

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE TEORİSİ BİLİM DALI

**VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI VE
KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI
(TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ ÖRNEĞİ)**

Doktora Tezi

ÖZGE UYSAL

İstanbul, 2013

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE TEORİSİ BİLİM DALI

**VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI VE
KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI
(TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ ÖRNEĞİ)**

Doktora Tezi

ÖZGE UYSAL

Danışman: PROF. DR. TURGAY BERKSOY

İstanbul, 2013

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ONAY BELGESİ

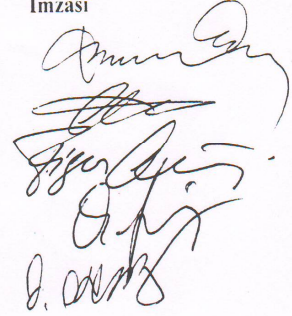
MALİYE Anabilim Dalı MALİYE TEORİSİ Bilim Dalı DOKTORA öğrencisi ÖZGE UYSAL'ın VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI VE KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI (TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ ÖRNEĞİ) adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 28.06.2013 tarih ve 2013-24/18 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 08/07/2013

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Tez Danışmanı | Prof. Dr. TURGAY BERKSOY |
| 2. Jüri Üyesi | Prof. Dr. AYŞEGÜL MUTLU |
| 3. Jüri Üyesi | Prof. Dr. FİGEN ALTUĞ |
| 4. Jüri Üyesi | Prof. Dr. AYŞE GÜNER |
| 5. Jüri Üyesi | Prof. Dr. ALİ AKDEMİR |

İmzası



ÖZET

1980’li yılların sonrasında neoliberal politikaların yükselişi, küreselleşme, bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler, postmodern anlayışın öne çıkması ve sivil toplum anlayışının güçlenmesi gibi birçok gelişme kamu kesimi ve kamu hizmetinde bir değişim yaratmaya başlamıştır. Kamu hizmetlerinin sunum, bütçe ve denetim gibi farklı alanlarda kendini hissettiren bu değişimi belirleyen temel model vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımıdır. İşletme yönetiminde uygulanan müşteri odaklı anlayışın bazı teknik ve ilkelerinden yararlanarak, onları kamu yönetimi kalıbı içerisinde eriten bu yaklaşım, kar değil kamu hizmeti merkezli, müşteri değil vatandaş esas alan; ancak, kamu yararı ve hakkaniyet ölçülerine bağlı kalarak, kamu hizmetini etkin-verimli-ekonomik ve kaliteli olarak sunmaya çalışan bir nitelik arz etmektedir. Sahip olduğu bu özellikleriyle de kamu ekonomisini pek çok açıdan etkilemektedir.

Bu yaklaşım tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kendini hissettirmektedir. En çok hissettirdiği alanların başında ise sağlık sektörü gelmektedir. Bu bağlamda çalışmada öncelikle, vatandaş odaklı yaklaşımın teorisine ve genel olarak Türkiye ve dünya örneklerine değinilmiştir. Daha sonra, Türkiye’de sağlık sektöründe Sağlık Dönüşüm Programı’yla getirilmek istenen vatandaş odaklı hizmet uygulamalarına ve bu uygulamaların kamu ekonomisi açısından yarattığı sonuçlara yer verilmiştir. Bu şekilde gerçekleştirmek istenen dönüşümün ne kadar vatandaş odaklı olduğu ve amacına ulaşip ulaşmadığı değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, etkin ve verimli bir kaynak kullanımına, optimal kaynak tahsisine, mali alan yaratımına, hizmete erişimde ve hizmet kalitesinde artışa, beşeri, fiziki ve sosyal sermayenin güçlenmesine, adalet ve eşitliğin sağlanmasına kadar birçok başlıkta bir etki yaratıp yaratmadığı analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hizmeti, Vatandaş Odaklı, Kamu Ekonomisi, Sağlık Sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

ABSTRACT

Many developments such as the rise of neoliberal politics, the globalization, the progress in information and communication technology, the prominence of postmodern consciousness and the strength of civil society have gone through the change in public sector and public service since 1980s. The main model which settles this change in showing itself in different fields such as the provision, budgeting and control of public services, is the citizen oriented public service approach. This approach which uses some techniques and principles of the customer oriented approach in business management and harmonizes them in public management, has a nature of not profit but for public service centered, not customer but for citizen oriented and provision of public services efficiently, economically and in quality by the way of faithful to public interest and justice. Due to these qualifications, this approach affects public economics in many respects.

This approach makes itself evident in Turkey like as all of the world. Health sector is the first one of these sectors. Concordantly, in this study, the theory of citizen oriented approach and the applications of this approach in Turkey and in some other countries in the world are mentioned firstly. Then, the citizen oriented public services which are put forward by The Health Transformation Program and their effects on public economics are investigated. In this way, the evaluation is made that how citizen oriented the transformation is and if it has reached its goals. In this context, the analyses are made in many topics such as the efficient and productive use of resources, the optimal allocation of resources, the creation of fiscal space, the raise of public service quality and access, the strength of physical, human and social capital and the secure of justice and equality.

Key Words: Public Service, Citizen Oriented, Public Economics, Health Sector, The Health Transformation Program

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ VE KAMU HİZMETLERİNDEKİ DEĞİŞİMİN TEORİK ARKA PLANI

1. KAMU MALİ/HİZMETİ KAVRAMI.....	5
2. KAMU HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM.....	9
2.1. KAMU HİZMETLERİNDEKİ DEĞİŞİMİN NEDENLERİ	9
2.1.1. İktisadi Düşünce Yapısındaki Değişim.....	10
2.1.1.1. Sosyal Devletin Krizi ve Yeni Arayışlar.....	10
2.1.1.2. Neoliberalizmin Yükselişi.....	14
2.1.2. Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim.....	16
2.1.2.1. Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı.....	16
2.1.2.2. Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı	24
2.1.3. Piyasa Yönelimli Yeni Politik Açılımlar.....	31
2.1.3.1. Yapısal Uyum Politikaları.....	31
2.1.3.2. Washington Uzlaşısı	36
2.1.3.3. Post-Washington Uzlaşısı	40
2.1.4. Küreselleşme	43
2.1.5. Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki Gelişmeler.....	47
2.1.6. Postmodernizm.....	50
2.1.7. Sivil Toplum Anlayışının Güçlenmesi.....	53
2.2. KAMU HİZMETLERİNDE DEĞİŞİMİN YANSIMALARI	57
2.2.1. Kamusal Hizmetlerin Sunumu Yönünden Değişim.....	58
2.2.1.1. Özelleştirme	58
2.2.1.2. Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları.....	62
2.2.1.3. Piyasaya Benzetme	67
2.2.2. Bütçe Yönünden Değişim.....	70
2.2.2.1. Performans Esaslı Bütçeleme.....	70
2.2.2.2. Katılımcı Bütçeleme	74
2.2.2.3. Cinsiyete Dayalı Bütçeleme.....	79
2.2.3. Denetim Yönünden Değişim	85
2.2.3.1. Performans Denetimi	85

2.2.3.2. İç Kontrol ve İç Denetim	89
2.2.3.2.1. İç Kontrol.....	90
2.2.3.2.2. İç Denetim	94
3. KAMU HİZMETLERİNDE ALTERNATİF DEĞİŞİM MODELLERİ.....	98
3.1. MÜŞTERİ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI.....	98
3.2. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI.....	99

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETLERİNDEKİ DEĞİŞİME YENİ BİR YAKLAŞIM: VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ

1. VATANDAŞLIK KAVRAMININ GELİŞİMİ VE İÇERİĞİ	101
1.1. TARİHSEL SÜREÇTE VATANDAŞLIK KAVRAMININ GELİŞİMİ	102
1.2. VATANDAŞLIK KAVRAMININ İÇERİĞİ VE SINIFLANDIRILMASI.....	104
1.3. VATANDAŞLIKTAKI YAŞANAN DEĞİŞİM	108
2. MÜŞTERİ-TÜKETİCİ-VATANDAŞ AYRIMI.....	112
3. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI	116
3.1. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ-MÜŞTERİ ODAKLI KAMU HİZMETİ AYRIMI.	116
3.2. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMININ TANIMI VE UNSURLARI	118
3.3. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMINI UYGULAMA SÜRECİ.....	128
3.4. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMININ SAĞLADIĞI AVANTAJLAR	140
3.5. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMINI UYGULAMADAKİ SIKINTILAR	142
3.6. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİNİ MÜMKÜN KILAN ARAÇLAR.....	144
3.6.1. Yönetişim	145
3.6.2. E-Devlet (Elektronik Devlet).....	152
3.6.3. M-Devlet (Mobil Devlet)	164
3.6.4. Vatandaş Sözleşmeleri (Citizen's Charter)	175
3.6.5. Vatandaş Odaklı Bütçeleme ve Vatandaş İçin Bütçe.....	181
3.6.6. Tek Pencere ve Tek Durak Uygulamaları	188
3.6.7. Ombudsmanlık (Kamu Denetçiliği Kurumu).....	193
3.7. DÜNYADA VATANDAŞ ODAKLI UYGULAMALAR.....	197
3.8. TÜRKİYE'DE VATANDAŞ ODAKLI UYGULAMALAR	206
4. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMININ KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI.....	218
4.1. FİZİKİ, BEŞERİ VE SOSYAL SERMAYENİN GÜÇLENMESİ	218
4.2. KAYNAKLARIN OPTİMAL TAHSİSİ	222
4.3. KAYNAKLARIN ETKİN, EKONOMİK VE VERİMLİ KULLANIMI	226
4.4. DEVLET BÜTÇESİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ	229
4.5. MALİ ALAN YARATMA	230
4.6. HİZMET KALİTESİNİN ARTTIRILMASI	234
4.7. ADALET VE EŞİTLİĞİ SAĞLAMA	236
4.8. TOPLUMSAL MEMNUNİYET VE REFAH ARTIŞI.....	239

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE VATANDAŞ ODAKLI UYGULAMALAR VE KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI

1. TÜRKİYE'DE SDP ÖNCESİ SAĞLIK POLİTİKALARI.....	243
1.1. 1960-1980 YILLARI ARASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOSYALİZASYON.....	244
1.2. 1980-2002 YILLARI ARASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE LIBERALİZASYON	245
2. 2003 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE VATANDAŞ ODAKLILIK: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP)	248
2.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN AMACI VE KAPSAMI.....	249
2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN TEMEL İLKELERİ	251
2.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN BİLEŞENLERİ	253
2.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı	254
2.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	254
2.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi	255
2.3.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	255
2.3.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri	257
2.3.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri.....	257
2.3.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış ve Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	258
2.3.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları	258
2.3.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon.....	258
2.3.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	259
2.3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu	259
2.3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu	259
2.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi	260
2.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI VATANDAŞ ODAKLI UYGULAMALAR ..	260
2.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı Çerçevesinde Gerçekleştirilenler.....	260
2.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası Çerçevesinde Gerçekleştirilenler.....	261
2.4.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi Sağlama Çerçevesinde Gerçekleştirilenler.....	267
2.4.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü Sağlama Çerçevesinde Gerçekleştirilenler	271
2.4.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları Oluşturulması Çerçevesinde Gerçekleştirilenler.....	272
2.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon Sağlama Çerçevesinde Gerçekleştirilenler	272
2.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi Çerçevesinde Gerçekleştirilenler.....	273
2.4.8. Sağlık Bilgi Sistemi Oluşturma Çerçevesinde Gerçekleştirilenler	274
2.4.9. Diğer Gerçekleştirilenler	277
3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NA YÖNELİK ELEŞTİRİLER.....	282
4. VATANDAŞ ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ YAKLAŞIMI OLARAK SDP'NİN KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI.....	293
4.1. FİZİKİ SERMAYE AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR	293
4.2. BEŞERİ SERMAYE AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR	304

4.3. SOSYAL SERMAYE AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR.....	314
4.4. KAYNAK KULLANIMINDA ETKİNLİK VE VERİMLİLİK AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR.....	319
4.5. DEVLET BÜTÇESİ AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR	336
4.6. MALİ ALAN AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR.....	344
4.7. HİZMET KALİTESİ AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR.....	349
4.8. KAYNAK TAHSİSİNDE OPTİMALİTE AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR.....	357
4.9. ADALET VE EŞİTLİK AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR.....	365
4.9.1. Bölgesel Bazda Adaletin Sağlanması Açısından Yarattığı Sonuçlar.....	365
4.9.2. Sosyal Sınıflar Arasında Adaletin Sağlanması Açısından Yarattığı Sonuçlar	367
4.10. HİZMETE ERİŞİM AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR	374
4.11. HİZMETLERDEN MEMNUNİYET AÇISINDAN YARATTIĞI SONUÇLAR	379
4.11.1. Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet	380
4.11.2. Muayene ve Tahlillerden Memnuniyet	383
4.11.3. Sağlık Hizmetleriyle İlgili Ücret ve Ödemelerden Memnuniyet.....	386
5. DEĞERLENDİRME	391
SONUÇ.....	408
KAYNAKÇA	415

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Eski Kamu Yönetimi, Yani Kamu Yönetimi ve Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 1.2. Yapısal Uyum Programları.....	34
Tablo 1.3. Refah Rejimleri ve Sivil Toplum Örgütlerinin Rollerini.....	56
Tablo 1.4. Özelleştirmenin Amaçları.....	60
Tablo 2.3. Hizmet Sunucu ile İlişkiler Bağlamında Tüketici, Müşteri ve Özel Müşteri Ayrımı.....	114
Tablo 2.2. Elektronik Kamu Hizmetleri Kullanım Alanları.....	154
Tablo 2.3. E-Devletin Alt Kategorileri.....	156
Tablo 2.4. Geleneksel Devlet ile E-Devletin Farkları.....	158
Tablo 2.5. Klasik Devlet (K-Devlet), E-Devlet ve M-Devletin Unsurları.....	166
Tablo 2.6. M-Devletin Türleri.....	168
Tablo 2.7. M-Devletin Devlet, Vatandaşlar, İş Dünyası ve Ekonomi İçin Faydaları...171	
Tablo 2.8. Vatandaş Odaklı Bütçeleme Süreci.....	184
Tablo 2.9. Bazı Merkezi Devlet Kurumları Bazında E-devlet ve E-devlet Kapısı Hizmetleri	209
Tablo 3.1. Yatırım ve Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payları (2000-2012).....	295
Tablo 3.2. Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları (2002-2011),...302	
Tablo 3.3. Yıllara Göre Ambulans Sayısı (2002-2012).....	303
Tablo 3.4. Yıllara ve Ambulans Türlerine Göre Araç ve Taşınan Hasta Sayısı.....	304
Tablo 3.5. 1.000 Kişi Başına Düşen Sağlık Personeli Sayısı (2000-2011).....	309
Tablo 3.6. Yıllara Göre Gebe, Bebek, Çocuk ve Loğusa İzlem Faaliyetleri (2002-2011),.....	310
Tablo 3.7. Doktorların Hastalara Davranışında Sorun Görenler (%),.....	316

Tablo 3.8. Hemşirelerin ve Hastabakıcıların Hastalara Davranışında Sorun Görenler (%).....	318
Tablo 3.9. Yıllara Göre Kurum ve Kuruluşlarda Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları (2002-2011).....	321
Tablo 3.10. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, Yatak Devir Hızı ve Ortalama Kalış Günü (2002-2011).....	326
Tablo 3.11. Hekim Verimliliği.....	329
Tablo 3.12. Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2000-2011).....	339
Tablo 3.13. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı (2000-2011).....	341
Tablo 3.14. Özel Sağlık Sigortası Verileri (2004-2011).....	347
Tablo 3.15. Doktor ve Sağlık Personeli Sayısını Sorun Görenler (%).....	355
Tablo 3.16. 2004-2012 Yıllarında Genel Bütçe İçerisinde Sağlık Harcamalarının Payları (Fonksiyonel Sınıflama).....	358
Tablo 3.17. Hekim Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011)	362
Tablo 3.18. Hemşire ve Ebe Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011).....	363
Tablo 3.19. Kişi başına Düşen Hastane Yatağı Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011).....	364
Tablo 3.20. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011).....	366
Tablo 3.21. Bağ-Kur, SSK ve Yeşil Kartlılara Verilen Haklar.....	369
Tablo 3.22. Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Payları (2002-2012).....	372
Tablo 3.23. Muayene ve Tahlil İçin Randevu Almada Sorun Görenler (%).....	376
Tablo 3.24. Sağlık Hizmetlerinden Sağlık Hizmeti Sunucuları Bazında Memnuniyetler	381

Tablo 3.25. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Muayeneden Memnuniyet (%).....	384
Tablo 3.26. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Tahlillerde Sorun Görenler (%).....	385
Tablo 3.27. Sağlık Kuruluşlarında Muayene ve Tahlil Ücretlerinde Sorun görenler (%).....	387
Tablo 3.28. Muayene İçin Katkı Payı Ücreti Ödemeyi Sorun Görenler (%).....	388

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.1. Çoklu Hizmet Sunumuna Yönelik Seçilen Mobil Kanallar.....	173
Grafik 3.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları.....	296
Grafik. 3.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları (2000-2011).....	298
Grafik 3.3. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Sayıları (2000-2011).....	300
Grafik 3.4. Sektörler Bazında Kişi Başına Düşen Yatak Sayıları (2002-2011).....	301
Grafik 3.5. Sağlık Personeli Sayısı (2000-2011).....	306
Grafik 3.6. Sağlık Çalışanlarının Kuruluşlar Bazında Yüzde Dağılımı (2002-2011)..	308
Grafik 3.7. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı (2002-2011).....	311
Grafik 3.8. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı (2002-2011).....	313
Grafik 3.9. Beklenen Yaşam Süresi (2000-2011).....	314
Grafik 3.10. Doktorların Hastalara Davranışında Sorun Var mı? (%).....	315
Grafik 3.11. Hemşirelerin ve Hastabakıcıların Hastalara Davranışında Sorun Var mı? (%).....	317
Grafik 3.12. Sosyal Güvenlik Kuruluşunda Çalışan Personelin Davranışlarında Sorun Var mı? (%).....	319
Grafik 3.13. Yıllara Göre Kurum ve Kuruluşlarda Hekime Müracaat Dağılımı (2002-2011).....	323
Grafik 3.14. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı (2002-2011).....	325
Grafik 3.15. Türkiye’de Kamu İlaç Harcamalarının Gelişimi (2002-2010).....	330
Grafik 3.16. Türkiye İlaç Pazarında Dış Ticaret Verileri (2000-2011).....	331
Grafik 3.17. Teknoloji Kullanımında Verimlilik.....	332
Grafik 3.18. Genel Tüketici ve Sağlık Fiyat Endeksi, (2003-2012).....	334
Grafik 3.19. Bebek Ölüm Hızı ve Sağlık Harcaması.....	335
Grafik 3.20. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ve Sağlık Harcaması.....	336

Grafik 3.21. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı (2002-2012).....	342
Grafik 3.22. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri (2003-2013).....	343
Grafik 3.23. İlaç ve Tedavi Masraflarını Kendi Karşılایanların Oranı (2003-2011).....	345
Grafik 3.24. Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payları (2003-2012).....	346
Grafik 3.25. Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim.....	348
Grafik 3.26. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Dağılımı (2002-2011).....	350
Grafik 3.27. Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu ve 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus (2002-2011).....	352
Grafik 3.28. Sağlık Hizmetlerin Kalitesinde Sorun Var mı? (%).....	353
Grafik 3.29. Doktor ve Sağlık Personeli Sayısı Yeterli mi? (%).....	354
Grafik 3.30. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Temizlikte Sorun Var mı? (%).....	356
Grafik 3.31. SGK Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payları (2001-2011)	360
Grafik 3.32. Yeşil Kart Harcamalarının Genel Bütçe Harcamaları İçindeki Payları (1998-2011).....	373
Grafik 3.33. Muayene ve Tahlil İçin Randevu Almada Sorun Var mı? (%).....	375
Grafik 3.34. İlaç Alımı İle İlgili İşlemlerde Sorun Var mı? (%).....	377
Grafik 3.35. Elektronik Ortamda Sunulan Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet (%).....	378
Grafik 3.36. Elektronik Ortamda Sunulan Kamu Hizmetleri Yaşamı Kolaylaştırıyor.....	379
Grafik 3.37. Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%).....	380
Grafik 3.38. Bağ-Kur/SSK ve Emekli Sandığı Hizmetlerinden Memnuniyet (%).....	382

Grafik 3.39. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Muayeneden Memnuniyet (%).....	383
Grafik 3.40. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Tahliller Yeterli mi? (%).....	385
Grafik 3.41. Sağlık Kuruluşlarında Muayene ve Tahlil Ücretlerinde Sorun Var mı? (%).....	386
Grafik 3.42. Sağlık Harcamalarının Geri Ödenmesiyle İlgili İşlemlerde Sorun Var mı? (%).....	388
Grafik 3.43. İlaç Fiyatlarında Sorun Var mı? (%).....	389
Grafik 3.44. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, 2011 (%) ve Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, 2010	398

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Ekonomik Gelişme, Vatandaşlık ve Demokrasi İlişkisi.....	109
Şekil 2.2. Demokrasinin Kalitesi ve Farklı Boyutları.....	110

KISALTMALAR

AB.	Avrupa Birliği
ABD.	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAPM.	Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi
ADSM.	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
BM.	Birleşmiş Milletler
CEDAW.	Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
DPT.	Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH.	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH.	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
IMF.	Uluslararası Para Fonu
KETEM.	Kanser Tarama Eğitim Merkezleri
KÖSO.	Kamu Özel Sektör Ortaklıkları
MEDULA.	Medikal Ulak
OECD.	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SSK.	Sosyal Sigortalar Kurumu
SGK.	Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM.	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TESEV.	Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı
TÜFE.	Tüketici Fiyat Endeksi

TÜİK.	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP.	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UYAP.	Ulusal Yargı Ağı Projesi
YKH.	Yeni Kamu Hizmeti
YKY.	Yeni Kamu Yönetimi
s.	sayfa

GİRİŞ

1970'li yıllardan itibaren Keynesyen iktisadın ve sosyal devlet anlayışının içine düştüğü bunalım ve kamunun fonksiyonlarının daraltılmasını savunan neoliberal politikaların egemen hale gelmesiyle, kamusal hizmetlere bakış açısı da kökten değişmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası uygulanmakta olan refah devleti anlayışı arkasındaki desteği kaybetmeye, yerini neoliberal devlet anlayışına bırakmaya başlamıştır. Piyasa güçlerine dayanma ve ekonomi yönetiminde devletin rolünü azaltma, bu dönemde temel yöneliş olmuştur. Bu doğrultuda, kamu hizmetinin anlamı da değişime uğramıştır. Piyasa referanslı unsurlar, bu kavram içinde yoğun olarak yer almaya başlamışlardır.

1990'lardan sonra kamu hizmeti kavramı yanında, vatandaşlık kavramı da tartışılır hale gelmiştir. Kamu hizmetlerinin vatandaşların gözünde kalitesiz, pahalı ve erişimi zor olarak görülmesi, küreselleşme ve bilgi iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişimle beraber toplumun daha etkili, etkin ve kaliteli hizmet taleplerinin artması, kamu kurum ve kuruluşlarının bu talepleri karşılamada yetersiz kalması ve kamu maliyesinde ortaya çıkan sıkıntılar gibi pek çok neden devletleri değişim yönünde sürekli bir baskı altında tutmaya başlamıştır. Küresel piyasa ekonomisi mantığına uyumlu şekilde değişen vatandaşlık kavramı da bu baskıları yönlendirmiştir.

Çağımızda vatandaşlık edilgen bir durumdan etken bir yapıya evrilmektedir. İnsanlar artık kendilerini sadece seçim dönemlerinde temsilcilerini seçen konumda değil, sürekli olarak yönetimle etkileşimde bulunan; her türlü yönetsel etkinliğin belirlenmesinde, yürütülmesinde ve denetlenmesinde aktif rol oynayan bir konumda görmek istemektedirler. Kısacası, yönetim süreçlerine aktif katılım günümüz vatandaşlık anlayışının önemli bir bileşenidir. Nitekim *iyi yönetim (good governance)* kavramı da bu temelden hareketle ortaya çıkmıştır. Özellikle kamusal hizmetlerde, aktif vatandaşlığın etkisi kendisini belirgin şekilde hissettirmektedir.

Küreselleşme, teknolojik gelişme ve sivil toplum kuruluşlarının gelişimi gibi birçok unsur, vatandaş kavramındaki bu değişimi hem mümkün hem de zorunlu kılmıştır. Kamu hizmetlerinin bu temelde vatandaş odaklı yapılanması bir anlamda özel

sektördeki müşteri odaklı olmanın karşılığı olarak düşünülebilir. Hatta çoğu zaman müşteri odaklılık ve vatandaş odaklılık arasındaki fark belirsizleşebilmektedir. Oysa vatandaş ve müşteri kavramları birbirinden farklıdır. Bu farklılığın anlamı da oldukça derindir. Bu bağlamda, vatandaş odaklı yaklaşımın içeriği ve felsefesi doğru algılanarak, müşteri odaklılıktan farklı yönleri ayrıştırılmalıdır. Eğer bu yapılamaz ise vatandaş odaklılık adı altında kamu hizmetleri sadece özelleştirilmiş ve piyasalaştırılmış olur. Bu anlamda vatandaş odaklılık sadece müşteri odaklılığın ve dolayısıyla neoliberal düşüncenin Truva Atı görevini üstlenir.

Bu felsefi dönüşüm kapsamında kamu hizmeti veren kuruluşların sadece hizmeti sunması günümüzde yeterli olmamaktadır. Bu hizmetlerin yukarıda bahsedilen niteliklere sahip ve vatandaş memnuniyetini sağlayıcı yönde olması gerekmektedir. Vatandaşa hizmet veren kamu kurum ve kuruluşlarının her türlü eylem ve işlemlerinin odağında vatandaş görmeleri ve bütün çalışmalarını buna göre yapmaları için geliştirilen öneriler bütünü olarak ifade edilen vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı, bu gereğin neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım, kamusal hizmetlerin tasarım, sunum ve denetiminin her aşamasında vatandaş istek, beklenti ve kaygılarını dikkate alan, bazı özel sektör araçlarıyla bu süreçleri daha şeffaf, kolay erişilebilir ve kaliteli hale getirip vatandaşları süreçlere dahil eden, vatandaş memnuniyetini esas alan ve kamu yararını gözetmeye devam eden hizmet anlayışını ifade etmektedir. Devletler tarafından giderek kabul görmeye başlayan bu yaklaşım, sahip olduğu bu nitelikleriyle de kamu ekonomisini önemli ölçüde etkilemektedir. Hizmet anlayışındaki değişim kaynakların tahsisi, kullanımı, adalet, eşitlik, mali alan ve hizmet kalitesi gibi pek çok konuda değişim yaratmaktadır

Başta Kanada, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere gibi gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyanın pek çok ülkesinde hayata geçirilmeye başlayan bu yaklaşım, Türkiye’de de giderek uygulama alanı bulmaktadır. Özellikle sağlık sektöründe kendini gösterdiği söylenebilen vatandaş odaklı yaklaşımın sağlık hizmetlerindeki temel belirleyicisi, 2002 yılında temelleri atılan ve 2003 yılında ise hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olmuştur. Bu programla beraber,

“hasta odaklı” anlayış çerçevesinde hizmetlerin yeniden planlaması yapılmak ve kamu ekonomisi de sağlık hizmeti açısından disipline edilmek istenmiştir.

Üç ana bölümden oluşan çalışmamızda da, son yıllarda kamu yönetimi reformları çerçevesinde gündeme getirilen vatandaş odaklı yaklaşımın kamu hizmeti anlayışında ne gibi dönüşümler ortaya çıkardığı ve bu dönüşümlerin kamu maliyesi açısından yaratabileceği etkiler ele alınmıştır. Bu bağlamda, esas itibariyle kamu yönetimi çerçevesindeki vatandaş odaklı yaklaşımın kamu maliyesi ile ilgisi kurulmaktadır. Çalışmanın temel argümanı, vatandaş odaklı yaklaşımın kamu maliyesi açısından olumlu sonuçlarının olabileceği, buna karşın vatandaş odaklılık yerine müşteri odaklı bir anlayışın ise beklentilerin aksine kamu maliyesinin sürdürülebilirliği bakımından doğurabileceğidir. Bu temelde, vatandaş odaklı yaklaşım adı altında sunulan düzenlemelerin müşteri odaklılığa kayan yönleri özellikle vurgulanmıştır.

Teorik olarak kurulan çatı, ülke uygulamaları ile desteklenmiştir. Bununla birlikte, çalışmanın kapsamı, Türkiye’de sağlık sektöründe 2003 yılından itibaren yürürlüğe konulan SDP ile sınırlandırılmıştır. Yani çalışma, sadece Türkiye’deki sağlık sektörünü ve dönem olarak da 2002-2013 dönemini kapsamaktadır. Kapsam bakımından ele alınan dönem, analiz için yeterli görülmüştür.

Çalışmada yöntem olarak tümdengelim yöntemi kullanılmıştır. Öncelikle vatandaş odaklı yaklaşımın kamu ekonomisine etkisi teorik olarak ele alındıktan sonra, öngörülen etkiler Türkiye’de sağlık sektörü açısından analiz edilmiştir. Türkiye’yle ilgili analiz kısmı karşılaştırmalı dinamik analize tabi tutulmuştur. SDP ile getirilen düzenlemelerin etkileri, SDP öncesi ve sırasında, yıllar bazında dinamik olarak irdelenmiştir.

Çalışmanın birinci bölümünde kamu hizmetlerinde yaşanan değişimin teorik arka planı incelenmiştir. Bu değişimi ortaya çıkaran nedenler ile bu değişimin hizmet sunumu, bütçe ve denetim gibi çeşitli alanlardaki yansımalarına yer verildikten sonra, kamu hizmetlerinde iki önemli alternatif değişim modeli olan müşteri odaklı yaklaşım ve vatandaş odaklı yaklaşıma değinilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu çerçevede, öncelikle vatandaşlık kavramının gelişimi ve içeriğine yer verilmiştir. Daha sonra vatandaş, müşteri ve tüketici kavramları arasındaki farklar ile müşteri ve vatandaş odaklı yaklaşımların arasındaki farklardan bahsedilmiştir. Vatandaş odaklı yaklaşımın neyi ifade ettiği, unsurları, uygulama süreci, sağladığı faydalar ve uygulamadaki sıkıntılar ayrıntılı olarak açıklanmış, e-devlet, m-devlet, vatandaş sözleşmesi, vatandaş odaklı bütçeleme, vatandaş sözleşmesi, ombudsmanlık ve tek pencere uygulaması gibi vatandaş odaklılığı mümkün kılan araçlara yer verilmiştir. Dünya ve Türkiye’deki vatandaş odaklı uygulama örneklerinden de bahsedilen bu bölümde son olarak yaklaşımın kamu ekonomisi açısından ne gibi sonuçlar doğurduğu teorik çerçevede incelenmiştir.

Çalışmanın son bölümünde ise Türkiye’de vatandaş odaklı hizmet anlayışının en fazla yerleştirilmek istendiği hizmet alanlarından biri olan sağlık sektöründe SDP’yle getirilen yeniliklerden bahsedilmiş ve kamu ekonomisi bakımından yarattığı sonuçlar analiz edilmiştir. Bu bağlamda, öncelikle sağlık hizmet ve politikalarının kısaca tarihine değinilmiş, daha sonra vatandaş odaklı politika çerçevesinde şekillendirilen SDP amacı, ilkeleri ve bileşenleri bağlamında ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Son olarak, bu program doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalara yer verilerek, kaynak kullanımı, kaynak tahsisi, mali alan, hizmete erişim, adalet, eşitlik, hizmet kalitesi, beşeri, fiziki ve sosyal sermaye gibi farklı başlıklarda kamu ekonomisi açısından ne gibi sonuçlar yarattığı analiz edilmiştir. Ortaya çıkan sonuçlar incelenerek, Türkiye’de SDP ile yaşama geçirilen politikaların vatandaş odaklılık perspektifinde kamu ekonomisi bağlamında etkileri ve bundan sonraki süreçte olası sonuçları değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ VE KAMU HİZMETLERİNDEKİ DEĞİŞİMİN

TEORİK ARKA PLANI

1980'lerden itibaren dünyada politik, sosyolojik ve ekonomik olarak başlayan dönüşüm, küreselleşme ve bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle beraber hızla yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu değişimin en büyük etkisi ise kamu sektörü ve kamu hizmeti anlayışında görülmüştür. Kamu malı/hizmetine yönelik beklentiler geleneksel kapsamı ve niteliğinin ötesine geçmeye başlamıştır. Bu geçiş de kamu hizmetini planlanmadan sunuma, bütçelemeden denetime kadar her boyutta etkilemiştir.

Çalışmanın bu bölümünde, öncelikle kamu hizmeti anlayışında görülen değişimin nedenleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Daha sonra, bu değişimin hizmet sunumu, bütçeleme ve denetim gibi her aşamada yansımalarının neler olduğuna yer verilmiştir. Son olarak, değişimin arkasında yatan müşteri odaklı ve vatandaş odaklı yaklaşım modellerine kısaca değinilmiştir.

1. KAMU MALI / HİZMETİ KAVRAMI

Piyasa, bazı toplumsal ihtiyaçların üretilmesi konusunda aksaklıklar gösterir. Bir şekilde üretilmesi ve sunulması gereken bu tür mal ve hizmetleri yalnızca devlet sunabilir. Devletin kamuya arz ettiği bu tür mal ve hizmetlere kamusal mallar/hizmetler denir. İktisatçılar mallar kavramını, tersi belirtilmedikçe, mal ve hizmetler kavramı ile eş anlamda kullanmışlardır. Genel kullanıma uygun olarak burada da, mal kavramı mal ve hizmetler anlamında kullanılmıştır. Aynı şekilde, kamu hizmeti denildiğinde de aksi belirtilmedikçe, kamusal mal ve hizmetler birlikte anlaşılmaktadır.

Kamusal mal kavramı üzerine yapılan çalışmaların kökleri devletin gelişmesi ve genişlemesine bağlı olarak 18. yy.'daki çalışmalara dayanır. İlk defa 1739'da yayınlanan David Hume'un "Treatise of Human Nature" adlı eserinde "ortak mallar"

olarak bahsedilmiştir. David Hume'dan otuz yıl kadar sonra Adam Smith de kamusal mal konusunu incelemiştir (Kaul, Grunberg ve Stern, 1999, s.3). Lindahl da belli bir oranda kamusal mallar konusuna değinmiştir. Ekonomistler tarafından referans gösterilen ve günümüzde geçerli olan teknik anlamda en kesin tanım ise, 1954 yılında Amerikalı iktisatçı Samuelson tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre, kamusal mallar bir tüketici için üretildiğinde diğer tüketicilerin de ilave bir maliyete katlanmaksızın kullanabildiği mallardır (Holcombe, 1997, s.2). Samuelson tarafından yapılan kamusal mal tanımı günümüze kadar en yaygın olarak kullanılan ve en genel kabul gören tanımdır.

Belirtmek gerekir ki kamu sektörünün ürettiği her mal veya hizmet, kamusal mal değildir. Diğer bir ifadeyle, bir malın finansmanı ve sunumunun devlet tarafından, kolektif karar alma mekanizmasıyla yapılıyor olması onun kamusal mal olduğu anlamına gelmez. Devlet kimi zaman özel mal da üretebilir (Buchanan, 1970, s. 30). Böyle bir yanılgıya, kamusal malların fiziki mallardan ziyade, çoğunlukla hizmetlerden oluşması neden olmaktadır (Durmuş, 2006, s.66). Bir malın kamusal mal olup olmadığı o malın özelliklerine bakılarak anlaşılabilir. Bu nedenle, bu özelliklerin ne olduğu ortaya konulmalıdır.

Kamusal malların en çok iki özelliği ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki tüketimden mahrum edilememe, yani dışlanamama (non-excludability) özelliğidir. Diğer özelliği ise tüketimde rekabetin olmayışıdır (non-rivalry) (Mikesell, 1995, s. 4). Bu iki özellik Samuelson'dan sonra yapılmış hemen hemen tüm kamusal mal tanımlarında kamusal malların temel özellikleri olarak kabul edilmiştir (Holcombe, 1997, s.2). İlk olarak, kamusal mal ve hizmetlerin tüketiminden kimse dışlanamaz. Bu mal ve hizmetlerden ülke içerisindeki herkes aynı anda faydalanır. Hiçbir birey bu malların faydasından mahrum bırakılamaz. Kamusal malların arzının özelliği, tüketiminin kolektif oluşu, beraberinde bu tür mal ve hizmetlerin tüketiminden toplum üyelerini mahrum etme imkânını ortadan kaldırır. Dolayısıyla kamusal mal ve hizmetler bir kez üretildiğinde toplumun her ferdi bir şekilde fayda sağlar (Trogen, 2005, s.176). İkinci olarak, kamusal malların tüketimi sırasında bireyler arasında rekabet durumu ortaya çıkmamakta; yani bir bireyin kamusal malı tüketmesi diğer bireyin payında bir

azalma yaratmamaktadır (Samuelson, 1954, s.387). Diğer bir ifadeyle, kamusal mallarda bireylerin tüketime sonucunda elde ettikleri fayda, diğer bireylerin payına düşen faydada veya toplam fayda üzerinde bir azalmaya neden olmaz. Örneğin; bir vatandaşın adalet hizmetinden faydalanıyor olması, diğer vatandaşların faydalanmasına engel teşkil etmez. Bu nedenle, bu tür malları ek bir bireye arz etmenin marjinal maliyeti sıfırdır.

Kamusal malların/hizmetlerin bir diğer özelliği, mal/hizmetin faydasının bölünememesidir. Yani bu mal/hizmetlerde, yerine getirilen mal/hizmetten kimin ne kadar yararlandığının tespiti mümkün değildir. Örneğin, savunma ve güvenlik hizmetlerinde kişilerin yararlanma dereceleri tespit edilemez. Bu tür hizmetlerde faaliyetler tüm ülke için yapılır ve sunulan hizmetlerden herkes aynı anda yararlanır (Mutluer, Öner ve Kesik, 2010, s.95). Bu hizmetlerin faydası herkese eşit şekilde sunulur ve herkes tarafından tüketilir. Özetle, kamusal malların bölünmezlik niteliği bu malların tüm bireyler tarafından tüketilmesini sağlar.

Kamusal hizmetlerin sağladığı fayda ortak olduğundan ve bu faydanın bölünüp pazarlanması mümkün olmadığından, bunlara piyasadaki fiyat mekanizması uygulanamaz. Başka bir deyişle, kamusal hizmetlere olan talebin açıklanması ve dolayısıyla değerlerini gösteren bir fiyatın belirlenmesi mümkün değildir (Edizdoğan, 2007, s.21). Bir mal/hizmetin eğer fiyatı belirlenemezse bu mal/hizmet pazarlanamaz. Bu yüzden, bu hizmetlerin bedelini bütün toplum vergi olarak ödemektedir. Bireyler kamusal hizmetten nasıl olsa bedava yararlanabileceklerini düşünerek, yani finanse etseler de etmeseler de yararlanabileceklerini bilerek, kamusal hizmetin maliyetine katılmak istemediklerinden (bedavacılık problemi) (Stiglitz, 2000, s.131) dolayı, hizmetlerin gerçekleştirilmesi için zorunlu finansman kaynağı olan vergilerden yararlanılır. Bu tür hizmetler kolektif karar alma mekanizmasıyla, yani bütçeyle üretilirler. Özel mal ve hizmetlerde, hangi mal ve hizmetten ne kadar üretileceği ve tüketileceğine piyasada karar verilirken; kamusal mal ve hizmetlerin üretim, dağıtım ve tüketimine kamusal karar alma mekanizması karar verir.

Kamusal mal ve hizmetlerin bir diğer özelliği, bunları tüketenlere sağladıkları fayda yanında üçüncü kişilere de fayda sağlamalarıdır. Başka bir ifadeyle, kamusal mal ve hizmetler, önemli dışsallıkları olan mal ve hizmetlerdir. Bu hizmetin üretimi ve

tüketimden sadece kullanan değil, toplumun diğer kesimleri de fayda sağlar. Bu tür faydalar da dolaylı fayda, sosyal fayda ya da dışsallık gibi değişik isimlerle de ifade edilir.

Bu sayılan özellikler, bir hizmeti kamusal hizmet haline getiren temel niteliklerdir. Kamusal bir hizmette bu temel niteliklerden biri, birkaçı ya da tamamı bulunabilir. *Tam kamusal hizmetler*, kamusal hizmetlerin belirttiğimiz özelliklerine tam olarak sahip olan hizmetlerdir. Bu bağlamda, tam kamusal hizmetler faydası bölünemeyen, fiyatlandırılmayan, pazarlanamayan, tüketimden kimsenin mahrum bırakılmadığı, ortak tüketim için üretilmiş, tüketimde rekabetin olmadığı, önemli dışsallıkları olan, finansmanı bütçeden yani vergilerle karşılanan toplumun müşterek ihtiyaçlarını gidermeye –kamu yararına- yönelik hizmetler olarak tanımlanabilir. Adalet, güvenlik ve savunma hizmetleri, bu hizmetlerin en tipik örnekleridir. Devlet bu hizmetleri merkez yönetim birimleri aracılığıyla gerçekleştirir.

Diğer bir kamusal hizmet türü *yarı kamusal hizmetlerdir*. Özel malların tüm özelliklerini (faydası bölünebilen, faydadan mahrum bırakılabilen, fiyatlandırılabilen vs.) taşıyan yarı kamusal malların özel mallardan farkı, bu mal ve hizmetleri üreten ve tüketenler dışındakilere de fayda (dolaylı fayda/dışsallık) sağlamalarıdır. Bu tür mallara kamusal özelliği kazandıran husus, sahip oldukları dışsallığın büyüklüğüdür. Dolayısıyla, devlet toplum için oldukça önemli olan bu mal ve hizmetlerin üretimini özel sektöre bırakmaz. Çünkü özel sektör karını maksimize edecek üretim miktarını belirlerken, söz konusu dışsallığı dikkate almaz. Bireyler yarı kamusal maldan, özel faydası nedeniyle ancak satın alma güçlerine uygun miktarda talepte bulunurlar. Eğer satın alma güçleri yeterli değilse, bu tür malların tüketiminden yoksun kalırlar. Böylece üretilecek miktar toplum için uygun olan seviyenin bir hayli altında kalır. Bu nedenle, devlet yarı kamusal mal ve hizmetlerin ya üretimini bizzat üstlenir ya da toplumun sağladığı dışsal faydayı karşılayacak oranda finansal katkıda bulunur (Nadaroğlu, 1976, s.31-32). Aksi takdirde beşeri sermaye düşer, kaynak tahsisinde etkinlik bozularak toplumsal refah azalır. Bu tür malların bireyler tarafından tüketimi sırasında bir bedel alınır. Dışsal faydaların bedeli ise genel bütçeden bu kuruluşlara transfer olunan ödeneklerle karşılanır. Eğitim ve sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetlerin en

tipik örneğidir. Sağlık ve eğitim hizmetlerinden toplumun bir bölümü yeterince faydalanamazsa, devletin sahip olduğu beşeri sermaye olarak değerlendirilen eğitilmiş ve sağlıklı insan oranı düşecektir. Bu da, hem toplumsal düzeni hem de üretimi olumsuz yönde etkileyecektir. Özel ve kamusal malların özelliklerini birlikte göstermesi nedeniyle bu tür mal ve hizmetlere karma mallar da denilmektedir (Musgrave ve Musgrave, 1989, s.49-50).

2. KAMU HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM

Kamu sektöründe 1980 sonrasında çeşitli nedenlere bağlı olarak hızlı bir değişim süreci başlamıştır. Kamudaki bu değişimin temel ilkesi, vatandaşa daha kaliteli ve hızlı kamu hizmeti sunmak üzere, statükodan kurtulmuş, mevcut iş yapma tarzını sorgulayan, birbiri ile entegre, etkin, şeffaf ve basitleştirilmiş süreçlere sahip bir devlet yapısının oluşturulmasıdır. Kamu hizmetlerinin de yine aynı ilke ışığında şekillendirilmesi amaçlanmaktadır. Vatandaşlar artık, yetersiz ve verimsiz kamu hizmetleriyle ya da öngörülen kaliteye uygunluk göstermeyen ürün ve hizmetlerle yetinmemektedirler. Bu yüzden kamu hizmetlerinde, içerikten sunuma, bütçeleden denetime kadar pek çok süreçte dönüşüm yaşanmaktadır. Kamu hizmetlerinin en düşük maliyetle sunulması, etkinliğin ve kalitenin sağlanması, hizmetlerin vatandaş beklenti ve ihtiyaçlarına uygun şekilde, esnek ve hızlı olması gibi pek çok önceliğe göre hizmetler yeniden dizayn edilmektedir. Bu dizaynın yönünün tam olarak nasıl olması gerektiği yönünde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlara geçmeden önce, kamu hizmetlerinde yaşanan dönüşümün nedenlerine, daha sonra bu dönüşümün farklı alanlardaki yansımalarına ayrıntılı olarak bakmak uygun olacaktır.

2.1. Kamu Hizmetlerindeki Değişimin Nedenleri

Kamusal hizmetlerde bahsedilen bu değişimin çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenler, dünyada egemen iktisadi düşüncenin değişmesinden kaynaklanan iktisadi nedenler, kamu yönetimin anlayışındaki değişimleri ifade eden yönetsel nedenler, piyasa yönelimli yeni politik açılımlar, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, sivil toplum anlayışının güçlenmesi, küreselleşme ve postmodernizmden oluşmaktadır.

2.1.1. İktisadi Düşünce Yapısındaki Değişim

Kamu hizmetlerindeki dönüşümün nedenlerin ilki iktisadi düşünce yapısında yaşanan değişimdir. Bu bağlamda sosyal devletin 1970'lerin sonlarına doğru etki alanını kaybetmesi ile neoliberalizmin ve bu anlayışı benimseyen yeni sağ iktidarların egemen olmaya başlaması belirleyici olmuştur. Sosyal devletin içine düştüğü bu kriz ve yükselen neoliberalizmin kapsamı ve kamu hizmetleri üzerine etkileri aşağıda sırasıyla açıklanmıştır.

2.1.1.1. Sosyal Devletin Krizi ve Yeni Arayışlar

1929 Krizi ile başlayan ve esas itibariyle, II. Dünya Savaşı sonrası dönemde genel kabul gören sosyal devlet anlayışı dünyada bir paradigma değişimi yaratmıştır. Yeni paradigmada, devlete yüklenen anlamlar, işlevler ve devlet-vatandaş ilişkilerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Devlet ekonomiyi temel belirleyen aktör olmuştur. Fakat 1970'li yıllarda yaşanan stagflasyon krizlerinin ardından ise tekrar bir değişim yaşanmış ve sosyal devlet anlayışı gerileyerek, neoliberal devlet anlayışı egemen hale gelmiştir. Ulus devletin bu liberal ekonomik biçiminde devletin görevleri sınırlandırılmaya başlamıştır.

Sosyal devlet öncesi dönemde hakim olan liberal düşüncede devlet, yalnızca düzenin koruyucusu olarak görülmüştür. Sosyal devlet anlayışı ile birlikte devlete yüklenen anlamlar da değişmiş ve devlet, birçok yeni alanda önemli görevler üstlenmiştir. Bireyler “vatandaş” olarak daha çok hak ve sorumluluk sahibi olmaya başlamıştır. Vatandaş olarak bireyden beklenen, asli olarak sosyal hizmetlerin ve diğer toplumsal görevlerin yüklenicisi olarak, devlete vergi verme yükümlülüğünü yerine getirmesi olmuştur (Şahin, 2007, s.78). Bu bağlamda, kişilerin sosyal refah programlarından yararlanma hakkı, temel vatandaşlık hakları arasında kabul edilmiştir. Vatandaş kavramı, evrensel temelde kabul edilmiş; sunulan kamusal hizmetler de vatandaşlık kavramı temelinde ele alınmıştır. Vatandaşlık kavramı ile birlikte toplumsal birlik ve dayanışma kavramı özellikle vurgulanmıştır. Bu birlik ve dayanışmanın toplumun tüm bireylerinin ekonomik özgürlüklerinin arttırılması, toplumsal eşitliğin ve

adaletin gerçekleştirilmesiyle bağlantılı olduğu düşüncesi benimsenmiştir (Gül, 2004, s.148).

Sosyal devlet anlayışı ile birlikte devletin kamusal mal ve hizmet üretme işlevi de artmış ve çeşitlenmiştir. Bunun sonucu olarak, devletin sunduğu kamusal hizmetler de genişlemiştir. Elbette bunun toplumsal yaşam ve gelişme üzerinde birçok olumlu etkisi olmuştur. Bununla birlikte, bu durumun sürdürülebilirliği konusunda sorunlar ortaya çıktığında, sosyal devletin krizleri de ortaya çıkmıştır.

Sosyal refah devletinin yükselişi II. Dünya Savaşı'nın yıkıntılarında hemen sonra başlamıştır. Elbette bu dönemin kendine özgü bir anlamı vardı. Keynes'in 1929 Dünya Ekonomik Buhranı sonrası yaptığı analizler ve sunduğu öneriler, bir yandan devleti ekonomide önemli ve güçlü bir araç haline getirirken, diğer taraftan da kapitalist sisteme yönelik huzursuzlukları, eleştirileri, olası işçi isyanlarını, komünizm tehdidini ortadan kaldırma hesaplarını da içermekteydi. Sosyal devlet politikaları ile Avrupa'da ortalama otuz yıllık bir süre görece olarak, "altın çağ" yaşanmıştır (Durdu, 2009, s.49). Sosyal devletin tüm olumlu katkılarına rağmen 1970'li yıllardan itibaren iktisadi alanda problemlerin kronikleşmesi, bütçe açıklarının hızlı artışı, petrol fiyatlarının aşırı derecede yükselmesi ciddi bir ekonomik krizin oluşmasına neden olmuştur. Buna tepki olarak da bir değişim ve dönüşüm yaşanmıştır. Sosyal devlet, stagflasyona bir çözüm formülü olarak ortaya çıkan neoliberal ve neokeynesgil politikalar doğrultusunda zayıflatılmıştır. Bu dönemde kamu harcamalarını kıstak ve devletin ekonomiye müdahalesini azaltmak isteyen yeni sağ ideolojiyi savunan siyasetçiler daha aktif rol oynamaya başlamıştır. 1980'li yıllarda İngiltere'de Margaret Thatcher, ABD'de Ronald Reagan ve Türkiye'de Turgut Özal bu siyasetçilerin örneklerini oluşturmuştur (Ökmen, Baştan ve Yılmaz, 2004, s.35).

Bu değişimin kırılması noktası 1989'da Berlin Duvarı'nın yıkılması olmuştur. Berlin Duvarı'nın yıkılmasının ardından sosyal demokrasi anlayışı değişim göstererek; piyasa mantığından, rekabet, serbestlik gibi piyasa araçlarından kamusal çıkarla bağdaştıracak şekilde kamusal hizmetlerin sunumunda yararlanmayı amaç edinmeye başlamıştır. Bu değişim "Sosyal Demokrasinin Modernizasyonu", "Üçüncü Yol", "Yeni Emek" gibi farklı şekillerde telaffuz edilmiştir. Öncelikle İngiltere Emek Partisi'nde

başlayan sosyal demokrasideki değişim, hızla farklı çevrelerin de dikkatini çekmeye başlamıştır. Özel sektörün etkin çalışan yapısı, tüketicinin serbest hareket edebilme ve tercih yapabilme özgürlüğü, inovasyon gibi unsurlar, sosyal demokrasiyi yeni sağ düşüncenin ekseninde fakat kamusal çıkarı da göz ardı etmeden şekillendirmiştir. Vatandaşın özgürce bilgiye erişebildiği, hizmetlerin sunumuna katılabilesinin öne çıktığı “yeni demokratik devlet” anlayışı, sosyal demokrasinin vurgu yaptığı devlet anlayışı olmuştur. Küreselleşmenin ve teknolojik gelişmelerin, devlet ve piyasa ilişkilerini kapsayan bu süreçte büyük etkisi vardır. Geleneksel devlet anlayışları ve yapıları eleştirilmeye ve yıkılmaya başlamıştır. Devletin oynadığı roller de değişmiştir. Bu bağlamda, ilk olarak, devlet kamusal çıkarı koruyacak şekilde piyasaları destekleyip genişleterek, güçlü bir ekonomi ve rekabet, erişim vb. konularda adaletli bir yapı kurulmaya başlamıştır. İkinci olarak, kamusal hizmetlerin etkin, eşitlikçi ve verimli şekilde sunumu için gerekli koşulları oluşturma gereği ortaya çıkmıştır. Son olarak, kamudaki yapıyı daha şeffaf, hesap verebilir ve adem-i merkezîyetçi hale getirmek için çalışmalar başlatılmıştır (Peters, 2004, s.621-625).

Son yıllarda, baskın bir bürokratik örgütlenmeye dayalı kalkınmacı, planlamacı, müdahaleci, otoriter, düzenleyici, üretim odaklı ve “vatandaşlar devlet içindir” ya da “devlet neyi üretirse vatandaş onu tüketmek zorundadır” gibi anlayışlardan uzak; liberal değerler ve düşünce yapısı üzerinde gelişen, esnek örgütlenmeye ve yerleşmeye eğilimli, bürokrasinin küçültülmesini, devletin işlevlerinin azaltılmasını ve vatandaş memnuniyetini maksimize etmeyi amaçlayan, verimlilik, etkinlik ve kalite ilkelerinin ön plana çıktığı, vatandaş odaklı bir devlet anlayışına geçilmektedir (Karataş, 2007, s.86). Böylece kamu kurumları daha az kaynakla, daha çok ve kaliteli, verimli, etkili hizmet üretmeye, vatandaş memnuniyetini arttırmaya ve vatandaş odaklı hizmet sunma amacını gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar.

Bütün bu gelişmelerin ışığında, günümüzde devletin içeriği değişmeye başlamış; emreden olmaktan çıkarak, vatandaşa hizmet eden bir yapı haline getirilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda, vatandaş da, kamu hizmetlerinin alıcısı olarak devletten belirli standartta hizmet isteme hakkına sahip olan ve bunu sorgulayan kişi konumuna gelmektedir. Artık devlet tek hakim aktör olmaktan çıkarak vatandaşlar, özel sektör, işçi

sendikaları, sivil toplum örgütleri, baskı grupları kamu politikalarının şekillendirilmesinde esas aktörler olarak yer almaya, kamu hizmetlerinin içeriği ve sunumunu değiştirmeye başlamışlardır. Devlet hizmet sunumunda tek aktör değil, birçok aktör arasında herhangi biri haline gelmektedir.

Vatandaşların daha fazla hak, daha fazla özgürlük ve daha kaliteli kamu hizmeti elde etme konusunda kamu yöneticileri üzerinde demokratik yollar ve kamuoyu aracılığıyla kurdukları baskılar kamunun, vatandaşların tercih ve beklentilerinin öncelik verildiği yeni bir yaklaşımla yönetilmesini zorunlu kılmıştır. Bunun yanında katı bürokratik yöntemlerle sunulan kamu hizmetlerinin, halkın çok büyük bir bölümünde memnuniyetsizliğe yol açması ve bu konudaki şikâyetlerin sürekli artması, özellikle batı ülkelerinde yürütülen reform uygulamalarında görülebileceği gibi kamu kuruluşlarının, hizmet sunumunda vatandaş odaklı yönetim kültürünü benimsemesini mecburi hale getirmiştir.

Sonuç olarak, 20. yüzyılın sonlarından itibaren devletin tanımı yeniden yapılmakta ve bu yeni tanımla daha demokratik ve daha katılımcı ve en önemlisi daha fazla vatandaş odaklı hizmet sunum anlayışı benimsenmektedir. Devletlerin gittikçe karmaşıklaşan, sayıca çoğalan ve dinamik hale gelen ekonomik ve toplumsal sorunları çözüme yetersiz kalması, yeterli kaynak ve kapasiteye sahip olmaması, ayrıca toplumun sorunlara daha duyarlı hale gelmesi ve katılıma ilişkin taleplerin artması (DPT, 2007, s.1) bu gelişmenin temel nedenlerini oluşturmaktadır. Bunun yanında, özellikle globalleşme ve bilgi ve enformasyon devrimleriyle birlikte ekonomiden siyasete ve kültüre kadar pek çok alanda görülen ağ etkisinin sonucu yaşanan sosyo-ekonomik paradigma dönüşümü de devletin işleyiş mekanizmalarını doğrudan etkilemektedir (Uçkan, 2003, s.3). Bütün bunların sonucunda artık kamusal hizmet anlayışında insan merkezli modeller geliştirilmeye çalışılmaktadır. Günümüzde devletlerin başarılı olması ve toplumsal refahı artırması, devletin dünyadaki toplumsal ve ekonomik değişimleri görmesi bunları hizmet sunumuna adapte etmesi, bu bağlamda daha esnek, daha etkin, daha hızlı, daha şeffaf, daha hesap verebilir ve daha kaliteli hizmet sunmasına ve en önemlisi de hizmette her aşamada vatandaş merkeze almasına bağlıdır. Dünyada giderek daha fazla devletin vatandaş taleplerini öne aldığı,

vatandaşlarıyla birlikte karar verdiği (yönetişim anlayışını benimseyen), onlara hesap verdiği ve hizmet sunumunda bazı özel sektör işleyiş tekniklerini benimsediği vatandaş odaklı bir yapılanma süreci içerisinde olduğu görülmektedir.

2.1.1.2. Neoliberalizmin Yükselişi

Sosyal devletin içine düştüğü kriz ve bu krizden çıkış yolları üretememesi, neoliberalizmin genel kabul görüleceği bir dönemi başlatmıştır. 1970'lerden günümüze kadar gelen süreçte neoliberal düşünceler, tüm ülkelerde bir şekilde egemen olmuş ve farklı uygulamalarla yürürlüğe konulmuştur. Sosyal devlet düşüncesine bir karşı duruş olarak ortaya çıkan neoliberalizm, klasik liberal düşüncelerin farklılaştırılarak ve geliştirilerek yeniden üretilmesi olarak düşünülebilir.

Neoliberalizmi, klasik liberalizmden farklılaşmasının temeli sermaye birikiminin ulaştığı aşamayla ilgilidir. Temel farklılık, piyasa ilişkilerinin toplumsal ilişkileri tanımlayacak ve anlamlandırarak ölçüde adeta bir egemenlik biçimine dönüşmesidir (Dikkaya ve Özyakışır, 2006, s.163). Bu nedenle, neoliberal düşünce bir yandan devleti ve dolayısıyla kamusal hizmetleri daraltmaya çalışırken, diğer yandan da kamu sektörünü de piyasa süreçlerine eklemlendirmeye ve kamu sektörünü piyasaya benzetmeye çalışır.

Neoliberalizmin bu temelde sosyal devlete ve devlet müdahalelerine yönelik olarak ciddi eleştirilerde bulunmaktadır. Bu eleştiriler kısaca şu başlıklar altında özetlenebilir: (Martinussen, 1997, s.34)

- i. Kamunun üstlendiği altyapı yatırımları etkinlikten uzaktır.
- ii. Özel sektör üzerindeki kontroller, kısa vadeli sorunlara maliyet yaratan çözümler önerirler. Bebek endüstrilerin kısa vadede korunmaları olumlu görülebilirse de bu endüstriler, ortalama dünya seviyesinin oldukça üzerindeki maliyetlerle, rekabetçi olmayan bir biçimde üretim yapmaya devam ettiklerinden, uzun dönemde yaratabilecekleri olumsuzluklar, kısa dönemdeki getirileri bertaraf edebilir.

- iii. Devletin üretime doğrudan katılımı, özel sektörün kapasite kullanımının düşük düzeyde kalmasına yol açar. Ayrıca, kamu maliyesinde açıkları arttırır.
- iv. Kamu sektörü, monolitik (tek parça) olmadığından dolayı, aynı kamusal çıkarı hedefleyen farklı politikalar arasında tutarsızlıklar görülebilir. Rant-kollamaya yönelik pragmatik siyaset anlayışıyla siyasetçilerin kendilerine, yakın çevrelerine ve destekleyicilerine ayrıcalıklar sağlamaları da güvenilirliği zedelemektedir.
- v. Büyüyen bürokrasi etkinlikten uzaklaşabilmekte, hatta yozlaşabilmektedir.

Görüldüğü üzere, neoliberaler sosyal devlete ve onun teorik temeli olarak Keynesyen ekonomiye ciddi eleştirilerde bulunmaktadır. Bu eleştirilerin sonucu olarak da sosyal devlet uygulamalarının son bulmasını, devletin küçültülmesini ve piyasa süreçlerinin toplumsal ilişkinin her aşamasında egemen kılınmasını önermektedirler. Elbette bunun sonucu olarak kamusal hizmetlerin daraltılarak özelleştirilmesini ve/veya piyasa süreçlerine dahil edilmesini önermektedirler. Peki, ama vatandaşların sosyal devlet döneminde eriştikleri refah düzeylerinde önemli katkısı olan kamusal hizmetlerin sunumu, daha da ötesinde küreselleşmeyle birlikte artan hizmet beklentileri nasıl karşılanacaktır?

Neoliberalerin istedikleri şey, sosyal devlet anlayışı içinde sağlanan ve kamusal mal olarak nitelenen mal ve hizmetlerin, serbest piyasa sistemi aracılığıyla veya bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılamak için kurdukları kooperatifler, kulüpler, sivil toplum kuruluşları, dayanışma kuruluşları gibi gönüllü örgütlenmeler yoluyla karşılanmasıdır. Bu tür kuruluşlar, üyelerinin ihtiyaçlarını karşılar, devletin sunduğu kamu hizmetlerinden sadece bu hizmetleri almak isteyen ve malın fiyatını ödeyebilecek olanlar faydalanacaktır. Ayrıca, farklı toplulukların sunduğu mal ve hizmetlerin bireyin seçim özgürlüğünü artıracığı, sunulan hizmet hakkında tam bilgiye sahip olunacağı, yerleşim ve seyahat özgürlüğünün gerçekleşeceği ve teknolojik imkanların da bu sayede gelişeceği kabul edilir (Gökçe ve Turan, 2008, s.194).

Bu kapsamda neoliberaler, bütün odağı “politikaları doğru belirleme”den, “fiyatları doğru belirleme”ye kaydırmışlardır. Bir yandan devlet küçültülürken, diğer yandan piyasalar yapılandırılmış ve genişletilmiştir. Devlet de piyasalara daha çabuk ve etkin yanıt veren bir biçimde yeniden yapılandırılmıştır. Bununla birlikte, devlete yüklenen anlam tamamen sıfırlanmamıştır. Nihayetinde, önceki dönemde devlet, özel sektörün sağlayamadığı girdileri üretmiştir. Özel sektör bu girdileri üretebilir duruma geldiğinde ise devletin çekilmesi gerekmiştir. Son çeyrek yüzyılda ise özel sektör için yine maliyetli olan diğer girdileri (bilgi üretimini, piyasalaşma için gerekli kurumsal altyapının kurulmasını v.s) kamunun karşılaması gerektiğinden, devlete biçilen roller dönüştürülmüştür (Zafir, 2009, s.73).

Neoliberal bakış çerçevesinde vatandaşın konumuna da açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Buna göre vatandaş, bireysel bir tüketici ya da kamu hizmetlerinin saygın müşterisi olup, bu sıfatla devletten belli standartta hizmet talep etme hakkına sahip bir kişidir. Bu bir anlamda devletin rolü ile halkın bakış açısının da değişmesi demektir. Halk, artık hizmet isterken bu hizmetin maliyetini de düşünmek durumunda kalmalıdır. Böylece, vatandaşın devlet faaliyetlerine karşı eskisinden daha çok duyarlı olması amaçlanır (Köse, 2003, s.20).

2.1.2. Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim

Kamu hizmetlerindeki dönüşümün nedenlerin bir diğeri, kamu yönetimi anlayışında yaşanan değişimdir. Bu bağlamda ortaya çıkan iki yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar “Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı” ve “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”dır. Bu yaklaşımların neyi ifade ettiği aşağıda sırasıyla incelenmiştir.

2.1.2.1. Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı

1980’li ve 1990’lı yıllarda, temelde geleneksel kamu yönetim anlayışının etkisiz ve sorun üreten yapısına ilişkin tartışmalar, devletin küçültülerek kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Yeni Kamu Yönetimi (YKY) Yaklaşımı da bu ihtiyaçtan doğmuştur. Böylece, katı, hiyerarşik ve bürokratik kamu yönetimi, esnek, piyasa tabanlı bir yapıya dönüştürülmeye, özel sektör yönetim stratejileri kamu yönetim anlayışına uyarlanmaya çalışılmıştır.

YKY, “İşletmecilik”, “Yeni Kamu İşletmeciliği”, “Piyasa Temelli Kamu Yönetimi”, “Girişimci Yönetim” ya da “Bürokratik Örgütlenme Sonrası” gibi adlarla da anılmaktadır (Lynn, 1998a, s.109). Ancak yaygın olarak kullanılan terim Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı’dır.

