hizmeti sunumunun büyük ölçüde piyasaya açıldığını ifade etmek olanaklıdır. Zaten SDP'nin temel bileşenlerinden biri de Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir yapıya dönüştürülmesi ve hizmet sunumunun özel sağlık kuruluşlarına bırakılmasıdır. Özel hastanelerin hizmet sunumunun kolaylaştırılması, hastaların doğrudan özel hastaneye gidebilmesinin önünün açılması ve son olarak da kamu hastane birliklerinin kurulmasına imkân tanınması ile birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunun piyasa sürecine bırakıldığı görülmektedir. Buna karşılık sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun ağırlığı ve öncülüğü devam etmektedir. Diğer yandan artan sağlık harcamaları yeni arayışları da beraberinde getirmekte ve katkı payı uygulaması, muayene ücreti, reçete ücreti gibi yöntemlerle yararlanıcılardan ilave ücret alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün kar getiren alanlara yoğunlaştığı, buna karşılık yüksek maliyetli alanları kamu kesiminin üstlendiği bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla sağlıkta dönüşümün nedenlerinden birini oluşturan kamunun yüksek sağlık harcamaları, azalmak bir yana artabilecektir. Bu durum, artan sağlık harcamalarına yeni çıkış yolları aranması ile birlikte düşünüldüğünde, yararlanıcılardan daha fazla ilave ücret alınması gündeme gelebilecektir. Kamu hastane birlikleri kurulması sonucunda, hastanelerin kendi gelirlerini kendi giderleri ile karşılayacağı düşünüldüğünde, hastanelerin kaynak yaratmak amacıyla hastalardan ek ücret alması söz konusu olabilecektir. Bir diğer ifadeyle günümüze kadar bireysel sağlık harcamalarında çok ciddi artışlar yaşanmamakla birlikte, adı geçen düzenlemeler, bireysel sağlık harcamalarının artmasına yol açabilecektir.

Bu çalışmada kent merkezlerine odaklanılmış, kırsal alanlarda ve kent merkezi dışındaki merkezlerde yaşayan sağlık hizmeti yararlanıcılarının durumu net olarak saptanamamıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda tüm iller bazında kırsal alanların da dikkate alınması, çalışmadaki bu boşluğu dolduracaktır. Ayrıca hastanelerde sadece hekimlerle ve hemşirelerle görüşülmüştür. Bunun dışında sağlık teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin görüşlerine de yer

verilmemiştir. Dolayısıyla, sağlık teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin de dahil olduğu bir çalışma yeni bulgular ortaya koyabilecek ve alana katkı yapabilecektir. Diğer yandan SDP'nin önemli ayaklarından biri olan GSS ve kamu hastane birlikleri yeni hayata geçirilmiştir. Bu düzenlemelerin neler getirdiği ve nasıl algılandığı ancak üzerinden belli bir süre geçtikten sonra tam anlamıyla anlaşılacaktır. Bu nedenle birkaç yıl sonra benzer bir çalışmanın yapılması da, SDP'nin yansımalarının ve sonuçlarının daha net bir şekilde görülebilmesi adına yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

- AKDUR, R., **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003.
- AKIN, Ü. ve S. AKSOY, **Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım**, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 332, Ankara, 1985.
- AKTEL, M., **Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi**, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2003.
- AL, H., **Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi**, Bilimadamı Yayınları, Ankara, 2002.
- ALTUNIŞIK, R., R. COŞKUN, S. BAYRAKTAROĞLU ve E. YILDIRIM, **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**, Sakarya Yayıncılık, Beşinci Baskı, Sakarya, 2007.
- ATAAY, F., **Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.
- _____, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması**, De Ki Yayınları, Ankara, 2006.
- ATEŞ, M., **Sağlık Sistemleri**, Gerekli Kitap, İstanbul, 2011.
- BAL, H., **Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**, Süleyman Demirel Üniversitesi Yayın No: 20, SDÜ Basımevi, Isparta, 2001.
- BALCI, A., **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul, 2005.
- BALTA T. B., **İdare Hukukuna Giriş I**, TODAİE Yayınları, Ankara, 1970.
- BARR, D. A., **Introduction to U. S. Health Policy : The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America**, Johns Hopkins University Press, Second Edition, Baltimore, 2007.
- BAYDAR, M. L., H. GÜL ve A. AKÇİL, **Bilimsel Araştırmanın Temel İlkeleri**, Süleyman Demirel Üniversitesi, Mimarlık Mühendislik Fakültesi Yayın No: 79, Isparta, 2007.
- BELEK, İ., **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayımevi, Üçüncü Baskı, İstanbul, 2009.
- BELEK, İ., E. NALÇACI, H. ONUROĞULLARI ve F. ARDIÇ, **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 1998.
- BULUTOĞLU, K., **Kamu Ekonomisine Giriş Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı**, Batı Türkeli Yayıncılık, 8. Baskı, İstanbul, 2004.
- BUSE, K., N. MAYS ve G. WALT, **Making Health Policy**, McGraw-Hill Education, Berkshire, 2005.
- ÇEVİK, H. H., **Türkiye'de Kamu Yönetimi Sorunları**, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2004.

- DENHARDT, J. V. ve R. B. DENHARDT, **The New Public Service**, M.E. Sharpe Inc., London, 2006.
- DERİCİOĞULLARI ERGUN, A. ve ERGUN, C., **Geleceğin Güvensiz İnşası Sosyal Güven(siz)lik Reformu**, Bağlam Yayıncılık, Ankara, 2009.
- DİRİCAN, R., **Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)**, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayın No: 70, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, Bursa, 1993.
- DURMUŞ, H. ve A. ÖZDEMİR, **Sağlık Bilgisi El Kitabı**, Zeus Kitabevi, İzmir, 2005.
- EKER, A., **Kamu Maliyesi**, Anadolu Matbaacılık, 2. Baskı, İzmir, 1997.
- ERGUN, T., **Kamu Yönetimi Kuram Siyasa Uygulama**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Ankara, 2004.
- EROL SIZLI, G., **Kamu Hizmetlerinin Görülmesinde İmtiyaz Yöntemi ve Türkiye Uygulaması**, DPT Yayınları, Yayın No: 2487, Ankara, 1999.
- FİŞEK, N. H., **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2, Ankara, 1983'ten aktaran AKDUR, R., **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003.
- GİRİTLİ, İ., ve T. AKGÜNER, **İdare Hukuku Dersleri II**, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1987.
- GÖZLER, K., **İdare Hukuku Dersleri**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2002.
- GÖZÜBÜYÜK, Ş., **Türkiye'nin Yönetim Yapısı**, Turhan Kitabevi, 9. Bası, Ankara, 2006.
- GÖZÜBÜYÜK, Ş., ve T. TAN, **İdare Hukuku Cilt I Genel Esaslar**, Turhan Kitabevi, Ankara, 1998.
- GÜLER, B. A., **Devlette Reform Yazıları**, Paragraf Yayınevi, Ankara, 2005.
- _____, **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi**, İmge Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2005.
- GÜNDAY, M., **İdare Hukuku Dersleri**, Ankara, 1996'dan aktaran G. S. EROL, **Kamu Hizmetlerinin Görülmesinde İmtiyaz Yöntemi Ve Türkiye Uygulaması**, DPT Yayınları, Yayın No: 2487, Ankara, 1999.
- JONAS, S., R. GOLDSTEEN and K. GOLDSTEEN, **An Introduction to the US Health Care System**, Springer Publisher, Sixth Edition, New York, 2007.
- KARAHANOĞULLARI, O., **Kamu Hizmeti (Kavramsal ve Hukuksal Rejim)**, Turhan Kitabevi, 2. Bası, Ankara, 2004.
- KERMAN, U., **Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık**, Ankara Tabip Odası Yayını, Ankara, 2004.
- KURTULMUŞ S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.
- MUTLU, A. ve A. K. IŞIK, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi Yayınları, 2. Basım, Bursa, 2005.
- ONAR, S. S., **İdare Hukukunun Umumi Esasları**, Marifet Basımevi, İstanbul, 1952.
- ÖZAY, İ. H., **Günışığında Yönetim**, Alfa Yayın Dağıtım, İstanbul, 1996.