Daha önce de bahsedildiği üzere, 1970’lerde durgunluğa bağlı olarak yaşanan ekonomik kriz, Keynesyen ekonomi yönetimi ve refah devletine olan inancı zayıflatmış, kamu sektörü üzerinde yeniden düşünmeyi zorunlu kılmıştır. Bu gelişmelerin önemli nedenlerinden biri olan kamu yönetiminin hantal, bürokratik, zorlayıcı idari yapısının etkin ve verimli hale getirilmesi konusu, bu dönemden sonra yoğun olarak tartışılmaya başlamıştır. İşte, bu gelişmeler sonucunda ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkede, kamu yönetiminin olabildiğince - piyasa mekanizmasına dayandırılarak - dönüştürülmesi amaçlanmıştır. Örneğin, ABD’de Reagan ve Bush yönetimleri kamu yönetimini olabildiğince piyasaya benzetmeye çalışmış; kamuda etkinlik ve değişime duyarlılık gibi iki amacın ancak rekabetçi piyasa şartlarına benzer uygulamalarla gerçekleştirebileceğini iddia etmişlerdir (Zhiyong ve Rosenbloom, 1992, s.535).

Bunun yanında ABD’deki Watergate skandalı gibi politik krizler, yine ABD’de görülen yurttaş hakları hareketi ile hızla yükselen neoliberal düşünce de kamudaki dönüşümü tetikleyen ve YKY hareketini ortaya çıkaran gelişmelerdir. Pollitt, Hood, Hogget, Osborne ve Gaebler gibi düşünürlerin icat ettiği YKY teriminin teorik arka planı, bu gelişmelerden etkilenerek hantal kamu sektörüne yönelik eleştiriler üzerine kurulmuştur (Lane, 2000). Bu bağlamda, birçok batılı devlet, yönetim anlayış ve süreçlerini yeniden yapılandırmaya başlamışlardır. YKY yaklaşımı ve getirdiği değerler (piyasacılık, özelleştirme vb.) birçok ülkenin resmi politikası olmuştur (Ömürgönülşen, 1997, s.530). Bu yönetim anlayışı sadece ABD, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmamış, Hindistan, Jamaika, Tayland ve diğer birçok gelişmekte olan ülkede de uygulama alanı bulmuştur (Yamamoto, 2003, s.2).

Christopher Hood’a göre YKY farklı iki düşünce akımının evliliğinden doğmuştur. Bu düşünce akımının bir ortağını, Kamu Tercih Teorisi, Asil-Vekil Teorisi

ve politikayı bir piyasa fenomeni olarak kabul eden İşlem – Maliyet teorisi üzerine inşa edilen Yeni Kurumsal Ekonomi (New Institutional Economics) oluştururken; diğer ortağını, kamu sektöründeki reformların özel sektörden kaynaklandığını iddia eden İşletmecilik Yaklaşımı (Managerialism) oluşturmaktadır (Hood, 1991, s.5-6). Bu akımlardan birincisi rekabete ve kullanıcı tercihlerine, açıklığa, şeffaflığa ve motivasyona vurgu yapmaktadır (Dunsire, 1995, s.29). Diğer yaklaşım ise profesyonel yönetime, teknik uzmanlığa, yetki devrine, daha iyi örgütsel performans sağlanmasına ve örgütsel çıktılarının aktif ölçümüne dayanmaktadır (Hood, 1991, s.5-6). Aucoin de YKY ifadesini kullanmamakla beraber, kamu yönetimine ilişkin reformların iki temel paradigmaya dayandığı; bu paradigmalardan da kamu tercihi ve işletme yaklaşımı olduğunu ifade etmiştir (Aucoin, 1990, s.115-116). Bunlar da göstermektedir ki, geleneksel kamu yönetimi düşüncesi, bürokrasi teorisi ve siyaset/yönetim ayrımı görüşlerinden doğrudan etkilenmişken; YKY kurumsal ekonomi ve yönetim teorilerinden etkilenmiştir.

YKY geniş kapsamlı bir anlama sahiptir. YKY yaklaşımı, klasik kamu yönetimi ile özel sektör yönetim anlayışı arasında bir yerde bulunmakta; özel sektördeki yönetim yaklaşımlarının ve piyasa ilkelerinin kamu sektöründe uygulanmasını, devletin işletme gibi yönetilmesini ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle, hiyerarşik yapıdaki bürokrasi (Weberyan bürokrasi) yerine piyasalara öncelik vermek, müşteri odaklı çalışmak, sorumluluk almak, süreçlerden çok sonuçlara odaklanmak, kamu yönetiminden çok işletme yönetimi üzerinde durmak, ekonomiklik, etkinlik ve verimlilik anlayışıyla işleri yürütmek kamu sektörü için yeni değerler olmuştur (Ömürgönülşen, 1997, s.531). Bunun yanında, standartların ve performans ölçümlerinin açık bir şekilde belirlenerek performans değerlendirmelerini yapma, yapılan işlerden sorumlu tutma, toplam kalite yönetimi, sürekli iyileştirme ve kamu görevlilerinin işletme yöneticileri şeklinde hareket etmeleri gibi ilkeler de kamu yönetimine uygulanmaya çalışılan diğer işletme yönetimi ilkeleri olmaya başlamıştır (Aucoin, 1990, s.118).

YKY anlayışıyla beraber resmi süreç ve kurallara göre hareket etmek olarak tanımlanan “idare” (administration) kavramının yerini, sonuçların başarılması için

hedeflerin ve önceliklerin belirlenmesi, uygulanması; planların yapılması, insan kaynaklarının etkin kullanılması, performans değerlendirmesi ve yapılan işlerden sorumluluk alınması gerektiğine vurgu yapan “yönetim” (management) kavramı almıştır (Özer, M. A., 2005, s.5). İşlerin sadece yasalara uygun yapılması önemini kaybetmiştir. Bu, zaten olması gerekendir. Artık, kamu kurum ve kuruluşlarının hizmetleri orta ve uzun vadeli bir plan dahilinde ve etkinlik, verimlilik ve kalite gibi amaçları kapsayan hedeflere göre sunması daha önem kazanmaya başlamıştır. Dolayısıyla YKY'nin esas amacının; devleti, onu temel fonksiyonlarına çekerek etkinliğini arttırmak ve daha çok bir işletme gibi yönetmek olduğu anlaşılmaktadır.

Hood ve Pollitt gibi yazarlarca YKY yaklaşımının taşıdığı temel özellikler ortaya konulmaya çalışılmıştır. YKY'nin fikir babalarından biri olan Hood'a göre YKY'nin taşınması gereken temel ilkeler şöyle olmalıdır (Hood, 1991, s.4-5; Hood, 1995, s.95-97):

- i. *Kamu Sektöründe Aktif Profesyonel Yönetim*: Hizmetlerde etkinlik, verimlilik ve ivedilik için aktif, şeffaf ve inisiyatif kullanabilen bir kamu yönetimi esas olmalıdır. Hantal bürokratik yapıdan uzaklaşarak kamu kurumları vizyon sahibi profesyonel yöneticilere teslim edilmelidir. Bu dönüşümde yöneticilerin eylemleri konusunda hesap verme sorumluluğu da yerleştirilmelidir. Kamu yöneticilerinin sadece siyasi iktidara değil, halka da hesap vermeli, yaptıkları işlerin sonucundan da sorumlu olmalıdırlar.
- ii. *Performans Standartları ve Ölçümleri*: Kamusal hizmet sunumunu daha profesyonel bir yapıya getirmek için amaçlar, hedefler, başarı göstergeleri açıkça tanımlanmalıdır. Girdi-çıkıtı analizi yapılarak kamu çalışanlarının başarıları değerlendirilmeli ve performansları ortaya konulmalıdır.
- iii. *Çıkıtı (Sonuç) Odaklılık*: Katı bürokratik yönetimlere dayanan ve girdilerin esas alındığı merkezileşmiş yapılardan, çıktıların öncelikli olduğu yapılara geçilmelidir. Yani prosedürlerden çok, sonuçlara/çıkıtlara odaklanan bir yönetim anlayışı benimsenmelidir. Bunun için hesap verilebilirlik ve şeffaflık da güçlendirilmeli, performansla bağlantılı ödüllendirme sistemi kurulmalıdır.

- iv. *Kamu Sektörünün Optimum Büyüklükte Birimlere Bölünmesi*: Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, kamunun optimum düzeyde ve etkin bir şekilde yönetilebilecek birimlere ayrılması gerektiğini ifade etmektedir. Yani tek merkezden yönetimden uzaklaşarak yerleşmeye (gerektiğinde özelleştirmeye) doğru geçiş sağlanmalıdır. Bu durum, verimliliği artırma, etkin hizmet sunumu sağlama ve karar alma mekanizması esnek ve hızlı hale getirmek için gereklidir. Böylece koordinasyon kolay sağlanır ve kırtasiyecilik azaltılabilir. Birimlere ayrılmanın bir faydası da, birimlerden birinde meydana gelecek bir sorunun bütün sistemi etkilemesi önlenmiş olur.
- v. *Rekabeti Sağlama*: Kamu kurumlarının hem diğer kamu kurumlarıyla hem de özel sektörle rekabet etmesi sağlanmalıdır. Böylece kaynakların etkisiz ve verimsiz olarak kullanılması önenebilecektir. Ayrıca vatandaşların tercih ve beklentileri de daha iyi karşılanabilecek, vatandaşlar da söz sahibi olabilecektir. Bu bağlamda, maliyetleri azaltma ve hizmet standartlarını iyileştirme adına, imtiyaz verme ve ihale etme gibi yollara başvurulmalıdır.
- vi. *Özel Sektör Yönetim Tekniklerinin Kullanılması*: Sözleşmeli işçi istihdam etme, kullanıcılara ödetme, performans ölçümleri, rekabet gibi özel sektör yönetim araçları kullanılmalıdır.
- vii. *Kaynak Kullanımında Disiplin ve Tutumluluk*: Kaynaklar optimum ve belirlenen amaçlar doğrultusunda kullanılmalıdır. Az kaynakla çok iş yapmak için giderleri azaltılmalı, istihdam konusu kontrol altına alınmalı ve maliyetler disipline edilmelidir.

Osborne ve Gaebler ise devletin piyasa odaklı bir anlayışla yeniden yapılandırılması çerçevesinde yeni kamu yönetiminin taşıması gereken özellikleri şu şekilde sıralamaktadırlar (Osborne ve Gaebler 1992, s.19):

- i. Kamu yönetimi kürek çeken yerine dümen tutan anlayışla yönetilmelidir (yani hizmet sunumuna doğrudan dahil olmak yerine daha çok satın alma, politika uygulamalarını denetleme olmalıdır).

- ii. Kamu hizmeti sunan birimler arasında rekabet teşvik edilmeli, bu rekabet hem kamu kurumları arasında hem de kamuyla diğer aktörler arasında sağlanmalıdır.
- iii. Karar ve kontrol süreçleri bürokrasiden topluma doğru kaydırılarak vatandaşlar güçlendirilmelidir.
- iv. Kural ve düzenlemeler değil, misyonlar ve amaçlar önemli olmalıdır.
- v. Girdilerden çok çıktılara odaklanılarak kurumlarının performansları değerlendirilmelidir.
- vi. Bürokrasiden uzaklaşarak vatandaşlara yaklaşılmalı, bu bağlamda vatandaşlar müşteri/tüketici olarak tanımlamalı ve onların beklentilerini ve tercihlerini dikkate alarak alternatifler sunmalıdır.
- vii. Problemler ortaya çıkmadan önce, bu problemlerin önlenmesine yönelik politika izlemelidir.
- viii. Para harcamaya değil, aynı zamanda para kazanmaya yönelmelidir.
- ix. Hiyerarşik bir yönetim anlayışından uzaklaşılarak yetkiler desantralize edilmeli ve katılımcı bir yönetim anlayışı benimsenmelidir.
- x. Pazar mekanizmasını bürokratik mekanizmaya tercih edilmeli; sadece kamu hizmetlerinin üretilmesi değil, aynı zamanda toplumun sorunlarını çözmek için kamu sektörü, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar arasında katalizör rolünü üstelenmelidir.

Görüldüğü üzere her iki yazarın birçok noktada birbiriyle örtüştüğü görülmektedir. Bu yazarlar dışında başkaları tarafından da YKY'nin neyi ifade ettiği, niteliklerinin neler olduğu araştırılmıştır. Bunların her birine değinmek yerine, ortak noktalardan hareketle YKY'nin taşıması gereken temel ilkeler şu şekilde özetlenebilir (Larbi, 1999, s.14-15; Gruening, 2001, s.2; Hood, 1991, s.4-5; Hood, 1995, s.95-97; Kettl, 2000a, s.1-3; Osborne ve Gaebler, 1992, s.19; Weikart, 2001, s.359-382'den yararlanılarak derlenmiştir):

- i. Adem-i merkeziyetçi bir yapı, diğer bir ifadeyle yerelleştirmenin sağlanması,
- ii. Girdilerden çok çıktılara (sonuç) odaklanma,
- iii. Vatandaşın müşteri olarak görüldüğü müşteri odaklı anlayışın benimseme,
- iv. İhale etme ve özelleştirmeye başvurma,
- v. Vatandaş katılımını ve üçüncü sektörü (kar amaçsız sektörün) güçlendirme,
- vi. Özel sektör tekniklerinin kullanma, yani hizmet sunum yapısını piyasaya benzetme,
- vii. Kamu kurumları arasında ve kamu kurumlarıyla diğer piyasa aktörleri arasında rekabeti teşvik etme,
- viii. Devletin kürek çeken değil dümen tutan olması, politikaları planlayıp hayata geçirilmesini sağlama,
- ix. Performans yönetimi ve denetimini kullanma,
- x. Kaynak kullanımında etkinliği, ekonomikliği ve disiplini sağlamadır.

Geleneksel kamu yönetiminde; hiyerarşik bir düzen, gücün üst düzey görevlilerde toplanması, sıkı kural ve düzenlemelere dayalı biçimsel yapılar, yeniliğe ve değişime sınırlı açıklık esastır. Yine, bu yönetim anlayışında yönetim daha çok dışa kapalı bir nitelik taşımakta, vatandaşların beklenti veya duygularını kamu yönetimine yansıtmalarına yeterince izin verilmemektedir. Yönetim mekanizmasının kamu yararı güdüsüyle vatandaşlar için en rasyonel kararları alarak uygulayacağı öngörülmektedir. Yönetimin karar ve uygulamaları yönetimden halka doğru tek yönlü bir yol izlemektedir (Ateşoğlu ve Özkan, 2010, s.55). YKY'nde ise kamu hizmetlerin planlanması ve sunumunda vatandaşların rolü önemlidir. Vatandaşlar birer müşteri olarak görülerek, yönetimde söz almalarına, istek ve şikayetlerini belirtebilmelerine önem verilmektedir. Diğer bir ifadeyle, müşteri odaklı kamu hizmetlerinden oluşan yapı en ideal sistem olarak görülmekte; kamu hizmetlerinin müşterileri olarak görülen vatandaşların beklediği verimlilikte, etkin yapılarla ve becerikli yöneticilerce sunulması, kamu yönetiminde yeni bir trend olarak ortaya çıkmaktadır (Özer, M. A., 2005, s.3-4).

YKY taşıdığı niteliklerden dolayı pek çok noktada da eleştirilmektedir. YKY'ne getirilebilecek ilk eleştiri kamu hizmeti kullananların tüketici/müşteri olarak görülmesidir. Kamu hizmetini kullananlar müşteri olarak kabul edildiğinden dolayı işlem sürecinde eşitsizlik ortaya çıkmaktadır (Hughes, 1998, s.12). Bunun yanında, YKY anlayışı en yoğun eleştirilere yeni sağ düşüncesi ile ilişkili olduğu için maruz kalmaktadır. YKY Yaklaşımının, kamu yönetimindeki güç, sorumluluk ve kontrol ilişkilerini değiştiren ideolojik bir süreç olduğu ileri sürülmektedir. Özel sektör yaklaşımı ve piyasa mekanizmalarının olduğu gibi kamu sektörüne aktarılması olumsuz sonuçlar doğurabilecektir. Piyasa mekanizması tam rekabet şartlarında olduğu gibi kamu sektöründe aynı ölçüde fonksiyonel olmayabilir. Örneğin, bir malın piyasada üretim maliyeti bir işletme için daha düşükse ve eğer bu malı iki işletme üretmekteyse, bunlardan sadece birisi hayatta kalabilecektir. Bu işletmelere müdahale edilmediği takdirde mal, kârı artıran fiyattan satılacaktır. Böyle durumların önüne geçmek için kamu işletmeleri kurulmakta, tekel durumlarında kamu işletmeleri özel işletmelerden daha kolay yönetilebilmektedirler. Bu tür durumlarda doğal olarak özelleştirme mantıklı görülmemektedir (Eren, V.. 2001, s.212). Fakat YKY anlayışıyla, kamu işletmelerinden çok özelleştirme ve özel işletmeler önem kazanmaktadır. Devletin ekonomideki rolünün azaltılması bu anlayışın temel niteliğini ifade etmektedir.

Schick, YKY'ni kamu sektörünün sorumluluklarını daralttığı ve toplumsal değer ve yararları zayıflattığı gerekçesiyle eleştirmiş; kamusal hizmetlere dair değerlere bağlılığın gittikçe azaldığını ifade etmiştir (Schick, 1996, s.25-26). Diğer bir ifadeyle YKY yaklaşımı demokratik değerlerle bağdaşmadığı noktasında eleştirmektedir. Bunun yanında, YKY düşüncesinin ortaya koyduğu birçok tanımda eksiklikler bulunduğu iddia edilmektedir. Performans ölçümü, program bütçeleme gibi birçok teknik öngörülmekte, ancak bunların tanımı çoğunlukla müphem kalmaktadır (Hughes, 1998, s.77).

Bütün bu eleştirilere rağmen OECD, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kuruluşlar YKY yaklaşımının ateşli savunucuları olmuşlardır. Bürokrasinin değil müşterilerin öne çıkması, katılım ve takım çalışmalarına dönük çalışılarak hiyerarşiden uzaklaşılması, piyasa benzeri işleyen bir kamu yönetim anlayışının küresel düzlemde benimsenmesi konusunda girişimlerde bulunmuşlardır.

YKY uygulamalarından beklentiler fazla olmakla beraber, beklenen olumlu sonuçlara her zaman yeterince ulaşılamamaktadır. Uygulamalardan bazen çok olumlu sonuçlar alınırken; bazen de oldukça yetersiz kalınmaktadır. Örneğin Yeni Zelanda gibi bazı ülkelerde YKY çok başarılı uygulanırken; ABD’de istenen sonuçlar tam alınamamıştır (Kettl, 2000b, s.8).

2.1.2.2. Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı

İkinci Dünya Savaşı zamanı ve sonrası dönemde, kamu hizmetlerinin sunumunda “herkese uyan tek ölçü (beden)” modeli esastı. Kamusal hizmetler, adaletli bir refah toplumu yaratma amacı çerçevesinde, güçlü merkezi kurumlar tarafından sunulmaktaydı. Fakat bu anlayış, küreselleşmeyle beraber değişmeye başladı. Herkes için fırsat ve eşitlik gibi değerlerin korunması şartıyla, bugün kamusal hizmetlere olan talepler ve eleştiriler savaş sonrası yıllardan oldukça farklılaşmıştır. Savaş sonrası dönemde, devlet herkese eşit davranma anlayışıyla kişilerin farklı ihtiyaçlarını ve beklentilerini gözden kaçırmıştır. Günümüzde ise yükselen hayat standartları, daha çeşitli ve farklı toplumlar, kişiler için kamusal hizmetlere yönelik daha çok tercih yapma, cevap verebilirlik, erişebilirlik ve esneklik beklentilerini arttırmıştır (Clarke, 2009, s.38). Bunun yanında, kompleks düzenlemeler, karmaşık formlar, bilgi yetersizliği, performans standartlarının olmayışı, hesap verilebilirliğin yokluğu, yolsuzluk ve güvensizlik gibi konular da kamu hizmetlerinin kullanıcılarında hizmetlerden memnuniyetsizlik yaratmıştır (Raichaudhuri ve Jain, 2007, s.275). Bu bağlamda, kamusal hizmetlerin içeriği, türleri ve sunumunda farklılaşma ihtiyacı belirlemiştir. Kamusal hizmetlerin ve kamu yönetiminin yeniden şekillendirilmesi fikri bu gelişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaya başlamıştır. Buna bir de sivil toplum kültürünün gittikçe güçlenmesi eklenince, kamu hizmetlerindeki dönüşüm kaçınılmaz olmuştur.

Günümüzde postmodernizmin etkisinin gittikçe artması da yeni kamu hizmeti anlayışının ortaya çıkışında etkili olmuştur. Postmodern çağda ve toplumda, kamu yönetimi tüm partilerle, vatandaşlarla ve yöneticilerle açık diyalog içinde olan, demokratik, insan haklarına saygılı, temel işlevlerini yerine getirirken meşru hareket

eden, fazla merkeziyetçilikten uzaklaşmış, olabildiğince yerelleşmiştir (Genç, N., 2010, s.152).

Bütün bu gelişmelerin ışığında, özellikle bazı çevrelerce “Yeni Kamu Hizmeti (YKH)” anlayışı öne çıkarılmaya başlamıştır. Yukarıda belirttiğimiz YKY anlayışına yönelik eleştirilere bağlı olarak, Denhardt’lar tarafından geliştirilmiş bu kavram, demokratik katılımı ve vatandaşlığı kamu hizmetinin özü olarak görmektedir. Denhardt ve Denhardt, *The New Public Service: Serving Rather than Steering* adlı kitapları ve aynı isimli makalelerinde YKH kavramını ayrıntılı olarak incelemiş; kamu hizmetini, demokratik yönetimi ve sivil katılımı merkeze alan bir kamu yönetim anlayışı olarak tanımlamışlardır (Denhardt ve Denhardt, 2003, s.9). YKH’ne ilişkin ilkeleri ise şu şekilde ifade etmişlerdir (Denhardt ve Denhardt, 2000, s.553-556):

- i. *Dümen Tutan Olmaktan Ziyade Hizmet Eden Olma:* Geleneksel kamu yönetiminde kürek çeken, YKY’de ise dümen tutan anlayış öne çıkmaktadır. YKH’de ise bir devlet memuru, vatandaşı sıkı bir şekilde kontrol etmek ve yönlendirmek yerine onlara yardımcı olarak, ihtiyaçlarını bir araya toplamak, ortak çıkarların paylaşılmasını ve korunmasını sağlamıştır. Günümüzde birçok kamu politikası çeşitli gruplarla etkileşim içinde bulunarak kararlaştırılmaya ve ortaya çıkan sorunlar çözülmeye başlamıştır. Hükümet de kamusal kararlarda rol alan aktörlerden biridir.
- ii. *Kamusal Çıkar Amaçtır, Üretim Yapmak Değil:* Kamu yöneticileri, toplumu kapsayan ve toplumca paylaşılan bir unsur olan kamusal çıkarın oluşturulması ve gelişmesine katkıda bulunmalıdır. Amaç, bireysel tercihler tarafından yönlendirilen çözümlerin bulunmasından ziyade, ortak çıkarların yaratılması ve sorumlulukların paylaşılmasıdır. Bu bağlamda, devlet kamusal sorunlara çözüm bulmalı fakat bu çözümler kamusal çıkarla uyumlu olmalıdır. Kamusal çıkarın oluşturulması sürecine politikacılar, yöneticiler ve vatandaşlar dahil edilmelidir. YKY anlayışında olduğu gibi sırf serbest piyasa tarafından gerçekleştirileceği öngörülmemelidir. Kısacası, kamu görevlileri vatandaşların düşüncelerini paylaşabilecekleri,

birbirlerinin taleplerini anlayabilecekleri ve daha geniş bir ölçekte kamu yararı düşüncesini geliştirebilecekleri bir alan oluşturmalarıdır.

- iii. *Stratejik Düşünmek, Demokratik Davranmak*: Kamusal politikaların oluşturulmasında, ne geleneksel kamu yönetiminde olduğu gibi hiyerarşik bir anlayış ne de YKY anlayışındaki özel sektör ve faydacı yaklaşım benimsenmelidir. Kamusal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik politika ve programlar, vatandaşlar sürece dahil edilerek, işbirliği ve yönetim yaklaşımı içinde daha etkin ve duyarlı bir şekilde oluşturulup uygulanmalıdır. Bu sayede, vatandaşın ihtiyaçları daha demokratik ve sorumlu şekilde karşılanmış olur. Bunun için vatandaş yetkilendiren, cesaretlendiren, sorumluluk veren bir liderlik anlayışına ihtiyaç vardır.
- iv. *Hizmet Müşterilere Değil, Vatandaşlaradır*: Kamusal çıkar, bireysel çıkarların toplamından ziyade paylaşılan değerlere ilişkin diyalogdan ortaya çıkar. Bundan dolayı, kamu görevlileri sadece vatandaş taleplerine cevap vermekle kalmaz; bunun yanında vatandaşlarla işbirliği ve güven ilişkilerini de geliştirmeye çalışır. YKH'nde vatandaş vurgusu önemlidir. Vatandaş, ne geleneksel kamu yönetimi anlayışının önerdiği gibi bağımlı bireydir ne de YKY anlayışının önerdiği gibi sadece kendi çıkarı doğrultusunda hareket eden müşteridir. Vatandaş, hak ve yükümlülükleri olan, siyasal sisteme etki etme gücüne sahip bireydir. Devlet ve vatandaşlar arasındaki ilişkiyle, şirketle müşterisi/tüketicisi arasındaki ilişki aynı değildir. Devlet sadece müşterilere hizmet verirse o zaman parası olan daha çok ve nitelikli hizmet alabilirken olmayan alamayacak; bu durum da kamusal hizmet sunumunda eşitlik ve adalet anlayışıyla bağdaşmayacaktır. Devlet kamusal hizmeti talep eden, ihtiyacı olup maddi gücü olmayan ve gelecek nesil hizmet alıcıları gibi herkese hizmet sunar. Hatta talep edilmese de hizmet sunar.
- v. *Hesap Verme Sorumluluğu Basit Bir Olgu Değildir*: Devlet memuru, özel sektördeki görevlilerden daha dikkatli olmalı; vatandaş çıkarlarına, politik kurallara, profesyonel standartlara, toplumsal değerlere, anayasaya ve yasalara uygun davranmalıdır. Bunu yaparken kamu görevlileri geniş

tabanlı vatandaş katılımıyla ve diyalogla vatandaş taleplerini karşılamaya ve sorunları çözmeye çalışmalıdır. Böylece müzakere süreci oluşturulabilir, aktif vatandaşlık ve hesap verebilirlik güçlendirilebilir.

- vi. *Sadece Üretime Değil, İnsana Değer Verilmelidir:* Herkese saygı temelinde, kamu kuruluşları ve diğer organizasyonlar paylaşılan liderlik ve işbirliği sürecini hayata geçirirlerse, uzun dönemde daha başarılı olurlar. Kısacası, YKH kavramı, “insanlarla beraber yönet” anlayışına önem vermektedir. Eğer toplumsal değerler ve çıkarlar yeterince göz önüne alınmazsa, üretimin iyileştirilmesi, sürecin yeniden yapılandırılması ve performans ölçümü uzun dönemde başarısız olacaktır. Bu yüzden kamusal hizmet sunumunda sorumlu, vatandaşı düşünen ve sürece dahil eden bir anlayış benimsenmelidir. Yani ne geleneksel kamu yönetiminde olduğu gibi hiyerarşik ve sıkı kontrole dayanan bir yapı, ne de YKY’nde olduğu gibi bireysel çıkarları tatmin etmek önceliklidir.
- vii. *Vatandaşlık ve Kamusal Hizmet Girişimcilikten Daha Değerlidir:* Kamusal çıkar, devletin parası kendilerininmiş gibi düşünen girişimci ruhlu yöneticilerden ziyade, topluma anlamlı katkılar sunmayı hedefleyen kamu görevlileri ve vatandaşlar tarafından daha iyi geliştirilir. YKH yaklaşımına göre; kamu yöneticileri sadece gücü paylaşıp insanlarla beraber çalışmamalı, aynı zamanda yönetişim süreci içinde girişimci değil, birer sorumlu paydaş olduklarını unutmamalıdır. YKH’nde kamu yöneticilerinin kurumlarının, programlarının ve kamu kaynaklarının sahipleri olmadığı açıkça kabul edilmektedir. Devlet, vatandaşların sahip olduğu bir kurumdur.

YKH, YKY ve geleneksel kamu yönetimi anlayışlarından birçok noktada ayrılmaktadır. YKY, özelleştirme, performans ölçümü, müşteri hizmetleri üzerinde odaklanırken, YKH’nde demokrasi ve haklar özellikle vurgulanmaktadır (Denhardt ve Denhardt, 2001, s.393). YKH’nde, özellikle YKY’nden farklı olarak müşteri-vatandaş ayrımı önemlidir. Bu yaklaşıma göre, vatandaş devlet hizmetlerinin müşterisi olarak

görmek doğru değildir. Çünkü vatandaşların öncelikli talepleri birbirlerinden farklı ve çatışma halinde olabilir (Genç, N., 2010, s.151-152) .

Bu bağlamda, demokratik vatandaşlık, topluluk, sivil toplum, örgütsel hümanizm ve postmodernizmin temel hazırladığı (Vandenabeele ve Hondeghem, 2007, s.1327-1328) YKH'i, YKY ve geleneksel kamu yönetiminden ayrılmaktadır. YKH'nin bu iki yönetim modelinden farkları Tablo 1.1'de karşılaştırılmalı olarak gösterilmiştir.

Tablo 1.1.
Eski Kamu Yönetimi, Yani Kamu Yönetimi ve Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımlarının Karşılaştırılması

	Geleneksel Kamu Yönetimi	Yeni Kamu Yönetimi	Yeni Kamu Hizmeti
<i>Teorik ve epistemolojik temeller</i>	Politik teori, sosyal bilimler tarafından yapılan sosyal ve politik yorumlar	Ekonomik teori, pozitivist sosyal bilime dayanan daha sofistike diyalog	Demokratik teori, pozitif, yorumsal ve eleştirel yönlü çeşitli yaklaşımlar.
<i>İnsan davranışlarına egemen olan mantık ve buna dair modeller</i>	“yönetilen insan”	Teknik ve ekonomik rasyonalite, “ekonomik insan” ya da kendi çıkarının peşinde koşan karar verici	Stratejik veya biçimsel rasyonalite, rasyonalitenin farklı açılardan testi (ekonomik, politik ve kurumsal)
<i>Kamu yararı kavramı</i>	Kamu yararı kavramı politik olarak tanımlanmış ve yasalarda belirtilmiştir.	Kamu yararı kavramı bireysel çıkarların bütününü ifade etmektedir	Kamu yararı kavramı ortak değerlere ilişkin uzlaşının sonucudur.
<i>Kamu hizmeti sunanların sorumluluğu</i>	Müşteriler ve seçmenler	Tüketiciler	Vatandaşlar
<i>Yönetimin rolü</i>	Kürek çeken (politik olarak tanımlanmış tek bir amaca odaklı politikaları tasarlamak ve uygulamak)	Dümen tutan (piyasa güçlerini serbest bırakmada katalizör görevi görmek)	Hizmet eden (topluluk veya gruplar arasında çıkar çatışmalarına aracılık etmek)
<i>Politik amaçları gerçekleştirecek mekanizmalar</i>	Mevcut kamu kurumları aracılığıyla programların idaresi sağlanır.	Özel ve kar amaçsız kuruluşlarla girişimci, teşvik edici yapılanma oluşturulur.	Karşılıklı olarak mutabakata varılan ihtiyaçları karşılamak için kamu, kar amaçsız sektör ve özel sektör arasında bir koalisyon oluşturulur.
<i>Hesap verme yaklaşımı</i>	<u>Hiyerarşik</u> – yöneticiler demokratik şekilde seçilmiş politik liderlere karşı sorumludur.	<u>Piyasa yönlü</u> – geniş bir tüketici kitlesi tarafından arzulanan çıktılar kişiler çıkarların bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkar.	<u>Çok yönlü</u> – kamu görevlileri hukuka, toplumsal değerlere, politik normlara, profesyonel standartlara ve vatandaşların çıkarlarına uygun hareket etmelidir.
<i>Yönetimsel takdir</i>	Sınırlı takdir esastır, o da yönetici olanlara.	Girişimci amaçlar için geniş takdir esastır.	Takdir gereklidir fakat sınırlı ve hesap verilebilir yapıda.
<i>Öngörülen örgüt yapısı</i>	Bürokratik örgütlenme hiyerarşik/yukarıdan aşağı yetkilendirici şekildedir.	Ön kontrolün kurum içerisinde esas olduğu adem-i merkeziyetçi bir kurumsal örgütlenme esastır.	Liderliğin içsel ve dışsal olarak paylaşıldığı katılımcı bir yapılanma esastır.
<i>Kamu görevlisi ve yöneticilerinin öngörülen motivasyon temelleri</i>	Ödeme ve yardımlar, koruyucu yapıdaki kamusal hizmetler	Kamuyu küçültmeyi amaçlayan girişimci ruh ve idealler.	Kamusal hizmetler ve topluma katkı sağlama arzusu.

Kaynak: Denhardt ve Denhardt, 2007, s.28-29.

Özetle, demokratik vatandaşlık ve sivil toplum gibi kavramları temelinde vatandaşı merkeze yerleştiren bu yaklaşım, vatandaşa hizmet etmenin yanında kamu yararının bir ürün değil bir amaç olması, müşteriye değil vatandaşa hizmet edilmesi, sadece verimliliğe değil aynı zamanda vatandaşa da önem verilmesi gerektiğini ileri sürmüştür (Genç, N., 2010, s.145).

Leadbeate (2004, s.61-66), YKH anlayışının kişiselleştirilmiş yapıda olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu bağlamda hizmeti sunanlar, finanse edenler ve kullananlar arasında diyalogun kurulması, tüm kesimlere karşı hesap verebilirliğin sağlanması, kullanıcının ihtiyaçlarına göre sunum yöntemlerinin farklılaştırılması, vatandaşların hizmetin üretilip sunumuna ortak olması, hem hizmeti kullananın faydasının hem de sosyal faydanın artırılması gibi niteliklere özel bir vurgu yapmıştır. Bu nitelikleri bu tür hizmet anlayışının sahip olması gereken nitelikler olarak ifade etmiştir.

Benington ve Hartley de YKH yaklaşımına benzer bir yaklaşımdan bahsetmişlerdir. İçerik olarak neredeyse YKH anlayışıyla aynı olan bu yaklaşım, geleneksel kamu yönetimi ve YKY'yle de bu bağlamda ayrılmaktadır. “Bağımlı Yönetişim (Networked Governance)” olarak adlandırılan yaklaşımda YKY’ndeki rekabet, piyasa, müşteri, müşteri odaklılık ve kamu tercihi gibi unsurların yerini, sürekli değişim, kamu-özel sektör işbirlikleri, vatandaş, vatandaş odaklılık ve kamusal değer almıştır (Benington ve Hartley, 2001). Vatandaşlar bu yaklaşımda müşteri değil, hizmetlerin üreticilerinden biridir. Bunun yanında, vatandaşın, özel sektörün, sivil toplum kuruluşlarının ve devletin içinde olduğu ortak üretim ile yerel ve merkezi düzeyde sürekli inovasyonun sağlanması da bu yaklaşımın diğer unsurlarını oluşturmaktadır (Hartley, 2005, s.29-30).

Birleşik Krallık'ta faaliyet gösteren CS Transform isimli danışmanlık şirketi de kamusal hizmetlerdeki dönüşüm ve YKH yaklaşımıyla ilgili çalışmalar yapmakta, bunları *Beyaz Bülten (White Paper)* adı altında raporlamaktadır. Kamusal hizmetlerin sunumundaki değişime ilişkin bir manifesto niteliğinde olan ve bu hizmetlerin sunumuna ilişkin evrensel prensipler ortaya koyan *A manifesto for change in the delivery of public services* adlı beyaz bültende, YKH anlayışı çerçevesinde kamusal

hizmetlerdeki dönüşüm programının şöyle olması gerektiği ifade edilmiştir (CS Transform, 2010, s.3):

- i. Kamu sektörü ile vatandaş ve diğer aktörler arasındaki ilişki hakkında tüm devlet yönetiminin görüşü alınmalı,
- ii. Eğitim ve sağlık gibi kişilere direkt sunulan hizmetlerin internet yoluyla sunumuna ilişkin girişimlerde bulunulmalı,
- iii. Devleti en etkin yolla yönetme konusunda tüm devlet yönetiminin görüşü alınmalı,
- iv. “Müşteri” değil, “vatandaşa” odaklanılmalıdır. Bu bağlamda kamu hizmetlerinin oluşturulmasında vatandaşlar, hizmetlerin pasif alıcıları değil, sahipleri ve katılımcıları olarak sürece dahil edilmelidir.

YKH konusunda bir takım endişeler de mevcuttur. Kamusal hizmetler eşitliği ve kaliteyi dengeleyecek şekilde nasıl modernize edilecek, ihtiyaç olan kişilere daha çok cevap verirken kolektif hizmet sunma kültürünü nasıl sürdürecektir, yeni ekonomik ve sosyal riskler karşısında bireysel ve ortak refahı nasıl arttıracak gibi sorunlar gündeme gelmektedir (Clarke, 2009, s.41-43). YKH yaklaşımının bir yansıması olan vatandaş odaklı kamusal hizmet anlayışı bunları karşılayabilecek midir? Kapsamı, unsurları neler olmalıdır? İkinci bölümde bu soruların yanıtları irdelenmiştir.

2.1.3. Piyasa Yönelimli Yeni Politik Açılımlar

Piyasa yönelimli yeni politik uygulamalar kamu hizmetlerinde dönüşüme sebep olan diğer gelişmelerdir. Neoliberalizmi kurumsallaştıran bu uygulamalar Yapısal Uyum Politikaları, Washington Uzlaşısı ve Post-Washington Uzlaşısı'ndan oluşmaktadır. Aşağıda sırasıyla, bu uygulamaların içeriği ve kamu hizmetleri açısından etkileri açıklanmıştır.

2.1.3.1. Yapısal Uyum Politikaları

Gelişmiş ülkelerde 1970'lerde ortaya çıkan ekonomik ve finansal kriz, yapısal uyum politikalarının uygulanmasının nedenini oluşturmuştur. Gelişmiş ülkelerin bu

ekonomik krizden çıkmak için izlediği daraltıcı politikalar, gelişmekte olan ülkelerin dış ticaretini olumsuz etkilemiştir. Bununla beraber, dünya faiz oranlarının ani yükselişi de bu ülkelerin dış borç yüklerini artırmıştır. Bunların sonucunda da gelişmekte olan ülkelerin ödemeler bilançolarındaki dengesizlik büyümüştür. Gelişmekte olan ülkelerin önemli büyüklüklere varan dış borç yükü, buna karşılık gelişmiş ülkelere sağlanan kredilerin durması, gelişmekte olan ülkelerin yapısal uyum programlarına geçmelerinin temel belirleyicileri olmuştur. Kredi veren ülkelerin, ticari bankaların ve uluslararası finans kurumlarının yaptığı baskılar bu ülkelerde daha önce uygulanan zayıf ekonomi politikalarıyla birleşince, yapısal uyum politikalarına geçiş kaçınılmaz olmuştur (Özşuca, 2003, s.4). Bu bağlamda, küreselleşme süreci ile birlikte artan istikrarsızlık ortamlarında darboğaza düşen bu ülkeler IMF ve Dünya Bankası tarafından 1980’li yıllarda yürürlüğe konan uyum programlarını uygulamak zorunda kalmışlardır.

Yapısal uyum programlarının temel felsefesi neoliberal düşüncenin yaşama geçirilmesidir. Bu bağlamda serbestleştirme, deregülasyon ve özelleştirme politikaları yaygınlaşmaya; teknolojik gelişmelerin aracılığıyla küresel pazar tüm dünyayı sarmaya başlamıştır. 1980’lerde uyum programları uygulayan gelişmekte olan ülkelerin büyük çoğunluğu hızlı bir küreselleşme sürecine girmiştir. Dünya Bankası’nın kalkınmada "piyasaya dost yaklaşım" olarak ifade ettiği uyum süreci, küreselleşme süreci ile karşılıklı bağımlılık ve birbirlerini güçlendirme ilişkisi içinde önemli gelişim göstermiştir (Özşuca, 2003, s.2). Küreselleşme süreci yapısal uyum programlarının gündeme gelmesini sağlarken, yapısal uyum programları da küreselleşme eğilimlerine hız kazandırmıştır.

Uyum kavramı; “daha tatmin eden bir duruma gelme”, “performansı arttırmak için değişkenlerin yeniden düzenlenmesi” olarak ifade edilebilir (Vinod ve Chibber, 1989, s.2). Yapısal uyum ise, piyasa güçlerine daha çok dayanma ve devletin ekonomi yönetimindeki rolünün azalması olarak tanımlanır (Ghai, 1995, s.39). Bu şekilde tanımlanan yapısal uyum, 1981 yılında Amerikalı iktisatçı Bela Balassa tarafından geliştirilmiştir (Timur, 1996, s.14). Balassa’ya göre yapısal uyum politikaları, ulusal politikaların önceki büyüme trendlerini kazanabilmeleri için dış şoklara cevap verme amacına yönelik bir politikadır (Balassa, 1981). 1980’li yılların başından itibaren

“istikrar programları” sözcüğünün yerini “uyum programları” almıştır. Yapısal uyum programları gelecekte ekonomik büyümenin önünde engel teşkil eden faktörleri (döviz kuru, fiyat, faiz ve kredi kontrolleri, yüksek gümrük vergileri, ithalat kısıtlamaları ve aşırı yüksek vergiler ve sübvansiyonlar...) ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (Sönmez, S., 2005, s.327). Diğer bir ifadeyle, yapısal uyum programları petrol şokları gibi dış şoklara karşı ekonomilerin istikrarsızlığa düşmelerini önleyici bir politika demeti olarak ortaya çıkmıştır. Bütün bunlardan hareketle, yapısal uyum programları özetle, IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar tarafından ülkelerde meydana gelen ekonomik bozulma ve dengesizliklerin giderilmesi için başlatılan ödünç verme programları ve verilen bu finansal desteklerin koşulu olarak ülkelere dayatılan serbest piyasa yönlü ekonomi politikaları olarak tanımlanabilir.

Yapısal uyum programları hem kurumsal hem de politik değişimleri zorunlu kılmıştır. Dünya Bankası da birçok kez yayınladığı raporlarda yapısal uyum programları kapsamındaki yapısal uyum kredilerinin, ekonomik yapıda değişiklik yapmak için gerekli olan kurumsal değişimleri ve politikaları destekleyen programlara verileceğini ifade etmiştir (Akdemir, 2001, s.46). Nihayetinde yapısal uyum programlarıyla hedeflenen de budur. Ülkelerin düştükleri ekonomik sıkıntıdan kurtarılması amaçlanırken; bunun da hem kalıcı olması hem de liberal yapıyı yaygınlaştırıcı nitelik taşıması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, yapısal uyum programlarının kurumsal yapıda önemli değişimler sağlaması ve politikaların da yine aynı amaç ve hedefler çerçevesinde şekillendirmesi gerekmektedir.

Yapısal uyum programlarıyla, kredi veren kuruluşlarca gelişmekte olan ülkelere kredi açma koşulları dayatılırken; ayrıca gelişmekte olan ülkelerin mevcut borçlarını geri ödeyebilecekleri ekonomik ortamın oluşturulması da amaçlanmaktadır. Örneğin, IMF “şartlılık ilkesi” gereği vermiş olduğu kredilerin geri dönüşünü sağlamak için birçok şartı borçlu ülkeye dayatmakta, borçlu ülkeler bu şartları yerine getirdikçe, kredileri taksitle vermektedir (Soyak, 2004, s.37). Aslında yapısal uyum programları ve kredileri daha çok IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlarla bunların arkasındaki ülke ve finansörlerin, borçlu ülkeler üzerindeki etkilerini arttırmalarına hizmet etmek için geliştirilmiştir. Hükümetler, yapısal uyum programlarından dolayı bağımsız bir

makroekonomik politika uygulayamaz duruma gelmektedir. Uluslararası finansal kuruluşlar ve gelişmiş ülkeler, bu ülkeleri neoliberal politikalar dahilinde dönüştürme ve kendi çıkarlarına hizmet edecek yapıya getirme imkanı bulmaktadırlar. Bu programların hangi ülkelere yönelik olduğu, nelerin hedeflendiği ve kapsamlarının ne olduğu Tablo 1.2’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 1.2.

Yapısal Uyum Programları

Profil	Amaçlar
<p><i>Yapısal Uyuma İhtiyaç Duyan Bir Ülkenin Profili</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Yüksek Dış Ödemeler Dengesi Açığı • Yüksek Dış Borç • Aşırı Değerlenmiş Para • Yüksek Kamu Harcamaları ve Mali Açık 	<p><i>Yapısal Uyum Programlarının Temel Amaçları</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekonominin Yeniden Yapılandırılması ve Üretkenliğinin Çeşitlendirilmesi • Ödemeler Dengesinin ve Mali Dengenin Sağlanması • Enflasyonsuz Büyüme İçin Zemin Oluşturulması • Kamu Sektörünün Etkinliğinin İyileştirilmesi • Özel Sektörün Büyüme Potansiyelini Yükseltilmesi
Tipik Yapısal Uyum Politikaları	
<p><i>Ekonomik Reformlar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kredi Genişlemesinin ve Parasal Genişlemenin Sınırlandırılması • Paranın Devalüasyonu • Finans Sektörünün Reforme Edilmesi • Gelir Arttırıcı Önlemlerin Alınması • Kullanıcı Ücretlerinin Oluşturulması • Vergi Reformlarının Yapılması • Sosyal Amaçlı Teşviklerin Elimine Edilmesi • Telafi Edici İstihdam Politikalarının Oluşturulması • Fakirler İçin Uygun Bedelli Hizmetler Yaratılması 	<p><i>Ticari Liberalizasyon Politikaları</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Yüksek Gümrük Tarifelerinin ve İthalat kotalarının Kaldırılması • İhracat Altyapısının Rehabilitasyon Edilmesi • Üretici Fiyatlarının Yükseltilmesi <p><i>Kamu Reformları</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Şişmiş kamu ücret ödemeleri • Gereksiz ve Verimsiz Devlet Organlarının Tasfiye Edilmesi • Kamu İşletmelerinin Özelleştirilmesi • Kamu Yönetiminin ve Kurumlarının Reforma Edilmesi <p><i>Özel Sektör Politikaları</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiyat Kontrollerinin Serbestleştirilmesi • Devlet Monopollerine Son Verilmesi

Kaynak: Mingst, 2003, s.206.

Yapısal uyum programlarıyla, ekonomiyi istikrarsızlığa sürüklediği ve ekonomik büyümeyi düşürdüğü savunulan ithal ikameci sanayileşme stratejisinden ihracata dayalı büyümeye geçiş yapan gelişmekte olan ülkeler; devleti piyasa stratejileri çerçevesinde yeniden yapılandırmaya yöneltmişlerdir. Bu bağlamda, mal ve faktör piyasalarının serbestleştirilmesi, kamu kuruluşlarının özelleştirilmesi ve iç pazarın kuralılaştırılması hedeflenmiştir (Özşuca, 2003, s.5).

Yapısal uyum programları aşamalı olarak uygulanır. Uyum programlarının ilk aşamasında öncelikle uygulanması istenilen reform, ticaret politikası reformudur. Tablo 1.2.'de de görüldüğü gibi, bu reform paketi ithalat kotalarının kaldırılması, ithalatta uygulanan tarifelerin indirilmesi, ihracatı özendirme sisteminin iyileştirilmesini kapsamaktadır. Böylece ticarete liberalizasyon ve dünya ülkeleriyle entegrasyon sağlanması hedeflenmektedir. Uygulanan ticaret politikası reformuyla sanayileşme politikası da değiştirilmektedir. Benzer şekilde, uluslararası sanayinin rekabet gücünün artırılarak, ihracata yönelik üretimin desteklenmesi hedeflenmiştir.

Daha sonra, finans ve kamu sektörünü kapsayıcı nitelikte ekonomik reformlar ile finansal reformlar gelmektedir. Finans sektöründeki bozukluklar ve zayıflıklar ile banka sisteminin kredilendirme faaliyetlerindeki sıkıntılar öne çıkan konulardır. Bu bağlamda finansal kurumların faaliyetlerinin belirlenmesi ve düzenlenmesi oldukça önem arz etmektedir. Özellikle büyük bankaların yeniden yapılandırılması gereklidir. Yine, devletin bankalara olan desteklerinin kaldırılması da finansal reformlar çerçevesinde yapılması gereken bir diğer koşuldur (Akdemir, 2001, s.60). Kamu sektörü açısından uygulanması öngörölmüş mali reformlar ise temelde hükümet harcamalarının düşürülmesi ve gelirlerin artırılması –vergi reformu- önlemlerinden oluşmaktadır. Kamu sektörü reformları aynı zamanda verimsiz işleyen kamu işletmelerinin özelleştirilmesini ve fiyat kontrollerinin kaldırılmasını da öngörür. Eğer işletmenin kamuda kalması gerekiyorsa da mutlaka verimliliği artırılmalıdır.

Bütün bu çabalara rağmen, IMF ve Dünya Bankası'nın işbirliği içerisinde oluşturduğu yapısal uyum programları, ülkelerin borç ve ödemeler dengesindeki problemlerinde etkili bir çözüm sağlayamamıştır. Hatta istikrar ve yapısal uyum programı uygulayan ülkelerde yoksulluk yaygınlaşmış ve gelir dağılımı eşitsizlikleri

artmıştır. Piyasa başarısızlıklarını büyüterek durumu daha kötü ve piyasaları daha etkinsiz bir hale getirmiştir (Hayami, 2003, s.56). Bunun arkasında birçok neden yatmaktadır: Bedava ve erişilebilir kamu hizmetlerinin azalması ve devletin sosyal rolünün zayıflatılması, sosyal programlara yönelik bütçelerin kesilmesi, kamu hizmet sektörlerinin özelleştirilmesi, arazi, esnek ve düşük ücretli yeni tip işlerde artış, büyük ölçekli işten çıkartmalar sonucunda kamu sektöründe işsizliğin ortaya çıkması, tarımın çökertilmesinden kaynaklanan temel besin maddelerinde kıtlık gibi nedenler bunlar arasında sayılabilir (Poverty Action Sheet on An End to Structural Adjustment Programs (SAPs), 2012, s.1).

Bu gerçeklerden hareketle, 1990'lı yıllardan itibaren yapısal uyum politikalarına yoksulluğu ve eşitsizliği dikkate alan önlemler dahil edilmeye başlanmıştır. Yeni uyum kredilendirmelerinde kadınların eğitimi, çocukların ve yaşlıların korunması, temel eğitim ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi sosyal konular ön plana çıkarılmıştır. Bu bağlamda, 1987 yılında, Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun (UNICEF), "Uyum Programlarının İnsani Yüzü" adlı yayınladığı raporda yapısal uyum programlarının toplumsal sonuçlarını gözler önüne sermesiyle IMF ve Dünya Bankası yetkilileri hemen bu hümanist söyleme sarılmıştır (Chossudovsky, 1993, s.22). Böylelikle yoksulluk karşıtı politikaları yapısal uyum programlarına eklemeye başlamışlardır. Bu değişikliklere rağmen, politika uygulamalarının temel mantığı değişmemiştir. Bir yandan uyumdan zarar görenler korunmaya çalışılırken diğer yandan toplumun daha geniş kesimleri temel hizmetlerden mahrum edilmiştir. Sadece bu kesimdekiler sisteme entegre edilmeye çalışılmıştır. Bunun sonucunda da Dünya Bankası-IMF ikilisinin istikrar ve yapısal uyum programlarına dönük kuşku ve hoşnutsuzluklar giderek artmıştır.

2.1.3.2. Washington Uzlaşısı

Gelişmekte olan ülkelerin büyük çoğunluğu 1970'li yıllara kadar, devletin öncülüğünde veya onun ekonomideki aktif rolü ile kalkınma çabalarında bulunmuştur. Fakat 1970'lerin ortalarından itibaren petrol şokları ile 1980'lerin başında Latin Amerika, Asya ve Afrika'daki pek çok ülkede görülen dış borç krizleri ve buna bağlı olarak ortaya çıkan dış şoklar, bu ülkelerin ithal ikamesine dayalı politikalarını terk edip

yeni politika arayışı içine girmelerine sebep olmuştur. Bu bağlamda özelleştirme ve liberalleşme politikaları ağırlıklı piyasaya dönük reformlar, öne çıkmaya başlamıştır. Bir önceki başlıkta da belirttiğimiz gibi, Dünya Bankası ve IMF özellikle bu reform politikalarını hem teşvik etmiş hem de sağladığı yapısal uyum kredileri ile bu süreci desteklemiştir. Bu kuruluşlar, vermiş oldukları kredilerle yapısal uyum politikaları adı altında liberalleşme, devletin küçültülmesi, ekonomik istikrar, özelleştirme ve deregülasyonu ülkelere hayata geçirmeleri gereken politikalar olarak dayatmışlardır.

İşte bu gelişmelerin bir uzantısı da Washington Uzlaşısı'dır. Washington Uzlaşısı kavramı da ilk kez J. Williamson tarafından "What Washington Means by Policy Reform" adlı çalışmada kullanılmıştır. Yazar on maddede özetlediği politika önerilerinden oluşan bu uzlaşmayı, ABD Hazinesi, IMF ve Dünya Bankası gibi Washington merkezli kurumların ortak politikalarını ifade etmesi nedeniyle Washington Uzlaşısı olarak nitelendirdiğini açıklamıştır (Karakurt, 2011, s.33). Williamson tarafından geliştirilen on madde şu şekilde sıralanmaktadır (Williamson, 1990, s.7-38):

- i. Mali disiplin,
- ii. Kamu harcamalarının yüksek ekonomik getirilere sahip ve temel eğitim, sağlık ve altyapı gibi gelir dağılımını iyileştirme potansiyeli olan alanlara yönlendirilmesi,
- iii. Vergi reformu (düşük marjinal vergi oranları ve geniş vergi tabanı),
- iv. Faiz oranı serbestisi,
- v. Rekabetçi döviz kuru,
- vi. Ticaretin serbestleştirilmesi,
- vii. Doğrudan yabancı sermaye akışlarının (yatırımlarının) serbestleştirilmesi,
- viii. Özelleştirme,
- ix. Deregülasyon (ekonomik bariyerleri elimine eden)
- x. Mülkiyet haklarının korunmasıdır.

Washington Uzlaşısı, “Reaganomics”, “Yeni Emperyalizm”, “Neoliberalizm” veya “Küresel Ekonominin Laissez Faire’i” anlamında kullanılmıştır (Yavuz, G. 2007, s.26). Washington Uzlaşısı bireyselciliğin önemine, piyasa liberalizmine, dışa dönük kalkınma anlayışına dayalı bir kalkınma modelini önermektedir. Bu modelin temeli, iktisadi hayattaki devlet rolünün minimize edilmesi ve bu doğrultuda devlet müdahalesinin sistematik bir biçimde azaltılmasıdır. Çünkü devletin değişik müdahalelerle fiyatların oluşumunu etkilemesi (distorsiyon) veya rant kollama ortamının oluşmasına sebep olan aşırı korumacılık, teşvik ve lisans dağıtım gibi politikaları kaynakların verimsiz kullanılmasına ve böylece hükümet başarısızlıklarına yol açmaktadır. Bu yüzden etkin piyasaları ve etkin kaynak dağılımını gerçekleştirecek mekanizmalar, ticaretin serbestleştirilmesi, özelleştirme ve kamu harcamalarının azaltılması, döviz kuru ve faiz oranı gibi önemli nispi fiyatların serbestçe belirlenmesidir. Bu unsurlar aynı zamanda ekonomide büyümeyi sağlayacak temel araçlar olarak ifade edilmektedir (Şen, 2005, s.331-332). Bu anlayışa göre, kaynakların etkin dağılımı ve toplumsal refah artışı sadece serbest işleyen piyasalar tarafından sağlanabilir.

Özetle, Washington Uzlaşısı’yla devletin rolü sadece makroekonomik yönetimi (gerekli yasal çerçeveyi oluşturma) ve kamusal mal hizmetlerin sunumunu gerçekleştirmekle sınırlandırılın, diğer tüm ekonomik faaliyetler serbest piyasa rekabeti koşullarında özel sektör tarafından yerine getirilsin düşüncesi öne çıkmaktadır (Hayami, 2003, s.40). Diğer bir ifadeyle, Washington Uzlaşısı, mükemmel olmayan piyasalar daima mükemmel olmayan devletlerden üstündür anlayışına dayanmaktadır (Öniş ve Şenses, 2003, s.2). Fakat Washington Uzlaşısı, yaşanan bazı gelişmelerle beraber ciddi şekilde eleştirilmeye ve önemini kaybetmeye başlamıştır. Bu gelişmeler şöyle özetlenebilir (Hayami, 2003, s.41-42):

- i. Borç krizinden çıktıktan sonra Latin Amerika ülkeleri sürdürülebilir iktisadi büyümeyi sağlayamamışlardır. Bu ülkelere çözüm olarak dayatılan yapısal uyum politikalarının başarısı kısa süreli olmuştur. Örneğin, Arjantin’de 2001 yılında meydana gelen kriz bunun en bilinen örneğidir. Kısa vadeli sermaye girişleriyle beraber borca dayalı bir büyüme gösteren

Arjantin 1990'ların ikinci yarısından itibaren hızla gerilemeye başlamış ve 2001 yılında ise dibe vurmuştur.

- ii. Bölgesel finansal piyasaların karışıklığı yüzünden Doğu Asya ekonomileri 1990'ların sonunda kriz yaşamışlardır. Bu ülkelerde özellikle sermaye hesaplarının hızlı serbestleşmesi yüksek hacimde sermaye girişine, bu da krizin fitilinin ateşlenmesine neden olmuştur. Bunun yanında “Asya Mucizesi” olarak nitelendirilen Güney Kore ve Tayvan gibi Doğu Asya ülkelerin 1990'ların başlarında gösterdiği yüksek büyüme, düşük işsizlik ve yoksulluk oranları her ne kadar neoliberal paradigma ve onun bileşenleri olan serbest piyasa, ticarete serbestleşme ve daha az korumacı politikalar olduğu söylene de yapılan araştırmalar bu ülkelerin daha kompleks bir yapısı olduğu ve basit bir neoliberal yapıya indirgenemeyeceğini ortaya koymuştur. Yüksek düzeyde büyüme oranları sergileyen Çin, Malezya ve Hindistan Washington Uzlaşısı'nı tümüyle uygulamış ülkeler olmamıştır.
- iii. Yapısal uyum programları düşük gelirli ülkelerde (özellikle Afrika'da) yoksulluğun azaltılmasını ve iktisadi büyümeyi gerçekleştirilmede başarısız olmuştur. Ayrıca Türkiye ve Arjantin örnekleri göstermiştir ki, sadece ekonomik büyümeye odaklanma, kronik hale gelmiş yoksulluğu azaltmada yetersiz kalmıştır.
- iv. Washington Uzlaşısı'nın en zayıf noktası sermaye akımlarına erken açılma, yani ülkelerin ekonomik dengeleri ve yeterli altyapı oluşturmadan finans ve sermayede serbestleşmeye gitmeleridir. Bu da ülkelere kısa vadede büyüme sağlarken, uzun vadede başarısız olup krizlere yol açmaktadır. Örneğin, Türkiye'de benzer bir durum yaşanmıştır. 1989 yılında gerekli yasal düzenlemeler yapılmadan ve önlemler alınmadan dış sermaye akımlarına izin verilmesiyle 1990'larda ciddi makro ekonomik istikrarsızlıklarla karşı karşıya kalınmıştır. Ardı ardına üç kriz yaşanmış, ekonomik büyüme iyice gerilerken gelir dağılımı daha da bozulmuştur.

J. A. Ocampo ise Washington Uzlaşısı'nın başarısız olmasının nedenlerini dört maddede özetlemiştir. Bu maddeler (Ocampo, 2004-2005, s.294);

- i. Makroekonomik istikrara dair dar bakış açısı,
- ii. Siyasi müdahalelerinin üretken bir sektörde yatırımları teşvik etme ve büyüme hızlandırmada rol oynayabileceğinin göz ardı edilmesi,
- iii. Ekonomik ve sosyal politikalar arasında hiyerarşik bir görüşün benimsenmesi ve güçlü ekonomi politikalarının daima sosyal politikaların önüne konması,
- iv. Vatandaşların istedikleri sosyal ve iktisadi kurumları seçmeleri gerektiğini ihmal edilmesidir.

Sonuç olarak, gerek Latin Amerika’da gerek Doğu Asya’daki ekonomik krizler sebep olan yanlış devlet uygulamaları ve IMF gözetiminde devreye sokulan aşırı sayılabilecek liberal uygulamalar, Washington Uzlaşısı’nın yetersizliğini ortaya çıkarmıştır (Şen, 2005, s.331-333). Sadece büyüme değil, gelir dağılımı, güven, sosyal uyum ve ekolojik denge de olumsuz etkilenmiştir. Dolayısıyla, gelişmekte olan ülkeler bakımından hem devlet hem piyasa unsurlarının yeniden tanımlanması ve fonksiyonlarının yeniden belirlenmesi gereği ortaya çıkmıştır ki, bu da Post-Washington Uzlaşısı yaklaşımına zemin hazırlamıştır.

2.1.3.3. Post-Washington Uzlaşısı

Joseph E. Stiglitz’in oluşturulmasında en büyük katkıyı sağladığı Post-Washington Uzlaşısı, Washington Uzlaşısı’nın bahsetmiş olduğumuz başarısızlıkları ve yeni bir kalkınma anlayışı geliştirme çabasının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Kalkınmanın sosyal ve ekonomik boyutlarını birbirine entegre eden yaklaşım, serbestleşme ve özelleştirmenin ötesine geçip, piyasa ekonomisinin kurumsal dayanaklarının yaratılması gereğini vurgulamıştır. Bu bağlamda da devletlerin kalkınma sürecinde önemli rol oynaması hedeflenmiştir. Yani, Post-Washington Uzlaşısının ayırt edici noktası, yeni kalkınma stratejisi çerçevesinde kurumlara ve kurumlardaki değişime önem vermesidir.

Latin Amerika ve Asya krizlerinin ardından IMF ve Dünya Bankası ciddi şekilde eleştirilmiştir. Bu yüzden bu kurumların önderliğinde, özellikle bankacılık

sistemi ve finansal sistem için düzenleyici reformlar gerekli görülmeye başlanmış, güçlü kurumsal yapılanma ve iyi yönetim hayata geçirilmesi zorunlu unsurlar olmuştur. Bu konuda Doğu Asya'nın görece başarısı da kurumlar için örnek olmuş, devletin önemi bir kez daha fark edilmiştir. Bunların sonucu olarak, Post-Washington uzlaşısı da devletin ve piyasanın işlevlerini yeniden tanımlamış, bazı yeni unsurları, ikinci planda kalmış konuları gündeme taşımıştır.

Stiglitz yanında, Dani Rodrik, Paul Krugman, Ravi Kanbur ve Stanley Fischer gibi iktisatçıların da önemli katkılar sağladığı (Öniş ve Şenses, 2003, s.14) Post-Washington Uzlaşısı ile “düzenleyici devlet” öne çıkmaya başlamıştır. Stiglitz, devlet ve piyasaların birbirinin tamamlayıcısı olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Ona göre, hükümetler artık piyasaların çalışmasında yardım eden kurumlar olarak ele alınmalıdır. Bu kapsamda, hükümete özel bir sorumluluk düşmekte, piyasaların etkin bir şekilde çalışabilmesi için gerekli olan kurumsal altyapıyı hükümetlerin yaratması gerekmektedir. Yani, devlet tarafından piyasaların etkin çalışabilmesi için mülkiyet haklarının açıkça tanımlanması, etkin rekabet için anti-tröst yasalarının hazırlanması ve piyasalara yönelik güvenin sağlanması için de sözleşmelerin yürütülmesinin güvence altına alınması gerekmektedir (Stiglitz, 1998b, s.22).

Post-Washington Uzlaşısı öncelikle devletin piyasaya yönelik bazı müdahalelerinin olumlu bir katkı sağlayabileceğine ve piyasaların iyi ve verimli işleyişi için çeşitli kurumlara olan ihtiyaca vurgu yapmaktadır. Hatta bu anlamda Post-Washington Konsensüsü ile “yapısalcı” görüş arasında da bir benzerlik kurulabilir. Her ikisinde de piyasa başarısızlıkları önemli kabul edilir ve aktif devlet müdahalesi ile giderilmesi beklenir. Fakat Post-Washington Uzlaşısının farkı, “devlet başarısızlıkları” ve bu başarısızlıklardan kaçınmak için devlet performansının nasıl iyileştirileceğine vurgu yapılmasından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda, Stiglitz, devlet başarısızlıkları diye bir sorunun varlığını kabul etmiş; hükümetlerin bunu piyasa ve piyasa benzeri mekanizmaları kullanarak düzeltebileceğini iddia etmiştir (Öniş ve Şenses, 2003, s.15). Yani, piyasaların etkin çalışabilmesi için göreve çağırılan devletin piyasa benzeri mekanizmaları kullanarak etkinleştirilmesi ve bunun da yine yönetişimin sunduğu

kriterler çerçevesinde hayata geçirilmesi hedefi, Post-Washington Uzlaşısı'nın en önemli unsurlarından biridir (Yavuz, G. 2007, s.33).

Kalkınmada kilit role sahip olan devletin performansını iyileştirilmesinde piyasanın oynayabileceği roller çeşitlidir: İlk olarak, bürokratik yapının düzeltilmesi açısından düşük ücretler iyileştirilmeli ve ödüllendirme sistemi oluşturulmalıdır. İkincisi, yönetimin etkinliği için rekabet mekanizması yerleştirilmelidir. Yani, devlet hem rekabeti teşvik etmeli hem de kendisi rekabetten yararlanmalıdır. Devlet kurumları kendi arasında ve özel firmalarla rekabet edebilmelidir. Böylece kamusal işletmeler de özel işletmeler kadar etkin çalışabilir. Üçüncü olarak, ihale sistemi kamuda sıkça kullanılmalıdır. Böylece şeffaflık artırılabilir, kaynaklar etkin dağıtılabilir ve bütçe iyileştirilebilir. Son olarak da, yolsuzluklara yol açacak faaliyetleri önleyecek şeffaf piyasa benzeri mekanizmalar kullanılmalıdır (Stiglitz, 1998b, s.23-24).

Serbestleşme, özelleştirme ve deregülasyon gibi unsurlar üzerine kurulu olan Washington Uzlaşısı'na karşılık Post-Washington Uzlaşısı bunlara, sivil toplum, kapasite inşası, yönetişim, şeffaflık, yeni bir uluslararası ekonomik yapı, kurum inşası ve güvenlik ağlarını da eklemiştir. Diğer bir ifadeyle, Washington Uzlaşısı, uluslararası kurumların rehberliğinde küresel ekonomiye dahil olma açısından bir dizi küresel ekonomik norm yaratma girişimi iken; Post-Washington Uzlaşısı, yeni bir sosyo-politik norm dizisi oluşturma çabasıdır (Phillips ve Higgott, 1999, s.16).

Washington Uzlaşısında öncelikli hedef olan ekonomik büyümeye ek olarak Stiglitz, Post-Washington Uzlaşısıyla sürdürülebilir kalkınma, eşitlikçi ve demokratik kalkınma ile daha yüksek yaşam standardı gibi daha ileri amaçların hedeflendiğini ortaya koymuştur. Eğitimde ve sağlıkta iyileşmenin sağlanması, büyüme için bir araç olmaktan çıkıp birer amaç olmuşlardır (Stiglitz, 1998b, s.19). Böylelikle, Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'da bir artış sağlanmasının yanında yaşam standartlarında iyileşme, eğitimin yaygınlaştırılması ve yoksullukta da azalma sağlanacaktır. Zaten Post-Washington Uzlaşısı, iktisadi büyüme hedefinin yerine daha öncelikli hedef olarak yoksulluğun azaltılması üzerinde durmaktadır. Kamusal kaynakların daha büyük bir payının sosyal hizmetlerin yerine getirilmesi için tahsis edilmesine taraftar olmaktadır (Hayami, 2003, s.61). Bununla beraber, ulaşılmak istenen amaçlar çerçevesinde,

piyasaların etkin işleyebilmesi için de enflasyonun azaltılmasının yanında finansal düzenlemelerin, rekabetçi politikaların, beşeri sermaye yatırımlarının (eğitim ve sağlık), teknoloji transferini kolaylaştıran ve şeffaflığı teşvik eden politikaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Stiglitz, 1998a, s.1). Eşitliği sağlayan ve yoksulluğu azaltan politikalar çerçevesinde, daha önce belirttiğimiz gibi devlete rol düşmekte; piyasaların etkin ve ulaşılmak istenen hedefler için devletin de etkin bir şekilde çalışıp düzenlemeler yapması zorunlu olmaktadır. Örneğin, araştırma-geliştirme alanına yapılan yatırım, yüksek maliyetler gerektireceği ve ancak uzun dönemde verimli sonuçlar alınabileceği için, teknoloji transferi tek alternatif olarak kalmaktadır. Hem beşeri sermayenin gelişimi hem de teknoloji transferi açısından devlete oynayacağı önemli bir rol düşmektedir. Bu bağlamda, Post-Washington Uzlaşısı bir taraftan hala mali disiplin, serbest piyasalar ve dışa açılmadan bahsetmektedir. Aynı zamanda Washington Uzlaşısı perspektifinin aksine, piyasalar, devlet ve sivil toplum arasındaki karşılıklı ilişki bakımından daha insan merkezli ve daha ılımlı bir vizyona sahip olduğunu da göstermektedir (Şen, 2005, s.335-337).

Kısaca, Post-Washington Uzlaşısı ile hedefler değişmiş, enflasyonun düşürülmesinden ziyade yoksulluğun azaltılması, fiziksel altyapının oluşturulmasından çok sosyal sermayeye öncelik verilmesi söz konusu olmuştur. Ayrıca piyasa reformlarının sürdürülebilirliği fikri önemini kaybederken, demokrasinin sürdürülebilirliği daha önemli hale gelmiştir. 1990'ların sonlarına doğru ise asıl olarak vurgulanan yoksulluğun azaltılmasından çok gelir eşitsizliğinin giderilmesi olmuştur (Yavuz, G., 2007, s.31).

2.1.4. Küreselleşme

Küreselleşme kavramı son yıllarda dünyamızı kavramak için kullanılan ve artık gündelik dilimize yerleşen bir kavramdır. Küreselleşme ile birlikte sermaye ve ticaret akışı artmış, ülkeler arası mesafeler önemsiz hale gelmiş, coğrafi izolasyon azalmıştır. Kavram, dünya genelinde sınırların ortadan kalkması ya da önemini kaybetmesi, yaşam tarzları, politika ve ekonomilerin benzeşmesi ve giriftleşmesi gibi kavramlar temelinde ele alınmaktadır. Bugün hemen hiçbir olay küreselleşmeden bağımsız değerlendirilememektedir. Bazen bıkkınlık verse de, kavram, içerdiği çoklu anlamlarla

yaşamın gerçekleriyle örtüşmektedir. Nitekim Anthony Giddens, “küreselleşmeye değinmeyen hiçbir siyasal konuşmanın tam olmadığını” (Giddens, 2000, s.20) ifade ederek, günümüzde küreselleşmenin önemini en net biçimde vurgulamaktadır. Bu ifadeyi belki sadece siyasal olaylar değil, her türden olayı dahil ederek genişletmek gerekir.

Küreselleşme, çok boyutlu bir kavramdır. Küreselleşme teorisi yalnız bir ekonomik teoriden ibaret değildir. Devlet teorisine, uluslararası ilişkiler teorisine, barışa, demokrasiye, küresel bir sivil toplum oluşumuna, devlet dışı kuruluşlara, kültürel yaşama ilişkin çeşitli önerme ve tezleri içermektedir. Bununla birlikte, genel kabul gören bütün küreselleşme teorileri ekonomik temele dayanır (Savran, 1996, s.16). Bu bağlamda, ulusal ekonomilerin ve politikaların uluslararası finans hareketlerden etkilenmeye başladığı yeni bir dönemden bahsedilebilir. Bu süreçte, ülkeler, ekonomik anlamda birbirinden etkilenir ve birbirlerini etkiler hale gelmeye başlamıştır. Sosyal ve siyasal boyutuyla küreselleşme, dünyanın çeşitli noktalarında birbirinden habersiz yaşayan insanları ve toplulukları yakınlaştırmış, onların birbirlerinden haberdar olma düzeylerini arttırmıştır (Toksöz, 2008, s.14).

Böyle bir ortamda vatandaşların farklı ülkelerdeki kamu hizmetleri konusundaki bilgileri de artmıştır. Başka ülkelerdeki kamu hizmetlerinin kalitesi ve farklılığını görerek, kendileri de daha kaliteli ve farklılaştırılmış hizmet talebinde bulunmaktadırlar. Dolayısıyla devletler kamu hizmetlerini ne miktarda ve nasıl üreteceğine, bunun finansmanını nasıl sağlayacağına ilişkin olarak yeni yaklaşımlar geliştirmek zorunda kalmaktadır. Hükümetler kamu hizmetleri konusunda, daha önceleri olduğu gibi dünyadan soyutlanmış olarak, bağımsız bir şekilde karar verememektedir. Dünya uygulamalarını ve vatandaşların beklentilerini daha çok dikkate almak durumundadırlar.

Zamanın kısaldığı, sınırların ortadan kalktığı ve her alanda hızlı bir gelişimin ve değişimin yaşandığı küreselleşmeyle beraber; rekabet artmakta, halkın yönetimden beklentileri yükseltmekte ve daha etkili, çeşitli ve kaliteli bir hizmet sunumu zorunlu hale gelmektedir (Karataş, 2007, s.85). Bu bağlamda, kamu kesimindeki savurganlığın ve verimsiz kaynak kullanımının giderek ekonomi için bir yük haline gelmesi ve

bundan ülkelerin rekabet gücünün olumsuz yönde etkilenmeleri nedeniyle küreselleşmenin gündeme getirdiği, bireycilik, girişimcilik, rekabetçilik gibi piyasa temelli değerler çerçevesinde kamusal hizmetlerin yeniden yapılandırılmaya çalışılmaktadır (Saran, 2001, s.44).

Kamu hizmetleri konusunda yeni aktörler bu bağlamda ortaya çıkmaktadır. Küreselleşme, kamusal hizmet üretimi ve sunumunda piyasa ve sivil toplum kuruluşlarının ön plana çıkmasını sağlamaktadır. Başka bir deyişle, küreselleşmeyle beraber kamusal hizmetleri doğrudan kendisi üreten bir devlet anlayışı yerine, üretme fırsatları yaratan, rekabet ortamını geliştiren, piyasaları düzenleyen ve denetleyen bir devlet anlayışı hakim duruma gelmektedir. Hizmetlerin üretilmesinde ve sunulmasında piyasa ve sivil toplumun öneminin arttığı bu ortamda, kamunun doğrudan üretim yapmasının sadece diğer alternatiflerin geçersiz olduğu alanlarda olması gerektiği anlayışı öne çıkmaktadır. Devletin bu değişen rolü özelleştirme, sivilleşme ve yerelleşme şeklinde gelişen eğilimleri de desteklemektedir (Dinçer ve Yılmaz, 2003, s.11). Özetle, ülkelerin siyasi ve sosyo-ekonomik hayat seviyelerindeki katı, kapsayıcı, merkeziyetçi ve bürokratik yapıları sorgulanmaya başlamakta; bunun sonucunda da postmodern öncüllere dayalı esnek, adem-i merkeziyetçi ve inisiyatife yer veren yapılara doğru hızlı bir dönüşüm ortaya çıkmaktadır (Göküş, 2010, s.203).

Küreselleşmenin etkisiyle, ülkeler içinde rakip siyasi partiler arasındaki politika farklılıkları da en aza inmektedir. Bu nedenle, seçimler de gittikçe daha heyecansız hale gelmektedir. Vatandaşa sunulan seçenekler gittikçe daha az ve daha anlamsız olmaktadır. Tüm bunların sonucunda, halkın büyük çoğunluğunda pasiflik, çaresizlik ve yabancılaşma ortaya çıkmaktadır (Falk, 2001, s.211). Kamu hizmetlerinde değişim de tüm bu gelişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda vatandaş odaklılık ve özünde vatandaşlık kavramı, gittikçe daha tartışmalı ve önemli hale gelmektedir.

Küreselleşme süreci ile birlikte, bireyle devlet arasındaki ilişkiler daha çok sorgulanmaktadır. Vatandaşlık statüsü yeniden tanımlanmaktadır. Devletin sadece temel kamusal hizmetleri yerine getirmekle sorumlu tutularak insan haklarının ve temel özgürlüklerin daha çok dikkate alınması, devletten bağımsız ve sivil alanların mümkün

olduğunca geniş tutulması gibi yeni değerler ve yapılar ön plana çıkmaktadır. Bu süreçle birlikte, temsili demokrasi de yetersiz hale gelmektedir. Bireylerin karar alma mekanizmasına daha çok katılması, merkezde toplanmış yetkilerin yerel yönetimlere doğru dağıtılması, sistemin şeffaflaşması, devletin topluma hizmet aracı olduğunun öne çıkarılması düşüncesi gittikçe yaygın hale gelmektedir (Aktel, 2004, s.68). Bu bağlamda ortaya çıkan uygulamalar, yönetimden yönetişime doğru bir zihniyet dönüşümü yaratmaktadır. Vatandaş-devlet ilişkileri yeni bir bakış açısıyla şekillenmektedir. Devletin odağına vatandaş kavramı yerleştirilerek bu dönüşüm sağlanmaya çalışılmaktadır.

Vatandaşlık analizi, son yıllarda, refah devletinin karşı karşıya kaldığı sorunlar göz önüne alındığında, önemli bir kurumsal sorun haline gelmiştir. Bununla birlikte, vatandaşlık sorunu sadece refah hizmetlerinin normatif temeline ilişkin bir sorun olmakla sınırlı bir konu olmayıp, etki alanı küreseldir (Turner, 2008, s.137). Günümüzde vatandaşlık kavramının gözden geçirilmesine duyulan ihtiyaç, zaten küreselleşmenin bir sonucudur. 21. yüzyılda vatandaşlık kavramı bir değişimden geçmektedir. Bu temelde küreselleşen dünyada, vatandaşın ve kamu hizmetinin değişimi ve ilişkisi gittikçe önem kazanmaya başlamıştır.

Küreselleşme, insan hakları paketinin bir parçası olarak ekonomik ve sosyal hakların yeterince sunulması konusunda ülke içinde eşi görülmemiş bir ilgi uyandırmaktadır (Falk, 2001, s.218). Dahası, kamusal hizmetlerin sunum süreçleri konusunda da yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır. Küresel dünyada, kapalı kapılar ardında kararlar alınmasına alternatif olarak, hizmet alan vatandaşların bu sürece daha fazla katılımı sağlanmaktadır. Bunun yanında devletin faaliyetlerinin vatandaşlar tarafından izlenebilir hale getirilmesi şeffaf yönetim anlayışını ortaya çıkarmaktadır. Böylece “açıklık ve bilgi edinme”, “katılım” ve “etik standartlar” gibi konular ön plana çıkmaktadır (Hasanoğlu, 2002, s.182).

Sonuç olarak, 1980’lerden sonra devletin özel sektör mantığıyla yönetilmesi, devletin hizmet sunumunda özel sektör ve sivil toplum örgütlerini de dikkate almasının gerekliliği, kamu sektöründe verimli işletilemeyen, kamunun vergi yükünü artıran ve devletin daha çok harcama yapmasına sebep olan işletmelerin özelleştirilmesi

geleneksel yapıdaki kamu sektörünün yeni dönemde süregelmeyeceğini göstermektedir. Devleti daha etkin ve etkili kılmamanın gerekliliğine vurgu yapan yeni bir anlayış yükselmektedir. 1990'dan itibaren küreselleşme akımının etkisiyle oluşan tek kutuplu dünya düzeninde devletlerin etkinliğini sağlayan üretim faktörü de değişmiş, bilgi temelli, bilgiyi işleyen, üreten, dönüştüren, kamusal taleplere daha hızlı cevap verme yeteneğiyle donatılmış bir devlet yapılanması zorunlu olmaya başlamıştır (Demirel, 2006b, s.123). Nihayetinde, devletin “kürek çekmek değil dümen tutmak”, “süreç değil sonuç”, “politika değil üretim”, “güç değil güçlendirme”, “çatışma değil işbirliği” olduğuna dair bir anlayışla hareket etmesi beklenmektedir (Lynn, 1998b, s.237). Vatandaş, kamu kesiminin de özel sektörün başarılı uygulamalarında olduğu gibi bir hizmet sunmasını beklemektedir (Sezer, Ö., 2008, s.150). İnsanlar daha fazla, daha kaliteli, daha farklılaştırılmış ve kişiselleştirilmiş ve daha verimli kamu hizmetleri istemektedir. Bu isteği kendileri için bir hak olarak görmeye başlamışlardır.

2.1.5. Bilgi ve İletişim Teknolojilerindeki Gelişmeler

21. yüzyılda dünya çapında birçok alanda değişim ve gelişim yaşanmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler belki de bu değişimin en önemli parçasıdır. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler günlük hayatımızı toplumsal, kültürel ve ekonomik açıdan etkilemekte ve giderek artan bir oranda yaşamın çalışma, üretim, yönetim, ticaret ve eğlence gibi birçok alanını köklü olarak değiştirmektedir. Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojileri olmadan gelişme sağlamak mümkün değildir. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmadan askeri, turizm, sanayi, tıp ve akla gelen hiçbir alanda verim sağlanamaz. Bunun nedeni, bu teknolojilerle işlerin daha verimli, daha hızlı ve daha kolay yapılmasından kaynaklanmaktadır

İşte küreselleşmenin yol verdiği bilgi ve iletişim teknolojilerindeki bu değişim, kamu sektörünü de etkilemektedir. Bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, sağladığı kolaylıklar ve bunların özel sektördeki uygulamaları vatandaşları, devlet hizmetleri bakımından da aynı kalitede hizmet beklentisine sürüklemekte, aynı duyarlılığı kamu kurumlarından da talep etmeye yöneltmektedir. Diğer ülkelerdeki durumları da gören vatandaşlar kamuda daha etkin, etkili ve kaliteli hizmet talep etmekte hizmet sunumunda erişebilirliğin, hızın ve çeşitliliğin arttırılmasını beklemektedir. Vatandaşın

beklenti ve taleplerindeki değişim, devletin de değişmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda geleneksel kamu hizmeti sunum şekilleri değişmektedir. Devletler, küresel rekabette kendi durumlarını güçlendirmek ve devam ettirmek için hizmetlerinin kalitelerini arttırmaya, daha hızlı ve etkili hizmet sunumu için hizmet sunumlarını modernleştirmeye çalışmaktadırlar. 1990'ların sonundaki teknolojik devrimle internet üzerinden hizmet sunmanın mümkün olması, devletin fonksiyonlarının daha fazla ve daha hızlı dönüşümüne sebep olmaktadır. Bu değişim sürecinde hantal ve bürokratik devlet yapısı, yerini daha hızlı, modern, şeffaf, katılımcı, vatandaş odaklı ve düşük maliyetle çalışan devlet modeline bırakmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişme de bir yandan devleti değişim yönünde baskılarken bir yandan da bu değişimin daha kolay ve etkin olmasını sağlamaktadır.

Bütün bu gelişmeler ışığında, internet ve benzeri teknolojileri kullanma konusunda özel sektörü yakalamaya çalışan devletler, kamu hizmetlerini gittikçe telefon ve internet üzerinden sağlamaya başlamıştır. Bu bağlamda çağrı merkezleri, e-devlet portalları, kiosklar oluşturulmuş ve hizmetlerin bu noktalardan 7 gün 24 saat sağlanması mümkün hale gelmiştir. Bu uygulamalar sonucunda kamu binalarına gidilmesi gibi mevcut erişim imkanları yanında, yeni erişim kanalları oluşturulmakta ve fiziksel engelli gibi özel ihtiyaçları olan vatandaşlara, kamu hizmetlerine kolay erişim imkânı sağlanabilmektedir (Polat, 2011, s.5). Bunun yanında, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler sonucunda, kurumların birbirleriyle ilişkileri, iletişimleri de daha sağlıklı ve etkin bir yapıya bürünmektedir. Artık dünyada birçok ülkede kamu hizmetleri internet üzerinden yürütülürken; kurumlar da kendi aralarındaki iletişimi ve alışverişi, bu araçlarla daha kolay ve hızlı yapmaktadır.

Bilgi ve iletişim teknolojileri geliştikçe ve ucuzladıkça, bu teknolojilerin kamu hizmetlerinde kullanım sıklığı ve boyutu da artmaktadır. Çünkü bu teknolojiler kamusal alanda meydana gelebilecek çoğu aksaklıkları giderebilme ya da en azından hafifletebilme özelliğine sahiptir. Bu yüzden uluslararası kuruluşlar da, kamu sektöründe bilgi ve iletişim teknolojileri kapasitesinin artırılması amacıyla, devletlere önemli miktarda kaynak aktarmaktadırlar (Haldenwang, 2004, s.419).

Teknoloji, hizmetleri vatandaşların ihtiyaçları doğrultusunda kişiselleştirmekte, onlara “tercih” hakkı sağlamaktadır. Kamusal hizmetlerin iyi olarak nitelendirilebilmesi vatandaşların ona istedikleri zaman, istedikleri yerden ve istedikleri şekilde ulaşabilmesine bağlıdır. Bu bağlamda vatandaşların tercih şansına sahip olmaları bunu kolaylaştırmakta, teknoloji de bu tercihi mümkün kılmaktadır. Özellikle, kamusal hizmetlerin sunumunda teknolojinin kullanımının giderek artması, bu kapsamdaki e-devlet uygulamaları, bunun göstergesidir (King ve Cotterill, 2007, s.342-343).

Teknolojik gelişmelerin etkisiyle ortaya çıkan bireysel ve toplumsal bazda farklılaşma ise vatandaşların demokrasi taleplerini artırmış, katılımcı demokrasi ve çoğulculuk öne çıkmıştır. Bireylerin ve toplumların kendi hayatları üzerinde daha fazla inisiyatif talep ettiği bu dönem, klasik vatandaş tanımını farklılaştırmış, vatandaşlar devlet ve kamu kurumları karşısında edilgen bir yapıdan, daha etkin bir yapıya geçmiştir (Karataş, 2007, s.86). Aktif vatandaşlık, vatandaşların politika oluşturmada ve uygulamada daha aktif olmaları ve yeni kamusal mal yaratmada gittikçe önemli bir rol oynamalarına neden olmuştur (Bourgon, 2007, s.3).

Sonuç olarak denebilir ki, devlet ne kadar güçlü olursa olsun değişime ve değişimle birlikte ortaya çıkan toplumsal taleplere duyarsız kalamamaktadır. Dolayısıyla, küreselleşmenin tamamlayıcısı olan bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı değişimle beraber ortaya çıkan toplumdaki modernleşme talepleri ve değişim; devlet yapılarının da değişmesine neden olmaktadır. Böyle bir süreçte geleneksel devlet anlayışı toplumun hizmet taleplerini yeterince karşılayamamaktadır. Dolayısıyla, gelişen teknoloji ve üretilen yeni bilgiler, devleti de çağın gereklerine uygun olarak yeniden yapılanmaya zorlamaktadır. Özellikle bilgi sistemlerinin gelişmesi ve internetin yaygınlaşmasıyla beraber, devlet – vatandaş – özel sektör ve çalışanlar arasındaki ilişkiler yeni bir boyut kazanmaktadır. Klasik temsili demokratik mekanizmalar yerini katılımcı nitelikte, sivil toplum, gönüllü kuruluşlar, özel sektör ve kamusal kurumların işbirliğine, hatta ortaklığına dayanan yeni yapısal dinamiklere bırakmaktadır (Nohutçu, 2003, s.4-7). Gelişen teknoloji, özellikle de vatandaş ve devlet arasındaki ilişkileri yeniden tanımlamaktadır. Vatandaş daha iyisini, daha fazlasını daha kolay ve hızlı isteyen, katılan, etkin olmayı bekleyen kişi olmaya başlarken; devlet de bu beklentilere

kayıtsız kalamayan hizmetlerini daha etkin, hızlı ve farklı kanallardan sunmaya çalışan, vatandaşı merkeze koyan yani vatandaş odaklı bir yapıya dönüşmektedir. Bilgi ve iletişim teknolojilerinde son yıllarda görülen hızlı gelişim de, bu dönüşümü mümkün hale getirmiş ve halen de getirmektedir.

2.1.6. Postmodernizm

Postmodern terimi, ilk kez 1940'lı ve 1950'li yıllarda yeni mimari ya da şiir biçimlerini betimlemek üzere kullanılmıştır. 1960'lı ve 1970'li yıllardan sonra ise kültür kuramı alanında, modernizmden sonra gelen veya modernizme karşı çıkan eserleri tanımlamak üzere, yaygın bir şekilde kullanılmaya başlamıştır (Best ve Kellner, 1998, s.24). Fransa'da Kristeva ve Lyotard, Almanya'da ise Habermas bu kavramı ilk kullananlar arasında yer almıştır (Huysen, 1993, s.109).

İngilizcede “sonra” anlamındaki “post” ön ekiyle ”çağdaş” anlamındaki yine İngilizce modern kelimesinin birleşimiyle oluşturulmuş bir kelime olan postmodernizmin üzerinde herkesin fikir birliğine vardığı bir tanımlama yapılamamıştır (Bayram, 2007, s.37). Tarihçi Arnold Toynbee 1974 yılında, Batı uygarlığının İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra girdiği yeni dönemi, postmodern olarak ifade etmişken (Sarıbay, 2009, s.386); Lyotard, refah devletinin bunalımı ile görülen kültürel bir oluşum olarak tanımlamıştır (Sallan ve Boybeyi, 1994, s.313). Bunun yanında, postmodernizm kimilerine göre modernizme bir başkaldırı ve eleştiri, kimilerine göre de modernizmin bir uzantısı ve devamıdır. Tüm bunlara rağmen, postmodernizmle ilgili tartışmaların çoğunun, modernizmin bıraktığı boşluklardan ya da neden olduğu sorunlardan meydana geldiği söylenebilir. Genel olarak postmodernizm, dünyanın ve insanların içinde bulunduğu şartlara ve sorunlara, bir eleştiri, bir tepki olarak ortaya çıkar (Sezer, B. U., 1993, s.35). Diğer bir ifadeyle postmodernizm, modernizmin yerini alma olarak kullanılmakta ve modernizme ait olan temel unsurların ve bakış açılarının soruşturulması, eleştirilmesi ve hatta bunların reddedilmesi olarak ifade edilmektedir.

Teknolojinin günümüzde ulaştığı ilerlemeye karşın dünya ölçeğinde açlık sorununun ortaya çıkması, öldürücü silahların üretilmesi, zengin ve fakir ülkeler arasındaki farkın artması, iletişim teknolojisinin dünyayı küçültmesine karşın bilginin

bir meta haline gelişi, okur-yazarlığın artmasına karşın bilgilenmiş insanın yaşamını kontrol edememesi, irade ve demokrasiye dayalı devletin ve bürokrasinin giderek toplumdan uzaklaşması, emredici olması gibi pek çok sorun akılcılığa, bilimsel bilgiye, aydınlanmaya kısaca modern kavramının temeline ve tüm bağlantılarına belli bir tepki doğurmuştur. Bu da, yeni arayışlara neden olmuştur (Çağlar, 2008, s.379). Postmodernizm de bu arayışların yansımasıyla ortaya çıkmıştır. II. Dünya Savaşı sonrası yaşanan bu gelişmeler insanların bütün düşünce sistemlerini, bakış açılarını ve inançlarını değiştirmiş; modernizmin rasyonelleşmeyi ve standartlaşmayı ön plana çıkaran bakışından kopmalar başlamıştır.

Postmodernizm kavramının, sosyal, siyasal, düşünsel, sanatsal ve kültürel açıdan bir dönemin sona ermesi ve kendi içinden sonrasına geçilmesini ifade ettiği öne sürülmüştür. Postmodernizm, benzerlikler yerine farklılıkları vurgulamaktadır. Bu bağlamda, değerlerin, kültürlerin, geleneklerin ve yaşam tarzlarının farklılıkları üzerine kuruludur (Spicer, 2005, s.671). Diğer bir ifadeyle postmodern durum, yenilikleri, farklılıkları, çeşitlilikleri barındıran ve yaşatan bir zemindir. Postmodern söylemle tek tip bir anlayış ve tüm ülkeleri bu anlayış çerçevesinde bir araya getiren tek tip bir yapıdan çok, farklılıkların ve heterojenliğin esas olduğu toplum yerine bireyin, merkez yerine yerelin daha fazla önem kazandığı bir sisteme doğru geçiş yaşanmaktadır.

Kompleksten sıyrılmış, tarihe ve halka önem veren, “istediğini yap” tavrına sahip bir anlayış olan postmodernizm, modernizmden, modern siyasetten, onun öngörü kabiliyetinden, tekdüzeliğinden, geleneksel sadakatten, bürokrasiden, disiplinden, otoriteden ve mekanik çalışmadan rahatsızlığı yansıtır. Postmodernizmin yarattığı kültürel çoğulculuk, tüm toplumsal hareketlerin isteklerini özgürce dile getirmelerine ve örgütlemelerine izin vermektedir. O halde postmodernizm, radikal demokrasiye yönelik bir adım olabilmektedir. Radikal demokrasi farklılığı, kısmiliği, çoğulculuğu, heterojen olanı ve sonuçta soyut düzeyde insan kavramı tarafından dışlanan her şeyin kabul edilmesini talep eden bir demokrasi anlayışını ifade etmektedir (Çağlar, 2008, s.379-380).

Postmodernizmin yaygınlaşıp popüler olmaya başlaması küreselleşmenin, tüketici odaklılığın, otorite bölünmesinin ve bilginin ticarileşmesinin toplumsal

yaşamda öne çıktığı, 21. yüzyılın başındaki kapitalizmin dönüşümüyle yakından bağlantılıdır (King, 2005, s.519). Ekonomik krizler, kapitalizmin dönüşümünde önemli bir rol oynamıştır. Bu krizler toplumsal yaşamı sekteye uğratmış, toplumları yeni birtakım arayışlara itmiş ve bu da toplumsal bir değişimi beraberinde getirmiştir. 1973 yılı dünya petrol krizi de kapitalizmin yeni bir dönüşüm sürecinden geçmesiyle sonuçlanmış, fordizm* üretim tarzının egemenliği son bulmuştur (Yıldırım, M., 2009b, s.387). Kapitalizmin yeni aşaması olan post-fordizm, postmodernizmin önemli bir tamamlayıcı unsuru olarak öne çıkmıştır.

Postmodernizmi belirleyen ve yaygınlaştıran bir diğer gelişme bilgi teknolojilerinde görülen hızlı değişimdir. Postmodern toplum bilgisayar, enformasyon, bilimsel bilgi, ileri teknoloji ve bunlardan kaynaklanan hızlı değişim toplumdur. Modern çağdan postmodern çağa geçildikçe, bilginin konumu da değişmektedir (Sallan ve Boybeyi, 1994, s.318). Postmodern dünyanın kontrolü, bilgi teknolojilerinin elindedir. Bu bağlamda, postmodern toplum teknolojinin yarattığı bilgi çağının toplumdur.

Postmodern toplumda yeni tüketim araçlarının çokluğu nedeniyle tüketicilere açık seçenekler artmaktadır. Aşırı bir zorlamaya maruz kalmayabilirler, ama tüketiciler çeşitli daha yumuşak, daha etkili denetim tekniklerinin nesnesidir. Bu tür teknikler de, postmodern bir toplumun tanımlayıcı özelliklerinden biridir. Tüketiciler yeni tüketim araçları yerine başka yollar seçebilir; aşırı fiyatlar ödememeyi ve kesinlikle ihtiyaç duymadıkları şeyleri almamayı seçebilir; ama unutmamalıdır ki, insanları daha çok satın almaya ve daha çok para ödemeye yöneltmek için reklamlara ve yeni tüketim araçlarına (öteki satış mekanizmalarının yanı sıra) muazzam paralar harcanmaktadır. Bu paranın iyi bir yere harcandığı ve insanların çoğunlukla kendilerinden beklenileni yaptığı da açık şekilde görülmektedir (Ritzer, 2000, s.87).

Bütün bunlar ışığında, postmodernizmin, toplumun diğer öğelerinde olduğu gibi yönetsel yapısında da 1990'lardan sonra bir dönüşümü, değişim istemini veya bakış

* Fordizm, yığımlara yönelik ve standartlaştırılmış bir üretimi, evrensel değerleri, bilimi ve ilerlemeyi esas alan bir yaklaşım iken; postfordizm, esnek uzmanlaşmayı, üretimde yerindenliği, daha az hiyerarşiyi, artan yarı zamanlı işleri ve kısa süreli sözleşmeleri öne çıkarmaktadır (Allmendinger, 2000, s.64-68).

açısı değişikliğini beraberinde getirdiği söylenebilir (Boje, 2001, s.435). Bu bakımdan modernizmdeki yönetim ilkelerinin evrenselliği, yönetim sürecinin nesnelliği ve yoğun kurallara dayalı yapı, postmodern yaklaşımda yerini, yerelliğe, durumsal koşullara (esnek uzmanlaşmaya) ve işlevselliğe bırakmıştır (Yıldırım, M., 2009b, s.387). Postmodern kamu yönetimi, modern kamu yönetiminin doğru olarak kabul ettiği kavram ve anlayışlara karşı çıkmıştır. Postmodernizmin kamu yönetimindeki en önemli yansıması “yeni kamu işletmeciliği” olarak ifade edilebilecek yaklaşımıdır (Şener, H. E., 2007, s.44). Bu yaklaşımda, müşteriler vatandaşların, sözleşmeye dayalı çalışmalar devamlı istihdamın, performans değerlendirmeleri kurallara dayalı incelemenin yerlerini almaktadır (Aulich, 1999, s.39).

Bu anlayış değişiminin etkisiyle tüm dünyada devlette küçülmeye gidilmiş ve pek çok konuda işletme tarzı yönetim uygulamalarına yer verilmiştir. Ayrıca postmodern anlayış ile birey – devlet ilişkisi de yeni bir şekil almış, yönetim yerini yönetişime bırakmıştır (Toksöz, 2008, s.14). Bu kavramla, postmodernizm, modernizmin kurumları ve düzenlemeleri yok edilerek, birey temelli kuralsızlık ya da kuralların yıkılması hedef alınmıştır. Postmodernizmi ekonomik bağlamda yaşama geçirebilmek için de yapısal uyum politikaları eşliğinde deregülasyon ve özelleştirme politikaları yürürlüğe konulmuştur. Böylelikle, ekonomide devlet müdahaleleri ve düzenlemeleri asgariye indirilerek, birey temeli bir ekonomi yaratılmaya çalışılmıştır (Şahin, 2007, s.27).

2.1.7. Sivil Toplum Anlayışının Güçlenmesi

Günümüz küresel ekonomilerinde sivil toplum örgütleri, devlet ve özel sektörün yanında hizmet sunucu görevleriyle yeni bir aktör olarak ortaya çıkmaktadırlar. “Kar Amaçsız Sektör”, “Gönüllü Kuruluşlar” ya da “Üçüncü Sektör” gibi isimlerle anılan bu kuruluşlar günümüz ekonomilerinin önemli bir aktörü konumuna erişmişlerdir. Bir yandan kamu ve özel sektöre rakip olarak, diğer yandan da onları tamamlayıcı rolleriyle özellikle kamusal hizmetler alanında aktif olmaktadır. Bu bağlamda, bu örgütlenmeler, kamu sektörü içerisinde ve kamusal faaliyetin ajanları olarak görülmelidirler. Bu kapsamdaki rolleri günden güne de artmaktadır. Gelecekte,

bu örgütlenmeler, kamu sektörü içerisinde daha da önemli hale gelme potansiyelindedirler.

Ulus devlet anlayışının ilk zamanlarında, sivil toplum örgütlenmeleri göz ardı edilmiştir. Bu bağlamda, *İnsan ve Yurttaş Hakları Evrensel Bildirisi*'nin dahi, örgütlenme özgürlüğüne bakışının olumsuz olduğu görülür. Bildiri, bireyi toplumun ve siyasal yapının merkezine yerleştirmiş, devletle birey arasındaki aracı örgütlenmelere ise izin vermemiştir. Fransız devrimcileri, ayrıcalıkları kaldırmış ve egemenliği ulusa vererek, parlamentonun mutlak üstünlüğünü kabul etmişlerdir. Bireyi, devletin ve toplumun temeline yerleştirerek, çeşitli çıkarların yeniden parlamentoya akışının bireyin hak ve özgürlük kazanımları açısından bir geri dönüş olacağını düşünmüşlerdir. Bu nedenle, bir yandan devletle birey arasındaki örgütlenmeleri kısıtlarken diğer yandan da vatandaşlara sınırlı oy hakkı vererek, aktif ve pasif yurttaş ayırımına yol açmışlardır (Yıldırım, M., 2003, s.131).

Refah devleti döneminde bu eğilim bir şekilde devam etmiştir. Devlet vatandaşlara sosyal devlet olarak her türlü katkıyı sunarken, gönüllü birleşmelere dayalı sivil örgütlenmelere ise uzak durmuştur. Bu dönemde, devletler, Keynesyen politikalarla vatandaşın her türlü sosyal ihtiyacını karşılamaya çalıştığı için, bu örgütlenmelere bir yere kadar ihtiyaç da duyulmamıştır. Fakat bu dönemde ortaya çıkan bazı gelişmeler devlete rağmen gönüllü örgütlenme ihtiyaçlarını tetiklemiştir. Bu, bir anlamda, bu dönemin bir başarısı ve sonucudur.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra, sanayileşmiş ülkelerde yaşanan gelişmelerle insanlar istihdam, ücret ve sosyal güvence olarak önemli bir tatmin düzeyine ulaştıkları için, yaşamlarını maddiyat sonrası/ötesi değerler üzerine kurmaktadırlar. Bunlar; özgürlük alanlarının genişlemesi, kimliklerin mesleki alanın dışında cinsiyet, etnik kimliklerin tanınması talepleri gibi değerlerdir. Vatandaşlık hakkı, toplum içinde var olma hakkı, yeni kimlikleri ile (eşcinsel olarak, çevreci olarak) tanınma talepleri ön plana çıkmaktadır. Artık insanların mücadele alanları sadece iş sahibi olmanın ötesinde, "ben kimim, benim özgürlüklerim, değerlerim nelerdir" gibi bir alana kaymaktadır (Yentürk, 2006, s.38).

Aynı şekilde refah devletinde genişleyen hantal bürokrasi de vatandaşları yıldırmıştır. Yükselen orta sınıf, gönüllü bir örgütlenme ve bilinçlenmeyi sağlamıştır. Bu da, gönüllü örgütlerin gelişimi için itici güç olmuştur. Bu örgütlenmelerle toplumsal sorunları çözme gücünü kendinde bulan ve hantal bürokrasinin yanlışlarından sıkılan toplulukların, devlete yükledikleri anlamlar da değişmeye başlamıştır.

İnsanlar artık çeşitli toplumsal sorunlarını çözebilmek amacıyla, “devleti kurtarmak” gibi bir politik anlayışı çoğunlukla terk etmektedirler. Bunun yerine, gittikçe artan oranda gönüllü girişimlerde çalışmaktadırlar. Bu gönüllülük ruhu politik amaçlardan öte katılımı, yardımlaşmayı, ifade etmeyi v.s. öne çıkarmaktadır. Artık bireyler, etraflarını çevreleyen sosyal dünyanın mühendisleri olmak istemektedir. Basit tüketiciler, seçmenler ya da hükümet servislerinin kayıtları olmak istememektedirler (Yıldırım, E., 2004, s.181).

Bu saiklerle artan gönüllü faaliyetler, günümüz dünyasında birçok yeni alana yayılmıştır. Gerek yerel düzeyde gerekse ulusal ya da küresel düzeyde birçok sivil hareket, dünyayı değiştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır. Ulusal sınırları aşan gönüllü sorumluluk anlayışı, küresel vatandaşlık ya da dünya vatandaşlığı gibi bir anlayışı da egemen kılmaya başlamıştır (Şahin, 2007, s.51). Kar amaçsız örgütlemeler, bir şekilde tüm ülkelerde yükselen aktör konumundadır. Bir yandan sayıca artarken, diğer yandan da faaliyet alanları çeşitlenmekte ve etki alanları genişlemektedir. Bu eğilimin artarak devam edeceği öngörülebilir. Günümüz dünyasının vatandaşları, haklarını daha çok bu kuruluşlar aracılığıyla kullanmaktadırlar. Birey olarak, vatandaş olmanın gücünü bu kuruluşlarla beraber keşfettiklerini söyleyebiliriz.

Bu bağlamda, günümüz dünyasında devletlerin sosyal refah fonksiyonları içerisinde sivil toplum kuruluşlarının üstlenebileceği roller ve buna dayalı olarak ortaya çıkacak farklı vatandaşlık modelleri ortaya konulabilir. Tablo 1.3’te farklı refah devleti modellerinde vatandaşlığın farklı türleri ve sivil toplum örgütlerinin üstenebilecekleri olası roller gösterilmiştir. Bu sınıflandırmada aktif ve pasif vatandaşlık kavramları esas alınarak, gönüllü örgütlere farklı roller verilen, altı farklı rejim türü ortaya konulur (Casey, 2004, s.244).

Tablo 1.3

Refah Rejimleri ve Sivil Toplum Örgütlerinin Rollerini

	<i>Pasif Vatandaşlık</i>	<i>Aktif Vatandaşlık</i>
<i>Tüketici - Vatandaşlık</i>	<i>McWelfare (İrlanda Tipi Refahı)</i>	<i>Welfare.com</i>
	Şirketler, kamu sunucularının vekilidir. Sivil toplum örgütleri, ya şirketlerle aynı konumdadır ya da onlar tarafından yaratılırlar.	Sivil toplum örgütleri, işletmelerle aynı konumdadır; fakat yeni “niş piyasaları” daha yüksek iletişim düzeyiyle tüketiciler için daha fazla tercihe izin verir.
<i>Tüketici/Toplumcu Vatandaşlık</i>	<i>Mukavelelerden Doğan Refah</i>	<i>Piyasa Odaklı Dernekçilik</i>
	Sivil toplum örgütleri, devlet yüklenicileri ve diğerleri arasında iki kola ayrılarak genişlemeye uygundur	Sivil toplum örgütleri, <i>yüksek sosyal sermayeyle birlikte güçlüdür. Fakat piyasa etkileriyle daha güçlenirler.</i>
<i>Toplumcu Vatandaşlık</i>	<i>Sosyal Demokratik Refah</i>	<i>Devlet Odaklı Dernekçilik</i>
	Devlet, daha baskındır. Bu nedenle, sivil toplum örgütleri daha çok refah dışı işlere yoğunlaşırlar.	Sivil toplum örgütleri, <i>yüksek sosyal sermaye düzeyleriyle devletin belirlediği çerçevede daha güçlüdürler.</i>

Kaynak: Casey, 2004, s.246.

McWelfare tipi, yani *pasif tüketici vatandaşlığına dayalı rejimlerde*, özel sektör işletmeleri, kamu sunucusu vekili olarak işlev görürler. Bu rejimlerde gönüllü örgütler ya şirketlerle eş şekilde işlev görür ya da şirketler tarafından yaratılırlar. *Welfare.com tipi*, yani *aktif tüketici vatandaşlığına dayalı rejimlerde* ise gönüllü örgütler, özel sektör işletmeleriyle aynı işlevleri görürler; fakat yeni “niş piyasaları” tüketiciler için daha fazla olanak sağladığından bu alanda daha etkin faaliyet gösterirler. *Mukavelelerden doğan refah tipi*, yani *pasif tüketici/toplumcu vatandaşlığına dayalı rejimlerde* gönüllü örgütler, hem devlet hem de özel sektör işlevleri ile genişleme eğilimindedirler. *Piyasa odaklı dernekçilik tipi*, yani *aktif tüketici/toplumcu vatandaşlığına dayalı rejimlerde* sivil toplum örgütleri, yüksek sosyal sermaye nedeniyle önem kazanmışlardır. Fakat piyasa etkileriyle birlikte daha güçlü hale gelirler. *Sosyal demokratik refah tipi*, yani *pasif*

toplumcu vatandaşlığına dayalı rejimlerde, ise devlet hem özel sektöre göre hem de sivil toplum örgütlerine göre oldukça baskındır. Bu nedenle gönüllü örgütler, daha çok refah dışı faaliyetlere odaklanırlar. Nihayet *devlet odaklı dernekçilik tipi*, yani *aktif toplumcu vatandaşlığa dayalı rejimlerde* sivil toplum örgütleri, yüksek sosyal sermaye ile birlikte devletin belirlediği çerçevede faaliyet gösterirler. Daha çok devletin çizdiği sınırlar içerisinde ve devlet faaliyetlerini tamamlayıcı roller üstlenirler.

Burada aktif vatandaşlık ile sivil toplum kuruluşları arasındaki ilişkiye değinmekte fayda vardır. Çünkü aktif vatandaşlık, ancak sivil toplum ruhu ile mümkün olabilir. Sivil örgütlenmeler ve kolektif dayanışma, aktif vatandaşlığın özüdür. Gönüllü aktivite aktif vatandaşlığa can veren, onu realiteye büründüren olgudur. Bu anlamda sivil toplum ve aktif vatandaşlık birbirinden ayrılamaz.

Aktif vatandaşlık, sivil toplum gelişmeden, gönüllülük esaslı yapılanmalar olmadan oluşabilecek bir vatandaşlık değildir. Aynı şekilde katılımcı demokrasi, bu örgütleri, politik sürecin temel aktörü haline getirmektedir. Çünkü, demokrasi yalnızca partilerin olması, bu partilerin özgür olarak seçimlere girebilmeleri, bu seçimlerin özgürlüğü ve sürekliliğinin anayasal güvence altında olması, muhalefet partisinin parlamentoda temsil edilebilmesi vb. gibi unsurlardan ibaret değildir. İnsan hakları, insan hakları ihlallerine karşı yapılacaklar, kültürel hak ve özgürlükler, toplumun alttan üste doğru siyasi yaşamı denetlemesi ve siyasi yaşama katılması, toplumun örgütlenme hakkı gibi unsurlarını da dikkate almak durumundayız. Katılımcı demokraside, toplumda demokrasinin gelişiminin ana aktörleri sadece siyasi partiler değil, aynı zamanda sivil toplum örgütleri olmaktadır (Yentürk, 2006, s.38-39). Günümüzde giderek katılımcılığın öne çıktığı düşünüldüğünde, sivil toplum örgütlerinin yükselişe geçmesi yadsınamaz bir gerçektir. Bu örgütler hizmet sunumundan denetimine her alanda etkili olmaktadır.

2.2. Kamu Hizmetlerinde Değişimin Yansımaları

Kamu hizmetlerinde yaşanan değişimler özellikle hizmetlerin sunumunda, denetiminde ve bütçeleme yaklaşımlarında görülmektedir. O yüzden burada da öncelikle kamu hizmetlerinin sunumu yönünden yaşanan değişimler, daha sonra

bütçeleme yönünden yaşanan değişimler ve son olarak da hizmetlerin denetimi yönünde değişimler incelenmiştir.

2.2.1. Kamusal Hizmetlerin Sunumu Yönünden Değişim

Kamu hizmetlerinde sunum yönündeki değişim kendini, özel sektörü sürece dahil ederek veya hizmet sunumunda özel sektör yöntemlerinden yararlanmak koşuluyla göstermiştir. Bu doğrultuda ilk değişim özelleştirmeye başlamış, kamu özel sektör ortaklıkları ve piyasaya benzetmeyle devam etmiştir. Bu kavramlara daha yakından bakıldığında neyi ifade ettiği ve kamu hizmetlerini sunum yönünde nasıl değiştirdiği daha iyi anlaşılacaktır.

2.2.1.1. Özelleştirme

Özelleştirme kavramının ilk kullanımı Peter F. Drucker'ın 1969 yılında yayınlanan "The Age of Discontinuity" isimli eserinde reprivatization şeklinde olmuştur. Yazara göre hükümet karar vermede iyidir ama bu kararları uygulamada yeterli değildir. Bu yüzden Drucker, hükümetin "yeniden özelleştirme" yapmasını ve kamu politikası alanlarında karar verme mekanizmalarının, hizmet tedarikinin sağlanmasından ayrılması gerektiğini savunmuştur (Hodge, 2000, s.13). Bu bağlamda özelleştirme, onun açısından, kamuda hizmet tedarikinin özel sektöre devredilmesi anlamına gelmektedir.

Özelleştirme kavramının birçok farklı tanımı ve kullanımı mevcuttur. Farklı yazar, farklı ülke ve farklı zamanlarda tanım da farklılık göstermektedir. Bununla beraber, özelleştirme kavramının tanımlanmasına yönelik olarak teori ve uygulamada kabul gören iki yaklaşım vardır. Bunlar, dar ve geniş anlamda özelleştirme tanımlarıdır. Dar anlamdaki tanımıyla özelleştirme, sadece kamu iktisadi teşebbüslerin mülkiyet ve yönetiminin özel kesime devrini ifade etmektedir. Geniş anlamda özelleştirme ise iktisadi, mali, sosyal ve siyasi nedenlerle milli ekonomi içerisinde kamu kesiminin faaliyetlerinin sınırlandırılması veya tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik yapılan uygulamalar bütünüdür (Aktan, 1987, s.82). Bu anlamıyla özelleştirme ile devletin ekonomik alandaki görev ve fonksiyonları mümkün olduğu ölçüde özel sektöre devredilmektedir. Kamu iktisadi teşebbüslerinin özelleştirilmesi bu reformun önemli bir

parçasını oluşturmaktadır. Bunun dışında, devletin üstlendiği hizmetler de mümkün olduğu ölçüde piyasaya bırakılmaktadır. Eğitim, sağlık, enerji, haberleşme, ulaştırma başta olmak üzere birçok alanda devletin piyasadaki ağırlığı azalmakta, özel sektörün gücü artmaktadır.

Batı dünyasında 1980'lerden itibaren yükselen bir tempoda uygulamaya konmuş olan özelleştirmenin temelini, kapitalist sistemin krizi ve onunla birlikte gelişen kamu kesimi mali krizi oluşturmaktadır. 1974 petrol krizi ile iyice yoğunlaşan ve su üstüne çıkan enflasyonla işsizliğin bir arada görüldüğü ekonomik krize yönelik olarak çeşitli kriz aşma yöntemleri geliştirilmiştir. Bunlardan biri de özelleştirme (Önder, 1994, s.37). Bu bağlamda, özelleştirme hızla, gelişmiş ülkelerde başvurulan bir yöntem olmaya başlamıştır. Peşi sıra ise hem bu ülkeler hem de bu ülkelerin egemen olduğu IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar tarafından özellikle yapısal uyum programları kapsamında gelişmekte olan ülkelere yayılmıştır.

1970'li yılların sonunda Şili ve İngiltere'de ortaya çıkıp 1980'li yılların başında ABD'de ve sonra birçok ülkede uygulamaya giren özelleştirmeler, sanayileşmiş ülkeler tarafından kendi ekonomik yapılarından kaynaklanan krizi hafifletmek amacıyla gelişmekte olan ülkelere önerilmiş, hatta bir an önce uygulamaya zorlanmıştır. Bu bağlamda, özelleştirmenin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere farklı nedenlere dayandığı söylenebilir. Gelişmekte olan ülkeler genellikle, bütçe açıklarını kapatmak, dış borçları finanse etmek, kötü yönetim ve rüşvetle mücadele etmek için gelişmiş ülkelerin dayatmasıyla özelleştirmeye başvurmaya başlamışlarken; gelişmiş ülkeler ise, piyasa ekonomisinin daha iyi işleyebilmesi için uygun rekabet koşullarını yaratmak amacıyla özelleştirmeyi bir tür yeniden yapılanma aracı olarak kullanmışlardır (Şener, O., 1994, s.71). Bu bağlamda, konunun öncülerinden Packet (1991, s.284) de özelleştirmenin temelde üç amacının olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar: kamu sektörünün büyüklüğünün azaltılması, bütçe açığının azaltılması ve kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde etkinliğinin artırılmasıdır. Bununla beraber, özelleştirmeyle amaçlananları sadece bunlarla sınırlandırmak doğru değildir. Yukarıda bahsedilen nedenlere bağlı olarak özelleştirmeye başvurmanın iktisadi, mali, sosyal ve siyasal

birçok amacı olduğu söylenebilir. Bu amaçlar ve bunlara bağlı alt amaçlar Tablo 1.4'te gösterilmiştir.

Tablo 1.4.
Özelleştirmenin Amaçları

İktisadi Amaç	<i>Serbest Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırmak</i>	Liberal iktisatçıların savundukları serbest piyasa ekonomisine işlerlik kazandırıp güçlendirmek, devletin ekonomi içindeki ağırlığını azaltmak için özelleştirmeye başvurulmaktadır. Böylece ekonomide verimlilik ve etkinliğin artırılacağı iddia edilmektedir.
	<i>Sermaye Piyasasını Geliştirmek</i>	Sermaye piyasasının geliştirilmesi için menkul kıymet arzının yeterli olması ve bu menkul kıymetlere halkın tasarruflarının yönlendirilmesi gereklidir. Az gelişmiş ülkelerde sermaye piyasasına arz edilecek menkul kıymet genellikle yeterli olmadığından devletin sermaye piyasasına çeşitli menkul kıymet arz ederek piyasanın canlandırılmasını sağlaması gerekli olmaktadır. Özelleştirme ile kamu iktisadi girişimlerine ait bir kısım hisse senetleri piyasaya arz edilecek, dolayısıyla sermaye piyasasında işlem gören menkul kıymet miktarı yeterli düzeye ulaşarak piyasa canlandırılıp ve geliştirilmiş olacaktır.
	<i>Enflasyonu Önlemek</i>	Kamu iktisadi girişimlerinin dış finansman ihtiyacının hazineden emisyon vasıtasıyla sağlanması ekonomide toplam para arzını, dolayısıyla enflasyonu arttıracaktır. Özelleştirmeyle kamu iktisadi girişimlerinin bir kısmı özel kesime devredildiğinde, bu girişimlerin hazine üzerindeki yükü hafifletilecektir. Ayrıca özelleştirmeyle devredilen işletmeler rekabet ortamı içerisinde daha verimli olarak çalışacaklarından suni fiyat artışları da söz konusu olmayacaktır.
	<i>Döviz Gelirlerini Arttırmak</i>	Özellikle ödemeler dengesi sürekli açık veren ülkelerde bu amaç önem arz etmektedir. Özel yabancı sermaye yatırımlarının (doğrudan veya portföy yatırımları) ülkeye girişini teşvik etmek suretiyle döviz gelirlerini artırma olanağı vardır.
Mali Amaç	<i>Devlete Gelir Sağlamak</i>	Devletin çok büyük bir mali kriz içerisine düştüğü dönemlerde, mevcut kamu iktisadi girişimlerinin bir kısmının özelleştirilmesiyle gelir sağlanmaktadır. Ayrıca, KİT'lerin satılmasıyla bunların zararlarından kurtulmak suretiyle de devlete dolaylı gelir sağlanmış olmaktadır.
Sosyal Amaç	<i>Sermayenin Geniş Kitlelere Yayılmasını Sağlamak</i>	Özelleştirmeyle güdülen sosyal amaç, geniş kitleleri, sermayenin tabana yayılmasını sağlamak amacıyla hisse senedi sahibi yaparak, gelir dağılımını iyileştirmek ve bu yolla refahı arttırmayı sağlamaktır. Sermayenin tabana yayılması devlet işletmelerinin sermayelerinin paylara bölünerek halka satılmasıyla mümkün olmaktadır.
İdeolojik ve Siyasal Amaç		Kapitalist ideolojinin bireylerin ekonomik özgürlüklerinin birinci derecede önemli olduğunu, devletin ekonomiye müdahalesinin birey özgürlüklerini sınırlayacağını savunması özelleştirmenin siyasal gerekçesidir.

Kaynak: Aktan, 1987, s.93-102.

Tablo 1.4'ten de görüleceği üzere özelleştirmeye, kamu harcamalarının azaltılması, kamu açıklarının giderilmesi, sermaye mülkiyetinin tabana yayılması, serbest piyasa ekonomisinin geliştirilmesi ve kamu hizmetlerinde verimliliğin sağlanması gibi faydalar amaçlanmıştır. Bununla beraber, amaçların karmaşıklığı, ülkeleri farklı varlık türlerini özelleştirmek için değişik yöntemler kullanmaya itmiştir. İhale, kupon, varlık satışı ve yükten kurtulma en yaygın kabul edilen özelleştirme uygulamalarıdır. Özelleştirme yöntemlerinin belirlenmesinde yasal zorunluluklar, yatırımcıların beklentileri, piyasa koşulları, karlılık gibi hususlar etkili olmaktadır. Bununla beraber, kullanılan yöntemlerin başarısı ülkeden ülkeye değişim göstermektedir (Delice, 2010, s.50-51). Bazı ülkelerde varlıkların satışı önemli katkılar sağlamışken; bazılarında bir takım sıkıntılar yaratmıştır. Bu bağlamda, özelleştirme programlarının kısa dönemde kamu açıklarını azaltmada, enflasyon hızını düşürmede ve dış borç yükünü hafifletmede yararlı olduğu söylenebilir. Ancak yapılan özelleştirmeler; büyüme, durgunluk ve işsizlik gibi temel sorunları çözmede yetersiz kalmış, hatta bazı ülkelerde işsizliği arttırmıştır (Duran, 1994, s.85).

Özelleştirme programının başarıyla uygulanması için siyasal ve ekonomik istikrar büyük öne taşır. Özelleştirme konusunda geniş bir toplumsal uzlaşmaya ve siyasal istikrara ihtiyaç vardır. Öte yandan, enflasyonist eğilimlerin kuvvetli olduğu, gelirlerin azaldığı ve işsizliğin arttığı dönemlerde başarılı bir özelleştirme uygulaması gerçekleştirilemez. O yüzden, özelleştirme bu sorunları çözmede başvurulacak değil, uzak durulacak bir yöntemdir. Böyle bir ortamda hem özelleştirmeden beklenenlerin gerçekleşmesi, hem de ekonomideki sorunların çözülmesi pek mümkün değildir.

Tüm bunların yanında, özelleştirme kamu hizmeti anlayışını önemli ölçüde etkilemiştir. Piyasa yanlısı yaklaşımının yansıması olarak zorunlu hizmetler dışında, çok sayıda kamu hizmeti özel sektörün eline bırakılmaya başlamıştır. Dünyada hızla yaygınlaşan özelleştirme sayesinde, hizmetlerin daha verimli, kaliteli ve kesintisiz sunulacağı varsayılmıştır. Bu yüzden devletin şekillendirdiği kamu hizmeti anlayışından piyasanın şekillendirdiği kamu hizmeti anlayışına doğru bir kayma yaşanmaktadır.

Türkiye'de ise ilk özelleştirme söylemleri, 1950'de Demokrat Parti ile gündeme gelmiştir. Parti programında özelleştirme yer aldığı halde, 1950-1960 arasında

kamu iktisadi girişimlerinin sayısı artmıştır. 1980 başlarında ise bunların özelleştirilmesi önceki dönemden daha ciddi olarak ele alınmıştır (Önder, 1994, s.32). Bu gelişmede, 24 Ocak 1980 tarihinde ekonomi politikasında alınan kararlar etkili olmuştur. Alınan kararlar, ihracata dayalı dışa açık sanayileşmeyi sağlayıp serbest piyasa ekonomisine işlerlik kazandıracak nitelik taşımaktaydı. Bu bağlamda aynı kararlarda serbest piyasa ekonomisinin gelişmesi açısından devlet işletmelerinin de bu ekonominin kurallarına göre işleyişinin sağlanacağı, devletin rekabetin canlanması açısından tekellerden vazgeçeceği belirtilmiştir. 1983 yılında iktidara gelen Anavatan Partisi de özelleştirme konusunda yasal düzenlemeleri gerçekleştirmiş ve ilk özelleştirme uygulamalarına başlamıştır (Çetinkaya, 2001, s.202-203). Bu doğrultuda, Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı İdaresi 1985 yılında, Sümerbank'ın Iğdır Pamuk Dokuma Tesisleri'ni satarak özelleştirmeyi başlatmıştır (Önder, 1994, s.33). Özelleştirme konusunun Türkiye'deki temel yapısını oluşturan yasal düzenleme ise 1994 yılında kabul edilen *4046 sayılı Özelleştirme Yasası* olmuştur. Bununla beraber başka birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Bu doğrultuda da sağlıktan ulaşıma, temizlikten elektrik ve su dağıtımına kadar çok sayıda hizmet özelleştirilmeye başlamıştır. Söz konusu alanlar gerek yerli gerekse yabancı şirketlere devredilmiştir. Günümüze dek Türkiye'de pek çok kamu kuruluşu etkin işlemediği veya zarar ettiği gibi nedenlerle özel sektöre devredilmiş, sonuçta devlet için açıkların kapatılması ve borçların ödenmesinde önemli gelir kaynağı olmuştur. Bununla beraber, dünyada olduğu gibi Türkiye'de artık kamusal hizmetlerin sunumunda özelleştirmenin yanında, kamu-özel sektör ortaklıkları veya hizmetleri piyasaya benzetme yöntemleri de tercih edilmektedir. Dünyada hizmet sunum yöntemlerinde yaşanan dönüşüm Türkiye'yi de benzer yönde etkilemiştir.

2.2.1.2. Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları

Küreselleşme, neoliberalizm, teknolojik gelişmeler ve postmodernizmin yükselişi ile birlikte dünya genelinde kamusal hizmetler piyasalaştırılmaya başlanmıştır. Kamu Özel Sektör Ortaklıkları (KÖSO) da piyasalaştırılmanın yeni bir aşamasını oluşturmaktadır. Temelde özel sektörün alanını genişletmeye yönelik bir uygulama olan KÖSO'lar tüm ülkelerde 1990'lardan itibaren hızla yaygınlaşmıştır.

Son yıllarda yaygın olarak görülseler de KÖSO'ların temelleri oldukça eskidir. Antik zamanlarda limanlar ve konut gibi çoğu kamusal işler ile hamam ve kaplıcaların imtiyaz olarak verilmesinin yanında, ücretli yollar ve köprüler de aynı şekilde görülmekteydi (Grimsey ve Lewis, 2004, s.14-15). Daha sonraki yüzyıllarda da özellikle köprü, baraj ve ücretli yollar gibi bu uygulamaların örnekleri çeşitli şekillerde görülmeye devam etmiştir. 16. ve 17. yüzyıllar boyunca Avrupalı devletler kamusal faaliyetlerini, girişimci olarak adlandırılan finansal yatırımcılara gördürmüşlerdir. Bu kamusal faaliyetler nehir yatakları ve kanal inşası ile yol yapımı, atık toplama, kamusal aydınlatma, posta dağıtımı, toplu taşımacılık ve hatta opera binaları gibi çok sayıda hizmeti de içermekteydi. Daha sonraki yüzyılda bunlara demiryolları, elektrik ve tramvay gibi sektörler eklenmiştir. 20. yüzyılın ilk yarısında Avrupa'daki savaşlar bu trendi tersine çevirmiş, imtiyazlar önemini kaybederken devletin rolü her iki savaş döneminde artmıştır (United Nations-Economic Commission For Europe, 2000, s.5-6). 1980 sonrası dönemde neoliberal politikaların da etkisiyle bu artış devam etmiştir.

KÖSO'larla kamusal hizmetlerin daha etkin, kaliteli ve düşük maliyetle sunulması hedeflenmiş, özellikle kamusal altyapı yatırımları için fırsat ve imkan yaratılmıştır. Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kamu kuruluşları da kamudaki bahsi geçen değişime ve bu bağlamda KÖSO'lara destek vermişlerdir. Başta Fransa, İtalya, İspanya, ABD ve Kanada olmak üzere birçok devlet tarafından benimsenen KÖSO'lar, kamusal nitelikli hizmetlerin sunulmasında özel sektörün katkısını arttırmayı ve geliştirmeyi amaçlayan yeni bir sabit sermaye yatırımı finansman yönetimi olarak yükselişe geçmiştir.

Özelleştirmenin farklı bir versiyonunu ifade eden KÖSO'lara ilişkin en açık tanımlama, ABD Genel Muhasebe Ofisi tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre, KÖSO'lar, kamu hizmeti sunan bir sistem ya da tesisi kısmen ya da tamamen yenilemek, inşa etmek, işletmek, bakımını sağlamak ve/veya yönetmek için kamu ve özel sektör ortakları arasında oluşturulmuş sözleşmeye dayalı anlaşmadır (Pflug, 2002, s.6). KÖSO'ların özelleştirmeye farkının ortaya konması önemlidir. Özelleştirmenin konusu mevcut kamu şirket veya varlıklarının çoğu zaman mülkiyet haklarıyla birlikte özel sektöre devredilmesi (Gerrad, 2001) iken; KÖSO'ların konusu, özelleştirmede

olmadığı biçimde kamusal mal veya hizmetlerin kamu kurum ve kuruluşları adına özel kesime ait şirketler tarafından tasarlanıp finanse edilerek, işletilerek ve kamunun tarif ettiği şekilde ve kalite standardında bir bedel karşılığında ve belirli bir süre ile kamuya arz edilmesidir (Grimsey ve Lewis, 2004, s.55). KÖSO uygulamalarında ulusal varlıklar veya kamusal malların mülkiyeti özel sektör kuruluşuna ya hiç devredilmemekte ya da daha önceden sözleşme ile belirlenen süre sonunda devlete iade edilmektedir. Devlet, bunlar üzerinde tam otoriteye sahip olmaya devam etmektedir. KÖSO'ların temel özellikleri belirlenerek daha doğru anlaşılması sağlanabilir. Bu çerçevede KÖSO'ların temel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Grimsey ve Lewis, 2004, s.13):

- i. *Katılımcılık*: Bir KÖSO iki veya daha çok tarafı içerir ve onlardan en az birinin kamu kuruluşu olması gerekir. Tüm taraflar ortaklık için bazı yükümlülükler almak zorundadır.
- ii. *İlişki*: KÖSO sürekli ve ilişkisel olmalıdır. Hükümetler bazı mal ve hizmetleri dışarıdan satın alır. Kamu sektörü burada her yıl aynı firmayı kullansa bile bu durum bir ortaklık olarak görülemez. KÖSO için kamusal hizmetlerin özel sektörden tesliminin uzun dönemli sözleşmelere dayalı bir işbirliği ilişkisi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.
- iii. *Kaynak Sağlama*: Katılımcılardan her birinin ortaklığa bir değer katması gereklidir. KÖSO'lar en iyi kaynaklara, yeteneklere ve bilgiye sahip olmaya ve böylece kamusal altyapı hizmetlerinin sağlanmasında paranın karşılığını vermeye çalışır. Bunu gerçekleştirmek için her ortak bu düzenlemeye kaynak (para, mal, otorite ve saygınlık) transfer etmek zorundadır.
- iv. *Paylaşma*: KÖSO'larda taraflar işbirliği içerisinde sonuçlara (finansal, ekonomik, çevresel ve sosyal sonuçlar) yönelik riskleri ve sorumlulukları paylaşmalıdır. Müşterek çıkar ve yükümlülükler olmak zorundadır.
- v. *Süreklilik*: Ortaklığın temelini oluşturacak olan şey oyunun kurallarını koyan ve ortaklara kısmen de olsa güven sağlayan çerçeve anlaşmasıdır. Bu anlaşmanın mevcudiyeti tarafların karar alma sürecine dahil olmalarını ve

ortaklığın sürekliliğini sağlar. Paylaşılan değerler, öncelikler ve politik amaçlara yönelik ortak anlayış ve güven mutlak olmalıdır.