- ÖZER, M. A., **Yeni Kamu Yönetimi**, Platin Yayınları, Ankara, 2005.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, **Brazil Health Systems and Services Profile**, Health Systems and Services Area (HSS) of the Pan American Health Organization, Washington, 2008.
- _____, **Health in the Americas 2007 Volume II–Countries**, PAHO Scientific and Technical Publication No. 622, Washington, 2007.
- _____, **Profile Of The Health Services System Of Colombia**, Pan American Health Organization, 2002.
- _____, **Chile Profile Of The Health Services System**, Pan American Health Organization, 1999.
- POLATOĞLU, A., **Kamu Yönetimi Temel İlkeler ve Türkiye Uygulaması**, ODTÜ Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2003.
- RON, A., A. B. SMITH and G. TAMBURI, **Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Sigortası: Sosyal Güvenlik Yaklaşımı**, ILO, Ankara, 1992'den aktaran KURTULMUŞ S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.
- SALLAN GÜL, S., **Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa!**, Etik Yayınları, İstanbul, 2004.
- SARAN, U., **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Kalite Odaklı Bir Yaklaşım**, Atlas Yayınları, Ankara, 2004.
- SARGUTAN, A.E., **Türk Sağlık Sektörünün Yapısı**, Ankara, 1993. aktaran TURAN, N., **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, T. C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1555, Eskişehir, 2004.
- SÖNMEZ, M., **Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi**, Yordam Kitap, İstanbul, 2011.
- SÖZEN, S., **Teoride ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005.
- T. C. ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI, **Sosyal Güvenlik Reformu Kitapçığı**, Mart 2008a.
http://www.alomaliye.com/2008/sosguv_getirilenler.pdf (05.07.2010).
- _____, **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Getirilen Önemli Yenilikler Kitapçığı**, 2008b.
http://www.calisma.gov.tr/article.php?article_id=500 (06.07.2010)
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, **T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap**, Ankara 2011.
- _____, **T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010**, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2011.
- _____, **Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları**, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 780, Ankara, 2010.

- _____, **Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, Ankara, 2010.
- _____, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002–2008**, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No 770, Ankara, 2008.
- _____, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara, 2007a.
- _____, **Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 713, Ankara, 2007b.
- _____, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007c.
- _____, **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007d.
- _____, **Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2006.
- _____, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Ed. Bahattin Aydın, Mavi Ofset, Ankara 2004.
- _____, **80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923–2003)**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
- _____, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, 2003.
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E19ABF9BBCF4C02FA1> E. T. 15.02.2010.
- _____, **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2001a.
- _____, **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000**, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2001b.
- TOKATLIOĞLU, M. Y., **Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri**, Alfa Aktüel, İstanbul, 2005.
- TOPRAK, Z., **Yerel Yönetimler**, Nobel Yayın Dağıtım, 6. Baskı, Ankara, 2006.
- TURAN, N., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, T. C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1555, Eskişehir, 2004.
- TÜİK, **Bölgesel Göstergeler TR 61 Antalya, Isparta, Burdur**, Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2011.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ, **Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.
- _____, **Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Çalışma Raporu 2002 - 2006 Belgeler**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2006.
- _____, **Genel Sağlık Sigortası**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, Ankara, 2005.
- _____, **Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’sinde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, Kocaeli, 2004.

- ULUSOY, A., **Kamu Hizmeti İncelemeleri**, Ülke Kitapları, İstanbul, 2004.
- UNDP, **Human Development Report 2010 The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development**, UNDP, 2010.
- ÜÇİŞİK, H. F., **Sağlık Hukuku**, Ötüken Neşriyat, 2. Baskı, İstanbul, 2010.
- VUJICIC, M., S. SPARKES and S. MOLLAHALILOĞLU, **Health Workforce Policy in Turkey Recent Reforms and Issues for the Future**, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper The World Bank, Washington DC, 2009.
- WORLD BANK (WB), **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (in Two Volumes) Volume 1: Main Report**, Report No. 24358-TU, 2003.
- _____, **Averting the Old Age Crisis: Policy to Protect the Old Promote Growth**, A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, New York, 1994.
- _____, **Staff Appraisal Report Republic of Uganda District Health Services Pilot and Demonstration Project**, Washington DC, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Highlights on Health in the United Kingdom 2004**, Copenhagen, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, **Health Care Systems in Transition Greece**, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.
- YAYLA, Y., **İdare Hukuku**, Filiz Kitabevi, 2. Bası, İstanbul, 1990.
- YAZICIOĞLU, Y. ve S. ERDOĞAN, **SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Detay Yayıncılık, Ankara, 2004.

Makaleler:

- ADAMAKIDOU, T. and A. KALOKERINOU, “New Health Policies on Primary Health Care in Greece”, **Health Science Journal**, Vol 4, No 1, p. 15–23, 2010.
- AĞARTAN, T., “Sağlıkta Reform Salgını”, içinde **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Ç. KEYDER vd. (der.), İletişim Yayınları, İstanbul, s.37-54, 2007.
- AK, B., “Parametrik Hipotez Testleri”, içinde **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ş. KALAYCI (der.), Asil Yayın Dağıtım, s. 73-82, Ankara, 2005.
- AKILLI H., F. K. DUMAN ve K. OKUDAN, “Kamu Yönetimi Reform Dinamiklerinin Kavramsal Analizi”, içinde **Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar**, Ş. AKSOY ve Y. ÜSTÜNER (der.), Nobel Yayın Dağıtım, ss. 153–162, Ankara, 2007.
- AKSAKOĞLU, G., “İngiltere Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 9, Sayı 64-65, s.96-100, 1995. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ingilteresaglikssystemi.pdf> (20.11.2010)
- AKSAKOĞLU, G. ve H. GİRAY, “Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 21, Sayı 5–6, s.335–343.

- AKTAN, C. C. ve A. K. IŞIK, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, içinde **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, C. C. AKTAN ve U. SARAN (der.), Aura Kitapları, İstanbul, s. 10–21, 2007.
- _____, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, içinde **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, C. C. AKTAN ve U. SARAN (der.), Aura Kitapları, ss. 10–21, İstanbul, 2007.
- AKSAKOĞLU, G., B. KILIÇ ve R. UÇKU, “Aile Hekimliği Türkiye İçin uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 18, Sayı 4, s. 251-257, 2003.
- AL, H., “Türk Kamu Yönetiminde Liberal ve Postmodern Esintiler: Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı,” **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt No 37, Sayı 4, s. 1-10, 2004.
- ALTAY, A., “Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, s. 33-58, 2007.
- ATAAY, F., “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı: Yerelleştirme, Özelleştirme ve Yönetişim”, 2007. http://www.yayed.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=411&tipi=9&sube=0 (15.02.2010).
- _____, “Neoliberalizm, Kamu Reformu ve Demokrasi, içinde **Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar**, Ş. AKSOY ve Y. ÜSTÜNER (der.), Nobel Yayın Dağıtım, ss. 163–172, Ankara, 2007.
- ANTALYALI, Ö. L., “Varyans Analizi (ANOVA-MANOVA)”, **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ş. KALAYCI (der.), Asil Yayın Dağıtım, s. 131-182, Ankara, 2005.
- ATEŞ, H., “Yeni Kamu İşletmeciliği Bağlamında Hesapverebilirlik”, içinde **Kamu Yönetiminde Yeni Vizyonlar**, B. PARLAK (der.), Turhan Kitabevi, Ankara, s. 181-223, 2008.
- AYDIN, E., “Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 12, Sayı 80, s. 21-44, 1997.
- BALCI, A., “Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Yönetimi”, içinde **Çağdaş Kamu Yönetimi I**, M. ACAR ve H. ÖZGÜR (der.), Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 329-345, 2003.
- BALCI, A. ve H. KIRILMAZ, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, içinde **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, C. C. AKTAN ve U. SARAN (der.), Aura Kitapları, İstanbul, s. 134–165, 2007.
- BELEK, İ., “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 16, Sayı 6, s. 430-437, 2001.
- _____, “Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 12, Sayı 81, s. 26-44, 1997.
- BELEK, H. ve İ. BELEK, “Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 12, Sayı 78, s. 44–53, 1997.
- BİLGİÇ, V. K., “Küreselleşme Sürecinde Kamu Hizmetinde Dönüşüm”, içinde **Kamu Yönetiminde Yeni Vizyonlar**, B. PARLAK (der.), Turhan Kitabevi, s. 93-118, Ankara, 2008.