Görüldüğü üzere, kamu ve özel sektörün (hatta sivil toplum örgütlerinin) bir araya gelerek, kamusal bir hizmeti görmek üzere, uzun süreli bir ortaklık kurması temeline dayanan KÖSO'larda ortaklardan her biri bir şekilde değer katmalı, ortaklar hem risk hem de getirileri paylaşmalı ve ortaklık uzun süreli ve ilişkiyel olmalıdır (Şahin ve Uysal, 2012, s.158). Buradan da anlaşılmaktadır ki KÖSO'ların en önemli niteliği paylaşımdır. Bu işbirlikleri, ortaklar arasında yatırım, risk, sorumluluk ve kazancın paylaşılması ile karakterize edilmektedir.

KÖSO'lar mülkiyet ve işletme biçimlerine göre farklı türlere ayrılırlar. Yaygın nitelikte kullanılan türler şu şekildedir (Grimsey ve Lewis, 2004, s.10-12):

- i. Özel sektörün projenin finansmanı, tasarımı, yapımı ve işletilmesinde birincil sorumluluğu olduğu *Yap-İşlet-Devret*;
- ii. Özel sektörün altyapı tesisini ömür boyu finanse ettiği, yaptığı, sahip olduğu ve işlettiği *Yap-Sahip ol-İşlet*;
- iii. Finansman hariç tasarım, yapım veya işletmeyi içeren *Kirala*;
- iv. Özel sektörle kamu sektörünün bir tesisi ortaklaşa finanse ettiği, mülkiyetini edindiği ve işlettiği *Ortak Girişimler*;
- v. Özel sektörün hizmet yada işletme gibi aşamalardan sadece birine katıldığı *İşletme Sözleşmeleri*;
- vi. Toplu konut projelerine yönelik öz sermaye ortaklıkları ve imtiyaz tipi bayilik/franchising düzenlemelerinde görülen *İşbirliği/Kooperatif Düzenlemeler*

KÖSO uygulamalarında temel ilke, ticari nitelikteki risklerin özel sektöre devredilmesi suretiyle kamu yatırım projelerinde yüksek etkililik sağlanmasıdır. KÖSO'ların yönetim şekli açısından zorunlu olarak paydaşların haklarının korunması sorumluluğu ile adil bir şekilde yönetme ve kontrol etme ve "yönetişim" yapısında oldukları ifade edilmektedir (Aşçıgil, 2006, s.1). Bu ortaklıkların temel ve öncelikli

faydalarını özetleyecek olursak, ilk başta, özel sektörün kamu sektörüne göre çok sayıda hizmeti daha ucuz ve daha hızlı biçimde sunabilmesidir. Bunun yanında, KÖSO'lar yapılacak kamusal hizmetin altyapısına yönelik maliyetleri azaltır, nakit akışını yükseltir ve yeni sermaye kaynaklarına erişimi sağlar.

Tüm bu potansiyel yararlarına karşın, KÖSO uygulanması kolay bir yöntem değildir. KÖSO'ların karşılaştığı bazı engeller ve bu bağlamda onlara yönelik yapılan bazı eleştiriler vardır. Murphy, KÖSO'lara yönelik eleştirileri beş ana noktada toplamıştır. Bunlar: KÖSO'ların gerçek maliyetleri geleneksel kamu tedarik sürecinden yüksek olması ve bu bağlamda paranın karşılığını vermemesi, tasarım ve hizmet kalitesinin zaman içinde kamunun sağladığı hizmetlerin standartlarına erişememesi, azalan şeffaflık ve açık olmayan sorumluluk üstlenmelerinin KÖSO'ların kamusal mallara yönelik daha az sorumluluk üstlenmeleri anlamına gelmesi, KÖSO'ların çalışanların haklarına ve işlerine yönelik tehdit olması ve KÖSO'ların vatandaşların taleplerine yönelik kamunun esnekliğini azaltması yönündedir (Murphy, 2008, s.104).

KÖSO'lara yönelik eleştiriler giderilmeden, önündeki engeller aşılmadan tam ve istenen düzeyde bir KÖSO oluşturulamaz. Her şeyden önce bir projenin bir KÖSO yapısına uygun olup olmadığı ve bir KÖSO çözümü için güçlü siyasi desteğin bulunup bulunmadığı son derece önemlidir. Bu gibi eleştiriler bertaraf edilebildiği takdirde, devlet ve özel girişimciler birçok altyapısal hizmeti başarılı bir şekilde yerine getirebilecek ortaklıklar oluşturabilirler.

KÖSO'lar gerekli koşullar oluşturulup uygulama alanı ve etkinliği arttırıldıkça kamu maliyesi üzerinde de önemli etkilere neden olurlar. Bu etkiler olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu olası etkilerden hangisinin daha baskın olacağını ise zaman gösterecektir. Bununla birlikte olası risklere karşı önlem alınır, olası getiriler için teşvik mekanizmaları oluşturulursa uzun dönemde kamu maliyesi açısından KÖSO'lar ciddi katkılar sunan mekanizmalara dönüşebilirler (Şahin ve Uysal, 2012, s.157). Çünkü vergi verenler ve kamusal hizmetleri kullananlara yüksek kalitede kamusal hizmetlerin en düşük maliyetle nasıl sunulabileceği önemli bir sorundur. Bu soruna çözüm bulma çalışmalarında hem gelişmiş hem de gelişen ekonomilerde KÖSO'ların büyümesi ilginç bir son gelişme olarak görünmektedir (Maskin ve Tirole, 2007, s.1).

KÖSO'ların kamusal hizmetlerin dönüşümünde rolleri büyüktür. Yaşanan bu dönüşümle hizmetlerin kalitesi, etkinliği, verimliliği arttırılmaya, yolsuzluklar önlenmeye, vatandaşların kolayca, istedikleri an erişebildikleri bir sistem oluşturulmaya ve ayrıca da her an istenilen kamusal bilgiye ulaşımaya imkan veren şeffaf ve hesap verebilir bir anlayış öne çıkmaya ve çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda da KÖSO'lar bu amaçlara ulaşmada gerekli ve önemli bir hizmet sunum yöntemi olarak dünyada yaygınlaşmaktadır. Türkiye'de de son yıllarda enerjiden ulaştırmaya, eğitimden sağlığa kadar farklı alanlarda KÖSO uygulamasına gidilmektedir. Böylece kamusal altyapı yatırımlarının hayata geçirilmesinde yeni imkânlar yaratmaktadır.

2.2.1.3. Piyasaya Benzetme

Neoliberalere göre; ekonomik müdahalecilik, rekabet oyununu bozarak ekonomide çeşitli sapmalara yol açar. Devlet müdahaleleri, toplumda kireçlenmeye yol açarak değişime karşı bir yapı ortaya çıkarır. Peki o zaman çözüm nedir? Onlara göre; çözüm, toplum üzerindeki devletin egemenliğini azaltmak ve her seviyede rantabilite, etkinlik ve sorumluluk ilkelerini işletmektir. Devlet, sahip olduğu araçları en iyi biçimde kullanarak ve modern yönetim tekniklerini uygulayarak aldığı kararların kalitesini iyileştirmelidir. Kamu kuruluşları aynen özel sektör işletmeleri gibi, tamamen piyasa kurallarına göre çalışmalıdır (Chevalier, 1983, s.98).

Bu temel düşüncenin genel kabulü ile kamusal hizmetler konusunda son yıllarda kamusal sunuma alternatif yollar arayışı başlamıştır. Bu temelde, kamusal hizmetlerin özel sektöre gördürülmesinin yolu da açılmıştır. Bu kapsamda, öncelikle özelleştirmelere başvurulmuştur. Hızlı özelleştirmeler sonrasında özelleştirmelerin sınırına yaklaşılması, özelleştirmelerin ortaya çıkarttığı sorunların giderilmesi ve özelleştirmelere karşı duruşların yumuşatılması için Kamu Özel Sektör Ortaklıkları (KÖSO) gibi alternatif yöntemler geliştirilmiştir. Özellikle yeni proje ve hizmetlerde KÖSO'lar öncelikli seçenek olarak düşünülmektedir. Piyasalaştırma süreci özelleştirmelerle başlamış, KÖSO'larla yaygınlaşmıştır. Nihayetinde kamusal sunumda piyasaya benzetilerek son aşamaya geçilmiştir (Şahin ve Uysal, 2012, s.158).

Devlet faaliyetlerinin bu şekilde piyasaya doğru genişlemesi, piyasa yöntemlerinin de kamuya girmesine yol açmıştır (Orak, 2007, s.184). Neoliberal ekonomide kamusal hizmetler büyük oranda piyasalaşmıştır. Piyasaya benzetme ya da diğer bir ifadeyle piyasalaşma, kamu hizmetlerinin üretilmesinde, sunumunda ve fiyatlandırılmasında piyasa mekanizmalarını kullanmak demektir. Piyasalaşma ile kamusal hizmetlerin kontratlandırılması, fiyatlandırılması ve geleneksel yaklaşıma göre şekillenmiş olan bürokratik yapının piyasa ve piyasa benzeri mekanizmalarla ikame edilmesi hedeflenmiştir (Flynn, 1990, s.90). Piyasalaşma, geleneksel olarak yerel ve merkezi hükümetler tarafından planlanan, sunulan ve finanse edilen kamusal hizmetlerin piyasa güçlerinin etkisine maruz bırakıldığı bir süreçtir. Bu sürecin beş temel unsuru bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Whitfield, 2006, s.4):

- i. Hizmetlerin ve altyapının metalaştırılması,
- ii. İşgücünün metalaştırılması (üretkenliği arttırmak için iş ve mesleklerin yeniden organize edilmesi gibi)
- iii. Rekabet ve piyasa mekanizmaları için devletin yeniden yapılandırılması,
- iv. Demokratik hesap verilebilirliği ve kullanıcı katılımını yeniden yapılandırılması,
- v. İş dünyasının çıkarlarını sürece yerleştirme ve uluslararası ölçekte liberalizasyonu teşvik etme.

Kamusal hizmetlerin piyasaya benzetilmesi belli kanallarla gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda, kamusal sunuma yönelik olarak dört piyasa aracından bahsedilebilir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Mierlo ve Van, 2007, s.121-122):

- i. İlk olarak yapılması gereken, siyasiler ve kamu görevlileri üzerinde piyasa baskısı yaratmak için *kamu hizmetlerinin fiyatlandırılması ve ücretlendirilmesidir*. Hiyerarşi kurumlardan piyasalara geçmektedir. Kurum içi özelleştirmeler de kapıdadır. Tüm bunların neticesi de vatandaşları müşteri olarak paranın karşılığını isteme ve alma yönünde güçlendirmektedir.

- ii. İkinci olarak, kamusal hizmetler mekanizmasını değiştirmek için *sözleşme anlayışının geliştirilmesidir*. Sözleşme hem kurumun kendi içerisindeki ilişkileri belirlerken hem de özel sektör sağlayıcılarıyla ilişkilerini belirlerken kullanılır. Sözleşmeler performans ölçüleriyle de ilişkilendirilir. Artık kamusal hizmetler bürokrasi, hiyerarşilerinden çıkıp sözleşme bağılıklarına dönüşmektedir.
- iii. Üçüncü olarak *fiyatların ve sözleşmelerin kullanımı giderek genişlemektedir. Satın alıcılar ve tedarikçiler birbirinden ayrılmaktadır*. Bunlar birbiriyle, sözleşme benzeri yollarla ilişki kurmaktadır. Satın alıcıların istediğini satın alma yönünde giderek özgürleşmesi bir yandan hizmet maliyetlerinde aşağı yönlü bir baskı yaratırken; diğer yandan, verimlilik ve etkinlik artışı için teşvikler yaratır. Satıcılar da aldıkları kararlar hakkında daha net olmaya zorlanırlar.
- iv. Son olarak, bürokrasinin yoğun olduğu *kamu hizmet kurumları, görece olarak daha özerk hareket edebilecekleri bağımsız daha küçük birimlere ayrılır*. Birçok kamu hizmet sunucusu, üst otoritelerden giderek daha bağımsız olmaktadır. Bağımsız ve özerk hale gelen kurumlar, piyasa benzeri prensiplere göre hareket eder. Performans ölçüleri ve hedefleriyle izlenip kontrol edilirler.

Piyasalaşmanın, klasik kamu hizmeti anlayışını çeşitli yönlerden etkileyebileceği düşünülebilir. Bunların başında kamu hizmetlerinin *süreklilik ilkesi* gelmektedir. Şöyle ki; özel sektörün o faaliyeti yürütemeyecek duruma gelmesi karşısında, kamu hizmetlerinin nihai sorumlusu olarak devletin o faaliyeti yürütmesi gerekecektir. Ancak, devletin kamu hizmetlerinin özel kişilerce yürütüldüğü varsayımından hareketle, gerekli araç/gereçleri elden çıkarması ve ilgili organizasyonu tasfiye etmesi halinde kamu hizmetlerinin süreklilik ilkesi zedelenecektir. Herhangi bir kamu hizmetinin yürütüldüğü sektörün tamamen piyasalaşması durumunda, devletin bu alanlara sadece düzenleyici olarak müdahil olması da sorunu ortadan kaldıracak nitelikte değildir (Orak, 2007, s.185).

Sosyal devlet uygulamaları döneminde vatandaş, kamusal hakları üzerinden tanımlanmış ve bu haklardan faydalanması, ödeme gücünden bağımsız bir şekilde, kamusal bir güvenceye dayandırılmıştır. Neoliberal uygulamalarla birlikte, kamuya ait işletme ve ekonomik etkinlik alanlarının piyasa etkisi altına girmesiyle, devlet- vatandaş ilişkilerinde de yeni bir dönem başlamıştır. Asıl olarak bireysel ödeme gücüne göre arz edilen ve arkasındaki kamusal güvencenin çeşitli müdahalelerle eritildiği kamusal hizmet anlayışı ön plana çıkmış, devlet kamusal hizmetlerin sunumu ve üretilmesi yerine bu işlerin organize edildiği bir birim haline gelmiştir. Kamu hizmetlerinin finansmanının kaynağı artık devlet bütçesi değil, çoğunlukla bu hizmetleri talep eden vatandaşların yaptıkları ödemeler olmaya başlamıştır. Böylece, kamusal hizmetler alanı arz yönlü bir alan olmaktan çıkarılarak, talebin belirleyiciliğine dayalı bir piyasa olmaya başlamıştır (Gül ve Ergun, 2010, s.319-320).

2.2.2. Bütçe Yönünden Değişim

Bütçeleme süreçleri de kamusal hizmetlerdeki bu değişimden nasibini almaktadır. Bu anlamda performans esaslı bütçeleme, katılımcı bütçeleme ve cinsiyete duyarlı bütçeleme gibi yeni yaklaşımlar yürürlüğe konulmuştur. Bu bütçe sistemleri başta Anglosakson ülkelerinde olmak üzere, birçok ülkede giderek uygulama alanı bulmaktadır. Bu bölümde, her bütçe türünün neyi ifade ettiği, amaçları, etkileri ve nasıl uygulandığına kısaca değinilecektir.

2.2.2.1. Performans Esaslı Bütçeleme

Performans esaslı bütçeleme düşüncesi ilk olarak yaklaşık yüz yıl önce ABD’de ortaya çıkmıştır. 1929 yılında yaşanan Büyük Depresyon’dan sonra etkisini kaybetmiş ve II. Dünya Savaşı’ndan sonra tekrardan uygulama alanı bulmuştur (Yılmaz, 2007, s.35). ABD’de hükümetin yönetici bölüm teşkilatında yer alan ve 1949 yılında kurulan Hoover Komisyonu bu yaklaşımı teşvik edip, uygulanmasını desteklediği zaman gerçek anlamda yükselişe geçmiştir (Diamond, 2003, s.4). Başka bir deyişle, performans esaslı bütçeleme sistemi dünyada ilk defa 1950’li yıllarda ABD’de yapılan reformlarla birlikte popüler olmaya başlamıştır. Fakat uygulamaya konmada sıkıntılar yaşandığı için tam olarak hayata geçirilememiştir.

1980’li yıllarda başlayan ve birçok ülkeye yayılan kamuda reform süreci ışığında performans esaslı bütçeleme sistemi tekrardan gündeme gelmiştir. Fakat bu sistem daha önce ABD’deki uygulamalardan farklılık göstermektedir. Performans esaslı bütçeleme sistemi daha kapsamlı bir şekilde tanımlanmaktadır (Oral, 2005, s.7-8). Avustralya ve Yeni Zelanda da bu reform çalışmalarına başlayan ilk ülkeler olarak belirtilebilir. Bu ülkeleri 1990’ların başlarında Kanada, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İsveç, İngiltere ve ABD izlemiştir (OECD, 2004, s.4).

Performans esaslı bütçe, kamu idarelerinin ana fonksiyonlarını, bu fonksiyonların yerine getirilmesi sonucunda gerçekleştirilecek amaç ve hedeflerini belirleyen, kaynakların bu amaç ve hedefler doğrultusunda tahsisini ve kullanılmasını sağlayan, performans ölçümü yaparak, ulaşılmak istenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını değerlendiren ve sonuçları raporlayan bir bütçeleme sistemidir (T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2004, s.7). Daha öz bir tanımla ise performans esaslı bütçeleme, kaynak miktarındaki her artışı çıktılardaki veya sonuçlardaki artışa bağlayan ve kamu kurumlarının kendilerine ayrılan kaynaklarla ne yaptıkları ve ne yapacaklarına dair bilgi sağlayan bir bütçelemedir (Schick, 2003, s.101).

Faaliyetlerin belirlenmiş hedef ve göstergeler ışığında yürütülmesi ve sonuçların bu hedef ve göstergelere dayalı olarak değerlendirilmesi bu bütçeleme sisteminin temelini oluşturur (T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2004, s.12). Bu bağlamda, performans esaslı bütçeleme sisteminin temel unsurları bütçe hedeflerinin tanımlanması, performans ölçümlerinin geliştirilmesi, harcamalara ilişkin kararların sonuçlarla ilişkilendirilmesi ve çıktılara yönelik hesap verebilirliğin sağlanması olarak sıralanabilir (Hager, Hobson ve Wilson, 2004, s.10). Sonuç odaklı ve çıktı odaklı bir bütçeleme anlayışı olan performans esaslı bütçeleme, performans bütçeden performans ölçümlerini, program bütçeden fonksiyonel sınıflamayı, hedeflere göre yönetimden hedeflerin görüşülmesini ve sıfır esaslı bütçelemeden hedeflerin sıralanmasını almıştır. Böylece performans esaslı bütçeleme sisteminin geçmiş reformların birçok unsurunu bir araya getirdiği söylenebilir (Cothran, 2001, s.158).

Performans esaslı bütçelemeyi hayata geçirmek, bütçeleme sistemi olarak tercih etmek niye önemli, niye ülkeler, kurum ve kuruluşlar performans esaslı bütçelemeyi kullanmalı diye sorulduğunda, bu konuda farklı gerekçeler ortaya atılmıştır. Bu bağlamda, performans esaslı bütçelemeye başvurma gerekçeleri şöyle sıralanabilir (Erüz, 2005, s.62);

- i. Etkili kaynak dağılımı ve kullanımını sağlama,
- ii. Hedeflere dayanan yönetim anlayışını yerleştirme,
- iii. Bütçe hazırlama, uygulama ve denetim süreçlerini güçlendirme,
- iv. Hizmet kalitesini iyileştirme,
- v. Mali saydamlığı sağlamadır.

Bu bağlamda performans esaslı bütçeleme ile beklenen sonuçlar ise şöyledir (Erüz, 2005, s.62):

- i. Girdi kontrollerini yumuşatıp yöneticilerin çıktı ve sonuçlara göre hesap verebilirliğini sağlama,
- ii. Yönetim ve bütçeleme kararlarında çıktı ve/veya sonuç bazında ölçüm, varılacak noktaya odaklanma,
- iii. Yönetim ve bütçelemede politika oluşturma,
- iv. Yönetim ve hizmet sunumunu güçlendirme,
- v. Kaynak tahsisini stratejik önceliklere göre yapma,
- vi. Parlamento ve kamuoyuna karşı saydamlık ve hesap verebilirliği sağlama,
- vii. Tasarruf etmedir.

Temel amacı mali saydamlık ve hesap verilebilirliği sağlamak olan bu bütçeleme sistemiyle, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli kullanımı sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca, alternatif programların maliyet etkinliği analizini yaparak kaynakların en etkin olana tahsis edilmesine imkan verir (Young, 2003, s.21). Planlama sürecinde hazırlanan stratejik planlar ile bütçeleme sürecinde hazırlanan

performans programları ve faaliyet raporları bu amacı gerçekleştirmek için kullanılan temel araçlardır.

Performans esaslı bütçeleme sisteminin sağladığı faydalarının yanında, uygulama aşamasında bazı sıkıntıların ve risklerin de ortaya çıktığı görülmektedir. Bunlar arasında ilki, performans esaslı bütçeleme sisteminin hazırlanmasının oldukça zor olması, bütçelerdeki bilgileri yorumlamak belirli düzeyde uzmanlığı gerektirmesidir. Bunun yanında, performans bilgisinin elde edilmesi, kamu yönetimine ek maliyetler getirmektedir. Ayrıca performans bilgilerinin elde edilmesi, kamu çalışanlarına ilave iş yükü de demektir. Bu yüzden sistem, kamu görevlileri tarafından çok istenmeyen ve uygulamada sıkıntı yaratan bir süreçtir (Erüz, 2005, s.63). Bununla beraber, bütçeyi hazırlayan kişiler sistemi benimsemiş olsalar ve hazırlama konusunda yeterli uzmanlığa erişseler dahi, bütçeleri kabul eden parlamenterler tarafından sistem benimsenmeyebilir. Bunun yanında, performans esaslı bütçeleme sisteminde ortaya konmuş olan ölçütler ve maliyetler her zaman gerçeği yansıtmayabilir. Ölçütlerin yanlışlığı, yani yanlış hesaplamalar, sonucunda doğal olarak yanlış olmasına neden olmaktadır. Hizmetin özelliği dolayısıyla bazı kamu hizmetlerinde performansı ölçmek her zaman mümkün de olmayabilecektir. Öte yandan yöneticiler, performanslarını arttırmak için hukuka aykırı işlere girişebileceklerdir (Mutluer, Öner ve Kesik, 2011, s.91). Ayrıca, iyi oluşturulmamış performans ölçüm sistemlerinin kamu idarelerinin performansının istenmeyen alanlara yönelmesine neden olabilmektedir. Bu yüzden performans esaslı bütçeleme sisteminden beklenen başarıyı elde etmek için öncelikle bütçeyi hazırlayan kamu çalışanları ile bütçeyi kabul edip uygulayan politikacıların bu bütçeleme anlayışını benimsemesi gerekmektedir. Daha sonra performans esaslı bütçelemeyle ilgili yeterli uzmanlığa erişmiş personele sahip olmak gerekmektedir. Bu iki husus gerçekleştirildiği takdirde bütçelerin hazırlanması, onaylanması ve uygulanması süreçlerinde yanlışların, eksikliklerin ve gecikmelerin ortaya çıkması önemli ölçüde azaltılmış olacaktır.

Wellman'a göre performans esaslı bütçeleme, sonuçların mantıklı şekilde ölçülebildiği sağlık ve sosyal hizmetler gibi alanlarda başarılı olan bir sistemdir. Ancak sonuçların mantıklı şekilde ölçülemediği alanlarda ise daha az başarı göstermektedir.

Örneğin adalet sisteminde adaletin nasıl ölçüleceği tartışmalı bir konudur. Ayrıca uzun dönemli belirsiz sonuçların elde edildiği durumlar için de performans esaslı bütçelemenin uygulanması oldukça zordur (Wheatley, 2004, 38-39).

Türkiye’de de 2006 yılında yürürlüğe giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununu ile kamu mali yönetiminde mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık hedeflenerek kamu kaynaklarının etkin, ekonomik ve verimli kullanılmasını sağlamak üzere performans esaslı bütçelemeye geçiş öngörülmüştür (Mutluer, Öner ve Kesik, 2011, s.143). Bahsi geçen Kanunun 9’uncu maddesinde ifade edildiği üzere, kamu idareleri bütçelerini stratejik planlarında yer alan misyon, vizyon, stratejik amaç ve hedeflerle uyumlu olarak Maliye Bakanlığı’nın belirttiği hususlar dahilinde performans esasına dayalı olarak hazırlamaktadırlar. Bu anlamda kamusal hizmetlerdeki dönüşümün bütçeleme konusundaki yansımalarından biri Türkiye’de gerçekleştirilmiş olmaktadır.

2.2.2.2. Katılımcı Bütçeleme

Katılımcı bütçeleme, yerel yönetimin finansal kaynaklarının bir kısmı veya tamamının yönetimi ve tahsisine ilişkin karar alma süreçlerine vatandaşın katılmasına olanak veren bir mekanizmadır (Social Development Team Europe and Central Asia Region, 2006, s.1). Diğer bir deyişle, katılımcı bütçeleme anlayışı, temelde ya bireyler ya da sivil toplum kuruluşları tarafından gönüllü ve düzenli olarak belirlenmiş bir takvim ile belediye bütçesinin en azından bir kısmı için karar verme sürecine katılmasını ifade etmektedir (Özen ve Yontar, 2009, s.283). Bu bağlamda, bu bütçeleme tekniğinin, vatandaşların bütçeleme sürecine doğrudan katılabildiği, kaynakların nasıl tahsis edileceğine vatandaşların bizzat karar verebildiği ve özellikle yoksulluğu gidermeye yönelik kaynakların yeniden dağıtılmasına olanak veren bir araç olduğu söylenebilir.

Katılımcı demokrasi yaklaşımının mali açıdan yansıması olan katılımcı bütçeleme anlayışı karar alma süreçlerinin meşruiyetini sağlama ve finansal hesap verebilirliği yaygınlaştırmada yeni bir metottur (Wu ve Wang, 2011, s.263). Hem katılımcı demokrasinin hem de temsili demokrasinin birlikte uygulanmasına imkan

verir. Birleşmiş Milletler (BM) ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar da katılımcı bütçelemeyi demokratik yönetişimin en iyi uygulaması olarak ifade etmişlerdir (Lerner, 2011, s.30).

Katılımcı bütçeleme dünyada ilk kez 1989 yılında Brezilya'nın Porto Alegre yerleşim yerinde uygulamaya konmuştur. Günümüzde de pek çok ülkede yüzlerce kentte uygulanmaktadır. Arjantin, Şili ve Meksika gibi bazı Latin Amerika ülkelerinde, İspanya, Almanya ve İtalya gibi Avrupa ülkelerinde, Afrika'da pek çok şehirde ve bazı Asya ülkelerindeki farklı şehirlerde ve çeşitli şekillerde uygulandığı görülmektedir (UN-HABITAT, 2004, s.21).

Katılımcı bütçeleme temelde, yoksullara ve vatandaşların önceliklerine yönelik olarak kamu harcamalarının belirlenmesini sağlama, demokrasiyi güçlendirme, doğrudan demokrasiyi öne çıkarma (He, 2011, s.123) ve kamunun performansını artırma amaçlarıyla geliştirilmiş bir uygulamadır. Bu temel amaçların paralelindeki diğer amaçlar ise şöyle sıralanabilir: Kamuda hesap verebilirliği ve saydamlığı artırma, kamusal hizmetlerin sunumunu iyileştirme, kaynakların tahsisinde sosyal adaleti ve etkinliği sağlama, karar alma süreçlerine vatandaş katılımını artırma ve yönetişimi geliştirip daha meşru bir yönetim sağlamadır (Zamboni, 2007, s.2). Saymış olduğumuz bu amaçlar kamuda, vatandaş odaklı bir anlayışı oluşturmanın birer gereğidir. Bu bağlamda da, katılımcı bütçeleme anlayışının vatandaş odaklı yaklaşıma doğru atılmış önemli bir adım olduğu ifade edilebilir.

Katılımcı bütçelemenin hayata geçirilebilmesi için bir takım koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu koşullardan ilki, belediye başkanı ve belediyedeki diğer karar organlarının irade göstermesi, katılımcı bütçeleme sürecini desteklemesidir. İkinci olarak, vatandaşlar ve sivil toplum kuruluşları katılımcı bütçelemeyi benimseyip desteklemelidir. Sivil toplum kuruluşlarının desteğini alan katılımcı bütçelerin daha başarılı olduğu görülmektedir. Üçüncü olarak, katılımcı bütçelemeye ilişkin kurallar açıkça tanımlanmalı ve herkesle paylaşılmalıdır. Dördüncü olarak, katılımcı bütçelemeyi her tür eleştiri ve hukuki saldırıdan korumak için bu bütçeleme tüm siyasi taraflarca benimsenmeli ve desteklenmelidir. Son olarak, vatandaşların seçmiş olduğu projelerin hayata geçirilebilmesi için yerel yönetimin istediği gibi kullanabileceği esnek

yapıda bir fona sahip olması gerekmektedir. Çünkü yönetimin finansal esnekliği ne kadar fazlaysa vatandaşların istediği projeyi seçme ve hayata geçirme konusundaki etkisi de o kadar fazla demektir (UN-HABITAT, 2004, s.30-31; Wampler, 2007, s.24-25). Bütün bunlar göstermektedir ki, katılımcı bütçelemenin hayata geçirilebilmesi için öncelikli olarak her kesimden –bürokratlar, sivil toplum kuruluşları, vatandaşlar ve siyasiler- destek gelmeli; bu kesimlerin hepsi katılımcı bütçeleme anlayışını benimseyip uygulanması için çaba göstermelidir. Bu destekler olmadığı takdirde katılımcı bütçelemeyi uygulamak; uygulansa da istenilen sonuçlara ulaşmak pek mümkün değildir.

Katılımcı bütçelemelerde karar alma süreçlerine katılan birçok aktör mevcuttur. Bu aktörler sırasıyla şöyle ifade edilebilir: vatandaşlar, yerel sivil toplum örgütlerinden temsilciler, yerel konseyler, yerel yönetim ve iş çevrelerinden temsilcilerdir. Bu süreçte aktörler kamu kaynakları ve yatırımlar üzerinde tartışma, analiz etme, önceliklendirme, kaynak tahsisi yapma, izleme ve değerlendirme imkanına sahiptirler. Bu noktada da özellikle vatandaşların oynadığı roller önemlidir. Vatandaşlar temel olarak kamusal mal ve hizmetlere ilişkin ihtiyaçlarını açıklamakta, bu ihtiyaçlarını diğer grup üyeleri ve temsilcilerle tartışıp uzlaşmaya varmakta ve böylece onlarla beraber öncelikleri oluşturmaktadırlar. Bunun yanında, katılımcı bütçelemeye yön veren kural ve süreçlerin oluşturulmasına da katkı sağlamaktadırlar. Bu bağlamda, yerel yönetim yetkilileri vatandaşları bir yandan süreçle ilgili eğitmekte diğer yandan da sürecin oluşturulmasına onları dahil etmektedirler. Vatandaşlar, bütçe kabul edildikten sonra da, bütçe uygulamalarının gözden geçirilmesi, yapılan çalışmaların izlenip değerlendirilmesine katılmaktadırlar (Social Development Team Europe and Central Asia Region, 2006, s.3-4). Bununla birlikte, genellikle üzerinde söz sahibi oldukları miktar, pek çok yerel yönetimde bütçenin %5 ile %15'i arasında değişmektedir.

Katılımcı bütçeleme uygulamalarında vatandaşların bütçe süreçlerine bahsedilen katılımlarının farklılık arz ettiği görülmektedir. Örneğin, doğrudan demokratik anlayışta vatandaşlar bizzat toplantılara katılmaktadır. Bu toplantılarda her vatandaşın oy hakkı bulunmakta ve vatandaşlar süreci doğrudan kontrol edebilmektedirler. İkinci tür katılım ise dolaylı şekilde gerçekleşmekte ve seçilmiş

temsilci ya da liderler toplantılara katılmaktadırlar. Bu, toplum temelli temsili demokrasi anlayışında görülen katılımcı bütçeleme türüdür. Bu iki anlayış çerçevesinde çeşitli katılımcı bütçeleme uygulamaları görülmektedir (Cabannes, 2004, s.28). Uygulanan farklı türlerdeki bu katılımcı bütçeler, hem vatandaşlar hem de yönetimler için önemli faydalar sağlamaktadır. Katılımcı bütçelemenin sağladığı faydalar şöyle sıralanabilir (Lerner, 2011, s.31; UN-HABITAT ve Municipal Development Partnership for Eastern and Southern Africa, 2008, s.9-13; Lerner, 2004. s.20-22; Wampler, 2007, s. 27-28.'den yararlanılarak derlenmiştir):

- i. *Demokrasi:* Katılımcı bütçeleme demokrasiyi güçlendirir. Demokrasi kültürü oluşturarak toplumsal uzlaşa sağlar. Katılımcı bütçelemeyele beraber kamu kurumları, programları ve karar alma süreçleri daha demokratik hale gelir. Katılımcı bütçeleme, demokratize edilmiş yönetim ve yerelleşmede etkili bir araçtır.
- ii. *Şeffaflık:* Katılımcı bütçeleme kamu kaynaklarının kullanımında şeffaflık ve hesap verebilirliği sağlamada kilit bir rol üstlenmektedir. Sağlamış olduğu saydamlık ve hesap verebilirlikle de yolsuzlukları azaltır. Çünkü yöneticiler artık kaynakları kayıtsızca kullanma ve yolsuzluk yapma fırsatı bulamaz.
- iii. *Eğitim:* Katılımcı bütçelemeyele beraber vatandaşlar - özellikle de dışlanmış, yoksul ve marjinalleştirilmiş gruplar - birçok konuda bilgi edinme şansı yakalayarak daha güçlü hale gelirler. Sahip oldukları haklar, yerine getirmeleri gereken sorumluluklar, kamudaki karar alma süreçleri ve bütçenin işleyişi gibi konularda bilgi sahibi olur ve daha iyi anlarlar. Bu onları pasif konumdan, sadece izleyici olmaktan çıkararak; aktif, isteyen, sorgulayan ve eleştiren kişiler olmalarını sağlar. Artık kamu kaynaklarının alıcısı değil, sahipleri olduklarının farkına varırlar. Özetle, katılımcı bütçeleme bir nevi demokrasi ve vatandaşlık okuludur denebilir.
- iv. *Etkinlik:* Katılımcı bütçeleme, kamusal hizmetlerin etkin şekilde sunumu ve yerel kalkınmayı iyileştirmede anahtar konumdadır. Mevcut kaynaklar vatandaş ve yöneticilerce uzlaşayı varılmış ihtiyaçlar doğrultusunda tahsis

edildiğinde, hem beşeri hem de iktisadi kaynakların kullanımında etkinlik sağlanmış olur. Böylece maliyetler azalır ve kararlar uzlaşıyla alındığından, uygulamaları zora sokan anlaşmazlıklar kolayca ortadan kalkar. Yönetim ve vatandaşlar arasındaki güven artar. Bütün bunların sonucunda da vatandaşların vergi ödeme istekleri yükselir ve yerel yönetimin gelir toplamadaki etkinliği artar. Bunun ayrıca, kamusal mülklere verilen zararları da azaltması beklenir.

- v. *Sosyal Adalet:* Katılımcı bütçeleme, dezavantajlı kimselerin ihtiyacı olan kaynakları elde etmelerine yardım eder. Kamu yatırımları daha çok fakir bölgelere yönlendirilir, bu bölgelerin temel ihtiyaçları giderilmeye çalışılır. Dışlanmış gruplar katılımcı bütçelemeyle tekrar, karar alma ve kaynakların tahsisi süreçlerine dahil edilir ve talepleri dikkate alınmaya başlar. Diğer bir deyişle, her vatandaş karar alma süreçlerine dahil olmada artık eşit şansa sahiptir. Bütün bunlar da sosyal adaleti iyileştirerek güçlendirir.
- vi. *Ortaklaşalık:* Katılımcı bütçeleme, kişilerin birbirleriyle olan iletişimini artırır, bağlılıkları güçlendirir. Sosyal etkileşimi sağlayacak yeni bir alan yaratır ve sosyal sermayeyi güçlendirir. Katılımcı bütçeleme, dayanışmayı artırma ve toplumsal kimlikleri güçlendirmede önemli bir araçtır.
- vii. *Politik Meşruiyeti ve Seçmen Desteğinin Alınması:* Katılımcı bütçeleme ile sürece dahil olan seçmenlerin desteği alınmış olur. Artan seçmen desteği, politik meşruiyeti de artırır ve güçlendirir.

Katılımcı bütçeleme saymış olduğumuz faydalar yanında pek çok sıkıntıyı da bünyesinde taşımaktadır. Bunlardan ilki, yönetimin çoğu zaman katılımcı bütçelemeyi uygulamada zayıf ve yetersiz olmasıdır. İkinci önemli problem, katılımcılara verilen bilgiye dairdir. Bilgiye ilişkin sistemlerin kalitesi çoğu zaman düşük düzeyde kalmaktadır. Bilgi alışverişi ve bu bağlamda uygulamalar istenilen durumda değildir (UN-HABITAT, 2004, s.71). Bunun yanında, projelerin çoğu kez hayata geçirilememesi, kaynakların talepleri karşılamada yetersiz kalması, bütçelemeyi uygulamaya koymada zamanın yetersizliği (Community Pride Initiative/Oxfam UK Poverty Programme, 2005, s.20), yerel bütçe açıkları, doyumluğa ulaşmış bir

mahallenin beklentilerinin az olması nedeniyle katılımın düşük olması (Özen ve Yontar, 2009, s.291), politik taraflar arasındaki tartışmalar ve gerilimler, müşteri odaklı politik sistem, yasal ve bürokratik zorluklar katılımcı bütçelemeyi uygulamada karşılaşılabilecek diğer potansiyel sıkıntılardır. Bahsedilen bu sıkıntıları tamamen ortadan kaldırmak zordur. Özellikle de, bütçe açıkları kronik bir hal aldıysa ve politik istikrarsızlıklar çözümsüz boyuttaysa katılımcı bütçelemeyi uygulamaya sokmak oldukça zor görünmektedir.

Türkiye’de de *Yerel Yönetim Reformuna Destek Projesi* kapsamında, 2007 yılında pilot yerel yönetimlerde katılımcı bütçe çalışmaları başlatılmıştır. İçişleri Bakanlığı’nın yararlanıcısı olduğu Yerel Yönetim Reformuna Destek Projesi, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilmekte olan ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Türkiye Ofisi tarafından yürütülen bir projedir. Katılımcı bütçelemeye yönelik önemli bir çalışma da Ankara Altındağ Belediyesi, İsveç’in Umea, Bursa’nın Nilüfer, Osmangazi, Yıldırım Belediyeleri ve Eskişehir’in Tepebaşı Belediyesi’nin yürütmekte oldukları Belediye Ortaklık Ağları Projesi (TUSENET Projesi)’dir. Bu kapsamda katılımcı bütçe alanında, Avrupa’daki iyi uygulamaları paylaşmak amacıyla beş Türk ve bir AB ülkesi belediye ile birlikte ortaklık yapılarak AB’ye Katılımcı Bütçeleme Sistemi İşbirliği Projesi gönderilmiştir (Özen ve Yontar, 2009, s.289-290). Bunların yanında da yine başka belediyelerde, katılımcı bütçeleme uygulamaları hayata geçirilmeye ve bu bütçeleme anlayışı yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Çanakkale Belediyesi de bu konuda başı çekmektedir. Türkiye’nin ilk katılımcı bütçesini hayata geçiren Çanakkale Belediyesi’dir. Türkiye bu konuda daha işin başındadır. Şu ana kadar atılan adımlar ne yazık ki tatmin edici bir düzeye ulaşmamıştır.

2.2.2.3. Cinsiyete Dayalı Bütçeleme

Cinsiyete duyarlı bütçeleme Rhonda Sharp ve Diane Elson gibi feminist yazarların çabaları sonucu ortaya çıkmış bir bütçeleme tekniğidir (Council of Europe, 2005, s.11). Günümüzde birçok ülkede tartışılmakta ve çeşitli biçimlerde uygulanmakta olan cinsiyete duyarlı bütçelemenin temel mantığı, devletin mali araçlarını ve özellikle bütçesini kullanarak toplumda kadının daha fazla söz sahibi olmasını ve cinsiyet

ayrımcılığının önlenmesini teşvik etmektir. Bu bütçeleme kadınlar için ayrı bir bütçe yapılmasını ifade etmemektedir. Daha ziyade bu bütçe, kamusal kaynakların cinsiyetler arasında eşit kullanımını güvence altına alan bir yaklaşımdır (Tüğen ve Özen, 2008, s.2).

Bütçe sürecinde daha fazla katılımı, şeffaflığı ve hesap verebilirliği sağlaması bakımından, iyi yönetişimin önemli bir parçası olan cinsiyete duyarlı bütçeleme anlayışı (Genç, M., 2010, s.43), toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlama politikasının bütçeleme sürecindeki uygulamasıdır. Cinsiyete duyarlı bütçelemeyle, hükümetler, sivil toplum kuruluşları ve kalkınma ajansları işbirliği içerisinde, mali politikalar ve bütçeler içine toplumsal cinsiyet analizlerini entegre edebilen bir mekanizma oluşturmaya çalışmaktadırlar (Budlender ve diğerleri, 2002, s.81). Bu bağlamda, cinsiyete duyarlı bütçe anlayışı, bütçenin, farklı gruplar farklı cinsiyetler üzerindeki etkilerine göre, toplumun cinsiyetler arası ilişkileri doğrultusunda kamusal kaynakların ihtiyaçlar doğrultusunda tahsis edilmek için yapılan bir girişim olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı bir bakış açısıyla bütçenin ve bütçeleme süreçlerinin değerlendirilmesinin, kamu gelir ve harcamalarının cinsiyet eşitliğini sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesinin sağlanması olarak ifade edilebilir.

Cinsiyete duyarlı bütçeleme konusunda dünyada ilk uygulama 1984 yılında Avustralya'da gerçekleştirilmiştir (Leadbetter, 2012, s.3). 2000 yılından itibaren ise pek çok ülkede uygulamalar gözlenmiştir. Örneğin Avrupa'da Fransa, Belçika, İskandinav ülkeleri, İrlanda ve Birleşik Krallık'ta ulusal düzeyde uygulamalar görülürken; İskoçya'da, İspanya'nın Bask bölgesinde ve İtalya'nın Emilia-Romagna bölgesinde daha çok bölgesel düzeyde uygulamalar izlenmiştir. Asya'da Hindistan, Malezya ve Nepal'de cinsiyete duyarlı bütçelemeye yönelik birtakım çalışmalar başlatılmıştır. Afrika'da da Mozambik, Ruanda ve Tanzanya gibi bazı ülkelerde devlet bütçelerinde cinsiyete duyarlı bütçeleme bakımından çeşitli analizler yapılmıştır. Latin Amerika ülkelerinden Şili'de ise kamu kurumları bütçe ödeneklerini hazırlarken cinsiyet duyarlılığını dikkate alırken, Meksika'da Sosyal Kalkınma ve Sağlık Bakanlığı da benzer şekilde bütçelerini oluşturmaktadır (Elson, 2004, s.630).

Kadın ve erkeğe eşit fırsatlar sunulmaması toplumsal ve ekonomik sorunları arttırmaktadır. O yüzden kadınların ve erkeklerin ihtiyaçları, tercihleri, öncelikleri ve yararlandıkları kamusal mal ve hizmetlerdeki farklılıklar dikkate alınmadan üretilen hizmetlerde bir kayıp olması kaçınılmazdır. Bu durum hem topluma hem de devlete maliyetler yükler. Bu maliyetler, düşük ekonomik verimlilik, düşük çıktı ve hayat kalitesindeki azalma gibi ekonomik ve sosyal bakımdan istenmeyen durumlar şeklinde ortaya çıkabilir (Genç, M., 2010, s.41-42). O yüzden, kadınların ve erkeklerin toplum içindeki farklı rolleri, farklı konumları ve ekonomik ve sosyal durumlarındaki farklılıklar dikkate alınarak kamu politikaları oluşturulmalı ve kamu bütçeleri bu bağlamda hazırlanmalıdır. Cinsiyete duyarlı bütçeleme anlayışı da bu yönde atılacak önemli bir adımdır. Böylece bütçe hedeflerinin iyileştirilmesi ve kaynak tahsisinde etkinliğin sağlanmasının yanında, kamusal hizmetlere vatandaş odaklılığı kazandırmak da kısmen mümkün olacaktır.

Bütün bunlar bağlamında toplumsal cinsiyete duyarlı bütçeleme anlayışının, genel kabul gören yararları şöyle sıralanabilir (Klatzer, 2011, s.10-12):

- i. *Cinsiyet Eşitliğinin Sağlanması:* Kadınların ve erkeklerin aynı politikalardan eşit şekilde yarar görebilmeleri için birbirlerinden farklı olabilecek ihtiyaçları, tercihleri ve hakları dikkate alınarak, kaynakların buna göre dağıtılmasına olanak sağlamaktadır.
- ii. *Kadın Haklarının Kazanılması Hedefine Doğru Yol Alınması:* Kadın haklarının kazanılması, hakların yeterli kaynağa sahip politikalar haline dönüştürülmesine bağlıdır. Cinsiyete duyarlı bütçeleme bunu mümkün kılmaktadır.
- iii. *Fakirliğin Daha Etkili Biçimde Azaltılması:* Fakirliğin kadınlar üzerindeki etkisinin daha şiddetli olduğu artık kabul edilmektedir. Kadınların ihtiyaçları eşit şekilde ele alınmadığı takdirde, fakirliği azaltma amaçlı politikaların başarıya ulaşmama riski büyüktür. O yüzden, cinsiyete duyarlı bütçeleme burada kilit konumdadır.
- iv. *Ekonomik Üretkenliğin Arttırılması:* Ekonomik alanda daha güçlü kılındıklarında kadınlar kendilerinin ekonomideki yerini iyileştirmekle

kalmamakta, genel olarak toplumun refahının artmasına da katkı sağlamaktadırlar.

- v. *Hesap Verilebilirliğin ve Şeffaflığın Arttırılması*: Cinsiyete duyarlı bütçeleme yaklaşımıyla, hükümet tarafından ne kadar para tahsis edildiği ve tahsis edilen miktarın ne kadarının harcandığı izlenerek hem hesap verilebilirlik hem de şeffaflık arttırılmaktadır.
- vi. *Politika Hedeflerinin Tutturulmasının Takibi*: Genel politika hedeflerinin cinsiyeti ne kadar dikkate alarak yakaladığını takip etme imkanı sunmaktadır.
- vii. *Katılımcılığın Geliştirilmesi*: Cinsiyete duyarlı bütçeleme özellikle kadınların ve kadın bakış açısının katılımcı süreçlere dahil edilmesini sağlayarak bu süreçlerin kalitesini arttırabilir. Ekonomik karar alma mekanizmalarına ve bütçe işlemlerine kadınların daha fazla katılımını sağlar.
- viii. *İyi ve Demokratik Yönetişimin Sağlanması*: Cinsiyete duyarlı bütçeleme, bütçeleme sürecinden dışlanan grupları ve özellikle kadınları ve cinsiyet eşitliği taraftarlarını içerecek şekilde genişletmek üzere bir strateji ve yaklaşım sunar. Bu anlamda, cinsiyete duyarlı bütçeleme iktisadi ve mali yönetişimi daha da iyileştiren bir yaklaşım olmakla kalmayıp genel olarak iyi ve demokratik yönetişime de güç kazandırmaktadır. Ulusal ve yerel seviyedeki bütçelerin hazırlanmasının tüm safhalarında toplumsal cinsiyet bilincinin dahil edilmesi üzerine odaklanır

Katılımcı nitelikteki ve kadınların ve dezavantajlı kesimlerin seslerinin duyulmasını sağlamayı amaçlayan cinsiyete duyarlı bütçeleme yaklaşımı yerel düzeyde özellikle sonuç verici ve etkili olmaktadır. Bu tür bir bütçeleme, ülkedeki mevcut bütçe sürecinin planlamadan başlayarak, hedeflerin ortaya konulması, bu hedeflere yönelik kaynakların tahsisi ve hedeflere ne şekilde ulaşıldığının değerlendirilmesi aşamalarının herhangi birinde veya tamamında kullanılabilir. Bu bütçeleme aynı zamanda toplam kamusal kaynakların ne kadarının kadınlara yönelik kullanıldığının analizi açısından da önemli bir araçtır (Tüğen ve Özen, 2008, s.2). Ekonomik ve sosyal hayatta

kadına ne kadar yer verildiği, kadının oynadığı rollerin neler olduğu, bu durumun kadınlara ne getirdiği ve götürdüğünü görebilmede kullanılabilir. Böylece yapılması gerekenleri, cinsiyetlere eşit fırsatlar sağlamada alınabilecek önlemleri, uygulanacak politikaları tespit etmek kolaylaşır. Bu gerçekleştirildikçe kamusal hizmetlerin dönüşüm gösterdiği, özellikle kadın ve dezavantajlı kesimlere yönelik bir iyileşme yaşandığı fark edilmektedir.

Kadınların aileyle ilgilenmek, ev işleri yapmak ve çocuk bakmak gibi ücreti olmayan işlerde ve benzeri yerlerde çalıştıkları düşünülürse, milli gelire kadınların erkeklerden daha çok katkıda bulduklarını belirtmek gerekir. Cinsiyete duyarlı bütçe bu konulara odaklanarak, vergi ve harcama sistemlerini bunlar üzerinde kurmaya çalışmalıdır (Elson, 1998, s.931-934). Bütçe sisteminde kadın istihdamı ve girişimciliğini teşvik etmeye yönelik vergi muafiyet ve istisnalarının getirilmesi, bütçe karar mekanizmalarına kadınların katılımının artırılması, kadının toplumsal yaşam düzeyinin ve kalitesinin iyileştirilmesine yönelik kamu yatırım harcamalarına öncelik verilmesi gibi somut hedeflerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Erkan ve diğerleri, 2012, s.89). Bunun yanında, cinsiyete dayalı bir verginin alınabilmesi için gelir vergisinde düzenlemeye gidilerek kadına bazı avantajlar sağlanabilir. Harç, resim ve fiyat şeklinde fayda karşılığında elde edilen gelirler ise cinsiyete dayalı olarak belirlenebilir. Bu gelirler birçok durumda cinsiyet ayrımına bağlı alınabilir. Mesela, devlet üniversitelerindeki öğrencilerden alınan harç ve ücretler kolaylıkla kamu harcamaları içinde cinsiyet ayrımına tabi tutulabilir (Meriç, 2007, s.61).

Bununla beraber, cinsiyete duyarlı bütçelemeyi hayata geçirmede bir takım sıkıntılar vardır. Öncelikli olarak, yeterli verinin mevcut olmamasıdır. Bütçelemeyi cinsiyete duyarlı hale getirebilmek için bütçe sürecini cinsiyete duyarlı olup olmadığını değerlendirmede yeterli verinin olması gerekmektedir. Bunun yanında, bunu yapabilecek yeterli araç ve uzmanlığı bulmak da çoğunlukla zordur. Ayrıca birçok ülkede bunu hayata geçirebilmede ciddi dirençlerle karşılaşmakta, yeterli politik ve bürokratik irade bulunmamaktadır (Council of Europe, 2005, s.19). Bununla beraber, bu ön koşullar olsa dahi cinsiyete dayalı bütçelemenin nasıl uygulanacağı ayrı bir sorundur. Hem ulusal, hem bölgesel hem de yerel düzeyde uygulanabilen cinsiyete duyarlı

bütçe lemede nereden ve nasıl başlanacağını gösteren tek bir tarif yoktur; bu konu, ilgili cinsiyete duyarlı bütçenin hedeflerine, kaynaklarına ve aktörlerine bağlıdır.

Türkiye’de cinsiyete duyarlı bütçelemeye yönelik altyapının oluşturulması, 1980’li yılların ortalarına dayanmaktadır. Bu yönde atılan ilk adım Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesine (CEDAW) taraf ülke olunması olmuştur. Türkiye, CEDAW’a taraf bir ülke olarak, eğitim alanında kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olmalarını güvence altına almak başta olmak üzere, kadına karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi için gerekli tüm önlemleri alıp almadığı konusunda hesap verme yükümlülüğü getirilmiştir (Demir, 2011, s.145-146). Ülkemizde kadın-erkek eşitliğinin devlet içinde kurumsallaştırılması süreci ise 1987 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)’na bağlı Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü bünyesinde Kadına Yönelik Politikalar Danışma Kurulu kurulmasıyla başlamıştır. Daha sonra, şimdiki adıyla Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü olan Kadının Statüsü ve Sorunları Başkanlığı 20 Nisan 1990 tarihli ve 422 sayılı *Kanun Hükmünde Kararname* ile kurulmuştur. Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü’nün cinsiyete duyarlı bütçeleme konusunda 2006 Mali Yılı Merkezi Yönetim Kesin Hesap Kanunu Tasarısı ile 2008 Mali Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu Tasarısı’nın Plan ve Bütçe Komisyonu Görüşme Tutanaklarına geçen bazı çalışmaları bulunmaktadır (Tüğen ve Özen, 2008, s.7-8). Bunların yanında, Müdürlüğün 2008-2012 Stratejik Planı, 2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı ve 2010 Yılı Performans Program’ında cinsiyete duyarlı bütçelemeye vurgular yapılmıştır (Günlük-Şenesen, 2013, s.108).

Türk Demokrasi Vakfı ile İstanbul Kadın Araştırmaları Merkezi tarafından yürütülen “Yerel Yönetimlerde Cinsiyete Duyarlı Bütçe Yaklaşımı–Marmara Modeli” isimli eğitim projesi Marmara bölgesinde cinsiyet eşitliğinin yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır. Proje, Marmara Bölgesi’nin illerinde pilot proje olarak uygulanacaktır. Bu proje, uygulamayı tüm Türkiye’ye yaymayı hedeflemekte ve sonucunda da Türkiye’de kadın politikalarına katkı sağlamaya yönelik bütçe oluşturulması önerisini somut bir biçimde hayata geçirmeyi amaçlamaktadır (Erkan ve diğerleri, 2012, s.95). Bu tür projeler uygulamaya konduğu ve yaygınlaştığı müddetçe Türkiye’de cinsiyete duyarlı bütçeleme anlayışı hayat bulacaktır. Özellikle yerel yönetimler düzeyinde bu

bütçeleme anlayışı uygulanabilirse önemli toplumsal ve ekonomik katkıları olacağını tahmin etmek zor değildir. O yüzden bu konuda daha çok girişimde bulunmak gerekmektedir. Dünyada kamu hizmetleri anlayışında dönüşüm yaşandığı bu dönemde, Türkiye’de cinsiyete duyarlı bir yapılanmaya gidilmesine giderek daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Cinsiyete duyarlı bütçeleme bu ihtiyacı gidermede kilit rol oynamaktadır.

2.2.3. Denetim Yönünden Değişim

Denetim, bir kuruluşun faaliyetlerinin ve işlemlerinin hedeflere, bütçelere, kurallara ve standartlara uygun olarak yürütülmesi ya da işlemlerini güvence altına almak üzere incelenmesi olarak ifade edilebilir (T.C. Sayıştay Başkanlığı, <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/yayinicerik/denter.htm#D>). Daha geniş ve kapsamlı bir tarifile denetim, ekonomik faaliyet ve olaylarla ilgili olarak gerçekleşmiş sonuçları önceden belirlenmiş amaçlar, kriterler ve standartlara göre, tarafsız olarak analiz etmek ve ölçmek suretiyle kanıtlara dayalı olarak değerlendirmek, gelecekteki hataların önlenmesine yardımcı olmak, kişi ve kuruluşların gelişmesine, mali yönetim ve kontrol sistemlerinin geçerli, güvenilir ve tutarlı hale gelmesine rehberlik etmek ve elde edilen sonuç ve bulguları ilgililere duyurmak için uygulanan sistematik bir süreç olarak ifade edilebilir (Coşkun, A. 2000, s.15).

Denetimin, düzenlilik denetimi, mali denetim, iç denetim, uygunluk denetimi ve performans denetimi gibi çeşitli türleri vardır. Bu kısımda öncelikle, kamusal hizmetlerdeki değişimin kamusal denetim alanına yansımalarından biri olan performans denetiminden; daha sonra ise iç kontrol ve iç denetimden bahsedilecektir. Bu denetim türlerinin özellikleri, amaçları, faydaları ve nasıl uygulandıkları konusunda bilgi verilecektir.

2.2.3.1. Performans Denetimi

Performans, hizmette etkinlik ve üretimde verimlilik ve tutumluluk olarak tanımlanmaktadır. Performans denetimi ise bir kurumun, faaliyetin veya yönetimin performansının, yani başarısının incelenmesi (Khan, 1995, s.19), değerlendirilmesi ve ilgililere raporlanmasına yönelik çalışmalar bütünüdür ifade etmektedir. Bu bağlamda,

bu denetim kurumun amaç ve hedeflere ulaşmadaki başarısı ile verimlilik, tutumluluk ve etkinlik ilkelerine uygunluk yönünden yapılan incelemeleri içermektedir.

Maliye Bakanlığı ise performans denetimini “Kamu idarelerinin hesap verme sorumluluğu kapsamında faaliyet, çıktı ve sonuçlarının, performans hedef ve gerçekleştirmelerinin, performans bilgi, izleme ve kontrol sistemlerinin incelenip değerlendirilmesi suretiyle kaynak kullanımının etkinliğinin, tutumluluğunun ve verimliliğinin objektif ve sistematik olarak denetlenmesi” şeklinde tanımlamaktadır (T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2004, s.9). Özetle denebilir ki; performans denetimi, tahsis edilen kamu kaynaklarıyla elde edilen hizmetler arasında ilişki kurulması ve bu kaynakların kullanımında yukarıda bahsettiğimiz ilkelere uyulup uyulmadığının incelenip değerlendirilmesi ve ilgililere raporlanmasıdır. Böylece kamuda hesap verme sorumluluğu ve performansın geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Performans denetimi, 1940'lı yıllarda, firmaların sanayi standartlarına göre verimliliklerini ölçmek için işlem denetiminin önem kazanmasıyla ortaya çıkmıştır (Kubalı, 1998, s.12). II. Dünya Savaşı sonrasında ise kamu kaynaklarında ortaya çıkan kıtlık ve bu kaynakları etkin, ekonomik ve verimli kullanma gereksinimi performans denetimini özel sektör yanında kamu sektörü için de cazip bir denetim türü haline getirmiştir. Bu tarihten sonra dünyada giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu bağlamda, ilk kez INTOSAI (International Organization of Supreme Audit Institutions)'nın önemli tavsiye kararlarının alındığı Lima Deklarasyonunda sistematik olarak tanımlanmış olan performans denetimi 1980'lerle beraber sayıştaylar tarafından uygulanmaya başlamıştır (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2002, s.5).

Söz konusu kavram, “Etkinlik Denetimi”, “İşlemsel Denetim”, Program Denetimi”, “Paranın Karşılığı Denetimi” (Value For Money Audit), “Yönetim Denetimi” (Management Audit), “Verimlilik, Etkinlik ve Tutumluluk Denetimi” (EEE, VET), “Yönetimsel Denetim” (Managerial Audit) gibi çeşitli ülkelerde farklı adlar altında ele alınmıştır (Knighton, 1967, s.15). Başta ABD, Kanada, İsveç ve Avustralya, gibi birçok gelişmiş ülke ile Filipinler, Malezya ve Güney Kore gibi birçok gelişmekte olan ülkede kullanılmaya başlamıştır (Özer, H., 1992, s.33).

Böyle bir denetimi gerekli kılan nedenler ve ortaya çıkaran koşullar nelerdir? Performans denetimi nasıl hem özel sektörde hem de kamuda uygulama alanı bulabilmiş ve giderek de yaygınlaşmıştır? Bu sorularının yanıtları oldukça kapsamlıdır. Performans denetiminin giderek kabul görmesinin ve uygulanmasının arkasında çok sayıda faktör yatmaktadır.

Performans denetimine geçilmesine neden olan gelişmeler: kamu harcamalarındaki artışlar, denetim anlayışındaki gelişmeler, kamu yönetimi ve bütçe alanındaki yeni yaklaşımlar, demokratik kurumların gelişmesiyle birlikte, halkın ve temsilcilerinin demokrasi bilincinin artması, dolayısıyla da hesap verme sorumluluğunun önem kazanması (Özer, H., 1992, s.32), sivil toplum kuruluşlarının, kamuoyunun ve vergi mükelleflerinin bir baskı unsuru olarak kamu denetiminin etkinliğinin artırılmasına ve kapsamının genişletilmesine ilişkin talepleri ile kamu idarelerince sunulan hizmetlerin sunumu konusundaki beklenti ve taleplerinin artması (Candan, 2007, s.56) ve bilgi teknolojilerindeki değişim olarak ifade edilebilir. Görüleceği üzere bahsedilen bu nedenler, daha önceki bölümlerde açıkladığımız kamusal hizmetlerdeki dönüşümün nedenleriyle örtüşmektedir. Dünyada meydana gelen bu gelişmeler kamu sektörünü hizmetin planlanmasından sunumuna, bütçeden denetime kadar her yönden etkilemiştir. Böylece kamusal kaynakların kullanılmasında kalite, performans, erişim ve katılımcılık gibi pek çok unsurun kamuda hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır.

Klasik denetimden farklı olarak performans denetiminin, bir takım temel unsurları vardır ve bu unsurlar üzerinde şekillenir. Performans denetiminin temel unsurları; verimlilik, etkinlik ve tutumluluktur. Bu unsurlar kısaca *VET* olarak formüle edilmektedir. Bu üç unsurun İngilizcedeki (economy, efficiency, effectiveness) karşılığında yola çıkılarak 3E denetimi deyimini de kullanılmaktadır.

Bunlardan ilki olan tutumluluk, kurumun amaçları da göz önünde bulundurularak, kaynakların uygun miktar ve kalitede, uygun zamanda, uygun yerde, en uygun maliyetle elde edilmesi anlamına gelmektedir (Kubalı, 1998, s.33). Tutumlulukta, konunun sadece girdi yönüne bakılır. Bu da, en az girdi ile mümkün olan ölçüde aynı çıktının elde edilip edilmediğinin incelenmesi anlamına gelmektedir.

Mallar, hizmetler veya diğer sonuçlar bakımından çıktı ile çıktının üretiminde kullanılan kaynaklar arasındaki ilişki (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2001, s.15) olarak tanımlanan verimlilik kavramı belli miktarda girdi ile mümkün olan en yüksek çıktının sağlanması ya da belli miktarda çıktının mümkün olan en düşük miktarda girdi ile elde edilmesidir (Karakaş, 2004, s.124). Yani, bir örgütün mal ve hizmet üretirken kaynaklarını ne kadar iyi kullandığını gösterir. Son olarak, etkinlik kavramına bakacak olursak bu kavramını içeriği verimlilik kavramından daha genişdir. Örgütlerin tanımlanmış amaçlarına ve stratejik hedeflerine ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetlerin sonucunda, bu amaçlara ve hedeflere ne kadar ulaştıklarını gösteren bir performans göstergesidir. Kaynaklar verimli ve tutumla olarak kullanılmış olsalar dahi kuruluş amaçlarına, hedeflerine ulaşamayarak etkisiz kalabilir ya da tersine hedefler çok yüksek maliyetle gerçekleştirilmiş olabilir (Pasour, 1981, s.33-34). Bu yüzden, etkinliği ölçmek, performans denetiminin belki de en önemli ayağını oluşturur. Özetleyecek olursak, tutumluluk az harcama, verimlilik iyi harcama iken, etkinlik akıllı harcamayı ifade etmektedir (Coşkun, A., 1998, s.89). Bunlar bağlamında, kamusal hizmetlerdeki dönüşümün denetim alanına yansımalarından olan performans denetiminin en önemli getirisinin, kamusal hizmetlerde etkinliği, etkililiği ve verimliliği garanti altına alması olduğu söylenebilir.

Performans denetimi geniş kapsamlı bir denetim türüdür. Bu denetim Sayıştay'lar tarafından yerine getirilebileceği gibi, idarelerin iç denetim birimleri tarafından da gerçekleştirilebilir. Ayrıca hem merkezi hem mahalli idarelerde performans denetimleri yapılabilir (Abid, 1998, s.121). Performans denetimlerinin standart bir süreci olmamasına rağmen denetimlerde izlenen ana çatı genelde benzerdir. Genelde uygulanan performans denetimi süreci dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar: planlama, uygulama, raporlama ve izlemedir.

Performans denetiminin uygulanması bakımından bir takım sıkıntılar mevcuttur. Ölçüme ilişkin zorluklar, performans kriterlerinin formüle edilmesi için gerekli olan bilgilerin elde edilmesi, işlenmesi ve bunun sayısallaştırılarak bir kriter olarak ortaya konulmasındaki güçlükler, kurumların ve yöneticilerin performanslarını ölçme, onların faaliyetlerine dair performanslarını artırma konusundaki isteksizlikleri,

performans denetiminin yapılabilmesinin deneyimli, uzman ve geniş bir ekip gerektirmesi gibi konular performans denetiminin yürütülmesindeki güçlükler olarak görülmektedir (Candan, 2007, s.63). Bu sıkıntılar aşılabildiği takdirde performans denetimiyle hedeflenenlere büyük ölçüde ulaşılabilir ve denetimi başarılı olur. Performans denetiminin başarılı olması demek ise kamusal hizmetlerde etkinliğin, verimliliğin ve kalitenin artması, böylece vatandaş odaklı hizmet sunma yaklaşımının hayata geçirilmesinde bir adımın daha atılmış olması demektir. Türkiye’de de performans denetimine ilişkin en belirgin düzenlemeler *5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu* ile yapılmış ve bu konuda iç ve dış denetçilere yetki verilmiştir. Benzeri düzenlemeler iç kontrol ve iç denetim için de yapılmıştır. Bunlar bir sonraki başlıkta ayrıntılı olarak incelenmektedir.

2.2.3.2. İç Kontrol ve İç Denetim

Kontrol, her işin ve her şeyin kurum, kuruluş veya işletmenin kabul edilmiş düzenine uygun olarak ve emirler çerçevesinde yürüyüp yürümediğini takip etmek anlamına gelir. Daha geniş manada, kontrol, kurumsal yönetimin amaç ve hedeflerine ve mevzuatına uygun olarak gerçekleştirilmesi, hataların önlenmesi veya düzeltilmesi amacıyla yönetimin oluşturduğu veya yaptığı önlemler bütünü olarak tanımlanabilir (Kaya, 2005, s.92).

Kontrol faaliyeti, kamudaki fonksiyonlarına ve AB’nin tasnifine göre, iç kontrol (internal control) ve dış denetim (external audit) olarak iki ana gruba ayrılabilir. İç kontrol de kendi içinde ön mali kontrol (ex-ante financial control) ve iç denetim (internal audit) olarak ikiye ayrılmaktadır. Dış denetim ise yüksek denetim (supreme audit) karşılığı olarak kullanılmakta ve parlamento adına yapılan bağımsız denetim şeklinde algılanmaktadır (Kesik, 2005, s.97). Bu denetim türü hizmetlerdeki dönüşümden bağımsız, daha önceden beri zaten var olan bir denetimdir. O yüzden, burada ayrıca incelenmeyecektir. Kamusal hizmetlerdeki dönüşümle ortaya çıkan kontrol ve denetim süreçleri, iç kontrol ve iç denetimdir. Bu bağlamda, öncelikle iç kontrol, daha sonra iç kontrolün sürekli izleme ve değerlendirmeye tabi tutulması gereğinden ortaya çıkmış iç denetim konusu ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

2.2.3.2.1. İç Kontrol

İç kontrol, kurumun, yönetimi ve personeli tarafından hayata geçirilen, belirlenmiş hedeflere ulaşmasında ve misyonunu gerçekleştirmesinde makul bir güvence sağlamak üzere tasarlanmış ve kurumun tamamını etkileyen bütünleşmiş bir süreci ifade etmektedir. İç kontrole ilişkin en genel ve açıklayıcı tanım 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanununun 55. Maddesinde yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre iç kontrol; idarenin amaçlarına, belirlenmiş politikalara ve mevzuata uygun olarak faaliyetlerin etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde yürütülmesini, varlık ve kaynakların korunmasını, muhasebe kayıtlarının doğru ve tam olarak tutulmasını, malî bilgi ve yönetim bilgisinin zamanında ve güvenilir olarak üretilmesini sağlamak üzere idare tarafından oluşturulan organizasyon, yöntem ve süreçle iç denetimi kapsayan malî ve diğer kontroller bütünüdür.

İdarenin yönetim sorumluluğu çerçevesinde yürütülen iç kontrol faaliyetleri öncelikle riskli alanları dikkate alır; malî ve malî olmayan tüm işlemler ile bu işlem sürecinde yer alan bütün görevlileri kapsar. Bunun yanında, iç kontrol düzenleme ve uygulamalarında mevzuata uygunluk, saydamlık, hesap verebilirlik ve ekonomiklik, etkinlik, etkililik gibi iyi malî yönetim ilkeleri esas alınır (İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 6). Bu ilkeler kamu sektörünün hemen hemen her alanında görülen değişimin göstergeleridir. Kamusal hizmet sunumu, yönetim uygulamaları ve bütçe gibi iç kontrol ve iç denetim de bu ilkeler ışığında yeniden şekillenmekte, vatandaşa daha yaklaşmaktadır.

İç kontrol bireylere bağımlıdır. İç kontrol sadece politikalar, talimatnameler, formlar ya da belgelerden oluşan bir sistem değildir. Odak noktasında kişiler, yani yöneticiler ve personel vardır. Yönetim amaçları belirler, kontrol faaliyetlerini ve mekanizmasını oluşturur, izler ve değerlendirir. Personel ise kendisine yüklenen görev ve sorumlulukları yerine getirerek iç kontrol sürecine aktif olarak katılır (Öz, 2007, s.22). Tabii burada geri planda kalan ama temel konumdaki aktör, vatandaşlardır. Vatandaşların beklentilerini karşılamayan, onları doğrudan veya dolaylı olarak süreç dahil etmeyen, vatandaşlardan kopuk olan bir yapının başarılı olması mümkün değildir.

O yüzden, iç kontrolün öncelikle vatandaşların sürece güvenini, erişimini ve katılımını sağlaması gerekmektedir.

Belli noktalarda, belli alanlarda ve belli zamanlarda değil; tüm faaliyetleri kapsayan devamlılık esasına dayanan bir süreci de ifade eden iç kontrolde, bir kurumun neyi başarmaya çalıştığını gösteren genel hedefler (hesap verme sorumluluğu, yasalara ve yönetmeliklere uygunluk, faaliyetler ve kaynakların korunması) ile bu hedefleri başarması için neye ihtiyaç duyulduğunu gösteren iç kontrol unsurları arasında doğrudan bir bağlantı mevcuttur (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2006, s.13). İç kontrol hedefleri belirlemez; belirlenmiş hedeflere ulaşmada makul güvence sağlar. Diğer bir ifadeyle, iç kontrol bir amaç değil, idareyi hedeflerine ulaştırma amacı taşıyan bir yönetim aracıdır denebilir.

Bütün bu söylenenlerin ışığında iç kontrolle gerçekleştirilmek istenenler şöyle sıralanabilir (5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Madde 56; İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 4):

- i. Kamu gelir, gider, varlık ve yükümlülüklerinin etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde yönetilmesi,
- ii. Kamu idarelerinin kanunlara ve diğer düzenlemelere uygun olarak faaliyet göstermesi,
- iii. Her türlü malî karar ve işlemlerde usulsüzlük ve yolsuzluğun önlenmesi,
- iv. Karar oluşturmak ve izlemek için düzenli, zamanında ve güvenilir rapor ve bilgi edinilmesi,
- v. Varlıkların kötüye kullanılması ve israfını önlemek ve kayıplara karşı korunmasıdır.

Görüldüğü üzere, iç kontrolle bir yandan kaynakların kullanımında etkinlik, ekonomiklik ve verimliliğin sağlanması amaçlanırken; diğer yandan da bu kaynakların kullanımında mevzuata uygun hareket etmenin güvence altına alınması amaçlanmaktadır. Ayrıca tüm süreçlerde faaliyetlerin zamanında, güvenilir, erişilebilir, şeffaf ve hesap verebilir olması da bu bağlamda hedeflenmektedir. Bütün bunların

sağlanması demek de kamuda hizmetlerde yaşanan dönüşümün önemli bir ayağının gerçekleştirilmiş olması anlamına gelmektedir.

İç kontrol sisteminin tanımı, amaçları ve unsurlarıyla ilgili en kapsamlı çalışma ABD’de gönüllü bir özel sektör organizasyonu olarak faaliyet gösteren COSO adlı kuruluşun, 1992 yayımladığı *İç Kontrol Bütünleşik Çerçeve* adlı rapor olmuştur. Bu çalışma iç kontrol sistemine ilişkin temel kriterleri ve genel çerçeveyi çizmiş, iç kontrol sistemini oluşturan birbiriyle ilişkili beş unsurdan bahsetmiştir (Öz, 2007, s.22). Türkiye’de de 26.12.2007 tarih ve 26738 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan İç Kontrol Standartları Tebliği’nde ve İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esasların 7 inci maddesinde bu unsurlara yer verilmiştir. İç Kontrolü oluşturan bu unsurlar şöyle sıralanabilir:

- i. *Kontrol Ortamı*: Kontrol ortamı, kontrol sisteminin temel hedeflerine ulaşması için bir düzen ve çerçeve sağlar (Özeren, 2000, s.4). İdarenin organizasyon yapısı ile personelin görev, yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde belirlenir. Kontrol ortamı; organizasyonun iş görme biçimini, genel geçer prensipler karşısındaki duruşunu ve kalitesini ifade eder (Yavuz, S. T., 2002, s.42). İdarenin yönetici ve çalışanlarının iç kontrole olumlu bir bakış sağlamaları, etik değerlere ve dürüst bir yönetim anlayışına sahip olmaları esastır. Performans esaslı yönetim anlayışı çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukların uzmanlığa önem verilerek bilgili ve yeterli kişilere verilmesi ve personelin performansının değerlendirilmesi sağlanır (İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 7).
- ii. *Risk Değerlendirmesi*: Risk değerlendirmesi, mevcut koşullarda meydana gelen değişiklikler dikkate alınarak, gerçekleştirilen ve süreklilik arz eden bir faaliyettir. İdare, stratejik planında ve performans programında belirlenen amaç ve hedeflerine ulaşılmasını engelleyecek iç ve dış nedenlerden kaynaklanan riskleri değerlendirir (İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 7). Diğer bir ifadeyle, örgütün faaliyet hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik ilgili risklerin yönetim tarafından tanımlanmasını ve incelenmesini kapsar

- iii. *Kontrol Faaliyetleri:* Önleyici, tespit edici ve düzeltici her türlü kontrol faaliyeti belirlenir ve uygulanır (İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 7). Yani kontrol faaliyetleri, idarenin hedeflerinin gerçekleştirilmesini sağlamak ve belirlenen riskleri azaltmak ve/veya tamamen ortada kaldırmak amacıyla oluşturulan politika ve prosedürlerdir.
- iv. *Bilgi ve İletişim:* İdarenin ihtiyaç duyacağı her türlü bilgi uygun bir şekilde kaydedilir, tasnif edilir ve ilgililerin iç kontrol ile diğer sorumluluklarını yerine getirebilecekleri bir şekilde ve sürede iletilir (İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 7). Etkin bilgi ve iletişim, bir kurumun iş görmesi ve faaliyetlerini kontrol etmesi için yaşamsal önemdedir.
- v. *Gözetim:* İç kontrol sistem ve faaliyetleri sürekli izlenir, gözden geçirilir ve değerlendirilir. (İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar Madde 7). İç kontrol, sistemin performansının devamlı değişen koşullara karşılık verebilmesini sağlamak için devamlı olarak izlenmesini ve değerlendirilmesini ifade eder.

Bu unsurlardan herhangi birinin yokluğu ya da uygulanamayışı iç kontrol sisteminin var olmadığı anlamına gelir. Bu unsurların birleşimi iç kontrol sistemini oluşturmaktadır. Kontrol için gerekli ortam sağlanmadan risklerin tespiti, incelenmesi ve gerekli tedbirlerin alınması mümkün değilken; bu konuda sağlıklı iletişim sağlanmadan ve iç kontrol işlemleri izlenmeden de kusursuz bir iç kontrol sisteminden bahsedilemez

Kontrol faaliyetlerinin tasarım ve uygulama eksikliklerinin olabileceği, bu nedenle tam bir güvence sağlayamayacağı dikkate alındığında, iç kontrol sisteminin, sürekli izleme ve değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir. Bu durum iç denetim faaliyetinin gerekliliğini ve rolünü ortaya koymaktadır (T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, <http://kontrol.bumko.gov.tr/Eklenti/4047,ustyonpdf.pdf?0>, s.2-3). İç kontrol ve iç denetim birbirinden ayrı ama yakından ilişkili iki kavramdır. İç kontrol ve iç denetim 1940'lı yıllardan bu yana var olan ama özellikle son on yılda önemi artan kavramlardır.

İç kontrolün ardından bir gereklilik olarak ortaya çıkan iç denetimin neyi ifade ettiği, amaçlarının ve faydalarının neler olduğuna bakmak gerekir.

2.2.3.2.2. İç Denetim

İç kontrol sistemi yüzde yüz güvence sağlamaz. Mutlaka aksaklıklar meydana gelir. Yönetim, iç kontrol yapısının etkinliğini inceleyecek ve periyodik değerlendirme raporları sunacak farklı bir mekanizmaya ihtiyaç duyar. İşte bu noktada iç denetim devreye girer. İç denetim faaliyeti, iç kontrol sistemlerinin değerlendirilmesi sırasında prosedürlerin uygun biçimde yürütülüp yürütülmediğini öğrenme, hataların anında düzeltilip düzeltilmediğini anlayabilme, yapıda bir zayıflık ortaya çıktığında anında düzeltme yapılıp yapılmadığını belirleyebilme, ortaya çıkan yeni gelişmelere göre yapının düzenlemeye tabi tutulup tutulmadığını belirleyebilme amaçlarına ulaşmada katkıda bulunur (Aksoy, 2002, s.25). Bu bağlamda iç denetim, kuruluşa ilişkin bir hizmet olarak o kuruluşun faaliyetlerini incelemek ve değerlendirmek amacıyla kuruluşun bünyesinde oluşturulan bağımsız bir değerlendirme işlevi olarak tanımlanabilir (Özeren, 2000, s.1).

5018 Sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanununun 63. Maddesinde, iç denetim şu şekilde tanımlanmıştır: İç denetim, kamu idaresinin çalışmalarına değer katmak ve geliştirmek için kaynakların ekonomiklik, etkililik ve verimlilik esaslarına göre yönetilip yönetilmediğini değerlendirmek ve rehberlik yapmak amacıyla yapılan bağımsız, nesnel güvence sağlama ve danışmanlık faaliyetidir. Bu faaliyetler, idarelerin yönetim ve kontrol yapıları ile malî işlemlerinin risk yönetimi, yönetim ve kontrol süreçlerinin etkinliğini değerlendirmek ve geliştirmek yönünde sistematik, sürekli ve disiplinli bir yaklaşımla ve genel kabul görmüş standartlara uygun olarak gerçekleştirilir. Bu bağlamda, kamu idarelerinin yurtiçi ve yurtdışı taşra dahil tüm birimlerinin işlem ve faaliyetleri risk esaslı denetim plan ve programları kapsamında sistematik, sürekli ve disiplinli bir yaklaşımla denetim standartlarına uygun olarak iç denetime tabi tutulur (İç Denetçilerin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Madde 6).

İç denetim başkanlıkları ve iç denetçiler denetimin planlanması ve programlanması, uygulanması ve raporlanmasında her türlü müdahaleden uzak ve serbestçe hareket ederler. İç denetim elemanları, kuruluşun iç kontrol sisteminin etkinliği ve yeterliliği ile performans kalitesi hakkında yönetime bilgi sağlanması şeklinde iki tür sorumluluk üstlenirler (Özeren, 2000, s.1). Bu bağlamda, iç denetimin, kuruluşun mensuplarını incelenen faaliyetlere ilişkin analizler, değerlendirmeler, görüşler, tavsiyeler ve bilgilerle donatmak suretiyle onlara yardımcı olduğu söylenebilir.

İç denetimin faaliyet alanı geniştir. Bu alan sırasıyla şu faaliyetlerden oluşmaktadır (İç Denetçilerin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Madde 7):

- i. Kamu idaresinin iç kontrol sisteminin yeterliliği ve etkinliğinin incelenip değerlendirilmesi,
- ii. Risk yönetimi için öneriler geliştirilmesi ile risk değerlendirme ve risk yönetim metotlarının uygulama ve etkinliğinin incelenmesi,
- iii. Kaynakların etkili, ekonomik ve verimli kullanılmasını sağlamak için performans değerlendirmelerinin yapılması ve idarelere tavsiyelerde bulunulması,
- iv. İdarenin faaliyet ve işlemlerinin mevzuata, belirlenen hedef ve politikalara uygunluğunun denetlenmesi,
- v. Muhasebe kayıtları ile mali tabloların doğruluğu ve güvenilirliğinin incelenmesi
- vi. Üretilen bilgilerle kamuoyuna açıklanan her türlü rapor, istatistik ve mali tabloların güvenilirliği ve zamanındalığının test edilmesi
- vii. Elektronik bilgi sistemi ve e-devlet hizmetlerinin yönetim ve sistem güvenilirliğinin gözden geçirilmesi.

Bütün bunlar bağlamında, iç denetimin mali denetim, uygunluk denetimi, performans denetimi, sistem denetimi ve bilgi teknolojileri denetimlerinden oluştuğu söylenebilir. Mali denetim, kamu idaresi hesapları ve bunlara ilişkin belgeler esas

alınarak, mali rapor ve tabloların güvenilirliği ve doğruluğuna güvence veren; uygunluk denetimi ise, kamu idarelerinin gelir, gider ve mallarına dair işlemlerinin kanunlara ve diğer hukuki düzenlemelere uygun olup olmadığının tespitine ilişkin olarak yürütülen bir denetim olarak ifade edilir (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2013, s.7). Ayrıca, harcama ve mali işlemlere ilişkin karar ve tasarrufların amaç ve politikalara, plan ve programlara uygunluğunu da denetler. Performans denetimi çerçevesinde ise daha önce de belirttiğimiz gibi, kaynakların en ekonomik koşullarda elde edilip edilmediği, kaynaklardan en verimli şekilde kullanılıp kullanılmadığı ve planlanan amaçların etkin olarak gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği incelenir.

Sistem denetimi, denetlenen sürecin ya da birimin (sistem) amaçlarına ulaşmasını sağlamada iç kontrol sistemlerinin yeterlik ve etkinliğinin değerlendirilmesidir. Diğer bir ifadeyle, denetlenen birimin faaliyetlerinin ve iç kontrol sisteminin; organizasyon yapısına katkı sağlayıcı bir yaklaşımla analiz edilmesi, eksikliklerinin tespit edilmesi, kalite ve uygunluğunun araştırılması, kaynakların ve uygulanan yöntemlerin yeterliğinin ölçülmesi suretiyle değerlendirilmesidir. İç denetim, uygunluk denetimi uygulamasını da yerine getirmektedir. Son olarak, iç denetim aracılığıyla uygulanan bilgi teknolojisi denetimi; idarenin amaçlarına ve kontrol hedeflerine ulaşmasına yönelik olarak bilgi sistemlerinin ve bu sistemlere ilişkin kontrollerin yeterliliği hakkında, nesnel bir güvence sağlamak amacı ile bilgi teknolojisi sistemlerinin incelenmesi, gerekli kanıtların toplanması, değerlendirilmesi ve sonuçların raporlanması sürecini ifade etmektedir. Bu çerçevede iç denetçi, mevcut bilgi teknoloji kontrollerini; etkililik, etkinlik, gizlilik, bütünlük, doğruluk, erişilebilirlik, uygunluk ve güvenilirlik kriterleri çerçevesinde değerlendirir (T.C. Maliye Bakanlığı İç Denetim Koordinasyon Kurulu, <http://www.idkk.gov.tr/Sayfalar/Mevzuat/Ucuncul%20Duzey%20Mevzuat/KamuIcDenetimRehberi.aspx>).

İç denetimi oluşturan farklı denetim uygulamaları, kamu sektörüne hem yönetim hem hizmet hem de kalite açısından önemli katkılar sağlar. İç denetim faaliyetinin yerine getirilmesi ile birlikte bu faaliyetin sağlayacağı faydaları şu şekilde sıralayabiliriz (European Commission, 2004, s.12):

- i. İdarenin faaliyetlerini yıl boyunca izler, üst yönetime değerlendirmeler yapar ve tavsiyelerde bulunur. Yönetimin gerekli önlemleri alması için olanak sağlar.
- ii. İdarenin faaliyetlerinin etkinliği ve verimliliğiyle ilgili ilk elden bilgiler elde eder ve belirlenmiş amaç ve hedeflerin gerçekleşmesi konusunda değerlendirmeler yapar.
- iii. İdarenin kalite güvenliğine katkı sağlar; faaliyetler yürütülürken belirlenmiş politikalara, esas ve usullere, ilke ve standartlara uyulup uyulmadığı konusunda garanti verir.
- iv. İç denetçiler, yaptıkları analizler, değerlendirmeler ve tavsiyeler ile yönetime çok önemli katkılar sağlarlar ve dolayısıyla idarenin faaliyetlerine değer katarlar.

İç denetim, iç kontrolün bir parçası olarak iç kontrolün önemli ancak farklı bir boyutunu oluşturmaktadır. İç denetim faaliyeti, iç kontrol süreçlerinin riskleri kabul edilebilir bir düzeyde yönetmek için gerektiği gibi çalıştığı konusunda objektif bir güvence vererek yönetimin faaliyetlerine destek olmakta ve değer katmaktadır (European Confederation of Institutes of Internal Auditing (ECIIA), 2004, s.23). Yapılan denetim sonucunda, kuruluşun planlandığı şekilde işleyip işlemediği tespit edilir; varsa eksik giderilerek ve yanlışların düzeltilerek, kuruluşun belirlenen hedeflere ulaşması sağlanır. Böylece kamusal hizmetlerde yaşanan dönüşümde, gerekli ve oldukça önemli bir ayak daha yerine konmuş olur. Kaynakların, hizmetlerin ve süreçlerin performans, kalite, erişebilirlik, zamanındalık, saydamlık, hesap verme gibi kriterler çerçevesinde gerçekleştirilmesinin güvence altına alınmasında iç denetim belirleyici rol oynamaktadır.

Türkiye’de de 2006 yılından itibaren tüm kamu kurumlarında uygulanmaya başlayan 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu çerçevesinde; mali saydamlık, hesap verme sorumluluğu, stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme, çok yıllık bütçeleme ile iç kontrol ve iç denetim konuları yeni kamu mali yönetim ve kontrol sistemini oluşturan temel unsurlar olarak öne çıkmış bulunmaktadır.

3. KAMU HİZMETLERİNDE ALTERNATİF DEĞİŞİM MODELLERİ

Kamu hizmetlerinde sunum, bütçe ve denetim gibi farklı şekillerde görülen değişimi, bunun hangi yaklaşım veya yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştiği ve/veya gerçekleştirileceği sorusunu akıllara getirmektedir. Bu bağlamda iki yaklaşım öne çıkmaktadır: müşteri odaklı yaklaşım ve vatandaş odaklı yaklaşım. Her ne kadar bunlar bazı kaynaklarda aynı olarak kabul edilse ve bazı yönlerden benzeşse de aslında önemli noktalarda birbirinden ayrılmaktadır. Bir sonraki bölümde iki yaklaşım arasındaki ayrıma değinilmeden önce kısaca bu iki yaklaşımın neyi ifade ettiğinden bahsetmek de yarar var.

3.1. Müşteri Odaklı Kamu Hizmeti Yaklaşımı

1990'lı yıllarda kamuda, işletme yönetimi doğrultusundaki modernleşme çabaları başlamıştır. Bu bağlamda ortaya çıkan yeni kamu yönetimi anlayışı, kamu hizmetlerinin sunumunda vatandaşın müşteri olarak görülmesini savunan müşteri odaklı yaklaşımı öne çıkarmıştır. Bu yaklaşımın amacı, kamuyu kar amacıyla hareket eden birimler haline getirmek, bunun yanı sıra, özel sektörün araçlarından yararlanmak suretiyle, kamu hizmetlerinin iyileştirilmesini sağlamak ve vatandaşa etkin ve verimli hizmet sunmaktır (Eren, V. 2003, s.44).

Müşteri odaklı yaklaşım küreselleşme ile ortaya çıkan, bireycilik, girişimcilik, rekabetçilik gibi piyasa temelli değerler çerçevesinde gelişen, yeniden yapılanma arayışlarının bir sonucudur. Kamu kesimindeki savurganlığın ve verimsiz kaynak kullanımının giderek ekonomi için bir yük haline gelmesi ve bundan ülkelerin rekabet gücünün olumsuz yönde etkilenmesi nedeniyle, kamu hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yeniden sunumunda özel kesim işletmelerindeki gibi esnek ve yalın örgütlenme, karlılık ve verimlilik gibi piyasa temelli ve insan kaynaklı ilke ve uygulamalar bir çözüm yolu olarak görülmüştür (Sezer, Ö. 2008, s.148-149). Müşteri odaklı yaklaşım bu çabalar neticesinde geliştirilmiş, kamu sektörünün de piyasa mantığıyla işlemesi gerektiğini savunmuş ve bu yüzden de vatandaşın müşteri yerine koymuştur.

Müşteri olarak vatandaş yaklaşımı, vatandaşın kamu hizmetlerinden yararlanırken, özel sektörde olduğu gibi, kamu sektöründe de ilgi görmesi ve vatandaşın

karşı kamu yönetiminin davranışlarının değiştirilmesini savunmaktadır. Piyasada firmaların yaptığı gibi vatandaşa müşteri gözüyle bakarak, hizmetleri ve hizmet sunum yöntemlerini onların beğeneceği bir yapıya dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Burada müşteri denildiğinde ise işin içine sadece vatandaşlar girmemekte; firmalar, kamu çalışanları ve kamu kurumları da girmektedir (Shehadi, s.10). Ama müşterinin sadece hizmeti talep eden ve hizmete yönelik ödeme yapma kapasitesine sahip kişi olduğu unutulmamalıdır.

Kotler ve Lee (2007, s.170-173), kamu hizmetlerinde müşteri odaklı bu yaklaşımın sağlayacağı faydaları şöyle sıralamıştır:

- i. Kamu gelirlerini artırır.
- ii. Gelecek finansman ihtiyaçlarını iyileştirir.
- iii. Hizmetlerde tercih şansını ve etkinliği artırır.
- iv. Performans göstergelerini iyileştirir.

Müşteri odaklı yaklaşım bu yararlarının yanı sıra bazı soru işaretlerini de beraberinde getirmektedir. Vatandaşa müşteri gözüyle bakıldığında parası olmayan vatandaşın durumu ne olacaktır? Paranın karşılığı öncelikliyse, parası olmayanın karşılığı ne olacaktır? Eşitlik ve adalet gözetilecek midir? Vatandaşın sahip olduğu bazı haklar ve yerine getirmesi gereken sorumluluklar müşteri yaklaşımı esas alındığında ne olacaktır? Kamu yararı nasıl ve ne kadar sağlanacaktır? Bunlara benzer daha birçok sorunun cevabı belirsiz ya da pek tatmin edici görülmemektedir. O yüzden bu da, kamu hizmetlerini dönüştürme gereksiniminin meydana geldiği bu dönemde, bu dönüşümün içeriğini belirleyen model arayışlarına bir yenisini eklemiştir. Kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşım olarak kendini gösteren bu model bu çalışmanın da ana konusunu oluşturmaktadır.

3.2. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Yaklaşımı

Günümüzde halkın gereksinim duyduğu kamu hizmetlerini etkin ve kaliteli bir şekilde karşılamak, devletin en önemli görevlerinden birisidir. Bütün dünyada, bu bağlamda, değişim ve dönüşümler yaşanmaktadır. Kamusal hizmetlerde meydana gelen

bu dönüşümü vatandaşların devletten kaliteli hizmet taleplerinin artması, yönetimde açıklık ve hesap verebilirlik beklentileri, kamu hizmetlerinden yararlananların karar alma sürecine daha çok katılmak istemesi, kamusal hizmet sunumunda bilgi ve iletişim teknolojilerinden daha çok yararlanma gibi etkenler ortaya çıkarmıştır. Vatandaş odaklı kamu hizmet yaklaşımı, bütün bu gelişmelerin bir uzantısı olarak son yıllarda öne çıkmaya başlamıştır. Vatandaş odaklı kamusal hizmet sunumu temelinde kamuda etkinliği, verimliliği ve kaliteyi arttırarak vatandaşa en iyi hizmeti sunmayı, vatandaşı merkeze yerleştirmeyi, vatandaşın hizmetlerin sunumundan denetimine kadar her aşamada katılımını arttırmayı, her vatandaşın hizmetlerden en iyi şekilde faydalanabilmesini sağlamayı ve vatandaş memnuniyetini maksimize etmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır.

Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, vatandaş odaklı hizmet yaklaşımıyla müşteri odaklı hizmet yaklaşımının aynı anlamda kullanıldığı görülse de; müşteri ve vatandaş odaklı yaklaşımlar birbiri yerine kullanılamayacağı gibi vatandaş müşteri olarak algılayıp davranılmasını savunan müşteri odaklı yaklaşımı benimsemek doğru da değildir. Yeni kamu hizmeti anlayışının bir yansıması olan kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşım, yeni kamu yönetimi anlayışının yansıması olan müşteri odaklı yaklaşımla aynı şeyi ifade etmemektedir. En azından öyle olması gerekir. Bu yüzden, bir sonraki bölümde öncelikle vatandaş ve müşterinin ne anlama geldiklerine ayrıntılı olarak bakılacak, daha sonra müşteri odaklılık-vatandaş odaklılık ayrımına değinilecek ve kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı tüm yönleriyle ayrıntılı olarak incelenecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETLERİNDEKİ DEĞİŞİME YENİ BİR YAKLAŞIM: VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ

Kamu sektöründe ve kamu hizmetlerinde temelde neoliberal politikalar çerçevesinde şekillenen ve küreselleşmeyle beraber etki alanını genişleten değişim, vatandaşlık kavramının tanımındaki değişimi hem etkilemiş hem de bu değişimden etkilenmiştir. Vatandaşlık kavramı 20. yüzyılın sonu itibariyle hızla kabuk değiştirmeye başlamıştır. Katılımcı, politik karar ve süreçleri etkileme gücü yüksek, hakkını daha çok ve farklı kanallarla arayan, geleneksel nitelikteki hizmetlerden fazlasını isteyen ve küreselleşmenin sağladıklarından faydalanırken beklentilerini de bu çerçevede şekillendirip yükselten bir vatandaşlık anlayışı ortaya çıkmıştır.

Vatandaşlık tanımındaki bu değişim, kamu hizmetlerinde görülen değişimin nasıl bir model çerçevesinde şekillendirilmesi gereğinin de sorgulanmasına yol açmıştır. Vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı da bu kapsamda ortaya atılan yaklaşımlardan birini oluşturmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, öncelikle vatandaşlık kavramının tarihsel gelişimine ve günümüzde ulaştığı yeni tanıma bakılmıştır. Daha sonra hem vatandaşlık kavramı hem de kamu hizmetlerinde yaşanan değişimin sonucunda ortaya çıkan vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı, teorik bazda ayrıntılı olarak incelenerek bazı ülkelerde ve Türkiye’de bu yaklaşımın örneklerine yer verilmiştir. Son olarak, bu yaklaşımın kamu ekonomisi bakımından ne gibi sonuçlar yarattığı ya da yaratabileceğine değinilmiştir.

1. VATANDAŞLIK KAVRAMININ GELİŞİMİ VE İÇERİĞİ

Belirli bir coğrafyada bir arada yaşayan insan toplulukları, bir düzene göre kendilerini yönetecek bir otoriteyi benimseyince, devletler meydana gelmiştir. Devletin en önemli unsurlarından bir tanesi vatandaşlardır. Fakat tarihsel süreçte devlet anlayışı ciddi değişim göstermiştir. Bu bağlamda devletin anlayışındaki değişime bağlı olarak,

vatandaşlık kavramı da sürekli bir evrime uğramıştır. Diğer bir ifadeyle, tarihsel süreçte vatandaş kavramı sürekli bir değişim göstermiştir. Bu nedenle, vatandaşlık kavramını ve bugün kazandığı anlamı kavrayabilmek için öncelikle tarihsel süreçteki gelişimine bakmak gerekir.

1.1. Tarihsel Süreçte Vatandaşlık Kavramının Gelişimi

Vatandaşlık kavramının uzun bir geçmişi vardır. Kavramın ilk tartışmaları için Antik Yunan felsefesine, Aristoteles'e gitmek gerekir. Çünkü vatandaşlık olgusuna ilişkin en eski tartışmalar Antik Yunan'da, Aristo'nun düşüncelerine dayanmaktadır. Nitekim ilk vatandaşlık uygulamaları da, M.Ö. 8. yüzyıldan itibaren, Antik Yunan şehir devletlerinde başlamıştır. Modern vatandaşlık kavramı ise ancak Fransız Devrimi ve sonrasındaki gelişmeler sonucu şekillenmiştir (Temelat, 2011, s.1-2). Kavramın günümüzdeki anlamına ulaşması, değişik süreçler sonucu mümkün olmuştur. Bu bakımdan farklı dönemlerin bir takım ortak özelliklerinden bahsedilebilir. Vatandaşlığın tarihsel dönemleri konusunda literatürde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Örneğin, Derek Heater vatandaşlığın gelişimini beş tarihsel döneme ayırmaktadır. Bunlar (Heater, 2004, s.164):

- i. Yunan şehir devleti
- ii. Roma Cumhuriyeti ve İmparatorluğu dönemi,
- iii. Ortaçağ ve Rönesans şehirleri dönemi,
- iv. Ulus-devlet dönemi,
- v. Kozmopolis* ideası dönemi.

Aynı şekilde vatandaşlığın gelişimi; vatandaşın devletle olan ilişkileri ve devletin örgüt yapısı dikkate alınarak tarım toplumunda, sanayi toplumunda ve bilgi toplumunda vatandaşlık olarak da üçe ayrılmaktadır. Her dönemin sosyoekonomik ve politik koşulları, vatandaşlık kavramına yüklenen anlamı belirleyici etkilerde

* Farklı kültürlerden insanların beraber yaşadığı büyük şehir.

bulunmuştur. Bu nedenle, bu tür sınıflandırmaların önemi, hangi ortak temelden hareket edildiğine dayanır.

Aristoteles'e göre; demokratik anayasalarda en üstün olan halk ya da "demos", oligarşilerde ise azınlıktır. Devletin tek amacı ise gerek topluca gerekse bireysel olarak halkın iyi yaşayabilmesidir (Aristoteles, 1993, s.80). Bu bağlamda, Antik Yunan devletlerinde vatandaşlar, geniş siyasi katılım haklarına sahiptir. Kadınlar ve kölelerin ise politik kararlara katılma ve oy kullanma hakları yoktur. Yine de, vatandaşlık daha çok yükümlülüklerle tanımlanan bir statüyü ifade etmektedir (Peyrou, 2006, s.6).

Vatandaşlık kavramının hukuki kökeni Roma dönemine dayanmaktadır. Roma hukukunda vatandaşlık bir kişinin hukuki düzene bağlanma biçimini gösteren bir statüdür. Hukuki açıdan vatandaşlık, devletin bir üyesi olarak kişinin yasal statüsünü ve bununla bağlantılı hak ve görevleri ifade etmektedir (Turner, 1993, s.2). Siyaset teorisi açısından ise vatandaşlık devletle ilişkili statü, bağlılık, hak ve yükümlülükler olarak açıklanmaktadır

1776 *Amerikan Bağımsızlık Bildirisi*, 1789 ve 1793 *Fransız İnsan Hakları Bildirgeleri* ve 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen *İnsan Hakları Evrensel Bildirisi*, bireyin devlet karşısında siyasal, sosyal ve ekonomik haklarının yani vatandaşlık haklarının yazılı hale getirilmesi aşamasında yol gösterici olmuşlardır. Elbette yazılı hale gelen vatandaşlık hak ve yükümlülükleri, toplumsal, politik ve ekonomik gelişmelerle birlikte zamanla farklı içeriğe bürünmüştür. Bu anlamda özellikle sanayi sonrası toplumsal yaşamdaki hızlı dönüşümlerle vatandaşlığın dönüşümü birbirinden ayrı düşünülemez. 18. ve 19. yüzyıldan bu yana, kentleşme, sanayileşme ve modernizasyon ile birlikte vatandaşlık kavramı da evrim geçirmiştir. Bu süreçte mutlak krallıklar ve imparatorlukların yerini ulus devletler almaya başlamış, 1789 Fransız İhtilalı ile özgürlük ve eşitliğe dayanan demokrasi düşünceleri yaygınlaşmış ve gittikçe olgunlaşmıştır. Tarım toplumunun aksine sanayi toplumu endüstriyel üretime, ileri düzeyde işbölümüne, bürokratik yönetim geleneğine, düzene, ücretli çalışmaya, ulus devlet düzenine, rasyoneliteye, ilerlemeye, homojenleşmeye ve standartlaşmaya dayan bir süreç olmuştur. Bütün bunların ışığında, vatandaş artık şehir devletlerindeki vatandaşlıktan ayrılarak politik sürece daha çok katılan ve daha etkin

olan bir konuma gelmeye başlamıştır. Bu bağlamda da, bilgi toplumunda ulaşılabilecek daha üst seviyenin temelleri atılmıştır.

1950’lerde bilgi teknolojilerindeki gelişmeler sonunda Batı ülkeleri sanayi toplumundan bilgi toplumu aşamasına geçmeye başlamışlardır. Bilgi toplumunda esas olan, bilginin üretimi olmaya; gelirler, sanayi üretiminden değil bilgi üretiminden elde edilmeye başlanmıştır. Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçerken; hiyerarşi yerine eşitlik, uyum ve uygunluk yerine kişisel nitelik ve yaratıcılık, standardizasyon yerine farklılık, merkezileşme yerine merkeziyetçilikten uzaklaşma, etkinlik yerine etkililik, uzmanlaşma yerine bütünsellik, çok disiplinlilik, maddi refahın maksimizasyonu yerine yaşam kalitesinin artışı ve maddi kaynakların korunması, ürünün sayısal içeriği yerine kalitenin öne çıkması, fiziki güvenlik yerine kendini kanıtlama öne çıkmaya başlamıştır (Erkan, 2000, s.147). Sanayi toplumunun politik sistemi olan temsili demokrasi, bilgi toplumunda yerini katılımcı demokrasiye bırakmıştır. Katılımcı demokrasi, devletin her düzeydeki politika kararlarının tüm vatandaşların katılımıyla alınmasını ifade etmektedir. Bilgi teknolojilerindeki gelişme bunu mümkün kılmakta, artık vatandaşın konumu ve rolü değişerek, politik süreci ve kararları etkileme ve şekillendirme gücü artmaktadır. Vatandaşlar, tepkilerini, isteklerini ve kararlarını bilgisayar ve internet aracılığı ile üyesi oldukları sivil toplum kuruluşlarına ve kamu kuruluşlarına doğrudan aktarmakta, bir takım hizmetlere bu yollarla erişebilmektedirler.

1.2. Vatandaşlık Kavramının İçeriği ve Sınıflandırılması

En genel tanımıyla vatandaşlık, bir ülkenin ve bu ülkedeki politik kurumların bir parçası olmak demektir. Vatandaş ise, aynı ülkede yaşayan ve devlete vatandaşlık bağı ile bağlı olan kişidir. Her ülkenin vatandaşlık hak ve yükümlülükleri ile vatandaş olabilmek için gerekli nitelikler ilgili ülkenin anayasalarında yazmaktadır. Günümüzde bu gerekliliklerin başında milliyet, doğum yeri ve kültür gibi unsurlar gelir. Bu unsurları taşımak vatandaş olabilmenin esas koşuludur.

Aristoteles vatandaşlığı “erdem” ile ilintilendirmiştir. Yani, vatandaşın kamu işlerinde çalışmasının nedeni, bir takım vicdani değerlerden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda vatandaşlık, insanların kamu işlerine katılımının yarattığı yakınlaşmalar ile

oluşan bir bağ ifade etmektedir (Pocock, 1995, s.31). Daha sonra Jean-Jacques Rousseau da Aristoteles'in geleneğini izlemiş, vatandaşı, ideasındaki toplumun iyiliği için çalışan kişi olarak tanımlamıştır. Alexis de Tocqueville vatandaşı bir topluma üye olup ona karşı yükümlükleri olan, önemli ölçüde kamu işlerine katılan, kendi çıkarını kamusal çıkarın gerisinde tutan kişi, şeklinde tanımlamıştır (Denhardt ve Denhardt, 2007, s.47). Bryn Turner (1993, s.2) ise vatandaşlığı, "bir kişiyi toplumun yetkin bir parçası olarak tanımlayan ve bunun sonucunda kaynakların kişilere ve sosyal gruplara akışını şekillendiren bir dizi (hukuki, siyasi, ekonomik ve kültürel) uygulama" şeklinde tanımlamaktadır. Kymlicka ve Norman (1995, s.301) da vatandaşlığın sadece hak ve sorumluluklardan ibaret bir statü olmadığını, yani yasal bir statünün dışında, kişinin kimliğini, siyasi bir topluluğa üyeliğini ifade ettiğini vurgulamıştır. Kısacası, vatandaşlık bireylerin siyasi sistemi etkileme kapasitesini ifade etmekte ve siyasi hayata aktif olarak katılmalarını gerektirmektedir.

İngiliz sosyolog T. H. Marshall vatandaşlığı bir topluluğa aidiyet olarak tanımlamıştır. Vatandaşlık haklarını medeni, siyasi ve sosyal haklar olmak üzere üç temel kategoride sınıflandırmıştır: Medeni haklar, mülkiyet, bireysel özgürlük ve adalet, ifade özgürlüğü, düşünce ve inanç hürriyeti gibi temel hak ve hürriyetleri; siyasi haklar seçme, seçilme ve siyasi faaliyetlerde bulunma haklarını; sosyal haklar ise ekonomik ve sosyal güvenlik haklarını, çalışma hakkı, eğitim ve kamu hizmeti alma hakkını içermektedir (Temelat, 2011, s.2-3). Medeni haklar 18. yüzyılda sivil vatandaşlığın ortaya çıkmasını sağlamışken, 19. yüzyılda siyasi hakların yükselişi siyasi vatandaşlığın ve son olarak 20. yüzyılda sosyal hakların giderek yaygınlaşması sosyal vatandaşlığın öne çıkmasını sağlamıştır.

Donald, vatandaşlığı ulusal ya da anayasal bir kulübe üyelik vizesi değil, haklar dizisi olarak ele almak gerektiğini vurgulamaktadır. Bu yönde bir tanımlama yaparak insan hakları kavramının vatandaşlığın önemli bir bileşeni olduğunu işaret etmektedir. İnsanların herhangi bir kulübün üyesi oldukları için değil, sadece insan oldukları için belli temel haklarının olması gerektiğini belirtmektedir. Vatandaşlığı haklar temelli açıklama çabası böyle bir anlayışın gelişmesine ciddi bir ivme kazandırmaktadır (Kadıoğlu, 2008b, s.183).

Ulus devletle birlikte vatandaşlık kavramı da iyice farklılaşmış ve belirginleşmiştir. Bugün her ülkenin, kendi vatandaşlık yasaları vardır. Bununla birlikte bu yasaların temelinde ise iki temel ilke yatar: Jus soli (toprak esası) ve jus sanguinis (kan esası). Uygulamada ülkeler genellikle yürürlükteki vatandaşlık yasalarında her iki ilkenin öğelerini belli oranlarda birleştirirler (Friedman, 2002, s.142). Bu kapsamda, literatürde, vatandaşlık kavramının dört farklı şekilde kullanıldığını tespit etmek mümkündür (Kadıoğlu, 2008a, s.21-30):

- i. *Ulusal Kimlik veya Milliyet Olarak Tanımlanan Vatandaşlık*: Vatandaşlık olgusunun ulusal kimlik veya milliyet ile eş anlamlı olarak algılanmasının kökleri Fransız Devrimi'ne kadar gitmektedir. Bu dönemde ulus olgusu devletin egemenliğinin kaynağı olarak ortaya çıkmıştır.
- ii. *Evraklar Temelinde Tanımlanan Vatandaşlık*: Vatandaşlık kavramı bazen kişilerin hukuki konumunu belirleyen evraklar temelinde kullanılmaktadır. Bu evraklar nüfus cüzdanı gibi vatandaşlık evrakları veya pasaportlardır. Ancak her vatandaşlık evrakının sahibine bu evraka sahip diğer kişiler ile tamamen aynı hakları vermediği durumlar da gözlenmektedir. Bazen vatandaşlığa dair kimlik kartları üzerinde bulunan bilgilerin içeriği, zaman zaman ayrımcı pratiklere temel oluşturmaktadır.
- iii. *Haklar Temelinde Tanımlanan Vatandaşlık*: Vatandaşlığı evrak temelinde almak yeterli değildir. Vatandaş olarak kabul edilen kişilerin hangi haklardan yararlandığını da dikkate almak gerekmektedir. Daha çok liberal anlayış vatandaşlığı haklar temelinde bir statü olarak tanımlamaktadır.
- iv. *Görev ve Sorumluluklar Temelinde Vatandaşlık*: Vatandaşlık bazen de görevlere vurgu yapılarak tanımlanmıştır. Özellikle haklara vurgu yapan liberal geleneğin zayıf olduğu, bunun yerine cumhuriyetçi geleneğin öne çıktığı durumlarda vatandaşlık kavramı bir takım görevlerle açıklanır. Çünkü toplumun bireye göre önceliği vardır ve toplumsal yarar, bireysel haklardan daha önemli kabul edilir.

Görev ve sorumluluklar temelinde vatandaşlığı tanımlayan yurttaş temelli cumhuriyetçilikte vatandaşlık pratiğinin gerektirdiği şey, belli bir siyasal topluluğun kimliği ve sürekliliğine ilişkin olarak paylaşılan sorumluluktur. Bireylerin vatandaşlar olarak üstlenip üstlenemeyeceklerini tercih edebilecekleri bir sorumluluk değildir bu; çünkü bu sorumluluğun yerine getirilmesiyle beraber vatandaş olur ve vatandaş kalırlar (Oldfield, 2008, s.99). Bütün bunların yanında, kamu hizmetlerinin kararlaştırılması, planlanması, sunulması ve denetlenmesi ile ilgili süreçlere vatandaşların demokratik mekanizmalar aracılığıyla katılmalarının temel siyasal bir hak olduğu bilinci giderek yaygınlaşmaktadır.

Son yıllarda yönetişimin, kamu yönetiminin bir aracı olmasıyla birlikte vatandaş, siyasal karar alma sürecine katılan, politika belirleyiciliğinde rol alan ve bunun uygulanması süreçlerine katılan kişi olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Diğer bir deyişle, vatandaş artık doğrudan demokrasiyi kısmen de olsa kullanabilen kişi şeklinde, tanımda bir değişiklik olmaya başlamıştır (Karataş, 2007, s.85). Bu bağlamda da “demokratik vatandaşlık” denilen bir kavram ortaya çıkmıştır. Sandel ve Mansbridge gibi yazarlar tarafından olgunlaştırılan bu kavrama göre, vatandaş tanımına artık yönetim sürecine daha aktif olarak dahil olan kişi olma niteliği eklenmiştir. Vatandaşlar artık edilgen konumdan etken konuma geçmektedir. Demokratik vatandaşlık kavramında vatandaşlar, kendi çıkarlarından çok kamusal çıkarı öne alan, kamusal işler hakkında daha çok bilgi sahibi olup bunların yürütülmesi süreçlerine dahil olmayı amaçlayan, sorumlulukları daha geniş ve güçlü kişiler olarak öne çıkmaktadır (Denhardt ve Denhardt, 2007, s.30). Erdemli vatandaş, toplum adına ve yararına çalışan vatandaştır. Başkalarına hizmet etme yönünde görev ve sorumlulukları vardır. Demokratik vatandaşlık düşüncesi de vatandaşa topluma katkı sağlama, toplum yararına çalışma görev ve sorumluluğunu yükleme anlayışını ve bu bağlamda erdemli vatandaşlığı yansıtmaktadır (Denhardt ve Denhardt, 2007, s.53). Liberal felsefenin önde düşünürlerinden John Rawls’a göre; kamusal akıl düşüncesi, anayasal bir demokrasideki *demokratik vatandaşlık* anlayışından doğar. Demokratik vatandaşlık ilişkisinin iki temel özelliği vardır: Birincisi, vatandaşların doğumla girip, ancak ölümle çıktığı toplumun temel yapısı ile olan ilişkileri; ikincisi ise, toplu olarak siyasal gücünü kullanan özgür ve eşit vatandaşlar olarak ilişkisidir (Rawls, 2003, s.148). Demokratik

vatandaşlıkta vatandaşların otoriteyi kamu yöneticileriyle paylaşması, işbirliğinin artması esastır. Marshall'ın medeni, siyasi ve sosyal haklar olarak ifade ettiği vatandaşlık haklarına, Janoski'nin katılım hakkını da dahil etmesi, bu kavrama geçişin bir göstergesidir (Thomas, 1998, s.8).

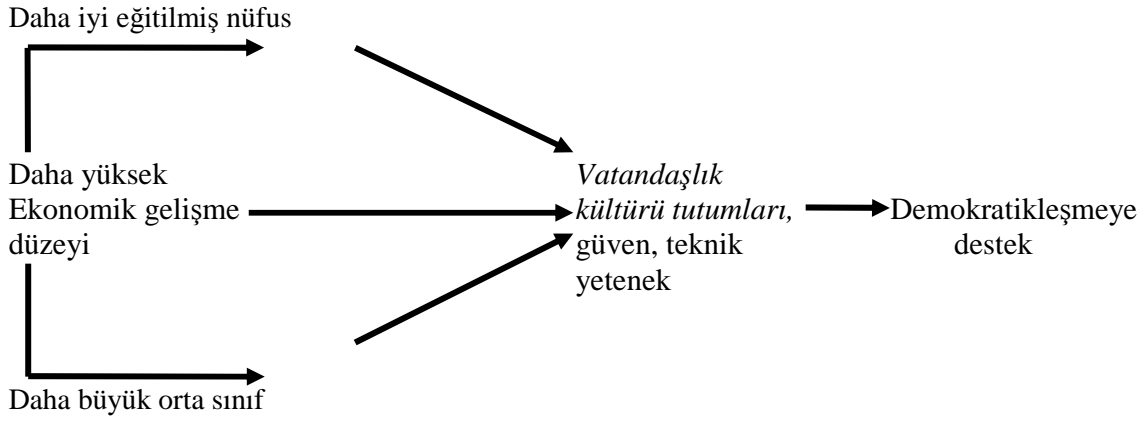
Günümüzde vatandaşlıkla ilgili tartışmalarda “dünya vatandaşı”, “Avrupa vatandaşı”, “yurttaş hacı” ve “netleş (internet vatandaşı)” gibi bazı yeni kavramlardan da bahsedilmektedir. Vatandaşlığın bu şekilde milli sınırlardan arındırılması, genelde yurtsever vatandaşların ezici çoğunluğunu devlet ve bayraklarına bağlayan hala “yoğun” ilişkilere kıyasla, aşırı “ince” (yüzeysel ve ütopyacı ya da, ateşli internet sörfçüleri gibi, gerçek fakat toplumun yalnızca küçük bir parçasını cezbeden) duyguları yansıtır görünmektedir (Falk, 2001, s.204-205).

Vatandaşlıkla ilgili olarak küresel dünyada öne çıkan bir tartışma da çifte vatandaşlıkla ilgilidir. Küresel çağda birçok insan giderek artan sayıda çifte vatandaşlık statüsü kazanmaktadır. Aynı anda birden fazla devletin vatandaşı olabilmektedirler. Oysa vatandaşlık, özel sadakat sorunu ya/ya da önermesidir. Bununla birlikte, günümüzde çok sayıda ülke, çifte vatandaşlığa karşı tavırlarından vazgeçmiştir. Bu nedenle çifte vatandaşların sayıları gittikçe artmaktadır (Friedman, 2002, s.146).

1.3. Vatandaşlıkta Yaşanan Değişim

1960'lı yıllarda bürokratik otoritarizmi doğurmuş olan ekonomik gelişme süreçleri, 1980'lerden itibaren demokratikleşmenin de itici gücünü sağlamıştır. Hızlı büyüme süreciyle birlikte, ülkelerin ekonomik gelişme seviyelerinin orta gelir düzeylerine yükselmeleri, sosyal yapıda, inançlarda ve kültürde, demokrasinin doğuşunu kolaylaştırıcı değişikliklere yol açmıştır (Huntington, 2007, s.68). Şekil 2.1'de bu durum gösterilmiştir. Ülkelerin daha yüksek ekonomik gelişme düzeylerine erişmesiyle birlikte, daha büyük bir orta sınıf ortaya çıkmıştır. Bu orta sınıf, daha iyi eğitim almış, daha yüksek gelir ve bilinç düzeyine erişmiş bir grup demektir. Bunun sonucunda vatandaşlık kültürü ile vatandaşlığa ilişkin tutumlar değişmiştir. Kendine daha fazla güvenen ve teknik yeteneği daha fazla olan bir vatandaş modeli ortaya çıkmaya başlamıştır. Aldığı hizmeti sorgulayan, kararlara daha fazla katılım isteyen,

alınan kararları değerlendirip eleştirebilen, daha aktif olmak isteyen bir sınıf yükselmiştir. Bunun sonucunda, ülkelerdeki demokrasi uygulamaları da daha ileri aşamaya geçmek durumunda kalmıştır.



Şekil 2.1. Ekonomik Gelişme, Vatandaşlık ve Demokrasi İlişkisi

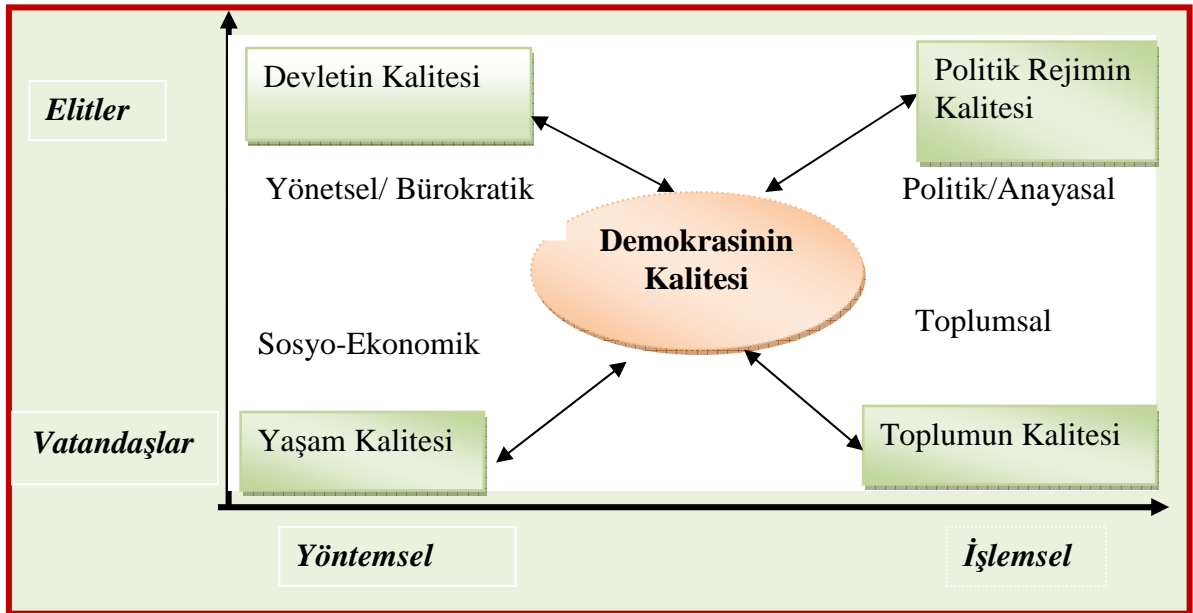
Kaynak: Huntington, 2007, s. 68

2000’li yıllarda neoliberalizmin küreselleşmesiyle birlikte toplumlar öncesine göre daha yaratıcı ve verimli yönetim biçimleri ortaya koymakta, bunları denemekte ve deneyimlerinden dersler çıkarmaktadırlar. Bu anlamda, yeni bir vatandaşlık bilincinin gelişmekte olduğu ileri sürülebilir. Bu vatandaşlık bilinci kendi sorunlarına sahip çıkan, yüksek standartlar talep eden, aynı zamanda bu standartların oluşumunda ve hayata geçirilmesinde aktif rol alan, bu yönde kendi içinden çözümler çıkaran ve bunun için yapılanmalar oluşturan yeni bir kimliği simgeler (Toksöz, 2008, s.8).

Vatandaşlık kavramındaki bu değişim, vatandaşın çeşitli araçlarca yönetime katılımının artmasıyla sınırlandırılmaz. Değişimin bir diğer boyutu vatandaşların hizmetlere yönelik istek ve beklentilerinde yaşanan dönüşümdür. Küreselleşme, bilgi teknolojilerindeki hızlı değişim ve postmodern söylemler gibi birçok gelişme, vatandaşların kamusal hizmetlere bakışını etkilemiştir. Artık vatandaşlar daha çok, daha kaliteli ve daha farklı –kişiselleştirilmiş- hizmet isteyen, hizmetlerin daha hızlı, etkin, etkili ve kaliteli sunulmasını bekleyen kişilere dönüşmeye başlamışlardır. Vatandaşlar, görevlerinin yanında haklarının da daha çok farkında olan, değişimi gören, yaşayan ve piyasadakinin aynısını kamuda da bekleyen kişiler olmaya başlamışlardır. Sosyal devletin düşüşü, her ne kadar vatandaşlığı da düşüşe sürükleyecek bir gelişme olarak

görülse de; küreselleşme, teknolojik ilerleme ve ekonomik değişimler, vatandaşlığı farklı bir alana taşımıştır. Vatandaşlıkta bahsettiğimiz nitelikler öne çıkmaya başlarken, aslında kavram anlamını yitirmeye, vatandaşlıktan veya vatandaş haklarından çok insan hakları bunların yerini almaya başlamıştır.

Elbette vatandaşların rolleri ve beklentilerindeki bu dönüşüm bütün ülkelerde aynı hızla cereyan etmemektedir. Bununla beraber, vatandaşlıktaki dönüşüm demokrasinin kalitesini de etkilemiş, aynı zamanda demokrasilerin kalitesi de vatandaşlık kavramının şekillenmesinde önemli rol oynamıştır. Bu gelişmeler her ülkede farklılıklar göstermekle birlikte, genel olarak ülkelerin gelişme aşamalarındaki durumuna göre ortak yanlara sahip olduğu ileri sürülebilir. Bu bağlamda, demokrasileri gelişmiş ülkelerin genelde ekonomik kalkınma ve yaşam kalitesi açısından belirli bir ilerlemeyi başarmış ülkeler olduğu söylenebilir. Demokrasileri gelişmemiş ülkeler ise daha çok geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerdir. Bu ülkelerin ekonomileri gibi vatandaşlarının yaşam kaliteleri de düşüktür. Kısacası demokrasi kalitesi ile yaşam kalitesi arasında karşılıklı bağıllık söz konusudur. Bunun için günümüzde ülkelerin temel hedeflerinden birisi de var olan demokrasi kalitesini arttırmaktır.



Şekil 2.2. Demokrasinin Kalitesi ve Farklı Boyutları

Kaynak: Svetlozar, 2005, s. 8

Şekil 2.2’de görüleceği üzere devletin kalitesi, rejimin kalitesi, yaşam kalitesi ve toplumun kalitesi demokrasilerin kalitesini etkilerken, demokrasinin kalitesi de aynı şekilde geri dönüşümlü bir etkide bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin vatandaşları, bu kısır döngü içerisinde sıkışmakta ve arzuladıkları vatandaşlık uygulamalarına bir türlü kavuşamamaktadırlar. Diğer yandan, küreselleşmenin etkisiyle gelişmiş ülkelerdeki vatandaşlık uygulamalarını da görerek, bu durumdan memnuniyetsizliklerini ortaya koymaktadırlar.

Vatandaşlık kavramını yeniden düşünmek elzemdir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu daha büyük önem arz eder. Bu ülkelerin birçoğunda demokrasi düzeyi oldukça düşüktür. Oysa otoriter bir siyaset düzenindeki tebaanın aksine, gelişmiş ülkelerde vatandaş siyasi yönetime katılır. Katılımın niteliği de idarenin, canlı bir demokratik karakter taşıyıp taşımadığını belirler (Falk, 2001, s.81-82).

Elbette bu noktada bir konuya dikkat çekmek gerekir. Vatandaş kavramı dönüşürken bir yandan da ciddi tehditler altındadır. Modern muhafazakarlar, yani neoliberaler, vatandaşlığı siyasal ve toplumsal bir statü olarak kabul etmek yerine piyasanın rolünü yeniden önemli kılmaya çalışmaktadırlar. Bu bağlamda vatandaşlığın ekonomik durumdan bağımsız olduğunu, bir statü olduğu fikrini reddetmektedirler (Kymlicka ve Norman, 2008, s.191). Oysa küresel dünyada vatandaşları güçlendirmek gerekmektedir. Bunun için liberal bireyci anlayışta haklar olarak görülen sivil, siyasal, hukuki özgürlükler ile sağlık, eğitim ve gelire ilişkin hak sahipliği tanımlarının birçoğu gereklidir. Bununla beraber, bireyleri sadece bu şekilde güçlendirmek zorunlu olsa da, vatandaşlık pratiği için yeterli değildir. Her şeyden önce, pratiğin kurumsal ortamı da uygun olmalıdır (Oldfield, 2008, s.100-1001). Devlet vatandaşlarına erişmek ve meşruiyetini yeniden kazanmak için, vatandaşın kamusal hizmetlere tam anlamıyla erişimi ve daha nitelikli ve çeşitli hizmet almasını güvence altına almak zorundadır. Bu bağlamda, özellikle kamusal hizmetlerin vatandaşların kolayca ve hızlı bir şekilde erişebileceği, daha kaliteli, verimli ve şeffaf bir yapıya kavuşturulması bir gerek haline gelmektedir. Artık devlet vatandaşın değişen beklenti ve rolleri karşısında hizmet anlayışını vatandaş odaklı yapmak durumundadır.

2. MÜŞTERİ-TÜKETİCİ-VATANDAŞ AYRIMI

Müşteri odaklı kamu hizmeti YKY hareketinden türemiştir. Bu bağlamda kamu kurum ve kuruluşlarından, müşterilerine kalitesi yüksek hizmet sunmayı amaçlayan özel işletmeler gibi hareket etmeleri beklenir. Bununla beraber, kamusal hizmetler için müşteri kavramını kullanmak doğru görünmemektedir. Çünkü müşterinin rolü, vatandaşının oynadığı rollerden sadece biridir. Vatandaş müşteri olmak dışında hakları olan, kamusal hizmetlerin ortağı olan ve aynı zamanda sorumlulukları olup bazı şeyleri yapmak zorunda kalan kişidir (The World Bank Institute Leadership Development Program and The Institute of Public Administration of Canada, 2007, s.4).

Vatandaş hem vergi mükellefi, hem hizmeti kullanan ve hizmet sunumuna ortak olan kişi iken; vergi mükelleflerinin, hizmeti kullananların ve hizmet sunumuna ortak olanların hepsini vatandaş olarak tanımlamak güçtür (Office of The Comptroller& Auditor General, 2007). Vatandaşı müşteri olarak kabul ettiğimizde, vergi mükellefi hizmetin finansmanına katılmasına rağmen hizmetten faydalanmadığında ortaya belirsiz ve adaletsiz bir durum ortaya çıkacaktır.

Müşteri, bir kurumun ürettiği mal ve hizmetleri satın alma olasılığı bulunan veya satın almış olan kişidir. Müşterinin herhangi bir firmanın malını veya hizmetini satın alıp almama, firma ve ürün seçme konusunda serbestliği olduğu halde, adalet, güvenlik veya savunma gibi kamu hizmetlerini talep edenlerin bunları seçme ve başka yerden sağlama konusunda serbestliği yoktur. Gabriel ve Lang (1995, s.4) müşteriyi 9 başlık altında tanımlamıştır. Bu başlıklar şöyledir: Tercih yapan, iletişime geçen, kaşif, kimlik arayan, hazzı, isyancı, aktivist ve vatandaşdır.

Vatandaş, siyasal ve toplumsal hak ve sorumlulukları olan bir kimliğe sahipken, kendi ekonomik çıkarlarını öne alan müşteri, kendisine mal ve hizmet sağlayan yapıyı sorgulayan ve bunu yaptığı ölçüde mal ve hizmet kalitesini artıran bir kimliğe sahiptir. Müşterinin gücü bir ürünü tercih edip etmeme şeklinde ortaya çıkarken, hakkı maddi olanaklarından kaynaklanmaktadır (Ateşoğlu ve Özkan, 2010, s.53). Müşteri vatandaştan farklı olarak ortak bir amacı paylaşmayan daha çok kişisel çıkarlarını maksimize etmeyi amaçlayan kişidir. Bu bağlamda kamu yönetiminin

doğasına aykırı olarak vatandaşın müşteri olarak görülmesi kamuyu serbest piyasaya bağımlı kılmaktadır (Yıldırım, M., 2009a, s.105).

YKY yaklaşımı da vatandaşları müşteri olarak nitelendirmektedir. Bu düşünce, politik yarışta iktisadi rekabetle açıklayan demokrasinin ekonomi teorisinden kaynaklanmaktadır. Nasıl işletmeler daha fazla kar için birbiriyle rekabet ediyorsa, partiler de aynı şekilde oy için birbiriyle rekabet ederler. Bu teoriye göre; vatandaşlar, rekabet halindeki partileri oylayan ve kendilerine en yüksek faydayı sağlayacağını düşündüğü partiyi tercih edecek şekilde hareket eden müşteriler olarak görülmektedir (Dagger, 1997, s.105).