- BİLGİÇ, V., “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı”, içinde **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar**, A. BALCI, A. NOHUTÇU, N. K. ÖZTÜRK ve B. COŞKUN (der.), Seçkin Yayınevi, Ankara, s. 25-38, 2003.
- BİLGİN, K. U., “Kamu Yönetiminde Kaliteli Hizmet Anlayışı”, **Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri**, TODAİE, Cilt 1, s. 171-190, Ankara, 1995.
- BLANKEN, A., G. DEWULF and M. B. SPIERING, “The Private Finance Initiative in the English Health Sector”, in the **Capital Investment For Health Case Studies From Europe** (Ed. B. RECHEL, J. ERSKİNE, B. DOWDESWELL, S. WRIGHT, M. MCKEE), Observatory Studies Series No 18, World Health Organization, p. 123-141, 2009.
- BOZLAĞAN, R., “Kamu Yönetimi Paradigmasında Değişim ve Özelleştirme Yaklaşımı”, içinde **Çağdaş Kamu Yönetimi I**, M. ACAR ve H. ÖZGÜR (der.), Nobel Yayın Dağıtım, s. 277-303, Ankara, 2003.
- BROWN, T. M., M. CUETO ve E. FEE, “The World Health Organization and the Transition From “International” to”Global” Public Health”, **American Journal of Public Health**, Vol 96, No 1, p. 62-72, 2006.
- BULUT, A., “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi”, içinde **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Ç. KEYDER vd. (der.), İletişim Yayınları, İstanbul, s.111-124, 2007.
- BUSE, K., “The World Bank”, **Health Policy and Planning**, Vol 9, No 1, p. 95-99, 1994’ten aktaran ŞEMİN, S. ve G. AKSAKOĞLU, “Sağlık Alanında Artan Sorunlar ve DSÖ’nün Azalan Etkinliği”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 10, Sayı 68, s. 45–53, 1995.
- BUSE, K. ve G. WALT, “Globalisation and Multilateral Public– Private Health Partnerships: Issues For Health Policy”, içinde **Health Policy in a Globalising World**, K. LEE, K. BUSE and S. FUSTUKIAN (der.), Cambridge University Pres, s. 41–62, New York, 2002.
- BUSSE, R., “The Health System in Germany”, **Eurohealth**, Vol 14, No 1, p. 5-6, 2008.
- CAN, N., “Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt 40, Sayı 1, s. 1387–1395, 2001.
- CARANDE-KULIS, V. G., T. E. GETZEN ve S. B. THACKER, “Public Goods and Externalities: A Research Agenda for Public Health Economics”, **Journal of Public Health Management Practice**, Vol 13, No 2, p. 227–232, 2007.
- CARRERA, P. M., K. K. SIEMENS and J. BRIDGES, “Health Care Financing Reforms in Germany: The Case for Rethinking the Evolutionary Approach to Reforms”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol. 33, No. 5, p. 979–1005, 2008.
- COLIN, L., “Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu”, içinde **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Ç. KEYDER vd. (der.), İletişim Yayınları, İstanbul, s.95-110, 2007.
- COLLINS C., J. ARAUJO ve J. BARBOSA, “Decentralising the Health Sector: Issues in Brazil”, **Health Policy**, Vol 52, p. 113–127, 2000.
- CREESE, A., “User Fees”, **British Medical Journal**, Vol. 315, s. 202–203, 1997.

- ÇAĞLAYAN, S. “Sağlık Yönetimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 40, s. 1196–1208, 2001.
- ÇİNER, C. U. ve A. G. FİŞEK, “Sağlıkta Sosyalleştirme: “Genel” ile “Yerel”in Önemi”, içinde **Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine**, İ. Ö. SAYAN (der.), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi, s. 289–296, Ankara, 2010.
- DAVAKI K. ve E. MOSSIALOS, “Plus ça Change: Health Sector Reforms in Greece”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol 30, No 1–2, p. 143–167, 2005.
- DEBER, R. B., FORGET, E. L. ve ROOS, L. L., “Medical Savings Accounts in a Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence”, **Health Policy**, Vol. 70, s. 49–66, 2004.
- DEDEOĞLU, N., “Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Hakkı ve Küreselleşme”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt 9, Sayı 4, s.361-366, 2010.
- DEMİRAL, Y., A. ERGÖR ve S. ŞEMİN, “Küreselleşme ve Sağlık İş Kolunda Yeni Çalışma Yaşamı Sorunları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 14, Sayı 6, s. 415-419, 1999.
- DEMİRGİL, H., “Parametrik Olmayan (Non-Parametric) Hipotez Testleri”, **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ş. KALAYCI (der.), Asil Yayın Dağıtım, s. 85-112, Ankara, 2005.
- DENHARDT, R. B. ve J. V. DENHARDT, “The New Public Service: Putting Democracy First”, **National Civic Review**, Vol. 90, No. 4, 2001.
- _____, “The New Public Service: Serving Rather than Steering”, **Public Administration Review**, Vol. 60, No. 6, pp. 549–559, 2000.
- DİREN, H. B., “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Uygulamadaki Sorunlarımız”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 251-256, 2001.
- ELIAS, P. E. M. and A. COHN, “Health Reform in Brazil: Lessons to Consider”, **American Journal of Public Health**, Vol. 93, No.1, p. 44 – 56, 2003.
- ERDOĞDU, S., “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu”, içinde **AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu**, İ. UZGEL ve B. DURU (der.), Phoenix Yayınevi, Ankara, s.660-686, 2009.
- ERDÖNMEZ P. A., “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, **Bankacılar Dergisi**, Sayı 62, s. 59-70, 2007.
- ERENÇİN, A. ve V. YOLCU, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, **Memleket Siyaset Yönetim**, Cilt 3, Sayı 6, s.118–136, 2008.
- DİREN, H. B., “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Uygulamadaki Sorunlarımız”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 251-256, 2001.
- ELIAS, P. E. M. Ve A. COHN, “Health Reform in Brazil: Lessons to Consider”, **American Journal of Public Health**, Vol. 93, No.1, p. 44 – 56, 2003.
- ERDOĞDU, S., “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu”, içinde **AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu**, İ. UZGEL ve B. DURU (der.), Phoenix Yayınevi, Ankara, s.660-686, 2009.
- ERDÖNMEZ P. A., “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, **Bankacılar Dergisi**, Sayı 62, s. 59-70, 2007.

- ERENÇİN, A. ve V. YOLCU, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, **Memleket Siyaset Yönetim**, Cilt 3, Sayı 6, s.118–136, 2008.
- GABRIEL, Y., “The Hegemony of the Consumer: Administration and Management at the End of the Century”, içinde **Rethinking Administrative Theory**, J. S. JUN (der.), Praeger Publishers, ss.23-36, London, 2002.
- GARBER, A., D. P. GOLDMAN and A. B. JENA, “The Promise Of Health Care Cost Containment”, **Health Affairs**, Vol 26, No 6, p. 1545-1547, 2007.
- GEMMIL, M., “Pay-for-Performance in the US: What lessons for Europe?”, **Eurohealth**, Vol 13, No 4, p. 21-23, 2007.
- GİRAY, A. Ü., “Avrupa Birliği’nde Sağlık Yönetimi”, içinde **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, C. C. AKTAN ve U. SARAN (der.), Aura Kitapları, İstanbul, s. 263-277, 2007.
- GREß, S., “Private Health Insurance in Germany: Consequences of a Dual System”, **Healthcare Policy**, Vol 3, No 2, p. 29-37, 2007.
- GÜL, H. ve D. MEMİŞOĞLU, “Yapısal Değişim Sorunu Çerçevesinde Yönetimsel Reform”, içinde **Kamu Yönetiminin Yapısal ve İşlevsel Sorunları**, M. A. ÇUKURÇAYIR ve G. GÖKÇE (der.), Çizgi Kitabevi, Konya, s.57–112, 2007.
- GÜLER, B. A., “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine,” **Hukuk ve Adalet**, Sayı 2, s. 26-61, 2004.
- GÜRSOY, Ş. T. ve F. AKSU, “Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri”, **Amme İdaresi Dergisi**, C. 40, S. 3, s. 63–77, 2007.
- GÜZELSARI, S., “Küresel Kapitalizmin “Anayasası”: GATS”, **Praksis**, Sayı 9, s. 117-142, 2003.
- HAMZAOĞLU, O. ve C. I. YAVUZ, “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, içinde **AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu**, İ. UZGEL ve B. DURU (der.), Phoenix Yayınevi, Ankara, s.633–659, 2009.
- HSIAO, W., “A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance”, in the **An International Assessment of Health Care Financing Lessons for Developing Countries**, D. W. DUNLOP and J. M. MARTINS (Ed.), The World Bank, Washington, p. 15-29, 1997.
- HOMEDES, N. ve A. UGALDE, “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America” **Health Policy**, Vol 71, p. 83–96, 2005.
- İSLAM, A. ve M. Z. TAHİR, “Health Sector Reform in South Asia: New Challenges and Constraints”, **Health Policy**, Vol 60, p.151–169, 2002.
- İNSEL, A., “Kamu Hizmeti Özel Çıkara Teslim Edilebilir mi?”, **Hukuk ve Adalet**, Yıl 1, Sayı 2, s. 154-161, 2004.
- İSTANBULLUOĞLU, H., GÜLEÇ, M. ve OĞUR, R., “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, Yıl 85, Sayı 2, s. 86-99, 2010.
- KARTAL, F., “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm”, **Amme İdaresi Dergisi**, C. 42, S. 2, s. 23-43, 2009.