Eğer kamuda vatandaş müşteri olarak görülürse polisin müşterisi kimdir? Suçlular mı? Sürücülerin hız yapmamasından yararlanan çocuklar mı? Yoksa onların ebeveynleri mi? Polislerin maaşlarının ödenmesini sağlayan vergi mükellefleri mi? Ya da olayları polislerden devralan mahkemelerin, polislerin çalışmaları sonucunda ağzına kadar dolan hapishanelerin müşterileri kimdir? Bütün bu sorular, kamusal işlerde koşulların özel sektördekinden biraz daha farklı olduğunu göstermektedir (Eren, V., 2003, s.64).

Kamusal hizmetleri kullananlar, amaçları sadece hizmetlerden sağladığı faydayı maksimize etmek olan tüketiciler veya müşteriler olarak görülmemelidir. Bir takım hakları kadar ödevleri de olan vatandaşlar olarak görülmelidir (Martin ve Webb, 2009, s.129). Vatandaşlar sadece kamusal mal ve hizmetlerin tüketicileri ya da müşterileri değil; aynı zamanda sahipleridir. Tüketici sadece piyasada sunulan hizmetler arasında tercih yaparken vatandaş hangi hizmetin önemli olduğuna karar verip devletin onu sunmasını sağlar (Frederickson, 1992, s.13). Bunun yanında, kar amacıyla üretilmiş bulunan bir mal veya hizmeti satın alan müşteri, ödediği bedelin karşılığını aldığını düşünürken; kamu hizmetinden yararlanan vatandaşlar, genellikle bu karşılığı alıp almadığını bilemez.

Tam da bu noktada tüketici ve müşteri kavramları doğru biçimde ele alınmalıdır. Çoğunlukla tüketici ve müşteri birbirinin yerine kullanılsa da aslında aynı şeyi ifade etmemektedir. İngilizcede baş harfleri c'le başlayan üç kelime sıklıkla ve

yanlış bir şekilde birbiri yerine kullanılmaktadır. Bunlar; consumer, customer ve client'tir. Yani tüketici, müşteri ve özel müşteridir. Türkçe de dahil olmak üzere, başka bazı dillerde de, bu üç kavramı ayırt edici kelimeler bulunmamaktadır. Oysa bu kavramların arasındaki farklılıkların ayırtına varmak oldukça önemlidir (Saydam, 2011, s.28).

Tablo 2.1.

Hizmet Sunucu ile İlişkiler Bağlamında Tüketici, Müşteri ve Özel Müşteri Ayırımı

<i>Tüketici</i>	<i>Müşteri</i>	<i>Özel Müşteri</i>
Tüketicinin adını bilmemiz gerekmez	Müşterinin adına, adresine ve daha pek çok kişisel bilgisine sahip olunmalıdır.	Özel müşterinin neredeyse her şeyini bilmek durumundayız.
Tüketicinin yeniden satın alma garantisi o anda gördüğü hizmete bağlıdır.	Tekrar satın almayı sağlamak ve her satın almada bir öncesine oranla sepet ortalamasını arttırmak gerekir.	Yeniden satın alma diye bir sorun olmaz. Çünkü özel müşteri başka yerden alışveriş yapmaz, yapmamalıdır.
Tüketiciye yönelik iletişim, marka ve itibar arttırmaktan çok satış odaklıdır.	Müşteri sadakatinin tipik göstergelerinden biri marka bağımlılığıdır.	Özel müşteri, ürün veya hizmet markasının ötesinde, kuruma da sadıktır. Daha da ötesi özel müşteri kurumun elçisi, savunucusu durumundadır.
Tüketici sadakati 3P (fiyat, yer ve ürün) ile sınırlıdır.	Müşteriyle sıcak temas anında da tüketiciye göre fazladan bir P devreye girer. O da promosyondur.	İnsan unsuru, 5. P olarak (people) özel müşteride tanımlanmış, ölçümlenmiş, kayda geçmiş, üzerine saatlerce eğitim alınmış süreçlerden çok daha belirleyici bir faktördür.
Tüketiciyle ilişki tek yönlü ve asimetriktir.	Satıcı-müşteri ilişkileri satış kadar aynı zaman da itibar odaklıdır.	Özel müşteriyle ilişki, çift yönlü ve simetriktir.

Kaynak: Saydam, 2011, s.29-39'dan yararlanılarak düzenlenmiştir.

Tablo 2.1'de tüketici, müşteri ve özel müşteri arasındaki ayrımı hizmet sunucu ilişkileri bağlamında verilmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere, tüketici ve müşteri kavramları bazen birbiri yerine kullanılsa da aynı şeyi ifade etmemektedir. O yüzden müşteriyi tüketici yerine koymak ne kadar yanlışsa, vatandaşı da müşteri yerine koymak o kadar yanlıştır.

Podger ve diğeri (2012, s.104) de benzer şekilde tüketici, müşteri ve vatandaşın birbirinden oldukça farklı kavramlar olduğuna vurgu yaptığı çalışmalarında, müşterinin tüketiciden farklı olarak bir takım hakları ve sorumluluklarını olduğunu, hizmet sunucusuyla ilişkisinin tüketicini hizmet sunucusuyla ilişkisinden farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir. Bunun yanında, vatandaşın müşteriyle özdeş kullanılmasının kamu yararı ve kamusal öncelikler açısından doğru olmadığını ifade etmişlerdir.

Clark, kamu hizmet reformunun arkasındaki temel belirleyici olarak gördüğü müşteri kavramının yükselişini incelediği çalışmasında vatandaş ve müşteri kavramlarını, çeşitli ayırt edici unsurlar çerçevesinde tanımlamıştır. Vatandaş, devlete ait bir kavramken (vatandaşlık yasal ve siyasi bir statüdür); müşteri piyasayla bütünleşiktir. Aynı şekilde, vatandaş kamusal hayatın bir aktörü iken; müşteri, özel sektörün aktörüdür (kendi tercihlerini yapar). Vatandaş, ortak bir sürecin (demokrasi, kamusal katılım vb.) parçasıyken; müşteri, esas olarak bireysel bir figürdür. Bunun yanında, vatandaş, özellikle sosyal haklar alanında, beşerileştirme (de-commodification) süreçleriyle ilişkilidir. Yani vatandaşlıkta beşeri ilişkiler söz konusudur. Müşteri ise tersine metalaştırmayla ifade edilir. Müşteri, ticari bir malın değişim ilişkileri çerçevesinde düşünülen kişidir. Yani, tüketim sınırlarını ve olanaklarını yönetir. Son olarak, vatandaş siyasi düşüncelerini açık şekilde ifade eden, kamusal diyaloga üretken olarak katılan ve hakları çerçevesinde devletten talepte bulunan kişiyken; müşteri ise karar verir, tercih yapar, kendi çıkarlarını düşünür ve siyasi toplumsal kısıtlardan uzak durur (Clarke, 2009, s.34-35).

Kanada Yönetim Geliştirme Merkezi tarafından hazırlanan vatandaş odaklı kamu hizmet sunumuyla ilgili raporda da vatandaş ve müşteri ayrımına değinilmiştir. Bu ayrıma göre, müşterilerin o ülkenin vatandaşları olmalarına gerek yoktur. Onlar sadece kamu hizmetlerinin doğrudan kullanıcılarıdır. Bununla beraber, vatandaşlar bazı hizmetlerin müşterileri olabilir ya da olmayabilir; fakat bir toplumun parçaları olarak kamusal hizmetlere katkıda bulunur ve bu hizmetlerden dolayı yarar sağlarlar. Ayrıca raporda, vatandaşların hak ve sorumlulukları olduğu ve özel sektör müşterilerinden farklı olarak, bir kamusal hizmetten memnun olmadıklarından başka bir hizmet

sunucuyu seçme şanslarının çoğunlukla olmadığı ifade edilmiştir (Canadian Centre for Management Development, 1999, s.2).

Callaghan ve Wistow (2006, s.585) da vatandaşı bir toplumun yasal, siyasi ve toplumsal bir üyesi olarak tanımlamış, bireysel tatminle ilgili tüketim tabanlı kavramların ötesinde kamusal finansmandan kaynaklanan bir cevap ve hesap verebilirliğin sağlanmasını içerdiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda, müşteri kavramının kullanılması kamuya yönelik hesap verebilirlik ilişkilerinde vatandaş hakları yerine müşteri haklarını öne çıkarmakta (Quirk, 1997, s.585) ve denetimi zayıflatmaktadır.

Saran kamu hizmetlerindeki dönüşüm çerçevesinde vatandaşın müşteri olarak algılanmasının sakıncasını şu sözlerle ifade etmiştir: “Kamu hizmetinin muhatabı olan yurttaşın piyasa eksenli yönetim yaklaşımlarının etkisiyle müşteri konumuna indirilerek arz ve talep şartlarının insafına terk edilmesi ve böylece çeşitli haklarından yoksun bırakılması eşitlik, adalet, demokratik sorumluluk gibi ilkelerin zedelenmesine yol açmaktadır” (Saran 2004, s.85).

3. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMI

Vatandaşlık kavramında meydana gelen dönüşüm, müşteri odaklı modeli uygulamadaki sakıncalar, devlet anlayışında meydana gelen değişimler gibi bir dizi faktör kamu hizmetlerinde yeni bir yaklaşımı gündeme getirmiştir. Vatandaş odaklı kamu hizmeti olarak ifade edilen bu yaklaşım, müşteri odaklılık anlayışla belirli noktalarda buluşsa da ciddi şekilde birbirinden ayrılmaktadır. Bu ayrım noktalarının neler olduğuna baktıktan sonra vatandaş odaklı kamu hizmetinin neyi ifade ettiği, ortaya çıkmasından nelerin etkili olduğu, nasıl ve hangi araçlarla uygulanacağı, Türkiye’de ve diğer ülkelerde bu uygulamanın örneklerine ve son olarak da temel araştırma konumuzu oluşturan kamu ekonomisi bakımından sonuçlarına değinmek yerinde olacaktır.

3.1. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti-Müşteri Odaklı Kamu Hizmeti Ayrımı

Kamu yönetiminin temel değerleri; vatandaş refahı, bağımsızlık, eşitlik, kamu yararı, adalettir. Özel sektör yönetiminin temel değerleri ise; birey merkezlilik,

girişimcilik, etkenlik, rekabet ve kar maksimizasyonudur. Özel sektörde temel amaç kar sağlamak amacıyla müşterilerin isteklerini tatmin etmek olduğu halde, kamu yönetiminde temel amaç vatandaşlara hizmet götürmektir. Vatandaş kavramı bütün yurttaşları kapsarken, müşteri kavramıysa sadece hizmetten faydalanabilen kişileri kapsamaktadır (Ulvi, 2004, s.71). Kamu yönetimine uyarlanmak istenen müşteri odaklılık ise piyasa temelli yeni değerler etrafında yapılandırılmış ve kişilerin ve grupların çıkarlarının temel alındığı bir yaklaşımı ifade etmektedir. Kısaca, müşteri odaklı anlayış kamu yönetimine işletme biliminden ithal edilmiş piyasa odaklı bir yaklaşımdır. Bu doğrultuda, kamu yönetiminin “girişimcilik, müşteri, projecilik, rekabet, kendi kendine yeterli olma, kâr ve başarı” gibi piyasa temelli yeni değerler etrafında yapılandırılması gerektiği ve kamu yararına dayanan bir kültürel ortamdan, kişilerin ve grupların çıkarlarının temel alındığı bir sürece geçilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (Saygılıoğlu ve Arı, 2003, s.32-33).

Vatandaş odaklılığın müşteri odaklılık olarak görülebileceğini düşünenlere yöneltilen eleştiri, özel sektör mantığının farklı olması konusundadır. Özel sektörde müşteri odaklı yapının dinamiği kâr olgusu ise kamu sektöründe vatandaş odaklı yapının dinamiği vergi ödeme ve hesap sorma bilinci arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi meselesidir. Bunun yanında vatandaş odaklı yaklaşımı müşteri odaklı yaklaşımdan ayıran başka faktörler de vardır. Öncelikle, daha önce de açıkladığımız üzere vatandaşın müşteri olarak görülmesindeki hatadır. Vatandaş ve müşteri farklı kavramlardır. Bununla beraber, kamuda vatandaş odaklılığın kökenlerine baktığımızda özel sektördeki gelişmelerin etkisini görmekle beraber esas olarak birçok ülkede demokrasi bilincinin yerleşmesi, gelişmesi ve birey – vatandaş algılamasının ortaya çıkması olduğu anlaşılmaktadır (Ateşoğlu ve Özkan, 2010, s.54).

Gerçekten de talebin az olduğu bazı alanlarda bile kamu hizmetlerinden yararlanmanın bazen kullanıcılara doğrudan maliyeti yoktur, ödemeyi hizmetten yararlanmayan üçüncü bir parti, yani vergi mükellefleri yapar. Buna ek olarak, kamu otoritesinin varlığı bütün halka fayda sağlar ama vergi mükellefi olan bireyler ödemedede bulunur. Müşteri odaklı yaklaşım geçerli olacaksa vergi mükellefleri hizmetlerden yararlanan müşteriler olmalıdır. Bununla beraber, müşteri odaklı anlayış benimsendiği

takdirde, kamuda istikrarı, eşitliği ve toplumsal adaleti artırıcı, kamu yararını sağlayıcı politikaların etkisi göz ardı edilmiş olacaktır (Balcı, 1999, s.70).

YKY anlayışının uzantısı olan müşteri odaklılık modeli, özellikle bazı kamu hizmetleri için uygun değildir. Çünkü zorunlu kamusal hizmetlerde bu mantık rahat işlememektedir. Müşteri bir iş ilişkisini bitirme veya devam ettirme olanağına sahiptir (Eren, V., 2001, s.212-216). Vatandaşın çoğu zaman böyle bir şansı bulunmamaktadır. O yüzden bu ve bahsedilen diğer nedenlere bağlı olarak müşteri odaklı modeli vatandaş odaklı modelle eş ya da onun alternatifi olarak kullanmak doğru değildir.

3.2. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Yaklaşımının Tanımı ve Unsurları

Kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşım, teorik ve pratik olarak özel sektör yönetiminden esinlenmekle beraber, kamudaki hizmet sunumunun kendine özgü özelliklerini muhafaza etmeyi amaçlamaktadır. İşletme yönetiminde uygulanan müşteri odaklı yönetim anlayışının bazı teknik ve ilkelerinden yararlanarak, onları kamu yönetimi kalıbı içerisinde eriten, kar değil kamu hizmeti merkezli, müşteri değil vatandaş esas alan; ancak, kamu yararı ve hakkaniyet ölçülerine bağlı kalarak, kamu hizmetini etkin-verimli-ekonomik ve kaliteli olarak sunmaya çalışan bir nitelik arz etmektedir. Bunun yanında, vatandaş odaklı hizmet anlayışı, kamuda hesap verme mekanizmalarının güçlendirilmesi, kamusal hizmetlerin sunumunda saydamlık sağlanması, işyerlerini ve sivil toplum örgütlerini de içerecek biçimde vatandaşın hem politika oluşturmada, hem de uygulamada doğrudan doğruya devreye alınması, yani yönetişimin öne çıkarılması, devlete duyulan güvenin ve idarenin saygınlığının geliştirilmesi, hizmetin kalitesinin iyileştirilmesi gibi konuları da içermektedir (Karataş, 2007, s.84). Kısaca, vatandaş odaklı kamu hizmeti, kamusal hizmetlerin tasarım, sunum ve denetiminin her aşamasında vatandaş istek, beklenti ve kaygılarını dikkate alan, bazı özel sektör araçlarıyla bu süreçleri daha şeffaf, kolay erişilebilir ve kaliteli hale getirip vatandaşları süreçlere dahil eden, vatandaş memnuniyetini esas alan ve kamu yararını gözetmeye devam eden hizmet anlayışını ifade etmektedir.

1980'li yıllardan itibaren hizmette verimlilik, etkinlik ve kaynak tasarrufu öncelikli iken, 2000'li yıllardan sonra demokratiklik, hukuk devleti ve insan hakları

ilkeleri başat hale gelmiştir. Bu bağlamda yükselişe geçen vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışıyla kırtasiyeciliğin arttığı, hizmetlerin sunulmasında vatandaşların ihtiyaçlarının göz ardı edildiği, zaman ve kaynak israfının yüksek olduğu ve bürokrasinin egemen olduğu bir yapıdan, kamu hizmetlerinin yürütülmesinde vatandaşların istek ve düşüncelerinin ön planda tutulduğu, süreçlere dahil edildiği bir anlayışa geçme amaçlanmıştır (Kutlu, Usta ve Kocaoğlu, 2009, s.508).

Vatandaş odaklı yeni anlayış merkeziyetçi yapıdan daha desantralize yapıya, hantal ve hiyerarşik-bürokratik yönetimden etkileşimli ve işlevsel yönetime, vatandaş dışarıda bırakan karar alma sürecinden katılımcı uygulamaları benimseyen yapılara önem vermektedir.

Bu yaklaşımda, vatandaşa hizmet öncelikli hale getirmek, hizmet sunumunda vatandaş ortak etmek, yüksek kalitede ve hızlı hizmet sunmak ile kaynak tahsisinde bu doğrultuda etkinliği sağlamak temel amaçtır. Ayrıca bu yaklaşımda, kurumların işbirliği içinde koordineli çalışması, vatandaşlarla devletin sürekli iletişim halinde olması, kamu hizmetlerinde görülen sorunları beraber değerlendirmesi ve hizmetlere değer katması esastır (Claver ve diğerleri, 1999, s.459).

Bu konuda çalışmalar yapan Saygılıoğlu ve Arı da kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşımın oluşturulmasında kullanılabilecek temel göstergeleri şöyle sıralamıştır (Saygılıoğlu ve Arı, 2003, s.148-149):

- i. Belli bir hizmet alabilmek için aşılması gerekli idari birim sayısı ya da kamu kurumlarına kolay erişebilme düzeyi,
- ii. Talep edilen belli bir kamusal hizmet için geçen bekleme süresi,
- iii. Kamusal hizmetlerin ve birimlerin ikame esnekliği; bir başka ifadeyle, düzeyinden ya da erişme niteliğinden memnun olmayan vatandaşların ya da iş çevrelerinin, bir hizmeti belli bir kamu kurumundan almak yerine, başka bir kamu kurumuna gitme olanağının derecesi; ya da bir hizmeti (tek birim yerine) değişik yerlerden alabilme hakkının tanınma derecesi,

- iv. Bir hizmetin tasarımından sunumuna kadar geçen süreçlerde, vatandaşların kamu kurumlarına gitmeden, elektronik olarak erişme ve işlemlerini bilişim teknolojileri aracılığıyla görme derecesi.

Kamusal hizmetlerin dönüştürülmesi amacıyla geliştirilen ve güçlü bir devlet girişimini gösteren Güney Afrika'nın *Batho Pele İlkeleri* vatandaş odaklı hizmet sunumu için kusursuz bir politik çerçeve ve uygulama yöntemi oluşturmaktadır. Bu ilkeler şöyle ifade edilebilir (South Africa Department of Public Service and Administration, 2003, s.12-28):

- i. *Danışma*: Vatandaşlardan, aldıkları hizmetlerin düzeyi ve kalitesi hakkında bilgi alınmalı, ihtiyaçları göz önünde tutulmalı, hizmet standartları koyarak mevcut hizmetler yeniden düzenlenmeli ve yeni hizmetler sunulmalıdır.
- ii. *Hizmet Standartları*: Vatandaşlara alacakları hizmetlerin düzeyi ve kalitesinin ne olacağı hakkında bilgi verilmeli, vatandaşların en yüksek standartta hizmet aldıklarından emin olmaları sağlanmalıdır.
- iii. *Erişim*: Tüm vatandaşların, özellikle farklı şekillerde dezavantajlı olanların, hizmetlere eşit şekilde ve kolayca erişimi sağlanmalıdır.
- iv. *Nezaket*: Vatandaşlara nazikçe ve ehemmiyetle yaklaşılmalıdır.
- v. *Bilgi*: Vatandaşlara, almayı hak ettikleri hizmetler hakkında tam ve doğru bilgi verilmelidir.
- vi. *Açıklık ve Şeffaflık*: Vatandaşlara ulusal ve yerel kamu kuruluşlarının nasıl çalıştığı, maliyetleri ve kimlerin işbaşında olduğu hakkında bilgi verilmelidir.
- vii. *Telafi*: Eğer taahhüt edilen standartta hizmet sunulmadıysa, vatandaşın özür dilenmeli, durum ayrıntılarıyla açıklanmalı, hızlı ve etkin bir şekilde sorun çözümlenmelidir. Ayrıca, vatandaşın şikayeti karşısında, sempatik ve pozitif bir tutumla yaklaşılmalıdır.
- viii. *Paranın Karşılığı*: Kamusal hizmetler vatandaşların parasının karşılığını tam anlamıyla verecek şekilde etkin ve tutumlu bir biçimde sunulmalıdır.

Kanada'da kamusal hizmetlerin vatandaşların istek, beklenti ve erişimlerine daha uygun hale getirmek için araştırmalar yapan Kanada Yönetim Geliştirme Merkezi vatandaşların kamusal hizmetlere yönelik algılamalarını ölçüp vatandaş odaklı hizmet sunumunun özellikleri ve kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşıma geçmek için yapılması gerekenleri açıklayan *Citizens First* adlı bir rapor hazırlamıştır. Bu konuda dünyada önde gelen kuruluşlardan biri olan Kanada Yönetim Geliştirme Merkezi'nin hazırladığı bu raporda, vatandaş odaklı hizmet modelinin unsurları şöyle sıralanmıştır (Erin Research Inc., 1998, s.5):

- i. *Vatandaşın istek ve beklentileri*, kamusal hizmetlerin tesisi ve uygulamasında göz önüne alınmalı,
- ii. Vatandaş hizmeti nerden alacağını bilmeli, *hizmete erişimde* sıkıntıyla karşılaşmamalı,
- iii. *Hizmet sunumunda* zamanındalık, bilgi, konfor, adalet ve verimlilik gibi *kaliteyi* gösteren hedeflere ulaşılmalı,
- iv. *Vatandaşların deneyimleri*, hizmetlerin iyileştirilmesi için dikkate alınmalı,
- v. *Vatandaşların öncelikleri* de yine, hizmetlerin iyileştirilmesi açısından göz önüne alınmalıdır.

Vatandaşların kamu hizmetlerinin belirlenmesi ve sunulması sürecinde karar alma mekanizmasına katılımına imkan veren, bu sayede devleti tek karar verici merci olmaktan ve merkezîyetçi yapıdan çıkararak, sivil toplum örgütleri ve özel sektörü sürece dahil eden, hiyerarşik basamakların olabildiğince azaltıldığı, karşılıklı etkileşime dayanan yönetim merkezli bir anlayış, vatandaş odaklı kamusal hizmetin gerçekleştirilmesinde gerekli diğer unsurlardır. Özellikle de vatandaşların, sivil toplum örgütlerinin ve özel sektör kuruluşlarının yönetim sürecine katılımını öngören model olarak yönetim oldukça önemlidir. Yönetim kademeleri azaltılarak, karar verenlerle kararı uygulayanlar arasındaki mesafeyi azaltarak, bu suretle vatandaş taleplerini daha sağlıklı bir biçimde algılayıp karşılayabilen bir yapı oluşturulmalıdır.

Kamu hizmetlerinin amaç boyutu göz önüne alındığında, bu hizmetlerin dört temel hedefe sahip olduğu ifade edilebilir. Bu hedefler, hizmet yükümlülükleri,

vatandaş memnuniyeti, çalışanların memnuniyeti ve kaynakların ekonomik kullanımınıdır (Eren, V., 2002, s.64). Bu dört hedefin gerçekleştirilmesi, kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı bir yaklaşıma geçilmesinde önemli katkıda bulunacaktır.

AB tarafından yapılan çalışmalarda da kamu hizmetlerinin vatandaş odaklı sunulmasının gereğinden, bunun için nelerden yararlanılacağı, hangi ilkelerin esas alınacağından bahsedilmiştir. Bu unsurlar sırasıyla şöyle ifade edilmiştir (McDonald, 2006, s.5):

- i. *Tercih/Rekabet*: Hizmet sunanları ve hizmet sunum kanallarını seçme konularında serbestlik sağlanmalıdır (bu konu vatandaşın hakları arasında tanımlanmalı) .
- ii. *Cevap Verebilirlik*: Aksaklığı giderme süresi kısaltılmalıdır.
- iii. *Ürün ve Hizmet Arzı*: Mal ve hizmetler konusunda talepler ve teklifler dikkate alınmalı ve ayrıca paranın geri ödenmesi veya şikâyetlerin dikkate alınması gibi geri dönüşler olmalıdır.
- iv. *Yenilik ve Esneklik*: Sürekli bir yenilenme ve esneklik sağlanmalıdır.
- v. *Zaman Kısıtı*: Sözleşmeler veya başvurularla ilgili yasal süreler ve yaptırımlar konulmalıdır.

Bunların yanında, bazı devletler de, bu yaklaşımın neyi ifade ettiği ve hangi unsurları içerdiği yönünde çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmaların öne çıkanlarından biri İrlanda Genel Denetim ve Danışmanlık Ofisi'nin yapmış olduğu *The Citizen Focus in Value for Money Examination* isimli çalışmadır. Bu çalışmada, vatandaş odaklı kamu hizmetinin temel niteliklerinin şöyle olması gerektiğini ifade etmiştir (Office of The Comptroller& Auditor General, 2007):

- i. Erişebilirlik:
 - a. Coğrafi engeller (Şehir/kırsal ayrımı) sorun olmamalı
 - b. Dezavantajlı/Zayıf gruplar öncelikli olmalı
 - c. Zamanında ulaştırılmalı

- ii. Hizmet Kalitesi Odaklı
- iii. Cevap Verebilirlik
 - a. Talep/ihtiyaç düzeyine göre sunma
 - b. Paydaşların görüşlerini dikkate alma
- iv. Esneklik
 - a. Hizmetleri tercih etmede (zaman, yer vb.)
 - b. Bireylerin ihtiyaçlarına uygun hizmet sunmada
- v. Hizmet Sunanlar Arasında Entegrasyon
- vi. İletişimde Açıklık
 - a. Reklam ve yayınlama
 - b. Belgelendirme ve kişisel iletişim

Benzer şekilde, Galler Meclis Hükümeti de hizmet sunum anlayışını vatandaş odaklı hale getirmek için birtakım prensipler geliştirmiştir. Bu prensipler sırasıyla şöyledir (Community Housing Cymru, 2009, s.6):

- i. *Vatandaş Ön Plana Konulmalı*: Vatandaşlar her şeyin temelinde yer almalı, hizmetin oluşturulma ve uygulanmasının her aşamasına dahil edilmeli, istek, düşünce ve beklentileri göz önüne alınmalı, gerekirse hizmetlerde değişiklikler yapılmalı, bilgi, şikayet gibi şeyler için erişim sistemleri oluşturulmalı, vatandaşa saygı ve hürmetle yaklaşılmalı, hesap verilebilir olmalı ve örgütler işbirliği içinde hareket etmelidir.
- ii. *Kimin Neyi, Neden Yaptığı Bilinmeli*: Hizmet sunum zinciri içinde yer alan herkesin birbirinin rolleri ve sorumluluklarını anladığından ve en iyi olası çıktıları beraber nasıl sunabileceklerinden emin olunmalı; bu bağlamda politikalar ve stratejiler belirlenmeli, iç kontrol, risk yönetimi, iletişim kanalları oluşturulmalı ve kurum/kuruluşun çalışmasını değerlendirecek etki sistemler kurulmalıdır.

- iii. *Diğerleriyle İşbirliği Yapılmalı:* Vatandaşlara en iyi hizmet çıktısını sağlamak için yapıcı ortaklıklar kurulmalıdır.
- iv. *Kamu Hizmet Değerleri Hayata Geçirilmeli:* Hizmet sunumu açısından bir takım yönetim değerleri (açıklık, çeşitlilik, eşitlik gibi) benimsenmelidir.
- v. *Yenilikçi Hizmet Sunumu Güçlendirilmeli:* Kamusal hizmetlerin sunumunda yaratıcı ve yenilikçi olmalı, daha iyi sonuçlar alabilmek için risk alınmalıdır.
- vi. *Öğrenen Bir Örgüt Olunmalı:* Daimi öğrenilmeli, değerlendirilmeli, raporlanmalı ve hizmet sunumu da daimi geliştirilmelidir.
- vii. *Paranın Karşılığı Sağlanmalı:* Vergi mükelleflerinin kaynaklarına göz kulak olunmalı, bu kaynaklar yüksek kaliteli, sağlam ve etkin hizmetler sunmak için dikkatli şekilde kullanılmalıdır.

Cooper, Bryer ve Meek (2006, s.79) de iyi işleyen vatandaş odaklı bir kamu hizmeti anlayışının kurulması için altı önemli unsurun sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu unsurlar şöyledir: Yönetimin vatandaşlara güveni, vatandaşların etkinliği, vatandaşların yönetime güveni, vatandaşların yetkinliği, yönetimin duyarlılığı ve yönetimin meşruluğu. Bu unsurların tamamı, güçlü bir demokratik hayatın bir sonucudur. İyi dizayn edilmiş ve kaliteli bir demokrasi, bu unsurları temin edebilir.

Vatandaş odaklılık, halkı merkez alan bir yaklaşımdır. Halkı etkileyen ama daha önemlisi halktan etkilenen bir yaklaşımdır. Bu etkilenme, ürün veya hizmetin tercih edilip edilmemesinden veya parasal ayrıcalıklardan değil, vatandaşların siyasal ve toplumsal bir hak ve sorumluluk sahibi olmalarından kaynaklanmaktadır (Ateşoğlu ve Özkan, 2010, s.55).

Sonuç olarak, kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşım güler yüzlü hizmet sunmaktan daha öte bir şeydir. Hizmet sunumunda en iyi sonuçlara en düşük maliyetle ulaşmanın yanında; vatandaşları, onların özelliklerini, devletin elde etmeye çalıştığı çıktıları ve hizmet tercihlerini kapsayan bütünü dikkate alma, hizmet sunum kanallarına yeni bir bakış açısı katıp hizmetleri “yanlış kapı yok” anlayışıyla mekandan, kurumdan ve programdan bağımsız olarak sunma, “herkese tek tip” anlayışını terk ederek

vatandaşın önceliklerini, farklılıklarını ve sıkıntılarını göz önüne alma, kaynakları bu yönde tahsis edip etkinliği sağlama ve son olarak üretimde işbirliği/ortaklığı (kamu, özel sektör, STK ve vatandaş) sağlamadır (Duggan, 2010, s.13).

Bütün bunları da şu ilkeler doğrultusunda yapmak gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle, kamu hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşımın temel unsurları, yukarıda bahsedilen farklı yaklaşımların da ışığında, şöyle olmalıdır:

- i. *Katılım*: Vatandaşların, kamu hizmetlerinin sunumundan denetimine kadar farklı aşamalarına dahil edilmesi gerekmektedir. Vatandaşlar artık hizmetleri sadece kullanan değil, tasarlama ve sunum süreçlerine de katılan kişiler olmalıdır.
- ii. *Tercih*: Vatandaşların hizmetlere ilişkin görüşleri, beklentileri ve tercihleri dikkate alınarak hizmetler dizayn edilmelidir. Tercih aynı zamanda hizmet sunum kanalları için de geçerli olmalıdır. Vatandaş ister kurumdan ister internetten isterse çağrı merkezinden hizmete erişebilmelidir.
- iii. *Cevap Verebilirlik*: Hizmetler, değişen her koşula ve her ihtiyaca cevap vermelidir (PwC, 2012, s.5). Devlet sık sık araştırmalar yaparak vatandaşların ihtiyaç ve taleplerini öğrenmeli, şikayet mekanizmaları oluşturarak sıkıntılarının nedenlerini bilmeli, mevcut durum ve beklentilerde değişim olup olmadığını tespit etmeli, denetimler yapmalı ve gerekli tedbirleri almalıdır. Böylece, vatandaşın ihtiyaç ve taleplerine en uygun hizmet verilmeye çalışılmalıdır. Bu doğrultuda, merkezde bulunan bazı yetkiler, hizmette halk yakınlık (yerindenlik) prensibi doğrultusunda yerel birimlere devredilmelidir. Ayrıca, yetersiz kalan hizmetlerin yerine, yeni hizmetler oluşturulmasını da sağlamalıdır (Karataş, 2007, s.87).
- iv. *Zamanındalık*: Hizmetler, vatandaşlara mümkün olan en kısa sürede sunulmalıdır. Zamanındalık kurumlar arası bilgi ve hizmet paylaşımında da geçerli olmalıdır. Ayrıca ortaya çıkan sorunların çözümü de en kısa sürede gerçekleştirilmelidir.

- v. *Etkinlik, Ekonomiklik ve Verimlilik*: Kamusal hizmetler, vatandaşların parasının karşılığını tam anlamıyla verecek şekilde, etkin ve tutumlu bir biçimde sunulmalıdır. Hizmetler, hem devlet hem de vatandaş için en düşük maliyeti ve en yüksek çıktıyı sağlayacak şekilde yerine getirilmelidir. Yapılan hizmetlerle devlet hedeflediği amaçlara ulaşmalıdır.
- vi. *Erişebilirlik*: Vatandaşlar hizmetlere rahatça erişebilmelidir. Bu yüzden hizmet sunum kanalları çeşitlendirilmelidir. Hizmetlere yer ve zaman kısıtı olmaksızın farklı iletişim kanallarından (kurum, aracı ofisler, internet veya telefon) erişilebilmelidir. Ayrıca bu iletişim kanalları ve hizmetler entegre hale getirilmelidir. Dezavantajlı grupların hizmetlere erişimi de kolaylaştırılmalıdır
- vii. *Standart/Kalite*: Vatandaşlara sunulan kamu hizmetlerine belirli standartlar (bekleme süreleri, saygı görme düzeyi, yardım yöntemleri gibi) getirilmeli; hizmetlerin içeriği, sunumu ve denetiminde kalite yüksek seviyede tutulmalıdır. Hizmetleri daha etkin hale getirmek için bu standartlar, ihtiyaçlara göre sürekli iyileştirilmelidir.
- viii. *Şeffaflık*: Kamusal hizmetlerin nasıl sunulduğu, ne kadara mal olduğu, kimin finanse ettiği ve belirlenen standartlara uygun olup olmadığına dair bilgiler, kamuoyuna duyurulmalıdır. Ancak güvenliği tehdit eden durumlarda, gizlilik söz konusu olduğunda bu sağlanmalıdır (The House of Commons, 2008, s.6-7). Bununla beraber, devlet, vatandaşlardan gelen bilginin mahremiyetine önem vermeli, devlete güvenilirliğin tam olmasını sağlamalıdır.
- ix. *Bilgi Verme*: Vatandaşlar, sunulan hizmetler, bu hizmetlerle hangi amaçlar güdüldüğü, bu amaçlara ulaşıp ulaşılamadığı gibi konularda tam, düzenli ve doğru şekilde bilgilendirilmelidir. Eğer mümkünse bu bilgiler, geçmiş dönemlerle karşılaştırılmalı biçimde de yayınlanmalı, böylece en iyisinin yapılması konusunda devletin üzerinde baskı oluşturulmalıdır (The House of Commons, 2008, s.6-7). Ayrıca, vatandaşlar, merak ettikleri tüm kamusal verilere ve bilgilere herhangi bir engelle karşılaşmadan kolayca

erişebilmelidir. Devlet, hizmetleri hakkında anlaşılabilir ve kullanımı kolay bilgiler yayınlanmalıdır. Ayrıca, mevcut hizmetlere ilişkin bir değişim olduğunda, vatandaşları bilgilendirilmeli ve gerekirse danışmanlık hizmeti verilmelidir.

- x. *Ayrımcılık Yapmama (Adaleti ve Eşitliği Sağlama)*: Hizmetler, ırk, cinsiyet, zenginlik gibi konularda ayrımcılık yapılmadan, herkese eşit ve adil biçimde sunulmalıdır. Kimse farklı bir ırktan olduğu için, kadın olduğu için veyahut ekonomik gücü yetersiz olduğu için, hizmetten mahrum bırakılmamalı veya daha az hizmet almak zorunda kalmamalıdır. Böyle dezavantajlı durumda olanlara verilen hizmetler iyileştirilmeli, gerektiğinde bunlara yönelik olarak ekstra hizmetler verilmelidir.
- xi. *Hesap Verebilirlik (World-Class Public Services: Engaging Citizens and Staff, s.3)*: Hizmetlerle ilgili bir sıkıntı olduğunda vatandaşların bu sıkıntının ne olduğu, neden olduğu ve buna karşı ne yapılacağını bilmeye hakları vardır. Bu konuda yeterince bilgi verilmez ve yardımcı olunmazsa, vatandaşların şikayet etme hakkı da bulunmalıdır. Yönetimler, her sıkıntı ve şikayete yönelik olarak hesap vermeye yükümlü olmalıdır. Ayrıca bu sıkıntıları gidererek bir daha tekrarlanmaması için gerekli önlemleri almaları gerekir.
- xii. *Kamu Yararı*: Bireysel çıkarlardan öte, hep öncelikli olan kamu yararı olmalıdır. O yüzden kamu yararına zarar verecek her türlü girişimin hayata geçirilmesi engellenmelidir.

Merkezi ve yerel düzeyde kamu hizmetlerinin tasarımı, sunumu ve denetiminde, bu unsurlar dikkate alındığı takdirde, vatandaş odaklı yaklaşım benimsenmiş demektir. Bununla beraber, vatandaş odaklı yaklaşımın yaşama geçirilebilmesi için bu unsurların benimsenmiş olması yeterli değildir. Ayrıca bir takım uygulamaların da gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu uygulamaların neler olabileceği bir sonraki başlıkta incelenmektedir.

3.3. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Yaklaşımını Uygulama Süreci

Vatandaş odaklı kamusal hizmet sunmanın temel amacının, kamu hizmetlerinde etkinliği, verimliliği, kaliteyi ve adaleti artırarak; vatandaşa en mükemmel hizmeti sunma, vatandaşı merkeze yerleştirme ve vatandaş memnuniyetini maksimize etmek olduğunu daha önce belirtmiştik. Bu ana hedefe ulaşabilmek için, Kanada Yönetim Geliştirme Merkezi, yukarıda bahsettiğimiz *Citizens First* adlı raporunda atılması gereken adımların şöyle olması gerektiğini ifade etmiştir (Erin Research Inc., 1998, s.15-16):

- i. Tüm kamu sektöründe vatandaş odaklı hizmet sunumunu gerçekleştirmek için güçlü bir liderlik oluşturulmalıdır. Bu bağlamda;
 - a. Vatandaş odaklı kamusal hizmete ilişkin vizyon ve ilkeler geliştirilmeli,
 - b. Vatandaş odaklı hizmeti uygulamak üzere yönetimler arası uzman takımlar oluşturulmalı,
 - c. Vatandaş odaklı hizmetlere ilişkin tüm ilke ve uygulamalar planlar, programlar, performans değerlendirmeleri ve hesap verme uygulamalarında yer almalı, hizmet sunumu içinde yer alan tüm yönetici ve personel bu sürece dahil edilmeli,
 - d. Devlet dışı örgütler ve özel sektörle ortaklıklar kurulmalıdır.
- ii. Vatandaşların hizmetlere erişimi iyileştirilmelidir. Bu bağlamda;
 - a. Telefon hizmetinde olduğu gibi hizmete erişimin önündeki engelleri bertaraf etmek için yenilikçi pilot çözümler sunulmalı,
 - b. Yüksek önceliği olan hizmet alanlarında “tek pencereden” erişimi gerçekleştirmek için kurumlar arasında ve içinde pilot ortaklıklar kurulmalı,
 - c. Başarılı bir tek pencereden hizmet sunma yaklaşımı oluşturulmalı,
 - d. İnsan kaynakları ve teknolojiyi optimal şekilde kullanımı sağlayan uygulamalar ve çözümler bulunmalıdır.

- iii. Hizmetlerin kalitesi için gerekli beş temel ilke ışığında hizmet sunumu iyileştirilmelidir. Bu ilkeler sırasıyla şöyledir: *Zamanındalık, bilgi/yeterlilik, nezaket/rahatlık, adil davranma* ve *çıktı*'dır. Bu bağlamda;
 - a. Teknolojiyi optimal kullanarak ve toplumla ortak şekilde hareket ederek zamanındalığı iyileştirici pilot projeler yapılmalı,
 - b. Hizmetlerin zamanında sunumunun önündeki teknoloji eksikliği, maliyetleri azaltma veya yetersiz iç destek hizmetleri gibi engeller tespit edilmeli,
 - c. Hizmetlerin beklentilere uygun, zamanında, yeterli düzeyde, kolaylıkla ve adil bir şekilde sunumunun sağlanması için kamu görevlileri eğitilmeli ve güçlendirilmelidir.
- iv. Rutin işlemler için hizmet standartları geliştirilmelidir. Bu bağlamda;
 - a. Vatandaş ve kamu görevleri arasındaki telefon, e-mail ve birebir iletişim için standartlar getirilmeli,
 - b. Hizmet standartlarına ilişkin sorunlara yenilikçi ve maliyet etkin çözümler geliştirebilmek için pilot kamu-kamu ve kamu-özel sektör ortaklıkları kurulmalı,
 - c. Bu standartları en iyi şekilde yerine getiren görevliler ödüllendirilmeli,
 - d. Vatandaşların problemlerini çözmek için etkin mekanizmalar geliştirilmeli,
 - e. Hizmet standartlarına ilişkin performans ölçülüp vatandaş ve çalışanlar için raporlanmalı,
 - f. Rutin olmayan temel hizmetler için kişisel standartlar oluşturulmalıdır.
- v. Vatandaşların yüksek öncelik verdiği alanlarda iyileştirme çabaları güçlendirilmelidir. Bu bağlamda;
 - a. Eğitim, sağlık, istihdam gibi yüksek önceliği olan alanlarda yenilikçi pilot projeler uygulanmalı,
 - b. Yine yüksek önceliği olan alanlarda başarılı örnek olaylar duyurulmalı,
 - c. Kamu sektörü izlenip denetlenmelidir.

- vi. Bu ve diğerk araştırma sonuçları iletilmelidir. Bu bağlamda;
 - a. Vatandaşların kamu hizmetlerini algılamalarına ilişkin araştırma sonuçları ilan edilmelidir.
- vii. Vatandaş odaklı hizmet ve araştırma alanında küresel lider olunmalıdır. Bu bağlamda;
 - a. Değişen istek ve öncelikleri tespit etmek için düzenli araştırmalar yapılmalı, bu konudaki yöntem ve teknikler geliştirilerek bir süreklilik sağlanmalı,
 - b. Vatandaş odaklı hizmetleri geliştirmek için üniversite, özel sektör, gönüllü sektör ve uluslararası alanda pilot bağlantılar kurulmalıdır.

Kamusal hizmetlerle alakalı bir danışmanlık şirketi olan *CS Transform* şirketi ise hizmetleri vatandaş odaklı yaklaşım doğrultusunda dönüştürmek için yapılması gerekenleri şöyle sıralamıştır (CS Transform, 2010, s.3-5):

- i. Hizmet kullananları anlamada obsesif olunmalı,
 - a. Her yönetim düzeyinde vatandaşa yer verilmeli,
 - b. Hizmetleri kullananların ne düşündüğü bilinmeli,
 - c. Devlet yönetiminin vatandaşla ilişkileri geliştirilmeli,
- ii. Hizmetler, hizmeti kullananların ihtiyaçlarına göre oluşturulmalı,
 - a. İnsanların ihtiyaçlarına göre, devlete tek bir yerden erişim sağlanmalı,
 - b. Bu amacı gerçekleştirmek için, mevcut devlet yönetimi yapısı içine oturan ve değişim acenteleri olarak hareket eden “tüketici bayileri (consumer franchises)” oluşturulmalı,
 - c. Hizmetler farklı kanallar aracılığıyla sunulmalı – fakat tümü internet üzerinden de sunulmalı, altyapı yatırımlarının tekrarlanması

- önlenmeli ve kişilerin daha düşük maliyetli kanalları seçmesi teşvik edilmeli,
- d. Kurumsal ve yönetsel değişim yapılmadan teknolojiye para harcanmamalı,
- e. Vatandaşlara ilişkin veri bankaları (ad, adres vb.) oluşturma ve vatandaşların hizmetlere ilişkin işlemleri web kanalıyla yapmaları için ortak bir devlet yönetim stratejisi oluşturulmalı,
- iii. Kamusal hizmetlerin dönüşümü, vatandaşlar da sürece dahil ederek yapılmalı,
- a. Hizmetlerin tasarım ve sunumuna vatandaşlar doğrudan dahil edilmeli,
- b. Vatandaşlara kamusal yararı kendileri yaratabilmeleri için teknolojik araçlar sağlanmalı,
- c. Vatandaşlara kendi kişisel bilgilerin sahipliği ve kontrolü verilmeli, kişisel olmayan tüm kamusal bilgi vatandaşlar ve üçüncü taraflara yeniden kullanım ve yenilik için açık olmalı,
- iv. Paydaşlar genişletilmeli,
- a. E-hizmetlere yönelik talep yaratmak ve bu hizmetlere erişimi sağlamak için etkin hizmet dönüşüm planları oluşturulmalı,
- b. Diğer oyuncuların (özel sektör, gönüllü sektör vb...) vatandaş tutumları üzerinde önemli etkilerinin olduğunun farkında olunmalı – bu yüzden belirtilen amaçlara ulaşmak için ortaklıklar oluşturulmalı,
- v. Başarı faktörleri belirlenmeli ve bunlar ölçülmeli,
- a. Bu başarı faktörleri açıklık, liderlik, kullanıcı odaklılık, yetenek, paydaş girişi, ortaklık, yarar sağlamadır.

Dünyanın 36 ülkesinde faaliyet gösteren bir danışmanlık şirketi olan A.T.Kearney de Doğu Avrupa'da hükümetlerin ve kamu kurumlarının ne kadar vatandaş odaklı politikalar uyguladıklarını araştırmış ve bunları diğer ülkelerle karşılaştıran çalışmalar yapmıştır. Küreselleşmenin, vatandaşları daha öne çıkardığı ve devletlerin politika oluşturmada vatandaşların ihtiyaçlarına/isteklerine daha çok önem vermek zorunda kaldıklarını iddia eden A.T.Kearney, kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımı yerleştirmek için aşağıda sayılan yedi uygulamanın gerçekleştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu yedi uygulama sırasıyla şöyledir (A.T.Kearney, 2009, s.4):

- i. Kurumsal değişim sağlanmalıdır.
 - a. Vatandaş odaklı hizmet sunmak için, teknoloji tabanlı sistemler kullanılmalı,
 - b. Hizmet alanlara ilişkin veriler tek merkezde toplanmalı ve bürokrasiyi azaltmak için prosedürler ve formlarda standardizasyon sağlanmalı,
 - c. Çabuk ve etkin karar alma için esneklik geliştirilmeli,
 - d. Kişilerin ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilmek için düzenli araştırmalar yapılmalıdır.
- ii. Liderlik geliştirilmelidir
 - a. Vatandaşların taleplerindeki değişimlere hızlı şekilde cevap verilmeli,
 - b. Çalışanlara yönelik tüm örgüt düzeylerinde stratejiler geliştirilmeli ve iletişim sağlanmalı,
 - c. Sorumluluklar ve ne konularda hesap verileceği açıkça tanımlanmalı,
 - d. Karar almaya hizmet kullanıcıları dahil edilmelidir.
- iii. Kültür ve değerler oluşturulmalıdır.
 - a. Stratejik kurumsal değerler tanımlanmalı,
 - b. Değişim ortamı yaratacak motivasyon teknikleri kullanılmalı,
 - c. Ortak değerlere sahip bilgi temelli bir kurumsal yapı yaratmak için takım kurma yaklaşımından yararlanılmalıdır.
- iv. Hizmet kullanıcıları ilişkilerine odaklanılmalıdır.

- a. Kişilerin taleplerindeki değişimlere hemen cevap verilmeli,
 - b. Kamu hizmetlerini geliştirmek için kullanıcı ilişkileri yönetiminden yararlanılmalı ve araştırmalar yapılmalı,
 - c. Kullanıcı odaklı ürünler ve hizmetler geliştirilmelidir.
- v. Faaliyetler iyileştirilmelidir.
- a. İletişim kanallarını genişletmek için ileri teknolojiler kullanılmalı,
 - b. Maliyetleri ve karışıklıkları azaltmak için standardize edilmiş bilgi teknolojilerinden yararlanılmalı,
 - c. Hizmetleri sunmada daha maliyet etkin sistemler kullanılmalıdır.
- vi. Performans yönetimi oluşturulmalıdır.
- a. Hizmet sunum süreçlerinin etkinliğini ve performansını ölçmek için kilit performans göstergeleri kullanılmalı,
 - b. Çalışanlar arasında yüksek performans gösterenleri ödüllendirmek için ödül sistemi kurulmalı,
 - c. Bilgi temelli bir örgütlenmeyi güçlendirmek için eğitim programları oluşturulmalıdır.
- vii. Sürdürülebilirlik sağlanmalıdır.
- a. Sürdürülebilirliği sağlamak için kişiler, çıkar grupları ve kar amacı gütmeyen örgütler bir araya getirilmeli,
 - b. Ekonomik, çevresel ve toplumsal konulara odaklanan “yeşil hükümetler” desteklenmeli,
 - c. Sürdürülebilirliği devam ettirmek için e-hizmetler ve farklı hizmet sunum kanalları tercih edilmelidir.

Şirket, yaptığı araştırma sonucunda, Doğu Avrupa ülkelerinde bu yedi uygulamanın diğer ülkelere göre daha yüksek düzeyde gerçekleştirildiğini görmüştür. Bu da, vatandaş odaklı yaklaşımın bu ülkeler tarafından daha hızlı şekilde benimsendiğinin göstergesidir.

Duggan ve Moon da çalışmalarında, kamusal hizmetlerin sunumunda vatandaş odaklı yaklaşımdan bahsetmişlerdir. Kamu sektöründe kamusal hizmetlerdeki dönüşüm sürecinin bir uzantısı olarak ortaya çıkan bu modelin, daha öncede belirtildiği gibi özel

sektör anlayışının bir benzerini, kamu yararını göz arda etmeden ve müşteri değil, vatandaşı esas alarak kamusal hizmet sunumu için uygulanmasını ifade ettiğini dile getirmişlerdir. Bu bağlamda, yazarlar, vatandaşı kamusal hizmetlerin merkezine yerleştiren bu yaklaşımın şu dört unsur hayata geçirildiği takdirde gerçekleşebileceğinden bahsetmişlerdir (Duggan ve Moon, 2008, s.6-20):

- i. *Vatandaşa Odaklanma*: Vatandaş odaklı hizmet sunma yaklaşımı, kişilerin ihtiyaç duyduğu hizmetlere ve bilgiye erişmesini sağlayan bir modeldir. Burada önemli olan, hizmeti kimin sunacağından çok kişilerin ihtiyaçlarını anlama ve hizmetlerde entegrasyon sağlayarak tekrarı, gereksizlikleri ve maliyetleri azaltmadır. Bu bağlamda, vatandaşların tercihleri, beklentileri göz önüne alınarak; hizmetler, onların ihtiyaçları doğrultusunda dizayn edilmektedir. Böylece, devlet, elde etmek istediği çıktıları belirlemekte ve bu çıktılara göre hizmetleri yeniden şekillendirmektedir. Bu tür bir adım, yeni hizmetlerin ortaya çıkmasına da neden olabilecektir.
- ii. *Tek Durak Kamusal Hizmet Sunma*: Vatandaşlar, bir hizmetin kendilerine daha hızlı ve daha kolay şekilde ulaştırılmasını, tercihte bulunabilmeyi, aynı bilgiyi tekrar tekrar vermek zorunda kalmamayı isterler. İşte, vatandaş odaklı yaklaşımda bu sorunlar ortadan kalkar. Tek durak hizmet sunumu aracılığıyla vatandaşlar, ihtiyaç duyduğu hizmete hangi kurum, hangi birim sunuyor, hangi ortaklar dahil edilmiş öğrenmesine gerek kalmadan istediği kanaldan kolayca ulaşabilmekte, tercih etme hakkı doğmaktadır. Tüm hizmet kanalları birlikte çalışacak şekilde entegre edilmektedir. Vatandaşlar ister ofisten, ister telefon veya internet üzerinden birtakım işlerini halledebilirler. Böylece hizmetlerde profesyonelleşme ve hizmetleri belirli bir standartta sunma sağlanabilmektedir.
- iii. *Vatandaşların Bilgilerini Bütünleştirme*: Bir kişi bir hizmet, bir talep ya da şikayet için bir kuruma gittiğinde, çoğu zaman, bilgilerini bir forma doldurmak zorunda kalmaktadır. Tekrar tekrar bu bilgilerin alınması ve işleme konulması hem maliyet arttırmakta hem de zaman kaybına neden olmaktadır. Bu yüzden, vatandaş odaklı yaklaşımda bu bilgiler bir sefer

alınır, sisteme kaydedilir ve böylece maliyet artışı ve zaman kaybı önlenmiş olur. Bilgilerin doğruluğunun sağlanması, bu amaçla halka açık (şeffaf) olması ve bilgilerin korunması önemlidir. Bu durum, iyi ve kişiye özel hizmet sağlanması bakımından gereklidir. Günümüzde devletler bu yönde önemli aşama kaydetmişlerdir.

- iv. *İşbirliği ve Ortaklık*: Vatandaş odaklı hizmetin en önemli unsurlarından birisi de, hizmetlere kolay erişim ve entegrasyon için hizmeti sunanlarla hizmetten yararlananları bir araya getirme gereksinimidir. Buna bağlı olarak, kurum ve kuruluşlar birbirleriyle, özel sektörle ya da sivil toplum örgütleriyle işbirliği yapmalı ve ortaklıklar kurmalıdır.

Yine bu konuda önemli çalışmalar yapan Raichardhuri ve Jain de vatandaş odaklı anlayış kapsamında kamu hizmetlerinin tasarımı ve sunumunun iyileştirilip kalitesinin artırılması ve dönüştürülmesi için çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. İç sistemle ilgili olan bu öneriler sırasıyla şöyledir (Raichaudhuri ve Jain, 2007, s.279):

- i. *Prosedürler Basitleştirilmeli*: Bireyler yetersiz eğitim seviyelerine de bağlı olarak bir takım formları doldurma ve prosedürleri yerine getirmede zorlanabilirler. Bu yüzden prosedürler ve dokümantasyon işlemleri basitleştirilmeli, kullanıcılar daha çok eğitilmelidir.
- ii. *Personele Performans Temelli Teşvikler Verilmeli*: Hizmet sunumunu iyileştirmek için personelin ücretinde sabit ve değişken kısımlar olmalıdır. Değişken kısımlar objektif ve ölçülebilir çıktılara bağlı olarak hesaplanmalıdır.
- iii. *Kullanıcı Komiteleri Oluşturulmalı*: Önemli yetkiler verilmiş ve hesap verilebilir olacak şekilde güçlü kullanıcı komiteleri kurulmalıdır.
- iv. *Bazı Hizmetler Dış Finansmanla Sağlanmalı*: Bazı hizmetlerin sunumu için özel sektörden destek alma ya da ona devretme hem hizmetlerin etkin şekilde yerine getirilmesi hem de yolsuzlukların önlenmesi açısından önemlidir.

Bu konun öncü isimleri arasında olan Andrews ve Shah (2005a, s.166) da kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımı gerçekleştirebilmek için yapılması gereken reformları sırasıyla şöyle ifade etmiştir:

- i. Vatandaşlık sözleşmeleri yapılmalıdır. Bu sözleşmeler;
 - a. Hizmet standartlarını,
 - b. Vatandaşın sesini ve tercihlerini yansıtacak gerekli düzenlemeleri içermelidir.
- ii. Yetki devri olmalıdır (katılımcılığa dayanan ademi merkeziyetçilik esas olmalıdır).
- iii. Vatandaş odaklı bütçeleme yapılmalıdır. Bu bütçeler;
 - a. Hizmet sunum çıktıları (çıktı odaklılık) ve maliyetlerini,
 - b. Geçmiş yıllar için hizmet performanslarını gösteren vatandaş karnelerini içermelidir.
- iv. Kamu sektörü, hizmetin satıcısı olarak performans sözleşmeleri aracılığıyla değerlendirilmelidir.
- v. Alternatif hizmet sunum çerçeveleri oluşturulmalıdır.
- vi. Karşılaştırmalı değerlendirmeler yapılmalıdır.

Demokrasinin benimsenmiş olması da vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının hayata geçirilmesi açısından önemlidir. Demokrasi, vatandaşların kamu politikalarının oluşturulmasında etkileme gücüne sahip olduğu, prosedür ve kurallara dayanan bir yönetim biçimidir. Bir demokraside, kamu yöneticileri, vatandaşlara karşı işlem ve kararlarında doğru, yerinde ve eşit davranmalarını; serbestlik, adalet, özgürlük, eşitlik ve tarafsızlık gibi demokratik değerler açısından vatandaşların haklarını kullanmalarını sağlamaları şeklinde sorumlulukları vardır. Böyle bir sistemin hayata geçirilmesi; hukukun üstünlüğünü ilke edinen, hesap veren, şeffaf, katılımcı, etkileşimci bir yönetsel mekanizmayla birlikte yasal güvence altına alınmış geniş bir dizi siyasal ve toplumsal hak ve özgürlüklere sahip, kendini sürekli geliştirebilen ve bunu kamu yararına kullanabilen birey ve örgütlenmelerle mümkündür (Yıldırım, M., 2009a, s.103-104). İşte kamusal mal ve hizmetlerin oluşturulması, sunumu ve denetiminde vatandaş

odaklı bir anlayışın uygulamaya konması da bu tarz birey ve örgütlenmelerin varlığı ile gerçekleştirilebilir.

Bütün bunların, kamu hizmetlerini vatandaş odaklı şekilde iyileştirip modernize etmek amacıyla yapılması gerekenler sırasıyla şöyle ifade edilebilir:

- i. İlk olarak, vatandaşların *memnuniyet düzeyleri ölçülmeli, talepleri öğrenilmeli ve öncelikli gördükleri alanlar tespit edilerek* hizmetlerin iyileştirilmesinde göz önüne alınmalıdır. Bu bağlamda, vatandaşlara anketler uygulanmalı, mülakatlar yapılarak birebir kontakt sağlanmalı, e-mail adresleri, ücretsiz telefonlar, dilek, tavsiye ve şikâyet kutuları oluşturularak (Osborne ve Gaebler, 1992, s.177-179), vatandaşların şikâyet ve taleplerini iletmesi sağlanmalı, bu şikâyet ve talepler düzenli olarak değerlendirilip gerekli önlemler alınmalı ve vatandaşların yer aldığı konseyler kurulmalıdır.
- ii. İkinci olarak, vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamak için tüm kurumlar işbirliği içinde çalışmalıdır. Kurumlar hem birbirinden hem de gerektiğinde özel sektör kuruluşlarından iyi uygulamalar öğrenilmeli ve diğerleriyle kıyaslanmalıdır. Bu bağlamda, kurumlar, belirlenmiş metodoloji ve standartlar temelinde vatandaşa hizmet götürme süreçlerini incelemeli, *vatandaşların ve sivil toplum örgütlerinin de katılımını* sağlayarak, kamu yararını göz arda etmeden, vatandaş odaklı yaklaşımın unsurları çerçevesinde, kamusal hizmetlerini koordineli olarak sunmalıdır. Beklenti ve taleplere göre her idare için ayrı ayrı uygulamaya geçilebilir. Bunun yanında, kamu kurum ve kuruluşları kendini ve hizmetlerini halka anlatmalı, hizmetlerle ilgili danışmanlık hizmeti de vermeli ve hizmetlerdeki bir değişimi vatandaşa bildirmelidir.
- iii. Üçüncü olarak, hizmetlerin vatandaş odaklı yönde iyileştirilmesi için kamu görevlilerinin bu yönde eğitilmesi, gerekli imkan ve teçhizatın sağlanması da oldukça önemlidir. Kaliteli, etkin ve hızlı kamu hizmeti için bu bir gerekliliktir. İyi bir yönetim için, *iyi yetişmiş ve gerekli donanımına sahip memurlar, kurumlar arası iyi iletişim ve yeniliklere ve yeni fikirlere açık*

olma hayati öneme sahiptir. Aksi takdirde vatandaşların beklediği, kapsayıcı ve kaliteli kamusal hizmetten bahsetmek mümkün değildir (World-Class Public Services: Engaging Citizens and Staff, s.16). Bu çerçevede; kalifiye, vatandaşa hizmet anlayışıyla hareket eden ve motivasyonlu bir personele sahip yönetim süreci oluşturulmalı, vatandaş odaklı hizmet anlayışının çalışanlar tarafından benimsenmesi için gerekli *hizmet içi eğitim verilmeli ve vatandaş odaklı hedefleri gerçekleştirmek üzere çalışanları cesaretlendirecek teşvikler sağlanmalı*, vatandaş odaklı kültür güçlendirilmelidir (Karataş, 2007, s.88).

- iv. Bilgi ve iletişim teknolojileri hizmetlerin planlanmasından denetimine kadar her aşamada kullanılmalıdır. Diğer bir ifadeyle, internet ya da çağrı merkezleri gibi *teknoloji avantajlarından yararlanarak, hizmetleri iyileştirme yolları aranmalıdır*. Artık hizmetler internet üzerinden de verilebilmeli ve kamusal hizmetlere kolayca erişilebilmelidir. Kişilere ilişkin tüm bilgileri saklayan ve entegre şekilde sunan bir sistem geliştirilmelidir. Böylece bürokratik prosedürler azaltılmalıdır.
- v. Birçok hizmet alanında *tek pencereden/tek duraktan* erişim gerçekleştirilmelidir. Vatandaşlar, ihtiyaç duyduğu hizmete hangi kurum sunuyor öğrenmesine gerek kalmadan ve istediği kanaldan kolayca ulaşabilmelidir. Tüm hizmet kanalları birlikte çalışacak şekilde entegre edilmelidir. Vatandaşlar evden, işten, internet ya da telefon aracılığıyla işlerini halledebilmelidir.
- vi. *Vatandaş odaklı bütçeler, vatandaş sözleşmeleri, yönetim ve ombudsmanlık* gibi kurumlar bir an önce hayata geçirilmelidir. Bunlar vatandaş odaklılığı mümkün kılan araçlardır.
- vii. Sürekli bir iyileşme ve modernizasyon için *performans ölçümleri yapılarak raporlanmalı* ve hesap verebilirlik oluşturulmalıdır (Canadian Centre for Management Development, 1999, s.18). Bu bağlamda, kamu kurum ve kuruluşları, sunulan hizmetlere yönelik hizmet standartları belirlemeli, çeşitli ölçüm yöntemleri aracılığıyla da vatandaşlar için önemli noktalar,

vatandaşların hizmetlerden memnuniyeti ve hizmetler konusundaki şikayetleri öğrenilmelidir. Böylece hizmeti başarısız kılan tüm olası sebepler hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Bu doğrultuda gerekirse, farklı gruplara, farklı tip hizmet sunacak birimler için hizmet standartları belirlenmelidir. Bunun yanında, kamu kurum ve kuruluşları çıkaracakları aylık ve yıllık hizmet performans göstergelerini, vatandaş beklenti ve memnuniyet göstergeleriyle karşılaştırmalı ve bu konuda eksiklikler varsa düzeltmelidirler (Karataş, 2007, s.88-89). Bu hususlar gerçekleştirildiği takdirde kamu hizmetler yeniden tasarlanabilecek, süreçleri standart hale getirilerek hizmetler tüm vatandaşlara aynı kalite ve sürede sunulacaktır. Hizmetlerin sunumunda, vatandaşların amaç, koşul ve ihtiyaçlarına uygun kişiselleştirmelere imkan sağlanacaktır. Talep edilen hizmetin hangi aşamada olduğu izlenebilecek ve gerektiğinde vatandaşlar bilgilendirilerek hizmet sunumunda şeffaflık sağlanacaktır (DPT, 2006, s.30).

- viii. Vatandaş odaklı hizmet sunma anlayışına sahip kamu kurum ve kuruluşları kamu hizmetlerinin sürekli gelişimini sağlamak için; sistematik olarak kamu hizmetlerini iyileştirmeye ve bunların kalitesini, verimliliğini ve etkililiğini artırmaya yönelik çalışmalar yapmalı, hizmetler üzerinde *sürekli gelişimi teşvik edecek yöntem ve süreçlerin* gerçekleştirilmesini sağlamalıdır (Karataş, 2007, s.89).

Bir yönetimin vatandaş odaklılığı, onun söylem ve eylem pratiklerinin irdelenmesiyle anlaşılır. Bizzat vatandaşlara yönelik kurulmuş olması herhangi bir kuruluşu vatandaş odaklı yapmaz. Bunun yönetimin hedeflerine, karar ve uygulamalarına yansımış olması gerekir.

Kamu hizmetlerinin vatandaş odaklı ve etkin sunumu devlete olan güveni artırır, barış ve istikrar sağlar, ekonomik gelişmeyi kolaylaştırır (UN, 2010, s.107). Bütün bunlar da, her ülke için her zaman arzulanan hedeflerdir. Böylelikle devlet ve ülke gelişir, bütünleşir.

Vatandaş odaklı yaklaşımın bir gereği olarak, kamusal hizmetlerde entegrasyonu sağlamak gerekmektedir. Bu yüzden modernizasyon ve iyileştirme programları farklı hizmetler ve farklı yönetim kademeleri arasında yatay entegrasyonu sağlamaya yöneliktir. Yeni bilgi teknolojileri de bu entegrasyona olanak sağlamaktadır (Benington, 2000, s.5).

3.4. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Yaklaşımının Sağladığı Avantajlar

Vatandaş odaklı yaklaşım hem vatandaşlar hem de kamu kurumları açısından bir takım avantajları beraberinde getirmektedir. Nihayetinde bütün kişi ve kurumların lehine bazı olumlu sonuçlar elde edilebilir. Bu sonuçlar bazen net olarak ayrıştırılamasa da çoğu zaman da hangi kesim için daha çok yarar sunduğu açık biçimde görülebilir. Bütün potansiyel yararlar vatandaş odaklılığa daha fazla odaklanılmasını da sağlar.

Öncelikle vatandaşlar açısından önemli yararlar söz konusudur. Vatandaşlar açısından ortaya çıkabilecek potansiyel avantajları şöyle sıralayabiliriz (Beecham, 2006, s.6):

- i. Kamu hizmetlerine güven artar.
- ii. Vatandaşların yüksek kalitede, katılım sağlayabildikleri ve kişiselleştirilmiş hizmet alabilmeleri mümkün hale gelir.
- iii. Sorunlara daha hızlı ve uygun çözümler bulunabilir.
- iv. Vatandaşlar, hizmetlere dair her konu ve süreç hakkında bilgili hale gelirler. Her bir yönetim düzeyinde beklentilerini, ihtiyaçlarını ve yaşadıklarını anlatabileceği daha çok ve daha doğru muhatap bulurlar.
- v. Vatandaşların sesi daha çok duyulur ve dinlenir.
- vi. Vatandaşlar, bir hizmetin ne kadar iyi işlediğini, performans düzeyini görebilirler.
- vii. Vatandaşlar, bireysel ve kamusal ihtiyaçların dengelemesi ve kamusal hizmet sunum kanallarının iyileştirilmesi gerektiğini denetleyebilirler.
- viii. Vatandaşlar, haklarının ve sorumluluklarının farkına varırlar.

- ix. Vatandaşlar, bir hizmet için ne kadar para aktarıldığı, ne kadar harcadığı, elde edilen çıktıların neler olduğu ve paranın karşılığını alınıp alınmadığını görebilirler.

Kuşkusuz ki vatandaşlar açısından ortaya çıkabilecek bu avantajlar oldukça önemlidir. Bununla beraber, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının, kamu kurumları açısından da önemli yararları söz konusudur. Bu kapsamda, kamu kurumları açısından görülecek potansiyel yararlar şu şekilde sıralanabilir (Beecham, 2006, s.7):

- i. Daha çok çıktı odaklı bir yapı benimsenir.
- ii. Vatandaşlar bilgilendirilerek ve sürece dahil edilerek, süreçler etkin hale getirilebilmektedir.
- iii. Vatandaşların algılamaları ve memnuniyet düzeylerine dair bilgilere büyük ölçüde ve kolayca ulaşılabilir.
- iv. İnceleme ve denetimler daha saygın, daha etkili, daha düzgün ve siyasi etkilerden uzak hale gelir.
- v. Şikâyet ve çözüm sistemleri basit, kolay erişilebilir, kurumlar ve sektörler arasında uyumlu olur.
- vi. Hizmet sunumları çeşitlenerek yeniliklere açık hale gelir.
- vii. Etkilik ve ekonomiklik iki önemli zorunluluk haline gelir.
- viii. Performans ölçümü geliştirilerek desteklenir.
- ix. Profesyonel, teknik ve kültürel değişimlere hızlı yanıt verilebilir.

Görüldüğü üzere kamusal hizmetlerin vatandaş odaklı olarak yeniden yapılandırılması bir yandan kamu kurumlarına, diğer yandan tüm vatandaşlara ciddi katkılar sağlayabilir. Sonuç itibarıyla devlet ve tüm toplum bu süreçten karlı çıkabilir. Fakat bu potansiyel yararları ulaşmak her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle, vatandaş odaklılığı ve olası katkılarını mümkün kılacak ve bunu en uygun şekilde yaşama geçirebilecek araçlar ve mekanizmalar geliştirilmelidir. Bu amaçla eldeki araçlar da en uygun şekilde uygulamaya konulmalıdır.

3.5. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Yaklaşımını Uygulamadaki Sıkıntılar

Osborne ve Geabler'ın (1992, s.180-181) ifade ettiği gibi, müşteri odaklı bir kamu hizmeti bürokratik yönetime göre daha çok hesap verebilirlik, daha çok yenilik ve daha çok tercih hakkı sunma gibi bir takım artılar getirirse de, uygulamada bazı sıkıntılar yaratmakta ve vatandaş odaklı yaklaşıma göre daha dar bir yaklaşımı yansıtmaktadır. Denhardt ve Denhardt (2007, s.59-60) da kamuda müşteri odaklı yaklaşımın yaratacağı sakıncaları şöyle sıralamıştır:

- i. Müşteriye özgü bir kavram olan tercih edebilirliği kamusal hizmetlerde uygulamak, çoğu zaman zordur. Örneğin, hapisane veya itfaiye hizmetlerinde bu durum görülmektedir.
- ii. Kamuda hizmetlerin müşterilerini tanımlamak oldukça zordur. Örneğin, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bir sağlık kuruluşuna başvuranlar mı, sağlık tehdidiyle karşı karşıya kalanlar mı, yoksa tüm toplum mu müşteri olarak tanımlanacaktır?
- iii. Dış politika, çevrenin korunması gibi bazı kamusal hizmetler doğrudan bireylerle bağlantılı değildir. Talep edilse de edilmese de herkese yönelik sunulurlar.
- iv. Müşteri odaklılık, hesap verme sorumluluğunu ölçmede iyi bir araç değildir. Çünkü, devletin tüketici ya da müşterilerin kişisel çıkarlarına yönelik bir hesap verme sorumluluğundan çok, kamusal yarara ilişkin bir hesap verme sorumluluğu vardır.

Sonuç olarak, müşteri odaklı modeli kamu sektörüne uyarlamak, sadece mantığı itibariyle değil, uygulama süreçleri itibariyle birtakım sıkıntılar yaratabilir. Aslında, benzer sıkıntılar vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı için de geçerlidir. Çünkü vatandaş odaklı yaklaşım her ne kadar bazı yararlar sağlasa da, hayata geçirmek çok kolay değildir. Bunun birçok nedeni vardır. Öncelikle, tıpkı müşteri odaklılıkta olduğu gibi özel sektörün bazı araçlarından bu yaklaşımda da yararlanılmaktadır. Bilindiği üzere, özel sektör, arz ve talebe yönelik üretim yapmaktadır. Aynı mantığın kamu hizmetlerine uygulanması sakıncalı olacaktır. Örneğin, temel eğitim ve sağlık

hizmetlerinde talep arttığı takdirde arz sabitse bu hizmetlerin fiyatı artar. Ancak o zaman bu hizmetlerden adil bir şekilde yararlanamayan ya da piyasaya tüketici olarak giremeyecek düzeyde düşük geliri olanların gereksinimleri ve isteklerinin karşılanması mümkün olmayacaktır. Kişiler paraları fazlaysa bu hizmetlerden daha fazla yararlanma şansına sahip olacaklardır. Bu da eşitliği, adaleti ve kamusal yararı zedeleyecektir. Devletin vatandaşa eşit olanakları sağlama işlevi, bütün işlevlerin üzerindedir. O yüzden de vatandaş odaklılığın unsurlarından olan adaleti ve eşitliği devletin gerçekleştirmesi gereklidir. Fakat özel sektör araçlarından yararlanma mecburiyeti vatandaş odaklı yaklaşımda adaleti gerçekleştirme amacını zora sokmaktadır. Etkin ve verimlilik adına özellikle arza yönelik müdahaleler beklenen faydalara zarar vermektedir.

Uygulamadan kaynaklanan bir takım sıkıntılar nedeniyle de, vatandaş odaklılığı hayata geçirmenin sakıncaları vardır. Bu sakıncalar da şöyle sıralanabilir (Raichaudhuri ve Jain, 2007, s.275):

- i. Pasaport alma gibi, vatandaşın çok tercih yapma hakkı olmayan hizmetler vardır.
- ii. Güvenlik ve yol yapımı gibi, vatandaşlar tarafından direkt ödemede bulunulmayan hizmetler vardır.
- iii. Vergi toplama gibi vatandaşlara zorla uygulanan hizmetler vardır.
- iv. Vatandaşlarla birebir etkileşim içinde bulunulmayan fakat diğer birimlere girdi sağlayan finans, pazarlama gibi hizmetler vardır.

Görüleceği üzere uygulamada ortaya çıkabilecek sorunlar nedeniyle vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı ciddi sorunlar ortaya çıkarabilir. Daha da ötesi, kamu hizmetlerini sağlayanların üstlendiği roller de, vatandaş odaklı modeli benimsemekte sıkıntı yaratmaktadır. Çünkü (Raichaudhuri ve Jain, 2007, s.276);

- i. Kamusal hizmetlerin sunumuna çok sayıda merkezi ve yerel otorite dahil olmaktadır. Bu da görev ve yetkilerin dağılımında bir sıkıntı yaratmaktadır.
- ii. Hükümet sadece kamusal hizmetlerin sunucusu değildir, ayrıca çok sayıda ticari faaliyeti ve kalkınma faaliyetlerini de yürütür.

- iii. Çok sayıda planlamacı ve politika yapıcı, kamusal hizmetlerin iyileştirilmesinde kaynak kıtlığı ile karşılaşmaktadır.
- iv. İstikrarlı bir politika geliştirmede zaman kısıtı vardır.
- v. Politikacılar daha çok günlük taleplerle ilgilenmekte ve kısa dönem ihtiyaçları tatmin etmeye çalışmaktadırlar.
- vi. Paydaşları hizmet sunumuna dahil etme lüks olarak görülmektedir.

Bütün bunların yanında, belki de bu yaklaşımın taşıdığı en büyük risk müşteri odaklı hizmet anlayışına doğru kaymasıdır. Eğer piyasa araçlarının ağırlığı vatandaş odaklı hizmet yaklaşımının içinde giderek artmaya başlarsa, anlamını yitirmekte ve müşteri odaklı hizmet anlayışına dönüşmektedir. O yüzden bu yaklaşımı uygulamaya sokanların dikkatli olması, piyasa araçlarından yararlanırken kamu yararı, adalet ve eşitliği göz arda etmemeleri gerekmektedir. Öncelik bu unsurlar olmalı, piyasa araçları bu unsurları zedelemeyecek şekilde yaklaşım içinde kullanılmalıdır.

Sonuç olarak, bahsedilen bu sıkıntılar giderilmediği takdirde vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımını istenildiği yönde gerçekleştirmek pek mümkün değildir. Bu doğrultuda, karşılaşılabilecek sıkıntılar önceden tespit edilip bertaraf edilmeli ve ilk öncelik vatandaşa en iyi şekilde hizmet sunmak olmalıdır. Hem politikacıların hem kamu görevlilerinin böyle bir anlayışı benimsemesi ve hayata geçirme yönünde samimiyetle çaba sarf etmesi gerekmektedir. Bu yapılabildiği takdirde vatandaş da üstüne düşen görevleri daha istekle yerine getirecek ve sistem aksamadan işleyebilecektir. Aksi takdirde, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı işleri düzeltmekten çok, kimi zaman daha da karmaşıklaştıracak ve suiistimale açık hale gelecektir

3.6. Vatandaş Odaklı Kamu Hizmetini Mümkün Kılan Araçlar

Son on yılda tüm dünyada ve Türkiye’de kamu ve özel kuruluşlar bilgi ve iletişim teknolojisinin sunduğu olanakları kullanarak verdikleri hizmetleri hızlı, zaman/mekandan bağımsız, rahat, çağdaş ve kaliteli hale getirmek için yeni arayış ve yatırımlara girişmişlerdir. Bu doğrultuda kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı

yaklaşımı gerçekleştirme çabasına girmişlerdir. Vatandaş odaklı yaklaşımın gerçekleştirilmesini sağlayan bazı araçlar vardır. 2000’li yıllarla beraber yaşamımıza giren ve gündün güne artan bir hızla, ayrılmaz bir parçamız haline gelen yönetim, e-devlet, m-devlet, vatandaş odaklı bütçeleme ve vatandaş odaklı bütçe, vatandaş sözleşmeleri, tek durak merkezler ve ombudsmanlık bu araçların önde gelenleridir. Şimdi sırasıyla bunlar incelenecektir.

3.6.1. Yönetişim

Küreselleşme sürecinde gündeme gelen ve kamu hizmeti anlayışında değişimi sağlamaya yönelik olarak ortaya atılan kavramlardan biri yönetişimdir. Yeni bir kavram olmakla birlikte pek çok ülkede genel kabul gören yönetim, merkezi otoritenin yukarıdan aşağıya doğru hakimiyetine dayanan klasik hiyerarşik yönetim anlayışı yerine, tüm toplumsal aktörlerin karşılıklı işbirliği ve uzlaşmasını esas alan, katılımcılığı ve sivil toplum kuruluşlarını ön plana çıkaran, saydamlığı, açıklığı, hesap verme sorumluluğunu, yetki devri ve yerindenliği esas alan bir anlayışı anlatmak için kullanılmaktadır (DPT, 2007, s.4).

Yönetişim kavramının ortaya çıkışını 16 yüzyıla kadar götüren ve bu kavramın temeline Fransızca “gouvernance” kelimesini yerleştiren görüşler olmasına rağmen (Gaudin, 1998, s.47), kavram bugünkü anlamda ilk kez 1989 yılında Dünya Bankası tarafından Afrika’nın kalkınmasına ilişkin bir raporda kullanılmıştır. Bu raporda Dünya Bankası yönetişimi, bir ülkenin ekonomik ve toplumsal kaynaklarının yönetiminde gücün kullanılma biçimi olarak tanımlamış ve yönetişimi belirleyen üç unsur olduğunu ifade etmiştir. Bunlar (The World Bank, 1994, s.xiv):

- i. Politik rejimin biçimi,
- ii. Bir ülkenin kalkınması için gerekli olan ekonomik ve sosyal kaynakların yönetimindeki idari süreç,
- iii. Politikaların tasarımı, formüle edilmesi ve uygulanması ile fonksiyonların yerine getirilmesinde hükümetlerin kapasiteleridir.

Bununla beraber, aslında yönetişimin tam bir tanımını yapmak çok da kolay değildir. Bu durum kavramın çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Yönetişimin

sistemsel, siyasal ve yönetsel olmak üzere üç boyutunun, diğer bir ifadeyle üç türünün olduğu söylenebilir. Siyasal, ekonomik ve sosyal sorunların çözümünde ve kararların alınmasında toplumun tüm kesimlerinin sorumluluk alması gerekliliğine dayanan yönetim kavramının tam bir tanımının yapılabilmesi, öncelikle bu boyutlarının neyi ifade ettiğinin anlaşılmasıyla mümkündür.

Yönetişim kavramı sistemsel boyutuyla, resmi ve hukuksal süreçler sonrasında oluşan, hükümetten çok daha geniş bir yapıyı ifade etmektedir. Sistemde devletin yetkilerinin yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve özel sektör gibi aktörlere dağıtımını benimsemektedir. Siyasal boyutuyla yönetim, vatandaşların seçimler dışında da mümkün olan her alanda ve şekilde yönetsel ve siyasal karar alma süreçlerine katılımını öngörmektedir. Böylece devletin meşruiyetinin ve demokratik niteliğinin güçlendirilmesini hedeflemektedir. Yönetsel boyutuyla ise, politikaların istenilen şekilde uygulanması ve etkin, bağımsız, saydam ve denetlenebilen bir kamu hizmeti sağlanabilmesi amacıyla yönetime diğer aktörlerin dahil edilerek, etkileşim içinde çalışabildikleri bir yapıyı ifade etmektedir (Ökmen, Baştan ve Yılmaz, 2004, s.41). UNDP buna bir de ekonomik yönetimi eklemiştir. Ekonomik boyutuyla yönetim, bir ülkenin ekonomik faaliyetlerini ve diğer ülkelerle ilişkilerini doğrudan veya dolaylı etkileyen karar alma süreçlerini içermektedir. Böylece eşitlik, yoksulluk ve yaşam kalitesi gibi toplumsal konularda önemli bir etki yaratılacağı öngörülmektedir (UNDP, 1997, s.9-10).

Söz konusu bu boyutların ışığında yönetime yönelik farklı tanımlamalar ortaya çıkmıştır. Bu konuda öncü isimlerden olan Stoker (1998, s.17), yönetimi kamu sektörü ve özel sektör kuruluşları arasında geçişken sınırlarda gerçekleşen yönetim olarak tanımlamıştır. UNDP (1997, s.9) ise yönetimi, bir ülkenin her düzeyindeki işlerinin yönetiminde iktisadi, siyasi ve idari otorite kullanımı olarak tanımlamış ve yönetim anlayışında vatandaşların ve toplumsal grupların kendi çıkarlarını korumak, yasal haklarını kullanmak, sorumluluklarını yerine getirmek ve farklılıkları arasında orta yolu bulmak için gerekli mekanizmalara, süreçlere ve kurumlara sahip olması gerektiğini ifade etmiştir. OECD (1995, s.14) göre de yönetim, bir toplumun sosyal ve ekonomik olarak kalkınması için gerekli olan kaynakların yönetiminde, siyasi yetki ve

kontrolün kullanım biçimidir. Bu tanımlama, siyasi otoritenin ekonomik faaliyetlerin yürütülmesi için gerekli ortamı yaratması ile yönetenle yönetilen arasındaki ilişkilerin nasıl olacağı ve faydaların nasıl bölüştürüleceğini belirlenmesinde oynadığı rolü işaret etmektedir.

Görüldüğü üzere yönetişime yönelik farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Bununla beraber, bu tanımlamaların aslında bazı ortak noktaları vardır ve bu ortak noktalar da yönetişimi tanımlayan temel unsurlardır. Bu temel unsurlar katılım, ortak yönetim ve etkileşim olarak sıralanabilir. O yüzden en yalın haliyle yönetişim, kamusal karar ve uygulamalarda tüm toplumsal aktörlerin, devletle etkileşim içinde olmalarına, karar alma süreçlerine katılmalarına, ülke yönetiminin birer ortakları gibi hareket etmelerine imkan veren bir yönetim anlayışıdır. Özellikle uluslararası kurum ve kuruluşlarca da oldukça destek gören bu yönetim anlayış artık daha çok “iyi yönetişim” olarak anılmaya başlamıştır.

Yönetişimin temel unsurlarına dayanmakla beraber, bu kavramın biraz daha geniş ele alınıp yeni unsurlar eklenmesiyle ortaya çıkan iyi yönetişim, ilk kez, 1990 yılında gerçekleşen İkinci BM En Az Gelişmiş Ülkeler Konferansı’nda kullanıldığı kabul edilmektedir (Sözen ve Algan, 2009, s.12). Söz konusu kavramı en sık ve yaygın olarak kullanan Dünya Bankası’na göre iyi yönetişim açık, öngörülebilir ve güçlü bir karar alma sürecinin, profesyonel bir yapıya sahip bürokrasinin, eylemlerinden sorumlu bir hükümetin, kamusal sürece aktif olarak katılan sivil toplumun ve hukukun üstünlüğünün geçerli olduğu bir düzendir (The World Bank, 1994, s.vii).

Bununla beraber, iyi yönetişimi tam olarak tanımlayabilmenin yolu, iyi yönetişimin unsurlarının neler olduğunu bilmekle mümkündür. Bu bağlamda, farklı kurumlar bu unsurları belirlemeye çalışmıştır. Dünya Bankası, iyi yönetişimin unsurlarını yeni kamu yönetimi anlayışı, hesap verebilirlik, kalkınmaya yönelik yasal çerçeve ve şeffaflık olarak sıralamışken; Uluslararası Kalkınma Ajansı (IDA), hesap verebilirlik, şeffaflık, hukukun üstünlüğü ve katılım olarak ifade etmiştir (IFAD, 1999, s.2-5). 2001 yılında AB Komisyonu tarafından hazırlanan *Beyaz Kitap*’ta ise yönetişimin açıklık, katılımcılık, hesap verebilirlik, etkililik ve tutarlılık olmak üzere

beş ilkeden oluştuğu ifade edilmiştir (Commission of the European Communities, 2001, s.10).

Bu konuda en kapsamlı açıklamayı UNDP yapmıştır. İyi bir yönetişimin sahip olması gereken unsurları şöyle sıralamıştır (IFAD, 1999, s.6):

- i. *Katılım:* Toplumdaki tüm kadın ve erkeklerin karar alma süreçlerine doğrudan veya onların çıkarlarını temsil edecek meşru aracı kurumlarla katılmaları gerekmektedir. Bu geniş katılım imkanı, konuşma ve örgütlenme özgürlüğü temeline dayanmaktadır. Kamu sektörünün aldığı kararların katılımcı bir anlayış ile alınması, kararların uygulanma olasılığını artırmaktadır.
- ii. *Hukukun Üstünlüğü:* Yönetimin hukuk kuralları içinde kalarak, adil ve objektif olarak karar vermesi; kararların insan hakları yasalarına aykırılık teşkil etmeyip hukuk yolu ile denetlenmesini ifade etmektedir.
- iii. *Şeffaflık:* İstenilen bilgiye ve süreçlere herkes doğrudan ulaşılabilmesi, bu bilgiyi anlayıp değerlendirebilmelidir. Artık vatandaşların kamusal bilgi ve belgelere erişimi “lütuf” tan “talep”e doğru kaymakta ve sonunda bir yasal hak haline gelmektedir. Vatandaşlar kamu görevlilerinin hangi kararları aldığını ve kararların kim tarafından alındığını bilmek istemektedir (DPT, 2007, s.6).
- iv. *Cevap Verebilirlik:* Hükümet, tüm paydaşların yeni ihtiyaç ve beklentilerine hızla cevap verebilecek kapasiteye sahip ve esnek yapıda olmalıdır (Sözen ve Algan, 2009, s.12)
- v. *Mutabakat Odaklı:* İyi yönetişimde en iyi yararlar, politikalar ve prosedürler konusunda, geniş bir mutabakat sağlamak için farklı çıkarlar arasında ortak bir yol bulunmalıdır.
- vi. *Eşitlik:* Tüm vatandaşlar, kendi refahını arttırmaya dair her konuda eşit fırsata sahip olmalıdır. Kamu sektörü aldığı kararlarda, toplumun her hangi bir kesimini kayırcı uygulamalar yapmamalı ve kuralları herkese aynı şekilde uygulamalıdır

- vii. *Etkililik ve Etkinlik*: Kaynakları kullanımında etkinliğin sağlanabilmesi için süreçler ve kurumlar, ihtiyaçları karşılayacak sonuçlar üretmelidir. Elde edilmesi beklenen sonuçlar ile gerek kullanılacak kaynaklar, gerekse etkilenecek kesimlere olan etkileri arasında makul bir ilişki olmalıdır.
- viii. *Hesap Verebilirlik*: Kamu sektörü ve sivil örgütlerin sundukları hizmetlerin kalitesinden, kamusal kaynakların makul ve uygun kullanılmasından ve yaptıkları eylemler nedeniyle hesap verebilir konumda olmaları amaçlanmaktadır (Akçagündüz, 2010, s.324).
- ix. *Stratejik Vizyon*: Liderler ve kamu görevlileri iyi yönetim ve insani gelişimle ilgili kapsamlı ve uzun dönemli bir bakış açısına sahip olmalıdırlar. Ayrıca bu perspektifi şekillendirirken tarihi, kültürel ve toplumsal farklılıkları da anlamalıdırlar.

UNDP'nin bahsettiği bu ilkelere, tutarlılık da eklenebilir. Tutarlılık ilkesi, verilen kararların gerek birbirleriyle, gerekse zaman içerisinde uyumlu olması, devletin yapacağı düzenlemelerin öngörülebilir olmasını ifade etmektedir. Bu da vatandaşların kamuya yönelik güvenlerini artırıcı yönde etki bırakacaktır. Sonuç olarak, iyi yönetimin ulusal çapta yaşama geçirilmesi, bu sayılanların yaşama geçirilmesine bağlıdır.

Yapılan tanımlar ve yönetimin genel ilke ve özellikleri göz önüne alınarak iyi yönetimin genel bir tanımını yapacak olursak; “demokrasi, hukukun üstünlüğü ve insan hak ve özgürlüklerine önem veren, katılımcılığın, etkinlik ve etkililiğin, denetimin, yerinden yönetimin, açıklık, saydamlık ve hesap verebilirliğin, kalitenin ve etkin hakim olduğu, sivil toplumu ön plana çıkaran ve sivil toplum kuruluşlarının gelişmesinin önünü açan, bağımsız işleyen bir yargı düzenine sahip olan, teknolojiye uyumlu bir ekonomik ve siyasi düzen” (DPT, 2007, s.5) olarak ifade edilebilir.

Bir tarafın diğer tarafı yönettiği bir ilişkiden, karşılıklı etkileşimlerin öne çıktığı bir ilişkiler bütünü, diğer bir deyişle birlikte yönetim (Senarclens, 1998, s.91) olan yönetim artık tek başına anlam ifade etmemektedir. İyi yönetimin ulusal,

uluslararası ve yerel tüm düzeylerde uygulanması gerekmektedir. Artık çeşitli mekanizmalar, kurumlar ve süreçler aracılığıyla vatandaşların, baskı gruplarının ve sivil toplum örgütlerinin karar alma ve uygulamada, beklenti ve ihtiyaçlarını dile getirmede ve sorunları çözmeye yönetime dahil olmaları yeterli değildir. Aynı zamanda bu süreç, mekanizma ve kurumların daha etkin, etkili, eşitlikçi, şeffaf, hesap verebilir, katılımcı, mutabık, hızla yanıt veren ve hukuka bağlı olmaları gerekmektedir. O yüzden, aslında vurgulanması gereken de iyi yönetim olmalıdır.

Küreselleşmenin, demokrasideki değişimin ve sivil toplumun güçlenmesinin yarattığı yönetim; daha da önemlisi iyi yönetim, hem vatandaşlar hem de devlet adına önemli yararlar sağlar. Bu bağlamda iyi yönetimin sağlayacağı yararlar Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı (TESEV)'in çalışmasında şöyle sıralanmıştır (Toksöz, 2008, s.18):

- i. Kamu yönetimini vatandaşa yaklaştırır.
- ii. Kamu yönetimini iyileştirir.
- iii. Yolsuzlukla mücadeleyi sağlar.
- iv. Yönetime farklı paydaşların görüş bildirerek katılımını sağlar; bu da, kararların içeriğini zenginleştirir, uygulanmasındaki etkinliği artırır.
- v. Demokrasiyi güçlendirir.
- vi. Kurumların meşruluğunu artırır.
- vii. Karar ve işlemlerin açık ve anlaşılır olmasını sağlar

Sayılanların dışında yönetimin eşitlikçi ve sürdürülebilir kalkınmaya katkı sağladığı (IFAD, 1999, s.1-2) ve yönetim yaklaşımının kabul edildiği bir sistemde kamu hizmetlerinin vatandaşlara daha etkin, etkili ve adil bir biçimde yerine getirilmeye başlandığı görülmektedir (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.8). Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin uygulamaya koymaya çalıştığı yönetim, kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımın yerleştirilmesi açısından da oldukça önem taşımaktadır. Bilindiği üzere özellikle “yönetilen” vatandaş yerine “aktif” vatandaşa doğru yaşanan dönüşüm,

yönetişimin gelişmesinin arkasındaki temel belirleyicilerdendir. Vatandaşın rolündeki bu değişim yönetim anlayışını değiştirirken; o da, kamusal hizmet sunumunda vatandaş odaklı değişime katkı sağlamaktadır. O yüzden iyi yönetim ve vatandaş odaklı anlayışın birbiriyle bağlantılı olduğu unutulmamalıdır (Kabber, 2004, s.50). Artık hemen hemen her ülke ulaşım, eğitim, sağlık ve güvenlik gibi birçok hizmette kararların alınması, uygulaması ve denetlenmesi aşamalarının tamamında vatandaşları ve sivil toplum örgütlerini süreçlere dahil etmeye, süreçleri daha adil ve daha şeffaf kılmaya, yönetişimi kamusal alanda yerleştirmeye çalışmakta, çalışmak durumunda kalmaktadır.

Tüm bunların yanında, yönetişimin vatandaş odaklı anlayışın bir unsuru hale gelmesi bazı ön koşulların varlığına bağlıdır. Bu ön koşullar öyle sıralanabilir (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.17):

- i. Sağlam bir yasal altyapı,
- ii. Kanunların doğru ve iyi bir şekilde uygulanması için güçlü kurumsal mekanizma,
- iii. Bu kurumlar için yetkin personel ve güçlü personel yönetimi,
- iv. Desantralizasyon, delegasyon ve hesap verebilirliği sağlayacak şekildeki politikalar,
- v. Yönetişimi vatandaş odaklı hale getirecek şekilde yeniden yapılandırılmış süreçler,
- vi. Modern teknolojinin adaptasyonu,
- vii. Bilgi edinme hakkını sağlama,
- viii. Vatandaş sözleşmeleri,
- ix. Hizmetleri bağımsızca denetleyip değerlendirme,
- x. Şikayetleri dikkate alarak giderme mekanizmaları,
- xi. Aktif vatandaş katılımı – kamu özel sektör ortaklıkları.

Bu önkoşulla gerçekleştirildiği takdirde yönetim vatandaş odaklı yaklaşımın tam bir tamamlayıcı unsuru olacaktır. O yüzden iyi yönetim ve iyi bir vatandaş odaklı

yaklaşımın varlığı için devletin ve vatandaşların bu koşulları hayata geçirmek için çaba sarf etmesi gereklidir.

Pek çok ülke tarafından uygulamaya konmaya başlamış olan yönetim yaklaşımı, bazı çevrelerin eleştirilerine de maruz kalmaktadır. Bu eleştiriler genellikle hesap verebilirlik üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kamusal politikaların kabul edilip uygulanması süreçlerine çok sayıda kurum ve aktörün katılması sonucunda politikaların sonuçlarından kimin hangi ölçüde sorumlu tutulacağı açık değildir. Yönetişimin merkezinde katılımcılık bulunmakla birlikte, ortaya çıkan kararların özel çıkarlara hizmet etmesi tehlikesi her zaman vardır; böyle bir durumda beklenen faydaların aksine ciddi sorunlar oluşabilecektir. Yönetişim ayrıca sürece katılan aktörler arasında eşgüdümün sağlanması zor ve zaman alıcı olduğundan karar almayı geciktirebilmekte ve bu yönüyle de eleştirilmektedir (DPT, 2007, s.1-2).

Yönetişim Türkiye’de de 1990’lı yıllardan itibaren dile getirilen bir model olmuştur. İstanbul’da düzenlenen Habitat II Konferansı’nda sunulan *Türkiye Ulusal Raporu ve Eylem Planı*’nda iyi yönetim modeli önerilmiştir (DPT, 2007, s.16). Son dönemde hazırlanan mevzuatla ilgili çalışmalarda da yönetişimin alt yapısının oluşturulmaya çalışıldığı gözlenmektedir. 5018 sayılı kanunla kamuda hesap verebilirlik, şeffaflık, etkinlik gibi unsurların getirilmesi bu gelişmenin göstergelerindedir. Bununla beraber yönetişimin, etkili olarak uygulanmasına ve uygulamanın izlenmesine ilişkin gerekli mekanizmalar henüz oluşturulmuş değildir.

3.6.2. E-Devlet (Elektronik Devlet)

1990’lı yıllardan itibaren küreselleşme akımının etkisiyle gelişen ve yaygınlaşan bilgi ve iletişim teknolojileri sosyal ve ekonomik hayatın vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Bu doğrultuda elektronik ticaretin yaygın olarak kullanıldığı yeni bir piyasa anlayışı ortaya çıkmaya başlamıştır. E-ticaret her geçen gün daha da artan bir biçimde insanların hayatlarının bir parçası haline geldikçe, kamu kesimi hizmetlerinin de gecikmesiz ve özel sektör tarafından sunulan kalite standartlarında sunulması önem kazanmıştır. Tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler elektronik ticaret benzeri uygulamaları kamuya uyarlama gayreti içerisinde girmişlerdir. Ayrıca bireyler de

kendilerine hizmet veren kurumların daha hızlı, doğru ve daha az maliyetle hizmet vermelerini talep etmeye başlamışlardır. Bu bağlamda, yeni devlet yapısı bilgi toplumu üzerinde inşa edilen, bilişim ve enformasyon teknikleriyle güçlendirilmiş ve elektronik uygulamalarla hızlandırılmış e-devlet şeklinde karşımıza çıkmıştır.

İlk olarak Eylül 1993 yılında ABD'deki "Ulusal Performans Araştırması"nda kullanılan e-devlet kavramının (Misra, 2006, s.23), literatürde farklı tanımlarının yapıldığı görülmektedir. E-devlet en basit biçimiyle kamu hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak, etkileşimli bir biçimde, elektronik ortamda birçok kanal üzerinden vatandaşlara, özel kesime ve kamu kuruluşlarına sunulması olarak ifade edilebilir. BM, e-devleti, kamu bilgisinin ve kamusal hizmetlerin vatandaşlara sunumu için internetin ve web ağının kullanılması şeklinde tanımlarken (UN ve American Society for Public Administration, 2002, s.1); OECD, vatandaşların internet aracılığıyla istedikleri zaman ve istedikleri şekilde kamusal bilgiye ve kamu hizmetlerine ulaşabilmeleri olarak tanımlamıştır (OECD, 2005, s.18).

Bu konuda öne çıkan isimlerden biri olan Heeks (2003, s.2) tarafından, kamu sektörü hizmetlerinde daha çok verimlilik ve etkinlik sağlanması ve kamu sektörü örgütlerinin faaliyetlerinin geliştirilmesi amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması olarak ifade edilen e-devlet; Fang (2002, s.1) tarafından ise hükümetlerin, web tabanlı internet uygulamaları başta olmak üzere en yeni iletişim ve bilgi teknolojilerinin kullanılması, vatandaş ve iş dünyasının kamu bilgi ve hizmetlerine daha rahat ulaşımının sağlanması, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve demokratik kurum ve süreçlere katılım olanaklarının artırılması için kullandıkları bir yöntem olarak tanımlanmıştır.

Yapılan bu farklı tanımlamalar ışığında e-devlet, devletin vatandaşlarına karşı yerine getirmekle yükümlü olduğu görev ve hizmetlerle, vatandaşların devlete karşı olan görev ve hizmetlerinin karşılıklı olarak, elektronik ortamda, kesintisiz ve güvenli bir şekilde yürütülmesine imkan veren (Demirel, 2006a, s.84), her tür kamusal bilgiyi elektronik ortamda sunan, işlemlerde belli bir kalite düzeyinde herkese eşit dağıtımı, hızlılığı, verimliliği, etkinliği, saydamlığı, hesap verebilirliği sağlamayı, vatandaşları

yetkilendirmeyi ve 7 gün 24 saat kamu hizmetinin sunulmasını temel alan yönetim sistemi (Centre For Democracy and Technology, s.1-2) olarak ifade edilebilir.

Temel hedefi kamusal hizmetleri her yönden iyileştirip kolaylaştırma olan e-devletin daha çok hangi alanlarda, hangi tür hizmetleri kapsadığını bilmek önemlidir. Tablo 2.2’de bu hizmet alanları ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 2.2.

Elektronik Kamu Hizmetleri Kullanım Alanları

	Bilgi Verme Hizmetleri	İletişim Hizmetleri	Online İşlem Hizmetleri
<i>Günlük Yaşam</i>	İş hayatı, konut, eğitim, sağlık, kültür, ulaşım, çevre... hakkında bilgiler	Günlük yaşamla ilgili konularda danışmanlık, iş ya da konut ilanları	Bilet rezervasyonu, çeşitli programlara kayıtlar
<i>Uzaktan Yönetim</i>	Kamu hizmetleri rehberi, yönetsel süreçler için rehberler, kamu kayıtları ve veri tabanları	Kamu görevlileriyle elektronik posta iletişimi	Formların elektronik ortamda doldurulması
<i>Politik Katılım</i>	Yasal düzenlemeler, meclis kayıtları, siyasi programlar, görüş belgeleri, karar alma süreçleriyle ilgili belgeler	Siyasi konularla ilgili tartışmalar, politikacılarla elektronik posta iletişimi	Referandum, seçimler, anketler

Kaynak: Aichholzer ve Schmutzer, 1998, s.4.

Görüldüğü üzere e-devlet uygulamaları ile vatandaşlar ve kurumlar (özel ve kamu) internet üzerinden üç farklı hizmet alabilmektedirler. İlk olarak, bilgi verme hizmetleridir. Kamu bilgileri, istatistiki bilgiler, mevzuata-kanuna ait bilgiler ile konut, eğitim, sağlık gibi konulara ilişkin bilgiler kullanıcılara (vatandaşlar, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve kamu kuruluşları) sunulur. İkinci olarak, sorgulama ve yanıt alma şeklinde sunulan iletişim hizmetleri gelir. Yargı işlemleri, askerlik, kurumlara dilekçe vermek, yerel yönetimlere ait işlemler, ehliyet, pasaport alımı, kamu görevlileri ve politikacılarla elektronik posta iletişimi, bu hizmetler içerisinde yer almaktadır. Son olarak, çevrimiçi işlemler olarak sunulan hizmetler mevcuttur. Kamu alımları, bankacılık, demokratik yönetim ve seçim, anketler, okullara başvuru, vergi beyannamesi ve tahakkuk işlemleri bu kapsamda elektronik ortamda yapılan hizmetlerdir.

E-devlet faaliyetleri etkileşim alanları çerçevesinde Brown ve Brudney tarafından üç alt kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler sırasıyla şöyle ifade edilebilir (Brown ve Brudney, 2001, s.1):

- i. Devlet-Devlet (Government to Government – G2G)
- ii. Devlet-İş Dünyası (Government to Business – G2B)
- iii. Devlet-Vatandaş (Government to Citizen – G2C)

Yıldız (2008, s.651), bu kategoriye Devlet-Sivil Toplum Örgütleri (Government to Civil Society Organizations – G2SC) ve Vatandaş-Vatandaş (Citizen to Citizen – C2C) başlıklarını eklerken; Ndou (2004, s.5) ise bu üçlü ayırma Devlet-Çalışan (Government to Employees – G2E) başlığını ilave etmiştir. Bununla beraber, çoğu yazar bu başlığı daha çok Devlet- Devlet başlığı içerisinde değerlendirmektedir. Bu kategorilerin neyi ifade ettiği, temel özellikleri, içerikleri ve örnekleriyle Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3.

E-Devletin Alt Kategorileri

İletişim Tarafları	İçeriği	Temel Özellikleri	Tanımı	Örnekler
Devlet-Devlet(G2G)	Kamusal Bilgi ve Hizmetler	İletişim, Koordinasyon, Bilgi ve Hizmetlerde Standardizasyon	E-Yönetim	Ortak bir veri deposu kurup kullanma
Devlet-Vatandaş (G2C)		İletişim, Şeffaflık, Hesap verebilirlik, Etkinlik, Ekonomiklik, Verimlilik, Bilgi ve Hizmetlerde Standardizasyon	E-Devlet	Kamu Kurumlarının web siteleri, kamu görevlileriyle vatandaşlar arasında e-mail yoluyla iletişim
Devlet-İş Dünyasına (G2B)		İletişim, İşbirliği, Ticaret	E-Devlet, E-Ticaret, E-İşbirliği	Devletin ihale tekliflerini web yoluyla ilan etmesi, e-satın alma, e-ortaklıklar
Devlet-Sivil Toplum Örgütlerine (G2SC)		İletişim, Koordinasyon, Şeffaflık, Hesap verebilirlik	E-Yönetişim	Afetlerden sonra elektronik iletişim ve koordinasyon sağlama
Vatandaş-Vatandaş (C2C)		İletişim, Koordinasyon, Şeffaflık, Hesap verebilirlik, kitle örgütleri	E-Yönetişim	Toplumsal konularla ilgili elektronik tartışma grupları kurma

Kaynak: Yıldız, 2007, s. 651

Tablodan da görüleceği üzere ilk olarak devletten devlete e-devlet kategorisinde; bilgilerin yerel ve merkezi yönetimler arasında paylaşılması ihtiyacı kapsamında, bilgiler doğru ve hızlı şekilde raporlaştırılarak paylaşılmaktadır. Bu, sadece yerel ve ulusal yönetimler arasında değil, ulusal yönetimin ve yerel yönetimlerin kendi kurumları arasında da görülmektedir. İkinci olarak, devletten vatandaşa e-devlet kategorisinde, vatandaşların gerek duyduğu bilgilere ve kamusal hizmetlere kolayca, hızlı ve güvenli bir şekilde çevrimiçi olarak erişmelerinin sağlanması esastır. Kamu kurumlarıyla vatandaşlar arasında web siteleri, akıllı kartlar, e-mail gibi araçlarla iletişim sağlanmaktadır. Üçüncü olarak, devletten iş dünyasına e-devlet kategorisiyle özel sektör firmaları ile devlet arasındaki bazı ticari ilişkiler ve haberleşmeler elektronik

ortamda gerçekleşmektedir. Artık bazı kamu alımları internet aracılığıyla özel sektörden sağlanmakta; devlet kurumları ihaleye açacağı alanları elektronik ortamda ilan etmektedir. Dördüncü olarak, devletten sivil toplum örgütlerine e-devlet kategorisinde kamu kurumlarıyla sivil toplum örgütleri arasında kriz, doğal afet veya savaş gibi olağanüstü durumlarda iletişim ve koordinasyonun sağlanması esastır. Tabii bu durumlar dışında da, bu teknolojik kolaylık sayesinde sivil toplumun devletle her daim iletişime geçme ve bilgi edinme şansı olmaktadır. Bu kuruluşların karar alma süreçlerine katılımı kolaylaşmaktadır. Bu da e-yönetişim olgusunun gerçekleşmesi ve gelişmesi anlamına gelmektedir. E-yönetişimle kastedilen kişilerin, özel kuruluşların ve sivil toplum kuruluşlarının tüm karar alma süreçlerine elektronik ortamda doğrudan katılabilmeleridir. E-demokrasi ve e-oylama da bu kapsamda yer almaktadır. Son olarak, vatandaştan vatandaşa e-devlet kategorisi kapsamına özellikle toplumsal konularla ilgili oluşturulan elektronik tartışma grupları girmektedir. Bu da e-yönetişimin bir göstergesidir. Bu durum şeffaflık ve hesap verebilirliğin güçlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Ndou'nun bahsettiği devletten çalışanlarına e-devlet kategorisi ise kamu kurumlarıyla çalışanları arasında bilgi edinme, eğitim verme, öğrenme ilişkilerinin kurulmasına imkan veren bir e-devlet yapılanmasını ifade etmektedir. Kurumla çalışanı arasında, performans, işle ilgili bilgilerin ve verilerin paylaşımının daha kolay ve hızlı olması ile personel politikası, kariyer yönetimi gibi uygulamaları kolaylaştırarak çalışanların gelişimini sağlamaktadır (Ndou, 2004, s.6).

Kamu kurumları tarafından verilen hizmetlerin bürokratik sistemlerden elektronik sistemlere geçirilmesini sağlayan e-devletle sadece bürokratik yapıyı azaltmak amaçlanmamıştır. Bunun dışında başka amaçlar da vardır. Bu amaçlar şöyle sıralanabilir: Kamusal hizmetleri yaygın ve erişilebilir hale getirme, yönetim ve hizmet sürecinde vatandaşın isteklerini ön plana alarak katılımcı yurttaşlığın önünü açma, kamu kuruluşlarının daha rasyonel ve verimli çalışmasını sağlama, kamu kurumları ve kullanıcıları (vatandaşlar, iş dünyası, sivil toplum kuruluşları) arasında koordinasyonu gerçekleştirme, zaman, enerji ve mali tasarruf sağlama, şeffaflık ve güven ortamı geliştirerek devletin meşruluğunu pekiştirme, 7 gün 24 saat her ortamda kamusal

hizmetlere erişimi mümkün kılmadır (Ülker, 2002, s.970). Bu amaçlara şunlar da eklenebilir: kamusal bilgiye erişimi kolay, hızlı ve rahat hale getirme; hizmet kalitesini artırma; oy verme, vergi, nüfus gibi kağıt üzerinde yapılan işlemleri kontrol altına alarak bürokrasi ve işlemlerin getirdiği yükü azaltma (Demirel, 2006a, s.87-88); yolsuzlukları ve rüşveti yok etmedir (Ndou, 2004, s.8).

Bahsedilen bu amaçlarla ortaya çıkan e-devlet, yönetim anlayışı temelinde geleneksel devlet anlayışından önemli ölçüde ayrılmaktadır. Bu iki devlet anlayışı arasındaki farklar Tablo 2.4'te gösterilmektedir.

Tablo 2.4.

Geleneksel Devlet ile E-Devletin Farkları

<i>Geleneksel Devlet</i>	<i>E-Devlet</i>
<i>Pasif Yurttaş</i>	Aktif Müşteri-Yurttaş
<i>Kağıt Temelli İletişim</i>	Elektronik İletişim
<i>Dikey/Hiyerarşik Yapılanma</i>	Yatay/Koordineli Ağ Yapılanması
<i>Yönetimin Veri Yükleme</i>	Yurttaşın Veri Yükleme
<i>Eleman Yanıtı</i>	Otomatik Sesli Posta, Çağrı Merkezi
<i>Eleman Yardımı</i>	Kendi Kendine Yardım/Uzman Yardımı
<i>Eleman Temelli Denetim Mekanizması</i>	Otomatik Veri Güncellemesiyle Denetim
<i>Nakit Akışı/Çek</i>	Elektronik Fon Transferi
<i>Tek Tıp Hizmet</i>	Kişiselleştirilmiş/Fraklılaştırılmış Hizmet
<i>Bölümlenmiş/Kesintili Hizmet</i>	Bütünsel/Sürekli Tek Duraklı Hizmet
<i>Yüksek İşlem Maliyetleri</i>	Düşük İşlem Maliyetleri
<i>Verimsiz Büyüme</i>	Verimlilik Yönetimi
<i>Tek Yönlü İletişim</i>	Etkileşim
<i>Uyruk İlişkisi</i>	Katılım İlişkisi
<i>Kapalı Devlet</i>	Açık Devlet

Kaynak: Uçkan, 2003, s. 47.

Tablodan da anlaşılacağı gibi aslında e-devlet, tamamen yeni bir devlet kavramını ifade etmemektedir. Burada temel ayrım noktası, e-devletin geleneksel devletten farklı olarak işlevlerini nasıl ve hangi araçlarla yerine getirdiğidir (Baştan ve Gökbunar, 2004, s.73). E-devletin özellikle hizmetlerin kişiselleştirilmesine imkan tanımakta, hizmetlerin içeriğinde ve türlerinde farklılaşmaya yol açmakta, yeni kamusal hizmetlerin ortaya çıkmasına imkan vermektedir. Çünkü devlet, vatandaşın taleplerini dikkate alma durumunda kalmakta, bir anlamda sunulacak hizmetleri vatandaşların

kendileri yönlendirmektedir. Bu noktada da e-devlet, geleneksel devletten ayrılmaktadır.

E-devletin bugünkü konuma gelmesi bir süreci ifade eder. Bilgi toplumuna geçiş sürecinde e-devletle ilgili ilk büyük adımın kişisel bilgisayarların yaygınlaşması ile birlikte 1980'li yıllarda atıldığı söylenebilir. Bu çerçevede kamu yöneticilerinin bilgisayar kullanımının artması ile birlikte kamu kuruluşlarında bilgi yönetimi faaliyetlerinin yapılmaya başlandığı görülmektedir (Yıldız, 2007, s.647). 1990'larda ise internetin büyük bir hızla yaygınlaşması ve bu yolla önceki dönemlerle kıyaslanamayacak kadar büyüklükte bilginin üretilmesi ve erişiminin sağlanması gereği e-devlet sürecinin en önemli adımlarının atılmasını tetiklemiştir. Bu bağlamda, e-devlet sürecini üç dönem halinde incelemek mümkündür (Leigh ve Atkinson, 2001, s.6-8):

- i. *Birinci dönem; İnternetin Bilgi ve Paylaşım Amacıyla Kullanılması (1993-1998):* Kamu kurumlarına ait web siteleri, internet'in ilk ortaya çıkışından 1990'lı yılların sonuna kadar sadece kullanıcılara bilgi sunulması amacına hizmet etmiştir. E-devlet vatandaşlara bu dönemde interaktif olarak hizmet sunmamıştır.
- ii. *İkinci dönem; Online Olarak İşlem Yapılması ve Hizmet Sunulması (1998-2001):* Kamu web siteleri 1990'lı yılların sonundan itibaren bilgi sağlayıcı modelden işlemsel modele doğru geçmeye başlamışlardır. Elektronik posta ile bilgi gönderimi online işlem tamamlamaları, çeşitli vergilerin, sigorta primlerinin ödenmesi ve bu işlemlere ait belgelerin internet yoluyla elde edilebilmesi bu dönemde gerçekleşebilmiştir.
- iii. *Üçüncü dönem; Web Sitelerinin Bütünleşmesi (2001- ?):* 2000'li yılların başından itibaren kamu kuruluşları kendilerinin üretmedikleri hizmetler de dahil olmak üzere, web siteleri vasıtasıyla vatandaşlara geniş kapsamlı hizmet vermeye başlamışlardır. E-devlet anlayışında, kamu kurumları itibariyle ayrı ayrı tasarlanmış web siteleriyle vatandaşların ihtiyaçlarına odaklanmış yapıdan, tüm hizmetleri bir noktadan sunan tek bir yapılanmaya geçiş başlamıştır. Diğer bir ifadeyle, tek bir ara yüzden oluşan

ve bütünlendirilmiş online hizmetlerin sunulduğu bir “portal” ya da “kapı” söz konusudur.

Bu ayrımlar her ne kadar bize e-devletin gelişim süreciyle ilgili genel bir çerçeve çizse de, yetersizdir ve belirli kısıtları vardır. Her bir süreç, her ülkede kronolojik bir sırayla, bahsedilen aşmaları tamamlayarak gelişim göstermemiştir. Bu durum özellikle, gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir. Onlar, gelişmiş ülkelerin hatalarını ve başarılarını görüp, e-devlet gelişimlerini buna göre çizme şansına sahiptirler. Bazen tüm aşamaları bir seferde tamamlayabildikleri görülmektedir (Yıldız, 2007, s.652).

E-devletin yavaş yavaş gelişme gösterdiği aşamalarda, yukarıdaki ayrımlarda da belirtildiği gibi her devletin elektronik ortamda hizmet verdiği pencereler için ayrı ayrı şifre almak gerekmektedir. Fakat günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler tüm kamusal hizmetleri tek bir portal üzerinden, entegre bir şekilde vatandaşlara sunmaya çalışmaktadır. Ülkemizde de “E-Devlet Kapısı” adıyla uygulanmaya çalışılan bu yapılanma, tam anlamıyla hayata geçirilirse tek bir anahtarla/şifreyle devletin elektronik hizmet veren tüm odalarına ve kurumlarına girilip, istenilen bilgilere ve hizmetlere buradan, zaman ve mekandan bağımsız bir şekilde, 7 gün 24 saat kesintisiz olarak ulaşılabilecektir. Böylece vatandaş, devlet ile ilişkilerini tek bir nokta üzerinden kolayca gerçekleştirebilecektir.

Geçiş sürecinin uzun olması ve teknik altyapının kurulmasının maliyetli olması gibi nedenlerden dolayı, bu uygulamaların başarısız olma olasılığı bulunmaktadır (Misra, 2006, s.5). Yeni teknolojilere ayak uydurmadaki sıkıntılar, hantal devlet yapısına alışık olan çalışanların yeni yapıya uyum sağlamada göstereceği güçlükler gibi durumlar e-devlet olma sürecinde aşılması zor sıkıntılar olarak kendisini göstermektedir (Çelen, Çelik ve Seferoğlu, 2011, s.1). Bunun yanında, yasal düzenlemelerin yetersizliği, bütçe kısıtları ve eşit erişim imkanlarının oluşturulamaması da e-devletin etkin çalışmasını engelleyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (OECD, 2003, s.4).

Uygulamaya yönelik sıkıntı ve aksaklıklar giderildiği takdirde eşitlikçi bir temelde, bilgi ve hizmetlerin vatandaşlara sunumuna imkan veren e-devletin sağlayacağı faydalar şu şekildedir:

- i. *Devletin Etkinliğini Artırır:* E-devlet kamusal faaliyetlerde etkinliği önemli oranda iyileştirir. İnternet tabanlı uygulamalarla, verilerin toplanması, işlenmesi ve sunumu ile vatandaşlarla etkileşime geçmede önemli tasarruflar sağlanır. Ayrıca kamu kurumlarının arasında da e-devlet uygulaması sayesinde bilgi paylaşımında etkinlik artar (OECD, 2003, s.2).
- ii. *Hizmetleri İyileştirir:* Vatandaşların tercihlerine ve ihtiyaçlarına göre oluşturulmuş kusursuz işleyebilen bir yapı sağladığından kamusal hizmetleri iyileştirir (OECD, 2003, s.2). Hizmetlere erişim kolaylaşırken, daha eşitlikçi ve kişiselleştirilmiş bir yapıyı da mümkün kılmaktadır (Lu, 2006, s.5).
- iii. *Belirli Amaçlara Ulaşılmasını Sağlar:* E-devletle beraber bilgi paylaşımının mümkün olması belirli hedeflere ulaşılmasına katkı sağlar, bu hedeflerin gerçekleştirilmesini kolaylaştırır (OECD, 2003, s.2). Devlete zaman ve mekan farkı gözetmeden ulaşabilen, taleplerini ifade eden, kendisine sunulan hizmetlere erişebilen vatandaşlar daha fazla politika oluşturma süreçleri içinde yer alır ve belirli amaçların gerçekleştirilmesini sağlayabilir.
- iv. *Ekonomik Amaçlara Katkı Sağlar:* E-devlet sayesinde devletin işlevlerini devam ettirerek küçülmesi, yani harcamalarını kısması büyük kazançlar getirebilir. Çünkü etkinliği ve verimliliği mümkün kılan bu program sayesinde hantal ve yavaş işleyen bürokrasiye sahip devlet yapısı, daha basit ve esnek bir yapıya kavuşmakta ve bilgi toplumu güçlenmektedir (OECD, 2003, s.2). Bu yapıyla da devlet, üretim ve yatırımlara daha çok destek verebilir. Kaynakların kullanımında kamu ve özel sektörün eli rahatlar. Ayrıca özel sektör ve vatandaş daha hızlı ve nitelikli hizmete daha az maliyetle ve daha kısa sürede ulaşabilir (Lu, 2006, s.1-4).

- v. *Vatandaşlarla Devlet Arasında Güven Sağlar*: E-devlet, vatandaşları politik süreçlere doğrudan dahil ederek, daha saydam ve hesap verebilir bir devlet oluşturarak ve yolsuzlukları (rüşvet, patronaj vb.) azaltarak bu güvenin oluşmasına önemli katkı vermiş olur. Bununla beraber, e-devlet aracılığıyla devlete olan güvenin artması vergi toplamayı kolaylaştırır ve kayıt dışı ekonominin kontrol edilmesini sağlar (Özsağır ve Küllük, 2002, s.574).
- vi. *Vatandaşın Katılımını Sağlar*: E-demokrasi'nin yerleşmesini başka bir ifadeyle, vatandaşların demokratik sürece katılımını kolaylaştırır. Böylece siyasal katılımın önündeki engelleri kaldırarak, bilginin vatandaşlara eşit olarak yayılmasını, erişim kolaylığını, ulusal ve uluslararası yeni kamusal alanların görülmesini, ifade özgürlüğünü ve öz yönetimi sağlayarak doğrudan demokrasiyi gerçekleştirecek önemli bir araç niteliği taşır (Maraş, 2011, s.131-132).
- vii. *Kurumlar Arası Bilgi Alışverişi Hızlanır ve İşbirliği Güçlenir*: Kamusal karar organları için gerekli olan veriler sağlıklı ve hızlı bir şekilde sağlanır. Böylece kurumlar arası sinerji artarken, bilgi paylaşımını güçlendirir ve bilginin gereksiz yere tekrar tekrar kullanımını önler (Lu, 2006, s.8).
- viii. *Bürokratik Şişkinlik ve Kırtasiyecilik Azalır*: E-devlet sayesinde vatandaşın kendi işlemini kendi yapması fazla istihdamı önleyecektir. Bu bağlamda, devlet kadrolarındaki şişkinlik ve kırtasiye masrafları azalacak, insandan kaynaklanan yanlışlar en aza indirilmiş olacaktır. Bu, ayrıca kamu yönetim reformuna katkı anlamına gelmektedir.
- ix. *Vatandaş Odaklı Yaklaşım Uygulanır*: Hükümetlerin, vatandaşlarına internet yoluyla erişebilmesi ve isteklerini daha hızlı ve kolayca yerine getirebilmesi, yönetim odaklı hizmet yerine vatandaş odaklı hizmet sunumuna geçilmesini sağlamış olacaktır (Devadoss, Pan ve Huang, 2002, s.253).

Kamu hizmetlerinin sunumunda bilgi işlem teknolojilerinin kullanımını ifade eden elektronik devlet (e-devlet), bütün bu getirileriyle ülkenin kalkınmasına da katkı sağlamaktadır. Çünkü kullanıcıların elektronik ortamda sunulacak kamu hizmetlerine

farklı platformlardan, güvenilir şekilde ve bir noktadan erişebilecekleri, vatandaş ve iş dünyasının ihtiyaçlarına odaklanmış, beraber işleyen ve bütünleşik nitelikte hizmetlerin sunulacağı, katılımcı, şeffaf ve hesap verebilir bir devlet yapısının oluşturulmasına imkan tanımaktadır. Bu yapısı ile de e-devlet, daha etkin ve etkili kamu yönetimini, verimli ve kaliteli kamu hizmetini mümkün kılmaktadır (DPT, 2011, s.73).

Vatandaş odaklı devlet anlayışının temel unsurlarından olan e-devlet uygulamalarının dünyada ABD, AB ve Asya'daki birkaç gelişmiş ülkede oldukça ileri düzeyde; diğer ülkelerde de gelişme düzeyinde işlediği görülmektedir. BM tarafından dünya çapında yapılan bir araştırmada da, e-devletin en çok geliştiği ülkeler sıralamasında 2012 yılı itibariyle ilk beş sırayı Güney Kore, Hollanda, Birleşik Krallık, Danimarka ve ABD paylaşmaktadır. Türkiye ise bu sıralamada 190 ülke içinde 80. sırada yer almaktadır (UN, 2012, s.126).

Elektronik ortamda verilen kamusal hizmetler açısından ise 193 ülkenin sadece 22 tanesi hizmetlerin %67'den fazlasını online olarak verebilmektedir. 77 ülkede kamusal hizmetlerin elektronik ortamda sunulma oranı %34 ile %66 aralığında seyrederken; geri kalan 94 ülkede hizmetlerin %33'ünden daha azının internet yoluyla sunulabildiği görülmektedir. Bu durum birçok ülkede e-devlet ve bu bağlamda sunulan e-hizmetlerin düşük düzeyde kaldığını göstermektedir. Bununla beraber, tüm ülkelerin e-devlet uygulamalarını genişletmek ve daha verimli hale getirebilmek için stratejik planlar oluşturarak çabaladıkları da göz ardı edilmemelidir. Bunlar içerisinde tüm hizmetlerin %87'sini elektronik ortamda sunabilmesiyle Güney Kore yine başı çekerken, Singapur ve ABD de aynı oranla onu izlemektedir. Dördüncü sıradaki Birleşik Krallık hizmetlerin %85'ini ve arkasından gelen Kanada ise %78'ini elektronik ortamda sunmaktadır. Kanada hariç ilk dört ülkede ise sunulan hizmetlerin entegre bir yapı üzerinden sunulma oranları da %80'lere kadar ulaşmıştır. Bu ülkelerdeki e-devlet kapıları ile birçok ulusal ve yerel hizmet tek bir portal üzerinden sunulmakta, vatandaşlar çeşitli devlet ödemelerini (vergi, ceza, sınav ücreti vb.) bu kapılardan yapabilmekte ve çeşitli kriterler ışığında bu hizmetler gittikçe kişiselleştirilmektedir. Örneğin, korea.gov.kr, usa.gov, ecitizen.gov.sg gibi ülkelerin resmi web adreslerinden neredeyse tüm kamu hizmetlerine erişilebilmektedir. Türkiye ise hizmetlerin sadece %41'ini elektronik

ortamda sunmasıyla ikinci grupta yer alırken, bu hizmetlerden entegre hale getirdiklerinin oranı da %30 olarak gerçekleşmiştir (UN, 2012, s.41-42). Bu da, Türkiye'nin kat etmesi gereken daha çok mesafenin olduğunu göstermektedir.

Türkiye, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeye bağlı olarak ortaya çıkan e-devlet uygulamasına geçişe yönelik 1990'ların başından beri çalışmalarda bulunmaktadır. Bu yönde gerçekleştirilen ilk büyük projelerden birisi Dünya Bankası'nın desteği ile 1993 yılında hayata geçirilen *Türkiye Bilişim ve Ekonomik Modernizasyon* projesidir. Daha sonra, 1998 yılında Başbakanlık genelgesiyle oluşturulan "KamuNet Teknik Kurulu" aracılığıyla gerek e-Avrupa gerekse e-Türkiye çalışmaları doğrultusunda e-devlete geçiş süreci, koordinasyonu ve vizyonunun oluşturulmasında önemli bir adım atılmıştır. Bunların peşi sıra, aynı yıl kurulan "İnternet Danışma Konseyi ve E-ticaret Koordinasyon Konseyi" de e-devlet için önemli gelişme olmuştur (OECD, 2007, s.121). Bu çalışmalar 2000'li yıllarda AB'ye uyum sürecinin de etkisiyle daha da hızlanarak devam etmiştir. Bugün çok sayıda e-devlet hizmeti hayata geçirilmiştir. Aralık 2008 tarihinde hizmete açılan "E-Devlet Kapısı Projesi" ile de birçok e-devlet hizmeti tek merkezden yürütülmeye başlanmıştır. Bu hizmetlerin örneklerine "Türkiye'de Vatandaş Odaklı Uygulamalar" kısmında detaylı olarak yer verilmiştir.

Sonuç olarak, vatandaş odaklılığın önemli bir ögesi olan e-devlet anlayışının geliştirilmesi tüm ülkeler için artık bir zorunluluktur. Bu yüzden teknolojik ve hukuki altyapı çalışmalarının bir an önce tamamlanıp, her türlü eksikliğin giderilerek e-devlet uygulamasını vatandaşın beklentileri doğrultusunda hayata geçirmek gerekmektedir. Toplumun her kesiminden vatandaşın, fark gözetilmeksizin, ihtiyaç duyduğu bilgi veya hizmete rahatça, zaman kaybetmeden ulaşabilmesi, birebir, aracısız, etkin ve verimli bir hizmet alabilmesi vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışının gereğidir.

3.6.3. M-Devlet (Mobil Devlet)

E-devlet yanında son günlerde kullanılmaya başlayan bir diğer önemli kavramda mobil devlet (m-devlet) kavramıdır. Kablosuz ağ teknolojileri, mobil araçlar, cep telefonları ve diğer mobil aygıtların hızlı bir şekilde gelişip yaygınlaşmaya

başlamasıyla beraber, devlet kurumları, devlet ve devlet dışı alanlarda (vatandaşlar, iş dünyası ve kâr amacı gütmeyen organizasyonlar) bilgiye ve hizmete daha hızlı erişim sağlayan bu teknolojileri kullanmaya başlamışlardır. Bu gelişme mobil devlet uygulamasının hayata geçirilmesini sağlamıştır.

En basit anlamıyla, kamusal bilgi ve hizmetlerin sunulmasında kablosuz ve mobil teknolojilerden yararlanılması olarak tanımlanabilecek m-devlet; vatandaşlar, iş dünyası ve devletin tüm birimlerinde e-devlet kapsamındaki işlemleri geliştirmek için kablosuz ve mobil teknolojinin bütün türlerini, hizmetleri, uygulamaları ve aygıtları kullanmayı kapsayan bir strateji ve onun gerçekleştirilmesi olarak daha kapsamlı şekilde de ifade edilebilir.

Mobil devlet uygulamaları, vatandaşların zaman ve yer kısıtlaması olmadan, her yerde ve ihtiyaç duydukları her an, kamu kurum ve kuruluşlarının sunmuş oldukları hizmetlere erişebilmeleri ve hizmetlerden yararlanabilmelerini sağlamaktadır (Başa, 2012, s.227). Bu da, kamu hizmetlerini daha geniş kitlelere ulaştırmada, özellikle e-devletin erişemediği noktalarda, m-devlet kanalının daha etkin olabileceğini göstermektedir. Farklı yerlerden sabit cihazlarla erişim yerine, sahip olunan mobil cihaz ile her yerden erişim öne çıkmaktadır. Klasik devlette hem zaman hem yer kısıtı, e-devlette yer kısıtı varken; m-devlet bu kısıtların hepsini kaldırmaktadır. M-devletin klasik ve e-devletten bu ve benzeri farkları Tablo 2.5'te da gösterilmektedir.

Tablo 2.5.