- KAVRUK, H., “Türkiye’de Kamu Hizmetlerinin Yapısı ve Kamu Hizmeti Anlayışına Yön Veren Çağdaş Gelişmeler”, **Türk İdare Dergisi**, Sayı 399, s.139-161, 1993.
- KAYIŞ, A., “Güvenilirlik Analizi (Reliability Analysis)”, içinde **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ş. KALAYCI (der.), Asil Yayın Dağıtım, s. 404-419, Ankara, 2005.
- KESİM, E., “Bir Etik Davranış İlkesi Olarak Hesap Verebilirlik (Hesap Verme Sorumluluğu)”, **Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu**, Sakarya Üniversitesi, ss.269-281, Adapazarı, 2005.
- KHALEGHIAN P. ve M. DAS GUPTA, “Public Management and the Essential Public Health Functions”, **World Development**, Vol. 33, No. 7, pp. 1083–1099, 2005.
- KILIÇ, B., “Türkiye İçin Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, Cilt 6, Sayı 6, s. 501-514, 2007.
- _____, “AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta “Dönüş”üm Programı (10 Soru 10 Yanıt)”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 18, Sayı 2, s. 120-122, 2003.
- _____, “Dünya Sağlık Örgütü İle Geçen Yarım Yüzyıllık Süreçte Dünyada Sağlık Durumu (1950-2002)”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 17, Sayı 2, s. 126-135, 2002.
- KILIÇ, B. ve G. AKSAKOĞLU, “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 9, Sayı 64–65, s.4–13, 1995.
- KLEIN, R., “Financing Health Care: The Three Options”, **British Medical Journal**, Vol. 296, s. 734–736, 1998.
- KOIVUSALO, M., “The Impact Of Economic Globalisation On Health”, **Theoretical Medicine and Bioethics**, Vol, 27, p. 13–34, 2006.
- KONTODIMOPOULOS, N., P. NANOS ve D. NIAKAS, “Balancing Efficiency of Health Services and Equity of Access in Remote Areas in Greece”, **Health Policy**, Vol 76, p. 49–57, 2006.
- KONUĞOĞLU, İ., “Ülkemizde Sağlık Sorunları ve Çözümü”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 201-204, 2001.
- KUBAL, M. R.,” Contradictions and Constraints in Chile's Health Care and Education Decentralization”, **Latin American Politics & Society** , Vol 48, No 4, pp. 105–135, 2006.
- KUŞOĞLU, B., “Sağlık Sistemimiz; Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözümler”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 81-86, 2001.
- KUTBAY, E., “Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl 3, Sayı 11-12, s. 33-35, 2002.
- KUTZIN, J., “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, **Health Policy**, Vol. 56, s. 171–204, 2001.
- LOBATO, L., “Reorganizing the Health Care System in Brazil”, in the **Reshaping Health Care in Latin America : A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico**, S. FLEURYE, S. BELMARTINO and E. BARIS (Ed.), International Development Research Centre, Ottawa, p. 103-131, 2000.

- LOBATO, L. ve L. BURLANDY, “The Context and Process of Health Care Reform In Brazil”, in the **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico**, S. FLEURYE, S. BELMARTINO ve E. BARIS (Ed.), International Development Research Centre, Ottawa, p. 79–102, 2000.
- MCHUGH, D. M., L. H. AIKEN, R. A. COOPER ve P. MILLER, “The U.S. Presidential Election and Health Care Workforce Policy”, **Policy, Politics, & Nursing Practice**, Vol 9, No 1, s. 6-14, 2008.
- MOSSIALOS, E. ve DIXON, A., “Funding Health Care: An Introduction”, içinde **Funding Health Care: Options For Europe**, E. MOSSIALOS, A. DIXON, J. FIGUERAS ve J. KUTZIN (der.), Open University Press, Philadelphia, s. 1-31, 2002.
- ORAL, A. İ., “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 2, Sayı 2, s. 61-77, 2003.
- ORHANER, E., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı 1, s. 1-19, 2006.
- OZANSOY, C., “Türkiye’de Kamu Hizmeti Tartışmaları: Bir Hamaset ve Habaset Alanı”, **AÜ Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 46, Sayı 1-4, s. 85-100, 1997.
- ÖZDEMİR, O., E. OCAKTAN, R. AKDUR, “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 56, Sayı 4, s. 207-216, 2003.
- ÖZDEMİR Y. E., “Sağlık Reformları-1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 276-293, 2001.
- ÖZEN, M., “GATS ve Sağlık Sektörü”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl 3, Sayı 11-12, s. 42-45, 2002.
- ÖZTEK, Z., “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, Sayı 40, s. 6-12, 2009.
- _____, “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 294-298, 2001.
- PARLAK, B., “Küreselleşme Sürecinde Modern Ulus-Devlet ve Kamu Yönetimi,” içinde **Çağdaş Kamu Yönetimi I**, M. ACAR ve H. ÖZGÜR (der.), Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 347-392, 2003.
- PEKTEN, A., “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 61, s. 119-138, 2006.
- PERRY J. L. ve L. R. WISE, “The Motivational Bases of Public Service”, **Public Administration Review**, Vol. 50, No. 3, pp. 367–373, 1990.
- PETMESIDOU, M. ve A. M. GUILLÉN, “‘Southern-style’ National Health Services? Recent Reforms and Trends in Spain and Greece”, **Social Policy & Administration**, Vol 42, No 2, p. 106–124, 2008.

- REICH, M. R., “Public-Private Partnerships for Public Health”, içinde **Public-Private Partnerships for Public Health**, M. R. REICH (der.9), Harvard Center for Population and Development Studies, s. 1-18, Massachusetts, 2002.
- _____, “Public–Private Partnerships for Public Health”, **Nature Medicine**, Vol. 6, No. 6, s. 617–620, 2000.
- REINHARDT, U. E., “The Health System of the United States: Lessons for Other Countries”, içinde **An International Assessment Of Health Care Financing Lessons For Developing Countries**, D. W. DUNLOP and J. M. MARTINS (Edt.), The World Bank, Washington, p. 115-148, 1997.
- RONDINELLI, D. A., "Government Decentralization in Comparative Perspective: Developing Countries", **International Review of Administrative Science**, Vol 47, No 2, p. 133-145, 1981.
- SABUKTAY, A., “Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, **Amme İdaresi Dergisi**, C. 41, S. 2, s. 81-100, 2008.
- SALLAN GÜL, S., “Kamu Yönetiminde Kalite, Piyasa ve Müşteri Arayışlarının İdeolojik Temelleri,” **Kamu Yönetiminde Kalite 2. Ulusal Kongresi**, 21-22 Ekim, TODAİE, Ankara, 69-84, 1999.
- SALTIK, A., “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 10, Sayı 68, s. 38–44, 1995.
- SARGUTAN, A. E., “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, s. 400-428, 2005b.
- _____, “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, s. 430-456, 2005b.
- SARP, N., E. E. ESATOĞLU ve Y. AKBULUT, “Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 40, s. 1116-1123, 2001.
- SAVAŞ, B. S., “Türkiye Sağlık Sistemi “Kısa Bir Genel Bakış””, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 87-128, 2001.
- SAYAN, İ. Ö., “Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri”, **Mülkiye Dergisi**, Cilt: XXXI, Sayı: 254, s.123-134, Bahar 2007.
- SCHAEFFER, L. D., “The New Architects Of Health Care Reform”, **Health Affairs**, Vol 26, No 6, p.1557-1559, 2007.
- SOYER, A., “1980'den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı: 9, s. 301-319, 2003.
- SUR, H. ve H. ATLI, “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 40, s. 1163–1167, 2001.
- ŞAHİN, Y. E., “Kamu Yönetimi Disiplininin Kamusalılık ve Karlılık Karşıtlığı Açısından Çözümlemesi”, içinde **Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar**, Ş. AKSOY ve Y. ÜSTÜNER (der.), Nobel Yayın Dağıtım, ss. 49–63, Ankara, 2007.
- ŞAKAR, M., “Ölçsüz Taşeronlaşmaya Karşı Önlemlerde Geri Adım: İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun Tasarısı Taslağına Sıkıştırılan Değişikliğin Değerlendirilmesi”, **Çalışma ve Toplum**, Cilt 4, s. 29-34, 2010.

- ŞEMİN, S. ve G. AKSAKOĞLU, “Sağlık Alanında Artan Sorunlar ve DSÖ’nün Azalan Etkinliği”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 10, Sayı 68, s. 45–53, 1995.
- TAN, T., “Kamu Hizmeti, Kriz ve Yeniden Tanımlama”, **I. Ulusal İdare Hukuku Kongresi Birinci Kitap İdari Yargı**, s. 329-335, Ankara,1990.
- TATAR, F., M. TATAR ve İ. ŞAHİN, “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’deki Uygulamaları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 30, Sayı 3, s. 77-96, 1997.
- TATAR, M., “Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 26, Sayı 4, s. 137-151, 1993.
- TEZCAN, S. G., “Türkiye’nin Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 65–80, 2001.
- TOUNTAS, Y., P. KARNAKI ve E. PAVI, “Reforming The Reform: The Greek National Health System in Transition”, **Health Policy**, Vol 62, p. 15–29, 2002.
- TRAGAKES, E. ve N. POLYZO, “The Evolution of Health Care Reforms In Greece: Charting a Course of Change”, **International Journal Of Health Planning And Management**, Vol 13, p. 107–130, 1998.
- ULER, Y., “Anayasa Hukukunda ve İdare Hukukunda Kamu Hizmeti,” **Anayasa Yargısı Dergisi**, Sayı 15, s. 252-256, 1998.
- ULUĞ, F., “Yönetimde Yeniden Yapılanma ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı Üzerine Eleştirel Bir Bakış”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 37, Sayı 1, s. 1-28, 2004.
- UNGER, J. P., P. D. PAEPE, G. S. CANTUARIAS and O. A. HERRERA, “Chile’s Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique”, **Plos Medicine**, Vol 5, Is 4, p. 1-6, 2008.
- UZ, M. H., “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, s. 321-322, 2001.
- _____, “Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi” **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 32, Sayı 1, s. 103–122, 1999.
- ÜSTÜNDAĞ, N. ve Ç. YOLTAR, “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi”, içinde **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Ç. KEYDER vd. (der.), İletişim Yayınları, İstanbul, s.55–94, 2007.
- VARLIK, M., “Sağlık Sektöründe Öncelik Belirleme ve Temel Stratejiler”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 40, s.1101-1106, 2001.
- YENİMAHALLELİ YAŞAR, G. ve E. UĞURLUOĞLU, “Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık”, **Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi**, C. 9, S. 1, s. 1–10, 2010.
- YENİMAHALLELİ YAŞAR, G., “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, **Mülkiye Dergisi**, C. 32, S. 260, s. 157-192, 2008.
- YILDIRIM, H. H., “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Sağlık ve Siyaset**, 2006. <http://www.absaglik.com/GSSkanun.pdf> 10.06.2010

- _____, “SSK Hastanelerinin Devri: Eleştirel Bir Sorgulama”, **Sağlık ve Siyaset**, 2004.
www.absaglik.com 05.02.2010
- _____, “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 5, Sayı 1, s. 63-87, 2000.
- _____, “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 32, Sayı 1, s. 123-134, 1999.
- YILDIRIM, H. H. ve T. YILDIRIM, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, İmaj Yayınevi, 2. Baskı, Ankara, 2011.
- YILDIZ, Z., “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri”, **Verimlilik Dergisi**, Sayı 4, 1996.
- YILMAZ, F., “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülkelerde ve Türkiye’de İş Sağlığı Ve Güvenliği”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, Cilt 6, Sayı 1, s. 45-72, 2009.
- YÜKÇÜ, S. ve G. ATAĞAN, “Etkinlik, Etkililik Ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 23, Sayı 4, s. 1-13, 2009.

Diğer:

Raporlar:

- BAKA (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı), **TR 61 Bölgesi (Antalya, Isparta Burdur) Bölge Planı 2010–2013**, 2010.
<http://www.baka.org.tr/bolge-plani-S87.html> (18.06.2011).
- BUREAU OF LABOR EDUCATION, “The U. S. Health Care System: Best in The World, or Just The Most Expensive?”, 2001.
<http://dll.umaine.edu/ble/U.S.%20HCweb.pdf> (30.11.2010).
- BUSSE, R., ve A. RIESBERG, **Health Care Systems in Transition: Germany**, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2004.
- DEPARTMENT OF HEALTH, **The New NHS**, 1997.
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/forward.htm>
(07.12.2010).
- DOCTEUR, E., H. SUPPANZ ve J. WOO, **The Us Health System: An Assessment And Prospective Directions For Reform**, Economics Department Working Papers No. 350, 2003.
- DPT, **Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı**, Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT: 2741, Ankara, 2007.
- _____, **VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Yayın No: DPT: 2561-ÖİK: 577, Ankara, 2001.

- _____, **Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967)**, Ocak, 1963.
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan1.pdf>
- ERGÖR, G. ve Z. ÖZTEK, **Exploring Health Policy Development in Europe**, WHO Regional Publications, European Series, No.86, Copenhagen, 2000.
<http://www.euro.who.int/document/E68395.pdf> (20.05.2010).
- FERRANTI, D. D., **Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview**, World Bank Staff Working Papers Number 721, The World Bank Washington, D.C., U.S.A., 1985,
- HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü), **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003**, Ankara, 2004.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO), **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, International Labour Office, Geneva, 1998.
- OECD, **Improving Health Sector Efficiency The Role of Information And Communication Technologies**, OECD Health Policy Studies, 2010a.
- _____, **Improving Value in Health Care Measuring Quality**, OECD Health Policy Studies, 2010b.
- _____, **Sağlık Sistemi İncelemeleri -Türkiye**, OECD ve Dünya Bankası, 2008.

Tezler:

- BOSTAN, S., **Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2009.

İnternet Kaynakları:

- ATAAY, F., “Kamu Yönetimi Reformu ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması”, 2005,
http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=3467, (14.01.2010)
- ATALAY, S., “Aile Hekimliği: Bu Pilot Daha Ne Kadar Uçar?”,
<http://www.medimagazin.com.tr/mm-bu-pilot-ne-kadar-daha-ucar-h-68453.html>
 (07.07.2010).
- AVCI, Y. T., “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hedeflenen Nedir?”, 2005,
http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/4aef38441efa338_ek.pdf (26.01.2010)
- DEMİREL, H., Hastane Dergisi’nde Hüseyin Demirel ile yapılan söyleşi, **Hastane Dergisi**, 2007. www.hastanedergisi.com/49/haberdetay.asp?id=3 (26.01.2010).

DEVLETİN KISAYOLU, 2010.

<https://www.turkiye.gov.tr/icerik?icerik=Vatanda%C5%9F/Sa%C4%9Flu%C4%B1k/Aile+Sa%C4%9Flu%C4%B1k+Aile+Hekimli%C4%9Fi>
(08.06.2010)

DEVLET REHBERİ, 2010.

<https://www.turkiye.gov.tr/portal/dt?channel=icerik&icerik.kat=Devlet/Sa%C4%9Flu%C4%B1k/Sa%C4%9Flu%C4%B1kta+D%C3%B6n%C5%9F%C3%BCm+Projesi/Sa%C4%9Flu%C4%B1kta+D%C3%B6n%C5%9F%C3%BCm+Projesi>
(08.06.2010).

HEALTH REFORM, “Insurance Companies Prosper, Families Suffer: Our Broken Health Insurance System”, 2010.

<http://www.healthreform.gov/reports/insuranceprospers/index.html> (02.12.2010).

HERKESİCİNSAĞLIK, “Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Değerlendirilmesi ve Bu Projeden Çıkarılan Dersler”, 2008.

<http://herkesicinsaglik.blogspot.com/2008/03/salikta-dnm-projesinin-deerlendirilmesi.html> (26.01.2010).

IMAP (Institut für interkulturelle Management-und Politikberatung), Almanya Bülteni, 2009.

http://www.imap-institut.de/fileadmin/user_upload/AB_Broschuere__05_RZ.pdf
(22.10.2010).

KAHVECİ, Ö., "Sağlık Bakanlığı, Kamuda En Fazla Taşeron İşçi Çalıştıran Bakanlık", 2009.

[http://www.haberx.com/kahveci_saglik_bakanligi_kamuda_en_fazla_taseron_isci_calistiran_bakanlik\(17,n,10273462,526\).aspx](http://www.haberx.com/kahveci_saglik_bakanligi_kamuda_en_fazla_taseron_isci_calistiran_bakanlik(17,n,10273462,526).aspx) (25.11.2010)

KAVAS, M. V. ve İ. Ö. İLHAN, “Piyasalaşmış Bir Sağlık Sisteminde Tıp Eğitimi”,

http://www.kongrekaraburun.org/tam_metinler_2010/b_7/02_Volkan_Kavas_ve_Inci_Ozgur_Ilhan.pdf (22.11.2010)

KILIÇ, G., “Kamu Hastaneleri Özelleştiriliyor!”, 2009.

_____, “Kamu Hastaneleri Nereye Gidiyor”, **Hastane Dergisi**, 2007.

www.hastanedergisi.com/49/haberdetay.asp?id=3 (26.01.2010).

KIVANÇ, A., “Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem (5)”, Radikal Gazetesi, 2008a.
<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=253818> (23.05.2011).

_____, “Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem (3)”, Radikal Gazetesi, 2008b.
<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=253576> (23.05.2011).

MADEN-İŞ, “Kamu Hastanelerine Özelleştirme Hazırlığı”, 2009.

<http://www.madenis.org.tr/ayrinti.php?id=150> (26.01.2010).

- ERİŞ, B., “Kamu Hastaneleri Özelleşiyor”, 2009.
<http://www.personelsaglik.net/haber/7984/kamu-hastaneleri-ozellesiyor-haberi.html>
 (26.01.2010).
- FİŞEK, N, “Koruyucu Ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri”, 1974. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.html (12.05.2010).
- NAVARRO, V., “What is Happening at the World Health Organisation?”, 2007.
<http://www.healthp.org/node/6> (14.09.2010).
- OECD, **Health Care Resources**, 2011
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC (21.10.211).
- ORNARLI, B., “Amerika’da Sağlık Sistemi ve Reformun Getirdikleri”, 2010.
<http://www.voanews.com/turkish/news/health/a-17-2010-03-23-voa23-89111442.html?rss=topstories> (02.12.2010).
- PALA, K., “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, 2007.
<http://www.istabip.org.tr/media/upload/ailehekimligi/tinr.pdf> (08.06.2010).
- PEARSON, M., “Disparities in Health Expenditure Across OECD Countries: Why Does the United States Spend So Much More Than Other Countries?”, **OECD**, 2009.
<http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf> (01.12.2010).
- SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION, **Medicaid Information**, 2010.
<http://www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/medicaid.htm> (08.11.2010).
- SOYER, A., “Sağlıkta Dönüşümün Sürdürülebilirliği Kuşku”, 2009.
<http://bianet.org/bianet/saglik/117501-saglikta-donusumun-surdurulebilirligi-kuskulu>
 (02.02.2010).
- SUR, H., “Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Ve Gelişimi”,
<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (26.01.2010).
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI AİLE HEKİMLİĞİ, Güncel Durum,
http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=874:aile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38 (11.11.2010)
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI PROJE YÖNETİM DESTEK BİRİMİ, 2011a.
<http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/77> (10.05.2011).
- _____, 2011b.
<http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/140> (10.05.2011).
- _____, 2010.
<http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69>, (08.06.2010)

TÜİK (Türkiye İstatistik Enstitüsü), Haber Bülteni Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı Sonuçları, 2009, Sayı 15, 2010,

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6178> (29.10.2010).

TÜRK SAĞLIK-SEN, “Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı İle İlgili Olarak Türk Sağlık-Sen’in Görüşlerini İçeren Rapor”,

<http://www.turksaglikksen.org.tr/indir/khbrapor.doc> (05.04.2010).

_____, “Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilinmesi Gerekenler”, 2006,

<http://www.turksaglikksen.org.tr/haberler/aile-hekimligi/1947-ae-hekl-uygulamasi-hakkinda-bmesgerekenler.html> (05.02.2010).

ÜSTÜNEL, A., “İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması”,

<http://www.merih.net/m1/waziust21.htm> E.T. (30.11.2010).

YALÇIN, T. ve H. H. YILDIRIM, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”,

http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf (20.08.2010).

YILDIRIM, H. H., “Obama Sağlık Reformlarının Düşündükleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, 2010.

<http://www.absaglik.com/ABD-Obama-Saglik-Reformlari.pdf> (29.11.2010).

YILDIRIM, H. H. ve T. YILDIRIM, “Avrupa Birliği Yolunda Türkiye’nin Sağlığı: Avrupa Birliği’ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları”, 2008.

http://www.absaglik.org/HHYildirim_TYildirim_ABSaglik.pdf (28.04.2010).

YILDIZCAN, G., “Kamu Hastaneleri Nereye Gidiyor”, **Hastane Dergisi**, 2007.

www.hastanedergisi.com/49/haberdetay.asp?id=3 (26.01.2010).

“Aile hekimlerinin ilaç yazanı makbul”,

<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-aile-hekimlerinin-ilac-yazani-makbul-2-21-38552.html> (10.11.2011).

Danıştay’ dan bir iptal bir onay, (07.04.2011)

<http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/07/tam-gun-kanununda-iptal> (28.05.2011).

“Doktorlara "negatif" performans geliyor!..”,

<http://www.haberturk.com/polemik/haber/685630-doktorlara-negatif-performans-gelior-> (10.11.2011).

“Flaş Haber; Gereksiz İlaç Yazan Hekime Negatif Performans”,

<http://www.ailehekimisitesi.com/ana-sayfa/gereksiz-ilaç-yazan-hekime-negatif-performans-4312.html> (10.11.2011).

“Sevk zinciri mi geliyor?”,

<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/sgk/tr-sevk-zinciri-mi-gelior-2-18-38534.html> (10.11.2011).

'Tam Gün'e çözüm bulundu: Sözleşmeli öğretim üyesi

<http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetayV3&ArticleID=1066526&CategoryID=77> (18.10.2011).

http://www.ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=786:kamu-hastaneleri-ozellettiriliyor&catid=63:tyeden&Itemid=98 (26.01.2010)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E12355FA44949AC48E> (13.05.2010).

EKLER

EK-1. Sağlık hizmeti yararlanıcıları anket formu

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE ETKİLERİNE DAİR SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARI TUTUM VE BEKLENTİ ANKETİ

Bu anket sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm hakkındaki tutum ve algılarını ölçmeyi hedefleyen bilimsel bir çalışmada kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu anketin sonuçları Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programında yapılmakta olan tez çalışması için kullanılacaktır. Verdiğiniz tüm cevaplar etik kurallar bağlamında gizli tutulacak ve toplu bir şekilde değerlendirilecektir. Zaman ayırdığınız ve çalışmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Hüseyin Gül
Arş. Gör. Dilek Memişoğlu
İletişim için: dmemisoglu@yahoo.com

ANKET SORULARI

1. Cinsiyetiniz: a. Kadın () b. Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Eğitim Durumunuz: a.Okuma yazma bilmiyor () b.İlköğretim (5+3) () c.Lise ()
d. Üniversite (Önlisans/Lisans) () e. Lisansüstü (Master/Doktora) ()
4. Aylık Gelir Düzeyiniz: a. 0-750 TL () b. 751-1500 TL () c. 1501-3000 TL ()
d. 3001-4500 TL () e. 4501 TL ve üstü ()

5. Lütfen aşağıdaki ifadeler hakkında ne düşündüğünüzü belirtiniz.		Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1	Son birkaç yıldır sağlık kuruluşlarından aldığım sağlık hizmetlerinde hissedilir bir iyileşme oldu.	1	2	3	4	5
2	Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla para harcadım.	1	2	3	4	5
3	Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabiliyorum.	1	2	3	4	5
4	Son birkaç yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesinde hissedilir bir artış oldu.	1	2	3	4	5
5	Özel muayenehanelerin azalması sonucunda devlet hastanelerinde daha iyi hizmet verilmektedir.	1	2	3	4	5
6	Doktorların hastanede tam gün süreyle çalışması sağlık hizmetlerini iyileştirir.	1	2	3	4	5
7	Devlet sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırılmalıdır.	1	2	3	4	5
8	Devlet hastanelerinde uygulanan özel oda hizmetinden sadece belli kişiler yararlanabilir.	1	2	3	4	5
9	Özel hastanelerdeki gereksiz tetkik ve tahlil sayısı devlet hastanelerinden daha fazladır.	1	2	3	4	5
10	Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir.	1	2	3	4	5
11	Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilebilmesi için hastanelerde katkı payı alınmalıdır.	1	2	3	4	5
12	SSK hastanelerinin devlet hastanesine dönüştürülmesinden sonra bu hastanelerden daha kolay hizmet alabiliyorum.	1	2	3	4	5
13	SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir gelişmedir.	1	2	3	4	5
14	SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a mensup hastaların doğrudan özel hastanelere gidebilmesi olumlu bir gelişmedir.	1	2	3	4	5
15	Devletin zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortaları da olmalıdır.	1	2	3	4	5
16	Hastanelerde katkı payı (ücret ödenmesi) uygulaması daha iyi sağlık hizmeti için gereklidir.	1	2	3	4	5
17	Özel hastanelerin sağlık hizmeti vermesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır.	1	2	3	4	5
18	Özel hastanelerden sadece parası olanlar yararlanmaktadır.	1	2	3	4	5
19	Özel hastaneler sağlık hizmetlerini daha hızlı vermektedir.	1	2	3	4	5
20	Özel hastanelerde hastalarla daha iyi ilgilenilmektedir.	1	2	3	4	5
21	Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir.	1	2	3	4	5
22	Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha iyi vermektedir.	1	2	3	4	5
23	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına neden olur.	1	2	3	4	5

Lütfen aşağıdaki ifadeler hakkında ne düşündüğünüzü belirtiniz.		HİÇ Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
24	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin fiyatının düşmesine neden olur.	1	2	3	4	5
25	Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir.	1	2	3	4	5
26	Aile hekimliği uygulaması sağlık ocağı uygulamasından daha iyidir.	1	2	3	4	5
27	Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet verilmesi sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5
28	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır.	1	2	3	4	5
29	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır.	1	2	3	4	5
30	Tedavi masrafları ne kadar artarsa artsın tedavi olmaya devam ederim.	1	2	3	4	5

6. Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?

- Sadece devlet tarafından ()
- Yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) tarafından ()
- Özel sektör tarafından ()
- Gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) tarafından ()
- Devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak ()
- Hepsi tarafından ()
- Diğer (Belirtiniz)

7. Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?

- Sadece devlet tarafından ()
- Yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) tarafından ()
- Özel sektör tarafından ()
- Gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) tarafından ()
- Devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak ()
- Hepsi tarafından ()
- Diğer (Belirtiniz).....

8. Size göre aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri açısından önemlidir? Lütfen 3 seçenek işaretleyiniz.

- Sağlık hizmetlerinin kaliteli olması ()
- Sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde sunulması ()
- Sağlık hizmetlerinin güvenilir olması ()
- Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ()
- Sağlık hizmetlerine kolay ulaşılması ()
- Sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak sunulması ()
- Sağlık çalışanlarının ilgili olması ()
- Diğer (Belirtiniz)

9. Size göre devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerin öncelikli amacı ne olmalıdır? Lütfen 3 seçenek işaretleyiniz.

- Sağlık hizmetlerinin daha hızlı sunulmasını sağlamak ()
- Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasını sağlamak ()
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizliği ortadan kaldırmak ()
- Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından da sunulmasını sağlamak ()
- Sağlık hizmetlerinin Avrupa Birliği standartlarında sunulmasını sağlamak ()
- Hastalıklarla daha etkin mücadele etmek ()
- Daha fazla nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almak ()
- Vatandaşların daha kolay ulaşabildiği bir sağlık sistemi oluşturmak ()
- Sağlık hizmetlerine yönelik standartları belirlemek ve bunun denetimini yapmak ()
- Diğer (Belirtiniz).....

EK-2. Sağlık hizmeti sunucuları anket formu

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE ETKİLERİNE DAİR SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI TUTUM VE BEKLENTİ ANKETİ

Bu anket sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm hakkındaki tutum ve algılarını ölçmeyi hedefleyen bilimsel bir çalışmada kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu anketin sonuçları Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programında yapılmakta olan tez çalışması için kullanılacaktır. Verdiğiniz tüm cevaplar etik kurallar bağlamında gizli tutulacak ve toplu bir şekilde değerlendirilecektir. Zaman ayırdığınız ve çalışmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Hüseyin Gül
Arş. Gör. Dilek Memişoğlu
İletişim için: dmemisoglu@yahoo.com

ANKET SORULARI

1. Cinsiyetiniz: a. Kadın () b. Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Çalıştığınız Kurum: a. Devlet Hastanesi () b. Özel Hastane () c. Üniversite Hastanesi ()
4. Kurumdaki Göreviniz: a. Doktor () b. Hemşire ()

5. Lütfen aşağıdaki ifadeler hakkında ne düşündüğünüzü belirtiniz.		HİÇ Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulmasına neden olur.	1	2	3	4	5
2	Hastaneler arasında rekabet olması sağlık hizmetlerinin ucuzlaşmasına neden olur.	1	2	3	4	5
3	Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması gereksiz tetkik ve tahlil sayısında artışa neden olur.	1	2	3	4	5
4	Daha iyi sağlık hizmeti almak için daha fazla para harcamak gerekir.	1	2	3	4	5
5	Devletin zorunlu sigortası yanında isteğe bağlı özel sigortalar da olmalıdır.	1	2	3	4	5
6	Özel hastanelerin sayısının artması sağlık hizmetlerini olumlu etkilemiştir.	1	2	3	4	5
7	Özel hastaneler sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden daha kaliteli vermektedir.	1	2	3	4	5
8	Sağlık hizmetleri sunumunda temel teminat paketi uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırır.	1	2	3	4	5
9	Özel sağlık sigortalarının sağlık sektöründeki payının artması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	1	2	3	4	5
10	Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfusu sağlık sigortası kapsamına almak mümkün olacaktır.	1	2	3	4	5
11	Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir.	1	2	3	4	5
12	Hastanelerin yöneticilik eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi hastanelerin performansını artırır.	1	2	3	4	5
13	Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı doğrultusunda hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar.	1	2	3	4	5
14	Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır.	1	2	3	4	5
15	Devlet hastanelerinin giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil hastanelerin kendi kaynakları tarafından karşılanmalıdır.	1	2	3	4	5
16	Hastanelerin kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	1	2	3	4	5
17	Hastanelerde tam gün uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır.	1	2	3	4	5
18	Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesi için hastanelere başvurmadan önce aile hekimlerinden sevk alınması gereklidir.	1	2	3	4	5
19	Aile hekimlerinin baktıkları hasta sayısına göre ücret alması gereksiz tetkik ve tahlillere neden olacaktır.	1	2	3	4	5
20	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık harcamaları artacaktır.	1	2	3	4	5
21	Sağlık ocaklarının aile hekimlerine devredilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır.	1	2	3	4	5

Devamı arka sayfada...

1

Lütfen aşağıdaki ifadeler hakkında ne düşündüğünüzü belirtiniz.		HİÇ Katkıyorum	Biraz Katkıyorum	Ne Katkıyorum Ne Katkıyorum	Çoğunlukla Katkıyorum	Tamamen Katkıyorum
22	Aile hekimliği uygulaması sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
23	Aile hekimliği uygulaması Türkiye'nin ekonomik ve sosyal yapısına uygun bir sistemdir.	1	2	3	4	5
24	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşmak kolaylaşacaktır.	1	2	3	4	5
25	Aile hekimliği uygulaması ile hastalara eşit şekilde hizmet vermek mümkün olacaktır.	1	2	3	4	5
26	Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır.	1	2	3	4	5
27	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir.	1	2	3	4	5
28	Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır.	1	2	3	4	5
29	Sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır.	1	2	3	4	5
30	Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir.	1	2	3	4	5
31	Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır.	1	2	3	4	5
32	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının daha iyi hizmet sunmasına neden olur.	1	2	3	4	5
33	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	1	2	3	4	5
34	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır.	1	2	3	4	5
35	Performansa göre ücretlendirme sistemi sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır.	1	2	3	4	5
36	Performansa göre ücretlendirme sistemi gereksiz tetkik ve tahlil uygulamalarına neden olur.	1	2	3	4	5
37	Performansa göre ücretlendirme sistemi tedavisi zahmetli olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaya neden olacaktır.	1	2	3	4	5

6. Size göre sağlık hizmetleri kim tarafından verilmelidir?

- a. Sadece devlet tarafından ()
b. Yerel yönetimler (belediye, il özel idaresi) tarafından ()
c. Özel sektör tarafından ()
d. Gönüllü kuruluşlar (dernek, vakıf, vb.) tarafından ()
e. Devlet ve özel sektör tarafından ortak olarak ()
f. Hepsi tarafından ()
g. Diğer (Belirtiniz).....

7. Size göre aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri açısından önemlidir? Lütfen 3 seçenek işaretleyiniz.

- a. Sağlık hizmetlerinin kaliteli olması ()
b. Sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde sunulması ()
c. Sağlık hizmetlerinin güvenilir olması ()
d. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ()
e. Sağlık hizmetlerine kolay ulaşılması ()
f. Sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak sunulması ()
g. Sağlık çalışanlarının ilgili olması ()
h. Diğer (Belirtiniz)

8. Size göre devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı düzenlemelerin öncelikli amacı ne olmalıdır? Lütfen 3 seçenek işaretleyiniz.

- a. Sağlık hizmetlerinin daha hızlı sunulmasını sağlamak ()
b. Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasını sağlamak ()
c. Sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizliği ortadan kaldırmak ()
d. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından da sunulmasını sağlamak ()
e. Sağlık hizmetlerinin Avrupa Birliği standartlarında sunulmasını sağlamak ()
f. Hastalıklarla daha etkin mücadele etmek ()
g. Daha fazla nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almak ()
h. Vatandaşların daha kolay ulaşabildiği bir sağlık sistemi oluşturmak ()
i. Sağlık hizmetlerine yönelik standartları belirlemek ve bunun denetimini yapmak ()
j. Diğer (Belirtiniz).....

EK-3. Sağlık hizmeti yöneticileri anket formu

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE ETKİLERİNE DAİR SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİCİLERİ TUTUM VE BEKLENTİ ANKETİ

Bu anket sağlık yöneticilerinin sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm hakkındaki tutum ve algılarını ölçmeyi hedefleyen bilimsel bir çalışmada kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu anketin sonuçları Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programında yapılmakta olan tez çalışması için kullanılacaktır. Verdiğiniz tüm cevaplar etik kurallar bağlamında gizli tutulacak ve toplu bir şekilde değerlendirilecektir. Zaman ayırdığınız ve çalışmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Hüseyin Gül
Arş. Gör. Dilek Memişoğlu
İletişim için: dmemisoglu@yahoo.com

ANKET SORULARI

1. Cinsiyetiniz: a. Kadın () b. Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Çalıştığınız Kurum: a. Devlet Hastanesi () b. Özel Hastane () c. Üniversite Hastanesi ()

4. Lütfen aşağıdaki ifadeler hakkında ne düşündüğünüzü belirtiniz.		HİÇ Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1	Sağlık Bakanlığı sadece sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır ve hizmet sunumunu özel sektöre devretmelidir.	1	2	3	4	5
2	Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlar.	1	2	3	4	5
3	Kamu hastanelerinin (Devlet ve SSK) Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleştirilmesi olumlu bir gelişme olmuştur.	1	2	3	4	5
4	Hastaların istedikleri kamu hastanesine doğrudan gidebilmeleri olumlu bir gelişmedir.	1	2	3	4	5
5	Kamu sağlık sigortalı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri olumlu bir gelişmedir.	1	2	3	4	5
6	Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri devlet ve üniversite hastanelerinin gelirlerinde düşüğe yol açmıştır.	1	2	3	4	5
7	Kamu sağlık sigortalı hastaların, doğrudan özel hastanelere gitmeleri sağlık hizmetlerinin SGK'ya olan maliyetini artırmıştır.	1	2	3	4	5
8	Hastanelerin başbekimler tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
9	Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) uyarınca Hastanelerin yönetim kurulu tarafından yönetilmesi hastanelerin daha iyi hizmet vermesini sağlar.	1	2	3	4	5
10	Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması hastanelerin mevcut sorunlarına çözüm olacaktır.	1	2	3	4	5
11	KHBT uyarınca hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin fiyatını artırır.	1	2	3	4	5
12	KHBT uyarınca hastanelerin Hastane Birlikleri'ne devri hastanelerin daha iyi hizmet vermesine neden olacaktır.	1	2	3	4	5
13	KHBT uyarınca hastanelerin aldıkları puanlara göre A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılması hastanelerin daha iyi hizmet sunmasına katkı sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
14	Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır.	1	2	3	4	5
15	Hemşire, laborant, teknisyen, tıbbi sekreter gibi sağlık personelinin hizmet alımı yoluyla çalıştırılması sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
16	Sağlık çalışanları için getirilen sözleşmeli istihdam uygulaması sağlık çalışanlarının iş güvencesinin ortadan kalkmasına neden olacaktır.	1	2	3	4	5
17	Sözleşmeli sağlık personeli uygulaması hastanelerin sağlık personeli sıkıntısına çözüm olacaktır.	1	2	3	4	5
18	Sağlık çalışanlarının memur statüsünde kalması performanslarını olumlu etkileyecektir.	1	2	3	4	5

Devamı arka sayfada...

1

	Lütfen aşağıdaki ifadeler hakkında ne düşündüğünüzü belirtiniz.	Hic Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
19	Sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından atanması yerinde bir uygulamadır.	1	2	3	4	5
20	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmıştır.	1	2	3	4	5
21	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları için olumlu bir düzenlemedir.	1	2	3	4	5
22	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	1	2	3	4	5
23	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır.	1	2	3	4	5
24	Performansa göre ek ödeme yapılması sağlık çalışanları arasında rekabeti artırır.	1	2	3	4	5
25	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sisteminin köklü bir değişime ihtiyacı vardı.	1	2	3	4	5
26	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hazırlanması sırasında büyük ölçüde hastane yöneticilerinin görüşü alınmıştır.	1	2	3	4	5
27	Sağlıkta Dönüşüm Programı için hastanemizin altyapısı yeterliydi.	1	2	3	4	5
28	Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin sorunlarını önemli ölçüde çözmüştür.	1	2	3	4	5
29	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması ile hastanemizde daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır.	1	2	3	4	5
30	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin verimliliği artmıştır.	1	2	3	4	5
31	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır.	1	2	3	4	5
32	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizde hasta memnuniyeti artmıştır.	1	2	3	4	5
33	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra hastanemizin gelirleri artmıştır.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: Dilek MEMİŞOĞLU

Doğum Yeri: Isparta

Doğum Yılı: 1979

Medeni Hali: Bekâr

Eğitim Durumu:

Lise: 1994- 1997 Isparta Anadolu Lisesi

Lisans: 1997–2001 Hacettepe Üniversitesi

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü

Yüksek Lisans: 2003-2006 Süleyman Demirel Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Yabancı Dil ve Düzeyi:

1. İngilizce- İyi Düzeyde

İş Deneyimi:

2004-... Araştırma Görevlisi,

Süleyman Demirel Üniversitesi, Kamu Yönetimi Bölümü

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

Alanında, yurtiçinde yayımlanan kitapta bölüm ve ünite yazarlığı

1. Mehmet AKTEL ve Dilek MEMİŞOĞLU, 2005, "Yerel Yönetim Reformlarının Başarısızlık Nedenleri", Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar-I Reform, Ed. Hüseyin Özgür-Muhammet Kösecik, Nobel Yayın Dağıtım, s. 21–38, Ankara.

2. Hüseyin GÜL, Songül SALLAN GÜL ve Dilek MEMİŞOĞLU, 2007, "Türkiye'de Yoksullukla Mücadele Politikaları, Kentsel Yoksulluk ve Yerel Yönetişim", içinde Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar-II: Uygulama, s. 246–283, (der.) Hüseyin Özgür ve Muhammet Kösecik, Nobel, Ankara.

3. Hüseyin GÜL ve Dilek MEMİŞOĞLU, 2007, "Yapısal Değişim Sorunu Çerçevesinde Yönetimsel Reform", içinde Kamu Yönetiminin Yapısal ve İşlevsel Sorunları, s. 57–112, (der.) M. Akif Çukurçayır ve Gülise Gökçe, Çizgi Kitapevi, Konya.

Diğer bilimsel dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

1. Dilek MEMİŞOĞLU ve Ayşe DURGUN, "Devlet Başarısızlığına Yol Açan Etkenlerden Biri Olarak Patronaj İlişkileri", Yerel Siyaset Dergisi, Yıl:2 Sayı: 24, Aralık, s. 9–13, İstanbul, 2007.

2. Dilek MEMİŞOĞLU, "Bölgesel Kalkınmada Yeni Açılımlar: Bölgesel Yenilik Stratejileri", Yerel Siyaset Dergisi, Yıl:2, Sayı:16, s. 58–61, İstanbul, 2007.

3. Dilek MEMİŞOĞLU ve H. Bahadır ESER, "5393 Sayılı Yasa Kapsamında Belediye Meclislerinin Konumu", Yerel Siyaset Dergisi, Yıl:2, Sayı:15, s. 35–38, İstanbul, 2007.

4. H. Bahadır ESER ve Dilek MEMİŞOĞLU, "Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci Kapsamında Türk Kamu Yönetiminin Değişimi ve Yerelleşme Olgusu", Yerel Siyaset Dergisi, Yıl.2, Sayı.13, s. 29–32, İstanbul, Ocak 2007.

SCI, SSCI ve AHCI dışındaki indeks ve özetler tarafından taranan dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

1. Dilek MEMİŞOĞLU ve Ayşe DURGUN, "2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye'de Sağlık Sektörü üzerine Etkileri", SDÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 7, Sayı 13, s. 81–100, 2011.

2. H.Bahadır ESER, Dilek MEMİŞOĞLU, Gökhan ÖZDAMAR, "Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2011, C.16, S.2, s. 201–217.

3. Dilek MEMİŞOĞLU, H.Bahadır ESER, Orhan ADIGÜZEL, "Lyotard, Baudrillard Ve Foucault'nun Düşünceleri Işığında Postmodernizmi Anlamaya Çalışmak", Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 2011 Cilt: 48 Sayı: 559, s. 47–58.

Ulusal toplantıda sunulurak tam metin olarak yayımlanan bildiri

1. Dilek MEMİŞOĞLU ve Eda ÇİÇEK, "Gölcük Tabiat Parkı", Isparta Değerleri ve Değer Yaratma Potansiyeli Sempozyumları, Süleyman Demirel Üniversitesi, 26 Nisan–3 Mayıs 2010, Isparta.

2. Eda ÇİÇEK ve Dilek MEMİŞOĞLU, "Kızıldağ Milli Parkı", Isparta Değerleri ve Değer Yaratma Potansiyeli Sempozyumları, Süleyman Demirel Üniversitesi, 26 Nisan–3 Mayıs 2010, Isparta.

Uluslararası toplantıda sunulurak tam metin olarak yayımlanan bildiri

1. Dilek MEMİŞOĞLU, Hakan M. KİRİŞ ve H. Bahadır ESER, "Son Kamu Yönetimi Reformlarında Sivil Toplumun Yeri", III. STK Kongresi, On Sekiz Mart Üniversitesi Biga İİBF, 9–10 Aralık 2006, Çanakkale.

12. Ayşe DURGUN ve Dilek MEMİŞOĞLU, " Küresel Isınma ve Turizm Üzerine Olası Etkileri", 38. ICANAS Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi, 10–15 Eylül Ankara, 2007.

13. Dilek MEMİŞOĞLU, "Türkiye'de Bölgesel Kalkınma Politikaları ve Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde Yaşanan Değişim: Bölgesel Kalkınma Ajansları", Uluslararası Türkiye Cumhuriyeti Sempozyumu, 22–24 Ekim 2008, Isparta.

14. Dilek MEMİŞOĞLU ve Ayşe DURGUN, "Public Administration Reforms And Corruption In Turkey", First International Conference on Management and Economics: "Current Issues in Emerging Economies in Global Perspective" - (ICME 2008), Tirana, Albania, 28–29 March 2008.

15. Ayşe DURGUN ve Dilek MEMİŞOĞLU, "Kyoto Protokolü ve Bu Süreçte Ortaya Çıkan Paradokslar ", Uluslararası Davraz Kongresi 24–27 Eylül 2009, Isparta, 2009.

16. Dilek MEMİŞOĞLU, "Türkiye'de Bağımsız İdari Otoriteler ve Denetimleri", Uluslararası Davraz Kongresi, 24–27 Eylül 2009, Isparta, 2009.

Uluslararası sempozyum, kongre, kurs (workshop) düzenlenmesi gibi etkinliklerde görev almak

1. Uluslararası Davraz Kongresi, 24–27 Eylül 2009, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Ulusal sempozyum, kongre, kurs (workshop) düzenlenmesi gibi etkinliklerde görev almak

1. Siyasi İlimler Türk Derneği & SDÜ İİBF Kamu Yönetimi Bölümü tarafından düzenlenen IV. Siyasal Bilimler Kongresi'nde görev almak. Isparta, 11 Haziran 2006

2. Isparta Değerleri ve Değer Yaratma Potansiyeli Sempozyumları, Süleyman Demirel Üniversitesi, 26 Nisan–3 Mayıs 2010, Isparta.

Uluslararası kuruluşlarca desteklenen projede görev alma

1. Avrupa Birliği Youth Projeleri Eylem 1 Kapsamında İtalya/Sicilya'da "Connection" adlı Projede Görev Almak, Mayıs 2007.