Klasik Devlet (K-Devlet), E-Devlet ve M-Devletin Unsurları

Konu	K-Devlet	E-Devlet	M-Devlet
İlkeler	Bürokratik Süreç (Telefon, fax)	Bilgi teknolojileri kullanılarak yeniden yapılandırılmış süreç (İnternet, PC)	Kablosuz ağ ve araçlarla sağlanan bağlantı ve entegrasyon
Hizmet Süresi	Haftanın 5 günü, günde 8 saat hizmet	7 gün 24 saat hizmet	365 gün 24 saat hiç duraksız hizmet
Hizmet Sunumu	Kuruma gitme, telefon ve faks yoluyla	Kişilerin ev veya ofislerinden interneti kullanması yoluyla	Kişinin bulunduğu yerin önemi olmaksızın mobil araçlarla
Hizmet Biçimi	Kurumları birçok kez ziyaret etme	İnternet sayfalarını birçok kez tıklayarak	İhtiyaç duyulan hizmete (SMS, 3G gibi yollarla) tek seferde erişim

Kaynak: Qui-Suk, 2010, s.10

Tablodan görüleceği üzere artık klasik devletteki bürokratik sürecin yerini bilgisayar ve kablolu ağ üzerinden işleyen e-devlet ile son yıllarda kablosuz iletişim ağları ve mobil aygıtlarla entegre hizmet sunumuna olanak sağlayan m-devlet almaktadır. E-Devlet alanındaki gelişmelerle klasik devlette, mesai günleri ve saatlerinin sınırlı olmasından kaynaklanan kamusal bilgi ve hizmet sunumunda zaman kısıtı aşılrken, mobil devlet yoluyla bu sefer, mekân kısıtının da aşılması mümkün olmuştur. Artık, kamusal bilgi ve hizmetlere her zaman ve her yerden yılın 365 günü ve günün 24 saati ulaşma imkânı ortaya çıkmıştır. Bu anlamda, mobil devlet, e-devlet uygulamalarının bir alternatifi olmaktan çok, bir eki veya bütünleyicisi olarak görülebilir. E-devlet hizmetlerinin mobil platforma taşınmasına olanak sağlamıştır (Kushchu ve Kuscı, 2003, s.11). Diğer bir deyişle, mobil devlet “artı değer katılmış e-devlet” anlamına gelmektedir.

Akıllı mobil telefonlara ve mobil internete sahip insanlar hızlı bir şekilde artmaktadır. Özellikle masaüstü bilgisayarlar ve kablolu ağlar artık tarihe karışmaya başlarken, mobil araçlar ve kablosuz ağlar giderek yaygınlaşmaktadır. Günümüzde cep telefonlarının sayısı bilgisayarların sayısını aşmıştır (Kushchu ve Kuscı, 2003, s.3-4). 2012 yılı başı itibariyle dünya genelinde kayıtlı 6 milyar cep telefonu olduğu tespit edilmiştir (Raja ve diğerleri, 2012, s.87). Mobil telefon, mobil erişim günlük

yaşamımızın artık vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Bu bağlamda, devletler de faaliyetlerini ve verdiği hizmetleri mobil yapıya dönüştürmektedir. Kablosuz internet erişimine ve cep telefonuna sahip milyonlarca insan hükümetlere, hizmetlerin artık sadece bilgisayara taşınmasının yetmediği, mobil hale getirilmesi gerektiği konusunda baskı yapmaktadır. Bu durum, mobil devlet uygulamalarının geliştirilmesine yol açmıştır. M-devlet hızla hayatımıza girmeye başlamış ve artık m-devlet neredeyse kaçınılmaz hale gelmiştir.

M-devletin dört temel amacı olduğu söylenebilir. İlk amaç, devletle vatandaşlar arasındaki iletişimi güçlendirmektir. Mobil araçlar ve kablosuz ağlar aracılığıyla devletin vatandaşla, vatandaşın devletle daha kolay ve daha hızlı iletişime geçebilmesi amaçlanmaktadır. Yani ilk amaç m-iletişimi sağlamaktır. Mobil devlet uygulamasındaki ikinci amaç, kamusal hizmetleri vatandaşların mobil araçlarıyla alabilmesini mümkün kılmaktır. M-devlet kapsamında, e-devlet yoluyla verilen hizmetler sadece cep telefonlarından arama yapılması aracılığıyla sunulmamakta; bunun ötesinde devlet, GSM üzerinden kısa mesaj hizmeti (SMS) ve GSM şebekesi üzerinden yüksek hızlı paket veri ulaşımını sağlayan GPRS (General packet radio service) teknolojisi gibi uygulamaları da kullanarak hizmetleri farklı yöntemlerle sunmaktadır. Bu durum, otopark ücretlerini SMS'le ödeme, vatandaşları saldırı, afet gibi konularda acilen SMS'le bilgilendirme gibi yeni tür hizmetlerin doğmasına da olanak sağlamaktadır. Üçüncü olarak m-devletle amaçlanan, vatandaşların yer ve zaman kısıtından kurtularak, mobil araçlarıyla karar alma süreçlerine ve oylamalara daha çok katılmasını sağlamaktır. M-demokrasi de diyebileceğimiz bu tür bir m-devlet uygulaması, demokrasinin güçlendirilmesinde önemli bir araç olma potansiyeline sahiptir. Son olarak, m-devletle amaçlanan, m-yönetimi sağlamaktır. Daha açık bir ifadeyle, hem merkezi yönetimle yerel yönetimler, hem de eş değer statüde olan kurumlar arasındaki iletişimi ve faaliyetleri mobil araç ve iletişim ağlarıyla daha etkin ve daha hızlı hale getirmek istenmektedir (Nava ve Dávila, 2005, s.306).

Bütün bunların paralelinde, m-devlet, mevcut kamusal hizmetlere erişime yeni bir kanal ekleyip geliştirme, daha çok insana ulaşma yönünde hizmetleri genişletme, yeni hizmetler ekleme ve kamusal faaliyetlere vatandaş katılımını artırma işlevlerini

yerine getirdiği söylenbilir. Bu bağlamda, m-devletin değişim, kalite, tasarruf ve demokrasi odaklı bir yapısı olduğu iddia edilebilir. M-devletin bu nitelikleri ışığında u türü olduğu söylenbilir. Tablo 2.6'da bu türler, yarattığı fırsat, sınırlılıkları ve etkileri verilmiştir.

Tablo 2.6.

M-Devletin Türleri

M-Devlet	<i>Bütünleyici</i>	<i>Genişletici</i>	<i>Yenilikçi</i>
<i>Tanım</i>	Mobil araçlar mevcut e-devlet hizmetlerine ve süreçlerine yeni bir kanal eklemektedir.	Mobil araçlar geleneksel hizmetleri önceden yetersiz düzeyde alan ve hiç alamayanlara doğru genişletilmesine imkan verir	Sunum ve yönetişime yönelik yeni hizmetlerin geliştirilmesi için kullanılır
<i>rnek</i>	Yaygın bir e-devlet uygulamasına sahip Güney Kore e-hizmetlere kablosuz ağları ve karşılıklı etkileşime geçmeyi eklemiştir.	Bangladeş'teki Sağlık Hattı vatandaşlara telefon aracılığıyla medikal destek vermekte, danışmanlık hizmeti sunmaktadır.	Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde mobil araçlar yerel düzeyde vatandaşların btceleme sürecine katılımını sağlar.
<i>Fırsatlar</i>	Mobil araçlar daha çok insanın e-hizmetlere erişebilmesini sağlar.	Yaygın kullanılan mobil araçlar geleneksel hizmetleri önceden alamayanlara (fakirler, kırsalda yaşayanlar vb.) doğru genişletilmesine imkan verir	Teknoloji ve yönetim süreçlerindeki birbiriyle bağlantılı yenilenme bağlantılı vatandaşların devletle yakın ilişki kurma ve devleti daha hesap verebilir kılma yönünde fırsatlar sunar.
<i>Sınırlılıklar</i>	Mobil araçlarla yapılabileceklerin farkında olunmamasıdır.	Geleneksel hizmetlerin tasarımı ve doğası bu araçlarla sağlanabilecek faydayı sınırlamaktadır.	İnnovasyonun boyutu ekonomik, politik kısıtlar ile kapasite kısıtına bağlıdır.
<i>Etkiler</i>	Marjinal: Hizmetin istenen yer ve zamanda alınabilmesidir.	İlımlıdan nemliye Doğru: Devletin daha çok vatandaşa hizmet sunma kapasitesini iyileştirir. Süreç yeniden inşa edilir.	nemli: Yönetim süreçlerinde değişim sağlar

Kaynak: Raja ve diğerleri, 2012, s. 88

İlk uygulama türü, mobil iletişim araçlarının kişisel bilgisayarlar üzerinden kullanılan e-devlet uygulamalarına yeni bir erişim kanalı eklenmesi için kullanılmasıdır. Bütünleyici m-devlet olarak isimlendirilen bu uygulama, mevcut e-devlet hizmetlerinin mobilitesini güçlendirir. İkinci uygulama türü, mobil araçların geleneksel hizmetleri önceden yetersiz düzeyde alan ve hiç alamayan vatandaşlara doğru genişletilmesine imkan vermesidir. Bu durum, genelde vatandaşların hizmete uzaklığı veya internet bağlantısının olmayışından kaynaklanmaktadır. Mobil araçların erişiminin daha kolay olması ve daha yaygın olarak kullanımı devletlerin daha çok insana ulaşabilmesini sağlarken; vatandaşların da önceden kolayca erişemedikleri hizmetlere daha kolay ve hızlı erişebilme olanağı sağlamıştır. Buna imkan veren m-devlet uygulaması genişletici m-devlet olarak adlandırılmaktadır. Son uygulama ise m-devlet uygulamasının hizmet sunum yöntemlerini değiştirmesi, vatandaşla iletişime ve etkileşime geçmede yeni fırsatlar sunmasıdır. Bu durum devlet yönetim süreçlerinin yeniden yapılandırılmasını sağlarken; yeni tür hizmetlerin de ortaya çıkmasına olanak tanır. Bu tür m-devlet uygulaması ise yenilikçi m-devlet olarak adlandırılmaktadır (Raja ve diğerleri, 2012, s.87-88) Genelde bu türlerin tamamı m-devlet uygulamasına başvuran ülkelerde bir bütün içinde uygulanır. Böylece kamusal hizmetlerin içeriği ve sunumunu iyileştirilir, yeni hizmetler tasarlanır ve yönetim anlayışı güçlendirilirken daha etkin, daha güçlü, daha şeffaf, daha hesap verebilir ve daha vatandaş odaklı bir devlet yapısına da kavuşulmuş olur.

M-devlet; eğitim, sağlık, toplu taşıma, yangınla mücadele, afet uyarıları, trafik durumu, acil yardım, şikayet bildirimi, belediye hizmetleri ve vergi borcunun ödenmesi (Nava ve Dávila, 2005, s.306) gibi özellikle kullanıcı tarafında mobilitenin söz konusu olduğu ve zamanın/zamanlamanın önem taşıdığı pek çok kamu hizmetinde kullanılmakta ve büyük faydalar sağlamaktadır (Kushchu ve Kuscu, 2003, s.6). Mobil teknolojiler bu hizmetlere değer katarken; giderek daha çok insan böyle bir hizmet sunumundan faydalanmayı tercih etmekte ve devletin de bu kapsamdaki hizmetlerini arttırmasını istemektedir. Hatta e-devletten çok, mobil araç ve ağlarla kamusal hizmetlere ulaşma, çağrı veya SMS'le bilgi edinebilme gibi m-devlet uygulamalarının geliştirilip genişletilmesi talep edilmektedir. Bu durum, m-devletin e-devlete göre üstünlükleri ve sağladıkları faydalardan kaynaklanmaktadır.

M-devletin e-devlete göre sahip olduğu üstünlüklerden ilki, daha öncede bahsettiğimiz gibi cep telefonuna sahip insan sayısının bilgisayara sahip insan sayısından fazla olmasıdır. Bu da, mobil araçların devletin sunduğu hizmetleri, daha çok kişiye ulaştırabilme özelliğinin daha fazla olduğunu gösterir. M-devlet, e-devletin bir alt kümesi değildir. Onu tamamlayan, ona değer katan ve hizmet sunumunu daha etkili, etkin ve hızlı hale getiren bir araçtır. M-devleti e-devlete göre üstün kılan bir diğer unsur, mobil araçların istenilen yere taşınabilmesi, her yerde ve her zaman devlete ve hizmetlere erişimi mümkün kılmasından kaynaklanır. Bu özellikle sürekli hareket halinde olan kişiler için büyük bir avantajdır. Artık, insanları internete, devlete, devletin sunduğu hizmetlere erişmek için bir bilgisayar bulma zorunluluğundan kurtarır. Vatandaşlar yurtdışına bile gitse, tek tuşla her an devlete erişebilir (Nava ve Dávaila, 2005, s.306-307).

Mobil teknolojiler kullanılarak sağlanacak kamusal hizmetler vatandaşlara, iş sahiplerine, devletin kendisine ve ekonomiye önemli yararlar sağlamaktadır. Bu yararların neler olduğu Tablo 2.7’de gösterilmiştir.

Tablo 2.7.

M-Devletin Devlet, Vatandaşlar, İş Dünyası ve Ekonomi İçin Faydaları

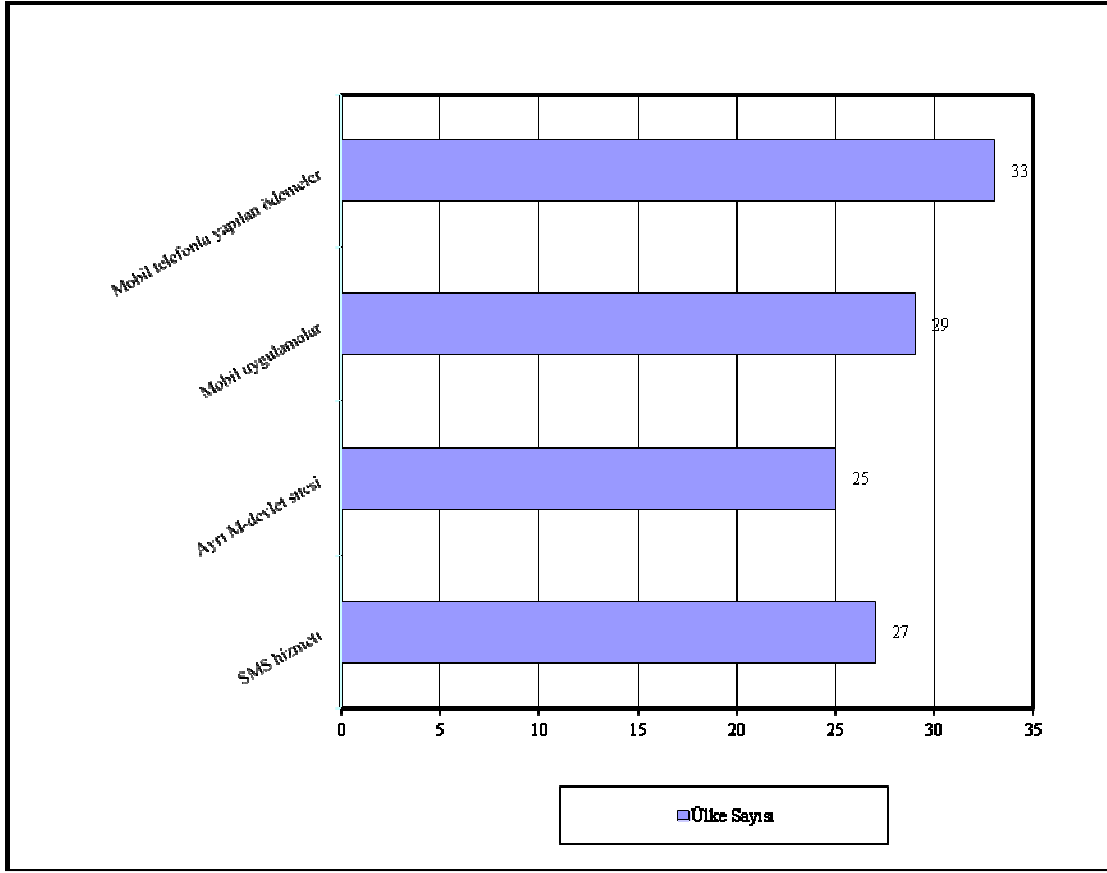
Devlete Faydası	Vatandaşlara Faydası	İş Dünyasına ve Ekonomiye Faydası
<ul style="list-style-type: none">✓ Daha geniş kitlelere erişebilme✓ Mobilite ve aynı zamanda birçok yerde bulunabilme✓ Hizmetleri kişiselleştirebilme✓ Hem sabit hem de işlem maliyetlerinde düşüş✓ Kamu faaliyetlerinde etkinlik artışı✓ Bilginin daha hızlı dolaşımı✓ Daha iyi yönetim✓ Demokrasinin güçlenmesi✓ Kağıt kullanımının azalmasıyla daha çevreci yönetim✓ Kurumlar arası artan entegrasyon ve sinerji	<ul style="list-style-type: none">✓ Vatandaşların devlete zaman sınırlaması olmaksızın daha kolay ve rahat erişebilmesi ve iletişime geçebilmesi✓ Mobil araçlar sıklıkla kullanıcılar tarafından taşınması ve genellikle açık durumda olması sayesinde mevcut bilgiye ve hizmete istediği yer ve zamanda ulaşılabilmesi✓ Hizmetlerde çeşitlilik ve iyileşme✓ Vatandaşların birçok karar alma sürecine daha kolay katılımı✓ Devlete daha güvenle bakma	<ul style="list-style-type: none">✓ Ekonomik fırsatların artışı ve iyileşmesi✓ Ekonomide verimlilik ve üretkenlik artışı✓ Mobil çalışanların ortaya çıkışı✓ Müşterilerine daha kolay ve hızlı erişim✓ Daha çevreci ekonomi

Kaynak: OECD ve International Telecommunication Union. 2011, s.40-47; Deloitte. June 2011, <http://www.deloitte.com/assets/Dcom-SouthAfrica/Local%20Assets/Documents/M-Government.pdf>; Kushchu ve Kescu, s.5'ten yararlanılarak derlenmiştir.

Tablodan da görüleceği üzere, devlet için, daha geniş kitlelere yer ve zaman sıkıntısı yaşamadan erişebilme, sunduğu hizmetleri vatandaşlar için kişiselleştirebilme, hizmetlerin maliyetlerini düşürüp daha etkin, etkili ve hızlı hizmet sunabilme ve kurumları arasında entegrasyonu ve sinerjiyi arttırabilme gibi faydalar sağlamaktadır. Vatandaşlar için ise m-devlet, vatandaşların devlete, zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın daha kolay ve rahat erişebilme ve iletişime geçebilme, daha kaliteli ve yeni hizmetler alabilme, kamusal karar alma süreçlerine katılabilme ve devlete daha çok

güvenme yönünde faydalar sağlamaktadır. Son olarak, m-devlet iş dünyası ve ulusal ekonomi açısından üretkenlik ve verimlilikte artış, fırsat artışları, daha çevreci bir ekonomi gibi faydalar sunmaktadır. M-devlet henüz erken bir safhada olmasına rağmen, hem vatandaşlar ve iş dünyası hem de devlet üzerinde önemli etkiler bırakacakmış gibi görünmektedir.

M-devlet uygulamasının ve bu uygulamaya imkan tanıyan mobil araçların faydaları ve e-devlete göre üstünlükleri, bu uygulamaların giderek daha fazla ülkede kullanım alanı bulmasını sağlamıştır. Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede m-devlet ve mobil uygulamalara dayanan diğer kamusal hizmet sunum kanalları, eğitimden sağlığa, ulaşımdan itfaiyeye kadar birçok kamusal hizmette yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. 2012 yılında BM tarafından yapılan bir çalışmada BM'ye üye 193 ülkenin 114'ünde mobil araçlarla kamusal hizmetlerin sunulmaya başladığı tespit edilmiştir. Grafik 2.1'den de görüleceği üzere bu ülkelerden 27'si vatandaşlara SMS göndererek çeşitli konularda bilgi verme veya uyarılarda bulunma yoluyla kamusal hizmet sunumunda mobil araçları kullanırken; 27 ülke farklı mobil uygulamaları kullanmaya başlamıştır. 25 ülkenin ise ayrı m-devlet siteleri oluşturduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, mobil araçlar üzerinden çeşitli kamusal hizmetlere yönelik ödeme yapılmasını sağlayan 33 ülke mevcuttur. Bahsedilen bu uygulamaların tamamını kullanan ülkeler ise Bahreyn, Katar, Güney Kore, Singapur, Suudi Arabistan, Birleşik Krallık ve ABD'dir.



Grafik 2.1. Çoklu Hizmet Sunumuna Yönelik Seçilen Mobil Kanallar

Kaynak: UN. 2012, s.76

Cep telefonu abone sayısı 2012 Haziran ayı itibariyle yaklaşık 67 milyon (T.C. Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı. <http://www.ubak.gov.tr/>) gibi yüksek bir düzeyde olan Türkiye’de de mobil devlet uygulamaları, çeşitli devlet kurumları ve belediyelerde uygulanmaktadır. Örneğin, cep telefonu abonelerine, özellikle birçok il belediyesi tarafından il ile ilgili hava ve yol durumu, okul tatilleri, yeni belediye hizmetleri, doğal afetlerle ilgili duyurular, elektrik, su, doğalgaz kesintileri ile ilgili bilgiler SMS ile gönderilmektedir. Yine, birçok yerde, belediyelerin tahsil ettiği emlak, çevre ve temizlik vergileri gibi vergilerin miktarının ve son ödeme günün öğrenilmesi ve bu vergilerin ödenmesi kurulan mobil sistem üzerinden yapılabilmektedir.

Mobil devlet uygulamalarına merkezi teşkilatlanma düzeyinde de rastlanmaktadır. Örneğin, Adalet Bakanlığı’nın yürüttüğü Ulusal Yargı Ağı Projesi (UYAP) çerçevesinde sunduğu “Adalet 4060” projesiyle tüm cep telefonu operatörlerinde “4060” numarasına gönderilen T.C. kimlik numarası ile söz konusu kişi

hakkında açılan davalar varsa öğrenilebilmektedir (<http://www.uyap.gov.tr>). Bunun dışında da birçok örneğe rastlanmaktadır. Bu örneklere “Türkiye’de Vatandaş Odaklı Uygulamalar” kısmında detaylı olarak yer verilmiştir.

M-devlet uygulamasında en büyük sorun gizliliğin ve güvenliğin sağlanmasıdır. Bu durum vatandaşların bu uygulamayı kullanma yönündeki tercihlerini önemli ölçüde etkilemektedir. O yüzden devlet vatandaşların bu güvensizliğini giderecek biçimde bilgilerinin hiçbir şekilde çalınmayacağı ve gizli tutulduğunu garanti etmelidir. Bu yönde atabileceği adımlardan biri sağlam bir teknolojik altyapı ve donanım sağlamak, diğeri ise yasal düzenlemeler yapmaktır. Dünyadaki birçok ülkede hala bu konuda eksiklikler vardır. Vatandaşların hakları ve sorumluluklarını gösteren, veri ve bilgi akışlarını düzenleyen ve işlemleri açıklayan yasal düzenlemeler mevcut veya yeterli değildir (Kushchu ve Kuscı, s.6-7).

Bahsedilen bu sorunların giderilmesi ve m-devlet uygulamalarının geliştirilmesi için birtakım politikaların ve programların devletlerce hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda öncelikle yapılması gereken m-devlet için bir strateji oluşturmaktır. Daha sonra mobil teknolojilerin herkes tarafından erişilip kullanılabilir hale getirme, bu yönde teknolojik gelişmeleri ve yenilikleri destekleyip sürdürülebilir kılma, standartlar belirleme, sorumlulukları paylaşırma ve güven kazanma yönünde politikalar izlemelidir. Bununla beraber, özellikle hem kullanıcıları hem de kamu görevlilerini m-devlet konusunda eğitmek de önemlidir. Devletin bu yönde eğitici programlar vermesi gerekmektedir. Ayrıca sistemi de kullanıcı için erişimi kolay, anlaşılabilir, düşük riskli ve etkin hale getirmelidir (Raja ve diğerleri, 2012, s.95). M-devlet uygulaması vatandaş odaklı kamusal hizmet anlayışını tam anlamıyla yansıtan bir yapıda olmalıdır.

Sonuç olarak, m-devletin kamu sektöründe bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını açısından yeni bir akım oluşturduğu söylenebilir. Her ne kadar daha birçok ülkede yeni yeni uygulama alanı bulsa da kamu sektörünün modernizasyonu ve kamusal hizmet sunumunun iyileştirilmesinde oldukça önemli rol oynayacağı şimdiden görülmektedir. Known (2004) da belirttiği gibi m-devlet hizmetleri kişiselleştirme ve vatandaş odaklı sunma niteliğiyle “geleceğin devleti”ni oluşturmaktadır.

3.6.4. Vatandaş Sözleşmeleri (Citizen's Charter)

Vatandaş odaklılığın bir unsuru olan vatandaş sözleşmeleri, 1980 sonrası ortaya çıkan yeni sağ politikaların ve kamu reformlarının bir uzantısı (Drewry, 2005, s.321) olarak ilk defa 1991 yılında İngiltere’de John Major’un Başbakanlığı döneminde, sunulan kamusal hizmetlerin kalitesini vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine göre iyileştirmeyi amaçlayan, on yıllık bir ulusal program olarak uygulamaya konulmuştur (Centre For Good Governance, 2008, s.1). Daha sonra, “Hizmet Sözleşmesi”, “Hizmet Standartları Girişimi”, “Vatandaş/Müşteri Sözleşmesi”, “Kamu Hizmetleri Sözleşmesi” ve “Hizmet Diyaloğu” gibi farklı isimler (Ateş ve Okur, 2009, s.107) altında başta Fransa, Almanya, Belçika olmak üzere AB ülkeleri ile ABD, Kanada, Avustralya, Singapur, Hindistan, Güney Kore, Hong Kong, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Jamaika (Coşkun, S. 2010, s.91) gibi ülkelerde ve bu ülkelerin yerel yönetimlerinde kamu hizmetlerinin kalitelerinin arttırılması programları kapsamında kullanılmaya başlamıştır.

Vatandaş Sözleşmeleri hizmetlerin nasıl ve ne zaman sunulacağı, yani hizmete ait temel bilgileri, hizmetten kimin sorumlu olduğu, hizmet standartlarına uyulmadığı takdirde şikayet mekanizmalarına dair bilgileri içermektedir (Carty, 2004, s.1). Diğer bir ifadeyle, vatandaş sözleşmeleri kamu kurumlarının hizmet standartları, bilgi, tercih ve danışma, ayırım yapmama, erişebilirlik, şikayet, nezaket ve kamu parasına değer verme bağlamında vatandaşlara yönelik sistematik çabalarını temsil eden dokümanlardır (Haque, 2005, s. 397).

Vatandaş sözleşmeleri, kurumun vatandaşa odaklandığını, hizmetten yararlananlara danıştığını ve beklentilerini göz önüne aldığını, hizmetleri değerlendirdiğini, performansı ölçerek kamuoyuna bildirdiğini ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi çalışmalarını başlattığını göstermektedir. Bu bağlamda, sözleşmeyi hazırlayan kamu kuruluşları, yasa ve düzenlemeler ile sınırları belirlenen hizmet için belli standartlar tespit etmekte bunları sözleşmelerde yayınlamaktadır (Drewry, 2005, s.321). Ardından bu standartlara, tanımlanan kalite ve ilkelere uyulup uyulmadığını denetleyip vatandaşları bilgilendirmekte ve hizmetlerin iyileştirilmesi için neler yapılabileceğini tespit etmektedir. İşte, tüm bunlar, vatandaş sözleşmelerinin kapsamı içerisinde gerçekleştirilmesi gereken aşamalardır. Bu bağlamda, vatandaş

sözleşmelerinin bir takım hizmetlere yönelik vatandaşların haklarını, hizmetlerin standartlarını, vatandaşların uymaları gereken kuralları ve ileride bir şikayetle karşılaşmamak için alınması gereken tedbirleri tanımlayan bir tür basın açıklaması oldukları söylenebilir (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.34). Bu sayede hem kurumlar daha şeffaf ve daha nitelikli hale gelirken; vatandaşlar da daha aktif ve daha memnun bireylere dönüşmeye başlamaktadır. Bu bağlamda da vatandaş sözleşmeleri kamu hizmetlerinin kalitesini iyileştirme, vatandaş güçlendirme, bu yolla da hizmet sunumunda hesap verebilirliği sağlama ve vatandaşların devlete olan güvenini arttırmada güçlü birer araçtır.

Tüm bunlardan da anlaşılacağı üzere, vatandaş sözleşmelerini uygulamadaki temel amaç, vatandaş odaklı anlayışı gerçekleştirme adına vatandaşları ve taleplerini her şeyin önüne koyarak güçlendirmek (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.34); vatandaşları haklarının farkında, talep eden, katılımcı, aktif bireyler haline getirerek kamu hizmetlerini bu doğrultuda tasarlayıp uygulamaktır. Artık kamusal hizmetler arza dayalı değil, talebe dayalı olarak oluşturulmaktadır. Bu temel amaç yanında vatandaş sözleşmesi uygulamasına gidilmesindeki diğer amaçlar ise: kamusal hizmetleri daha şeffaf ve kolay erişebilir hale getirme, bürokratik masrafları ve gecikmeleri azaltma, devleti daha hesap verebilir kılma, gerekli tüm bilgileri vatandaşlara sunma, vatandaşların ihtiyaçlarını karşılayabilme (Haque, 2005, s. 94), hizmetlerin kalitesini iyileştirme ve performans standartları geliştirmedir.

Vatandaş sözleşmelerinde hizmetlerin belirtilen standartta gerçekleştirilebilmesi için izlenmesi gereken ilkeler belirlenmiştir. Vatandaş sözleşmelerinin başarısı için de oldukça önemi olan bu ilkelerin neler olması gerektiği yönündeki ilk çalışma, yine İngiltere’de yukarıda bahsedilen vatandaş sözleşmesi programı çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, hizmet sunum ilkelerinin şöyle olması gerektiği ifade edilmiştir (Centre For Good Governance, 2008, s.1):

- i. *Kalite*: Hizmetlerin kalitesi iyileştirilmelidir.
- ii. *Tercih*: Kamu sektörünün mümkün olduğunca seçenek üretmesi gerekir.

- iii. *Standartlar*: Standartlara ulaşamadığında ne beklenildiğinin ve ne yapılacağıının belirlenmesi gerekir.
- iv. *Değer*: Vergi mükelleflerinin parasının karşılığının verilmelidir.
- v. *Hesap verebilirlik*: Vatandaşlara ve kuruluşlara karşı hesap verebilir olunması gerekir
- vi. *Şeffaflık*: Kurallar, prosedürler, süreçler ve sorunlarda açıklığın sağlanması gerekir.

Vatandaş sözleşmeleri konusunda öncü ülke olan İngiltere’de bu sözleşmeler sağlık, eğitim, çalışma, vergi ve daha birçok kamu hizmeti alanında hızla yayılmış, 1997 yılına kadar bakanlıklar için 40’tan, yerel yönetimler için 10.000’den fazla sözleşme oluşturulmuştur (Ekici, Koçyiğit ve Küçük, 2009, s.80). 1997 yılında iktidara gelen Tony Blair liderliğindeki İşçi Partisi, vatandaş sözleşmesi uygulamasına sahip çıkmış, ilk olarak “Önce Hizmet” (Service First) adıyla, daha sonra “Modernizing Government” adı altında kamudaki yeni yapılanmanın önemli bir parçası haline getirmiştir (Ateş ve Okur, 2009, s.110). Bu bağlamda, sözleşmelerin vurgusu değişmiştir. Bazı ilkeler önemini kaybederken, bazı yeni ilkeler de sözleşmelerin kapsamına alınmıştır. Vatandaş Sözleşmelerinin yeni hali dokuz ilkedен oluşmaktadır. Bu ilkeler sırasıyla şu şekildedir (McGuire, 2001, s.517):

- i. Hizmet standartları oluşturmak,
- ii. Açık olmak ve tam bilgi sağlamak,
- iii. Danışma ve katılımı sağlamak,
- iv. Hizmetlere erişimi sağlamak ve tercih hakkını iyileştirmek,
- v. Herkese adil davranmak,
- vi. İşler yanlış gittiğinde doğrusunu yapmak,
- vii. Kaynakları etkin kullanmak,
- viii. Yenilikçi olmak,
- ix. Diğer hizmet sağlayıcılarla iş birliğine gitmektir.

Bu ilkeler ışığında İngiltere’de, vatandaş sözleşmeleri, vatandaş odaklı hale gelmeye başlanmış ve giderek yaygınlaşmıştır. Bu değişim, sadece İngiltere’yle de sınırlı kalmamış, diğer ülkeleri de etkilemiştir. Giderek artan sayıda ülke, bu doğrultuda vatandaş sözleşmeleri hazırlamaya başlamışlardır.

Bütün bunların yanında, bu sözleşmelerin içeriği ve ilkeler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu ilkeleri tümüyle her ülke kabul edip uygulamamaktadır. Bazıları bu ilkelere, yenilerini ilave ederken; bazıları da bu ilkelerden kimilerini dikkate almamıştır. Her ülke yönetsel, kültürel, ekonomik ve siyasi gelenekleri ve yapılarına göre vatandaş sözleşmelerini tasarlamakta ve uygulamaktadır. Örneğin, Fransa ve Birleşik Krallık’ta “yukarıdan aşağı” bir yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemde merkezi bir kamu kurumu, merkezi ve yerel düzeyde uygulanacak olan sözleşmelerin tüm unsurlarını ve standartlarını belirlemekte, tüm kamu kurumları bu standartlara uymak zorunda kalmaktadır. “Aşağıdan yukarı yöntemde” ise merkezi yönetim genel çerçeveyi çizmekte, kamu kurumları sözleşmelerin içeriğini ve ilkelerini vatandaşların beklentilerine göre kendileri belirlemektedirler. ABD, İtalya ve İspanya bu yöntemi uygulayan ülkelerdir (Torres, 2003, s.10-11).

Vatandaş sözleşmeleriyle getirilen bir yenilik de iyi uygulamaları teşvik etmek ve hizmetleri vatandaşlara daha cevap verebilir hale getirmek için geliştirilen ödül sistemi (charter mark) olmuştur. Bu ödül ilk olarak 1992 yılında, İngiltere’de başarılı kamu kurumlarına verilmeye başlanmıştır (Ateş ve Okur, 2009, s.109). Daha sonra ABD, Belçika, Fransa, İtalya ve İspanya gibi diğer OECD ülkeleri de söz konusu ödül sisteminin benzerini geliştirmişlerdir (Coşkun, S., 2010, s.92). Bu sistemde bağımsız şekilde işleyen bir ödüllendirmenin şu ilkeler ışığında yapılabileceği ifade edilmiştir (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.36):

- i. Vatandaşın Bakışı,
- ii. Kurumun Kültürü,
- iii. Bilgi ve Erişim;,
- iv. Sunum

v. Zamanındalık

vi. Kalitedir.

Böylece vatandaş odaklı olduğu belirlenen iyi uygulamalar teşvik edilmektedir. Ayrıca, diğerlerinin de bunu örnek alması sağlanarak, bu uygulamaların yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

Tüm bunların yanında, vatandaş sözleşmeleri bir dizi sıkıntıyı da bünyesinde barındırmaktadır. İlk olarak, vatandaş sözleşmeleri uygulamalarında yaygın bir sorun hem çalışanların hem de kamu hizmetlerinden yararlanan vatandaşların vatandaş sözleşmelerine ilişkin farkındalık düzeyinin düşük olmasıdır (Coşkun, S., 2010, s.99). Diğer bir sorun, özellikle bazı sektörlerde, vatandaşların beklentilerini abartılı şekilde artırdığı endişesidir. Örneğin, İngiltere'deki sağlık sektörü uygulamasında, vatandaş sözleşmeleri hastaların ve hasta yakınlarının beklentilerini fazlaca abartmış ve bunun sonucunda sağlık personeline şiddet uygulamaları artmıştır (Drewry, 2005, s.329-330). Bunun yanında, vatandaş sözleşmeleri, birçok insan için anlaşılması ve uygulanması oldukça karmaşık ve zordur. Bu durum, vatandaşların sözleşmeye olan bakışını olumsuz etkilemektedir (The House of Commons, 2008, s.10).

Öte yandan, vatandaş sözleşmelerindeki hizmet standartlarına uyulmaması durumunda elektrik, su ve demir yolu hizmetleri gibi birkaç istisna dışında, çoğunlukla vatandaş lehine önemli bir yaptırım veya tazminat durumu söz konusu değildir. Bu nedenle, vatandaş sözleşmeleri yönetimce ortaya konulan bir vaat düzeyinde kalmaktadır. Bu bağlamda, kamu hizmetlerinin mümkün olan en geniş kapsamda, tüm vatandaşlara bir hak olarak verilebilmesi için politikaların geliştirilmesi önem arz etmektedir (Coşkun, S., 2010, s.94 ve 100). Vatandaş sözleşmelerinin de geliştirilen bu politikalar doğrultusunda hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Tüm bunlar göstermektedir ki vatandaş sözleşmeleri hem içerik olarak hem de uygulama açısından geliştirilmeli, bahsedilen sıkıntılar giderilmelidir. Bu kapsamda, öncelikle vatandaş sözleşmesi programlarının her aşamasında mutlak olarak, vatandaşların beklenti ve ihtiyaçlarının dikkate alınması, katılımının artırılması yerinde olacaktır. Bu gerçekleştirildiği takdirde sözleşmeler hem devlet hem de vatandaşlar için

önemli yararlar sağlayacaktır. Bu bağlamda vatandaş sözleşmelerin sağlayacağı yararlar şöyle sıralanabilir (Post ve Agarwal, s.2):

- i. Herkesin kolayca anlayabileceği hizmet sunum standartları oluşturarak hesap verebilirliği sağlar.
- ii. Hizmet sunum standartlarına uyulacağına dair sağlanan kamusal taahhülle kurumların etkinliği ve performansı artırır.
- iii. Hem içeride hem dışarıdaki aktörler için hizmetlerin performansını daha tarafsız olarak izleyebileceği bir yol sunar.
- iv. Hizmet sunumunda daha profesyonel ve vatandaşa daha çok cevap verebilir bir ortam sağlar.
- v. Kamuda görülen etik dışı uygulamaları azaltır.
- vi. Şeffaflığı arttırarak ve vatandaşların hakları konusunda daha farkında olmalarını sağlayarak, yolsuzluğu ve rüşveti azaltır.
- vii. Vatandaşların hizmetler için ödediği paraların çalışanların cebine değil, devletin kasasına girmesini sağlayarak, kamu gelirlerini artırır.

Bunların yanında, vatandaşlar adına hizmetlerin kalitesi ve standartlarını güvence altına alarak (Tindigarukayo, 2007, s.18) vatandaşlarla devlet arasında güven oluşturma yönünde de yarar sağlayan vatandaş sözleşmeleri iyi yönetim açısından da oldukça önemlidir. Yolsuzlukların azalması ve hizmetlerin niteliğinin iyileştirilmesine olanak sağlayarak, iyi yönetimin hem arzı hem de talebini güçlendirirler (Post ve Agarwal, s.1). Bunun yanında, vatandaş sözleşmelerinin içerdiği şeffaflık, hesap verebilirlik ve cevap verebilirlik gibi ilkeler de iyi yönetim için bir araç olarak kabul edilmesini sağlamaktadır.

Farklı yönetim kültür ve yapılarına sahip pek çok ülkede uygulama alanı bulmuş olan Türkiye’de de hizmetlerin daha şeffaf, erişilebilir ve kaliteli sunumunu mümkün kılan, kamuda bürokratik masrafların, keyfiliklerin ve yolsuzlukların asgariye indirilmesini sağlayan, hizmetleri zamanlı, standardı herkes tarafından bilinen, yanlış yapıldığında yaptırımı belirli hale getiren, topluma açıkça deklare edilmiş vatandaş

sözleşmeleri uygulaması tarzında bir yapının oluşturulması gerekmektedir. Bu sözleşmelerin varlığı yönetime olan güveninin artırılabilmesi, demokrasinin güçlendirilmesi ve vatandaş odaklı bir hizmet anlayışının yerleşmesi açısından ayrı bir önem taşımaktadır (Ateş ve Okur, 2009, s.121). Nitekim, hem merkezi hem de yerel düzeyde benzeri uygulamaların gerçekleştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

3.6.5. Vatandaş Odaklı Bütçeleme ve Vatandaş İçin Bütçe

Geleneksel yaklaşımda bütçe süreçlerinde vatandaşların yeterince etkin rolleri yoktur. Katılım yetersiz ve etkisizdir. Bütçenin yönetimi hiyerarşik bir yapıdadır. Bütçe tekliflerinin oluşturulması, bunların seçimi, uygulanması, değerlendirilmesi ve kontrolüne vatandaşlar dahil edilmemektedir. Fakat, son yıllarda yapılan kamu sektör reformları ve bu reformların uzantısı olan vatandaş odaklı yaklaşımın öne çıkmasıyla beraber bu durum değişmeye, vatandaşlar özellikle bütçe tasarılarının oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına dahil edilmeye başlanmıştır. İşte, vatandaş odaklı bütçeleme anlayışı da bu gelişmelerin sonucunda ortaya çıkmış bir bütçeleme tekniğidir.

Vatandaş odaklı bütçeleme, bütçelemenin onaylanma, uygulanma, değerlendirme ve denetlenme süreçlerine vatandaş ya doğrudan ya da resmi temsilcileri aracılığıyla dahil eden bir bütçeleme tekniğidir. Bununla beraber, vatandaş odaklı bütçeleme daha çok performans bütçe üzerine kurulduğundan, *Vatandaş Odaklı Performans Bütçeleme* olarak da isimlendirilmiştir (Shah ve Shen, 2007, s.151). Yerel yönetimlerde daha çok uygulama olanağı bulabilen bu bütçeleme tekniğiyle, yerel yönetimlerin vatandaşlara karşı daha hesap verebilir olmasının sağlanması amaçlanmaktadır. Bununla beraber, yerel yönetimler dışında merkezi yönetim düzeyinde de uygulanabilmektedir. Aslında katılımcı bütçelemeyle performans bütçelemenin birleşiminden doğmuş yeni bir bütçeleme tekniğidir (Andrews ve Shah, 2005b, s.215). Özellikle hesap verebilirliği arttırmayı hedefleyen bu teknikte, vatandaşın görüş ve isteklerini doğrudan ve kolayca iletebilecekleri bir yöntem geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda vatandaşların ihtiyaçlarının daha çok dikkate alınmasını sağlamaktadır. O yüzden, vatandaş odaklı bütçeleme sadece,

vatandaşları süreçlere dahi etmek değil, bütçeleri vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine göre oluşturmaktır.

Vatandaş odaklı bütçeleme, temelde hesap verilebilirliği güçlendirme amacıyla ortaya çıkarılmış olsa da tek amaç bu değildir. Özellikle ihtiyaçlara göre kaynakların tahsis edilememesi ve bu yüzden de kamunun verimsiz işlemesi, vatandaş odaklı bütçeleme ihtiyacını ortaya çıkaran diğer nedendir. Yönetimler ekonomik olarak zora girdiği zaman, diğer bir deyişle kaynaklar kıt olduğunda, harcamaların önceliklendirilmesi konusu daha zor olmaktadır. Bu bağlamda, vatandaşlar, yöneticileri kaynakları önceliklere göre dağıtmadıkları için eleştirmekte ve bunu sağlayacak mekanizmalar yaratmaları gerektiğini vurgulamaktadırlar. Vatandaş odaklı bütçeleme bu ihtiyacı gidermeyi, vatandaşları sürece dahil ederek kaynakların daha etkin dağıtılmasını sağlamayı da hedeflemektedir.

Vatandaş odaklı bütçeleme, bütçe sürecine vatandaşın katılımının sağlanması, bütçe sürecinin daha yumuşak hale gelmesi ve alınan kararların daha çok kabul görmesini sağlarken; vatandaşlara yönetimin performansını değerlendirme, şikayetlerini dile getirme ve mevcut sıkıntıların düzeltilmesi konularında faaliyette bulunma imkanı da vermektedir. Böylece, bütçelerin ihtiyaçlara göre daha etkin ve etkili olması mümkün olmaktadır.

Vatandaş odaklı bütçeleme, hem bütçenin yapısı hem de bütçeleme sürecinde önemli değişiklikleri gerektirmektedir. Bütçeyi ve bütçeleme süreçlerini vatandaş odaklı hale getirmek, yani vatandaşların ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda bütçeleme için etkili kurumsal değişiklikler yapmak gereklidir. Bu da iki şekilde olabilir; ya temsili kurumsal bir yapılanma ya da katılımcılığa olanak veren bir mekanizma oluşturmalıdır.

Hangi mekanizmanın daha avantajlı olduğu tartışılabilir. Bununla birlikte, çok sayıda uzman yönetim içerisinde temsili bir yapılanmanın daha uygun olacağını iddia etmektedir. Yani vatandaş odaklı bütçeleme için en uygun tercihin, temsilcilerden oluşan bir yapılanma kurmak olduğu ifade edilmektedir. Vatandaşlar taleplerini, ihtiyaçlarını ve sıkıntılarını temsilcileri aracılığıyla dile getirebilir. Yöneticiler de bu çerçevede vatandaşların temsilcileriyle bir araya gelmekte, bütçeyi oluşturup yürürlüğe

koyabilir. Bu seçenek uygulamaya konulduğu takdirde bütçe süreçlerinin tamamında vatandaşlar temsili kurumlarda siyasi ve idari yapılar içerisinde çalışabilecektir (Shah ve Shen, 2007, s.168-169). Böylece, vatandaşlar kendilerini temsil eden kişilerin oluşturduğu konsey veya komisyonlar aracılığıyla bütçeleme sürecine dahil olacaktır. Vatandaşların bütçeleme süreçlerine, kendilerini temsil eden resmi komisyon, kurul veya diğer temsilciler aracılığıyla katılması sürecin daha hızlı, fazla sekteye uğramaksızın daha sağlıklı şekilde işlenmesini sağlayacağı öngörülmektedir. Bu temsilciler bütçeyi ve bütçelemeyi vatandaş odaklı olacak şekilde dönüştürmek için gerekli kural ve düzenlemelerin çıkarılmasında da önemli rol oynamaktadırlar. Bunun yanında temsili katılıma dayalı yapılanmanın daha az maliyetli ve daha etkili olduğu da kabul edilmektedir

Tüm bunlardan anlaşılacağı üzere, vatandaş odaklı bütçeleme sayesinde, bütçelemede hesap verebilirliğin sağlanmasında kilit rol oynayan vatandaşlar bütçenin tasarımından, uygulama ve değerlendirmeye kadar her aşamasında temel belirleyici durumundadır. Yönetimlerde bütçe, vatandaşların talepleri, seçtikleri hizmet türleri çerçevesinde oluşturulup uygulamaya konmakta, daha sonra vatandaşlar uygulamaları izlenmekte ve uygulama sonuçlarını değerlendirip kontrol etmektedirler. Bu bağlamda, vatandaş odaklı bütçeleme sürecinin nasıl işlediği Tablo 2.8’de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2.8.

Vatandaş Odaklı Bütçeleme Süreci

<i>Aşama</i>	<i>Özel Kurumsal Gereklilikler</i>	<i>Genel Kurumsal Gereklilikler</i>
Bütçe hedeflerinin belirlenmesi	<i>İfşa etmeyi sağlayan yapılanma:</i> Mevcut kaynaklara ilişkin vatandaş görüş ve isteklerinin dikkate alınması	Temsili kurumlar
Bütçe teklif ve taslaklarının sunulması, üzerinde uzlaşa sağlanan bütçe taslağının son şeklinin verilmesi	<i>İfşa etmeyi sağlayan yapılanma:</i> Hizmetlere ilişkin vatandaş görüş ve taleplerinin dikkate alınması	Bilgi edinme haklarının sağlanması
Siyasi temsilcilerin tasarımı tartışması, gerekirse değişiklik yapması ve onaylayarak kabul etmesi	<i>İfşa etme ve etkilemeyi sağlayan yapılanma:</i> Tartışmalara vatandaşlara ulaşabilmesi ve bütçeye ilişkin, bu tartışma süreçlerinin ve sonucunda ortaya çıkanların şeffaf hale getirilerek, vatandaşın odak noktası olduğu bir bütçenin onaylanması	
Bütçenin uygulanması, yıl içinde değişikliklerin yapılması ve uygulamaların izlenmesi	<i>Raporlamaya imkan veren yapılanma:</i> Projelerin değerlendirme ve denetleme süreçleri ile tepki/karşılık verme süreçlerine vatandaşların katılması	
Bütçenin yılsonunda sona erince değerlendirilmesi ve denetlenmesi	<i>Tepki/Karşılık verme ve düzeltmeyi sağlayan yapılanma:</i> vatandaşların bütçeye dair mekanizmaları değerlendirmesi ve gerekli düzeltmeleri önermesi	

Kaynak: Shah ve Shen, 2007, s.167.

Tablo 2.8’de görüleceği üzere, vatandaş odaklı bütçeleme süreci içerisinde vatandaşlar, bütçenin oluşturulmasından değerlendirme ve denetlenmesine kadar her sürece çeşitli şekillerde dahil olmaktadır. Vatandaşların bu süreçler içerisinde oynadığı roller de şu şekilde sıralanabilir (Andrews ve Shah 2005b, s.194-208):

- i. Öncelikle vatandaşların taleplerini açıklaması gereklidir. Bununla beraber, süreç içerisinde bunu sağlayacak bir yapılanma oluşturulmalıdır. Bu bağlamda gerekli kurallar oluşturulmalı ve düzenlemeler yapılmalıdır. Eğer vatandaş odaklı bütçeleme temsili bir yapılanmaya dayanıyorsa, temsilciler vatandaşların taleplerini iletmeli, bu konuda düzenleme yapılmamışsa da

yapılmasını sağlamalıdır. Ama doğrudan katılımcı bir yapılanma söz konusu ise, çeşitli topluluklar bir araya getirilerek yapılan görüşmeler aracılığıyla, vatandaşlar bütçeleme sürecine dahil olma şansı bulurlar. Bütçe hedeflerinin oluşturulması, bütçe öneri ve taslaklarının oluşturulması, görüşülmesi ve sonuçlandırılması aşamalarında vatandaşlar bütçeleme sürecine bir şekilde (bizzat katılarak ya da temsilcileri aracılığıyla) erişip etkileyebilmektedirler.

- ii. Vatandaşların bu süreçte oynaması gereken bir diğer rol, farklı hizmet alternatiflerini değerlendirip sonuca bağlamaktır. Vatandaşlar kaynakların nasıl dağılacakını belirlemeli, bu konuda son sözü söylemelidir. Aksi takdirde taleplerini dile getirmelerinin bir anlamı yoktur. Bu bağlamda konseylerin özel toplantılar yaparak önerilerini dile getirmesi, doğrudan katılımcı bir yapılanma söz konusuysa da isteyen tüm vatandaşların katılabildiği toplantılar veya referandumlar aracılığıyla tercihlerin açıklanması gerekir. Bütün bu buluşmalar hizmetlerin nasıl dağılacakının belirlenmesinde kilit rol oynar.
- iii. Bütçenin uygulanması sırasında vatandaşlar süreci takip ederek, taleplerin karşılanıp karşılanmadığını raporlamalıdır. Talepler karşılandıysa ne kadar ve nasıl, karşılanmadıysa da neden karşılanmadığı belirtilmelidir. Aksi takdirde bütçenin vatandaş odaklı hale getirilmesi başarısızlığa uğrar. Bu raporlama aşaması çeşitli şekillerde olabilir. Örneğin doğrudan katılımcı bir yapılanma söz konusu ise her vatandaş hizmetlerin kalitesine ilişkin değerlendirmelerini, hazırladıkları rapor kartları aracılığıyla iletebilir. Ama vatandaşın temsilciler aracılığıyla süreci yönettikleri bir yapılanma söz konusuysa o zaman, ombudsmanlık dediğimiz mekanizmalar ortaya çıkmaktadır. Bunlar, vatandaşlar adına gerekli takip ve değerlendirmeleri yaparak rapor hazırlarlar. Bu tür mekanizmaların daha etkili olduğu iddia edilmektedir.
- iv. Son olarak, vatandaşlar bütçe uygulandıktan sonra performansını değerlendirmeli, ölçmeli, düşük performans ve çıktı düzeyi söz konusuysa bunun nedenlerini araştırmalı, erişimde aksaklık, hizmet kalitesinde azalma

gibi sorunların düzeltilmesi için girişimde bulunmalıdır. Ayrıca, her süreçte vatandaşın istek ve görüşlerinin ne kadar dikkate alındığı, hesap verebilirliğin sağlanıp sağlanmadığı konuları da gözden geçirilmelidir. Vatandaşların sesini duyurabilmesi ve gücünü arttırabilmesi, yönetimin performansını değerlendirip sıkıntılarını ortaya koyabilmesi ve bunları düzeltebilmesine bağlıdır. Bu bağlamda, vatandaş odaklı bütçelemeye beraber performans raporları hazırlanmalı, bu raporlar kamuya açık olmalı ve isteyen istediği zaman gerek kurum veya kütüphaneden gerekse internetten erişebilmelidir (Shah ve Shen, 2007, s.168).

Özetle, vatandaş odaklı bütçelemeye vatandaşlar, doğrudan veya dolaylı şekilde bütçeyi kendi talepleri ve beklentileri doğrultusunda oluşturur, uygulamaya sokar, uygulamayı sürekli izleyerek raporlar ve uygulama sonuçlarını değerlendirerek görüşlerini açıklar ve eleştirilerini sunarlar. Bütün bunlar ışığında da denebilir ki; vatandaş odaklı bütçeleme, vatandaş odaklı yönetişimin başlangıç noktasıdır. Vatandaş odaklı bütçelemeye daha sorumlu, çözüm üreten ve hesapveren bir yönetişim oluşturulabilecektir. Kamu sektör reformlarının öne çıkardığı unsurlardan biri olan iyi yönetişim için, bütçelemede vatandaş odaklılığı sağlamak bir gerekliliktir.

Vatandaş odaklı bir bütçelemeyi şekillendiren bazı temel ilkeler ortaya konulabilir. Bu ilkeler vatandaş odaklı bütçelemenin genel çerçevesini ortaya koyar. Bu temel ilkeler şöyle sıralanabilir (Andrews ve Shah 2005b, s.213-215):

- i. *İlgililik*: Bütçenin yapısı, vatandaşların soracağı temel soruları cevaplandırabilecek nitelikte olmalıdır. Yönetim, ne kadar, nasıl, ne zaman ve nereye para harcadığı, hizmetlerin kaç mal olduğu ve kalitesinin ne durumda olduğu gibi vatandaşın merak ettiği soruları cevaplandırmalı, bu konular hakkında bilgi veren raporlar hazırlamalıdır.
- ii. *Anlaşılabilirlik*: Bütçeye açıp bakan bir vatandaş kolayca neyin neyi ifade ettiğini anlayabilmeli, amaçlarla performansı karşılaştırabilmelidir. Gerekirse daha açıklayıcı olması için, amaç ve performans karşılaştırmasını ayrıntılı gösteren raporlar hazırlanmalıdır.

- iii. *Sorumluluk*: Vatandaş odaklı bütçelemeyle beraber kamu yöneticilerinin vatandaşlara karşı olan sorumlulukları artar. Artık vatandaşlarla sürekli iletişim içerisinde olmak ve onlara öğrenmek istedikleri her konu hakkında bilgi vermek zorundadırlar. Bütçe şeffaf ve bütçeyi hazırlayan yöneticiler de hesap verebilir olmalıdır.
- iv. *Raporlanabilirlik*: Anlaşılabilirlik ve ilgililik prensiplerine benzeyen raporlanabilirlikte öncelikli olan, bütçenin dilinin sade olması ve bütçe performansının açıkça görülebilmesidir. Bu sayede vatandaşlar maliyetleri, çıktıları, performans kalitesini açıkça görebilecek, bunları kolayca raporlayıp kıyaslayabilecektir.

Vatandaş odaklı bütçeleme, bu sayılan ilkeler çerçevesinde sağlıklı şekilde oluşturulabilir. Vatandaş odaklılığın sadece söylemde kalmaması, gerçek anlamını bulması ancak bu ilkelerin yaşama geçirilmesi, hatta daha da geliştirilmesiyle mümkün olabilir. Bu çerçevede vatandaş odaklılığın bir versiyonu olan “vatandaş için bütçe”den de bahsetmek yerinde olacaktır.

Vatandaş odaklı bütçelemenin bir uzantısı da vatandaş için bütçedir. İlk kez Salamon (1976) tarafından gündeme getirilen vatandaş için bütçe kavramı, ortaya atılışından yaklaşık otuz yıl sonra uygulama imkanı bulabilmiştir. Salamon, vatandaş için bütçenin nasıl hazırlanması gerektiği, taşınması gereken nitelikleri ve nasıl uygulanacağını detaylandırmamıştır (Salamon, 1976, s.693-696). Bununla birlikte, günümüzde, ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde uygulama şansı bulan vatandaş için bütçelerin (citizen budget) de temelini oluşturmuştur.

Uluslararası Bütçe Ortaklığı'nın yapmış olduğu tanımlamaya göre; vatandaş için bütçe, kamu bütçesinin daha basit, teknik olmayan gösterimidir. Vatandaş için bütçe, vatandaşların kamunun planlarının ne olduğu ve finansal kaynakların nasıl dağıtıldığını anlamalarını sağlamak için geliştirilmiştir. Diğer bir ifadeyle, mali saydamlığı sağlamak adına bütçenin (merkezi ya da yerel), basitleştirilmiş bir versiyonu olduğu söylenebilir. Bu versiyonda okuyucuya/yararlanıcıya kamunun finansal kaynakları, gelirleri, giderleri ve ilgili diğer konular hakkında bilgi verilir. Bu basit ve

vatandaşa yardımcı nitelikteki rehber, kamu kaynaklarının nereye ve nasıl harcandığını, kamunun ihtiyaç ve beklentilerini ne kadar karşılandığını göstermektedir (Ministry Of Public Finances, 2011, s.1).

Vatandaş odaklı bütçelemenin bir türevi olan vatandaş için bütçe ile -özellikle yerel düzeyde- vatandaşlar, bütçe konusunda kolay bir şekilde bilgi sahibi olurlar. Bütçenin sonuçları hakkında güven hisleri artar. Bütçe sadece uzmanların anlayabildiği teknik bir metin olmaktan çıkıp, vatandaşlar için kullanışlı bir araç haline gelir. Bu bağlamda, vatandaş için bütçe, vatandaş odaklı bütçelemeyi tamamlayıcı bir unsur olarak kabul edilmelidir.

3.6.6. Tek Pencere ve Tek Durak Uygulamaları

Tüm dünyada devletlerin vatandaş odaklı kamusal hizmet sunmak için kullandığı araçlardan bir diğeri, “tek pencere (single window)” sistemidir. “Bütünleştirilmiş hizmet sunumu”, “tek durak merkez” gibi isimlerle de (National Performance Review, 1997, s.3) ifade edilen bu yöntem vatandaşların bilgiye ve hizmetlere erişimini daha hızlı ve etkin hale getirmek için tüm kamusal hizmetleri bir araya getiren bir araçtır (Bent, Kernaghan ve Marson, 1999, s.2). Farklı kamu kurumlarının sunduğu hizmetlere tek bir noktadan erişilebilmesiyle, vatandaşlar artık her tür kamusal hizmete en kısa sürede ve en etkin şekilde ulaşabileceklerdir.

Tek Pencere sisteminin ilk örneklerinden biri 1980’lerden itibaren *Tek Pencere*li Çok Kanallı Yönetim adı altında Almanya’da ortaya çıkmıştır. İnternet erişimi kolaylığını sağladığı için bu ismi almıştır (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.30). Daha sonra, hem gelişmiş hem gelişmekte olan birçok ülke merkezi ve yerel düzeyde, tüm hizmetlerini bahsedilen şekilde entegre etmeye çalışmakta; böylece daha etkin ve etkili sunabilme fırsatına sahip olmaktadır. Tek pencere sistemi sayesinde artık, birçok ülkede giderek daha çok vatandaş internet, telefon veya doğrudan kamu görevlileriyle görüşerek, yani bu kanallardan istediği birini tercih ederek kamusal bilgilere ve hizmetlere tek bir noktadan erişmeye başlamaktadır. Tek pencere sisteminin tamamlayıcısı olan hizmet sunum kanallarının entegrasyonu “yanlış kapı yok (no wrong door)” olarak da isimlendirilmektedir. Bu bağlamda,

vatandaşlar ihtiyaç duydukları hizmeti hangi kurumun, hangi birimin sunduğunu öğrenmesine gerek kalmadan, tek bir noktadan (bu hizmetlerin tamamını sunan bir ofis veya internet sitesi) ve istediği kanaldan (telefon, internet vb.) kolayca ulaşabilmektedir. Tüm hizmet kanalları birlikte çalışacak şekilde entegre edilmekte ve koordinasyon sağlanmaktadır (The World Bank Institute Leadership Development Program and The Institute of Public Administration of Canada, 2007, s.5). Böylece hizmetlerde profesyonelleşme ve hizmetleri belirli bir standartta sunma sağlanırken (Duggan ve Moon, 2008, s.6), hizmetlerde sürekliliği, kaliteyi ve alternatifleri de arttırmaktadır. Vatandaş ve işletmelerin kamusal hizmetlere tek kapıdan ve farklı platformlardan ulaşması mümkün hale getirilmektedir (DPT, 2006, s.33).

Bilgi teknolojilerine ilişkin stratejilerin gelişmesiyle, özellikle e-devlet uygulamalarında, tek durak (tek pencere) şeklinde, kesintisiz hizmet verilmesine doğru bir yönelim olmaktadır. Elektronik kamu hizmetleri, yerel, bölgesel, ulusal tüm kamu yönetim birimlerinin tek bir noktaya yönlendirildiği genel bir kamu ağ omurgası üzerinden birbirine bağlandığı, bütünsel ve kesintisiz bir biçimde hizmet sunabilen, tek-duraklı bir yapıya dönüşmektedir. Vatandaşlar ya da kuruluşlar “portal” (tüm hizmetlerin sağlandığı kapsamlı bir internet sitesi) olarak adlandırılan tek bir adresten istedikleri tüm hizmetlere ulaşabilmektedirler (Uçkan, 2003, s.49). Elektronik hizmetlere erişimi kolaylaştıracak yeni bir yapıya ihtiyaçtan doğan bu sistem, tek pencerede/tek durakta e-devlet projeleri çerçevesinde şu an dünyada giderek daha fazla ülkede uygulamaya sokulmaktadır. Birçok ülke, tek pencerede e-devletle devlet hizmetlerinin elektronik ortamda entegre bir şekilde, tek bir nokta üzerinden vatandaşa sunumu için yeniden yapılandırmakta, bu bağlamda e-devlet uygulamaları tek bir çatı altında bir araya getirilmektedir.

Bu uygulamayla, vatandaş ihtiyaçları gözetilerek, bu ihtiyaçların hızlı, kesintisiz, güvenilir, çevrim içi, birden fazla iletişim kanalından erişilebilir nitelikte olan, değişik hizmetlerin ve birimlerin entegrasyon sağlanmış bir şekilde işlenmesi için oluşturulan, gücünü bilgi teknolojilerinden alan bir yapı oluşturulmaktadır. Bir “e- kimlik doğrulama” sayesinde, tüm devlet hizmetlerine bir noktadan, zaman ve mekandan bağımsız bir şekilde, 7 gün 24 saat kesintisiz olarak erişilebilmektedir. Tek

bir kullanıcı adı ve şifreyle vatandaş, devlet ile ilişkilerini tek bir nokta üzerinden kolaylıkla gerçekleştirebilmektedir (Tutkun, 2007, s.61).

OECD ülkelerinin çoğunda bütünsel ve tek durak portal sistemiyle kamu hizmetlerinin verilmesi konusunda ciddi aşamalar kaydedilmiştir. Bu ülkelerde sağlık, eğitim, oylama, ihale, ulaşım, güvenlik ve vergileme alanlarında e-devlet uygulamalarına geçilmiş ve bunlar giderek daha entegre hale gelerek e-devlet kapısı üzerinden sunulmaya başlamıştır. Kamu hizmetlerine tek bir ekrandan, tek durak erişim uygulamasına geçen ülkeler arasında ABD, Singapur, Kore, Almanya, İngiltere, Hindistan ve Malezya sayılabilir (UN, 2012, s.60-62). Malezya www.malaysia.gov.my adresi üzerinden tek duraklı kamu hizmeti verirken, ABD, “usa.gov”, İngiltere, www.direct.gov.uk ve Hindistan <http://india.gov.in> (Government of India Second Administrative Reforms Commission, February 2009, s.30-31) adresleri üzerinden tek pencerede elektronik hizmet sunumu vermektedir

Türkiye’de de Türk Telekom’un E-Devlet Kapısı projesiyle de vatandaşlara bilgilendirme hizmetleri, entegre elektronik hizmetler, ödeme işlemleri, kurum ve kuruluşlara kısa yollar, güncel bilgiler ve duyurular, kurumlardan vatandaşlara mesajlar ve kamu kurumları arasında bilgi ve belge paylaşımı sağlanmaktadır (www.turkiye.gov.tr). Türkiye’de vatandaşların tek noktadan hizmete erişiminin sağlanacağı ve kurumlar arası veri paylaşımının, iletişim alt yapısının kurulacağı bu “E-Devlet Kapısı projesi” 2005 yılında başlatılmış ve geliştirilerek kullanılmaya devam etmektedir.

Bununla beraber, tek pencere sisteminin tam karşılığı e-devlet değildir. O yüzden ikisi birbirine karıştırılmamalıdır. E-devlet kapısı uygulaması tek pencere sisteminin hayata geçirilebilmesini sağlayan araçlardan sadece biridir. Bunun dışında birçok hizmete cevap verebilen çağrı merkezlerinin, bilgi ofislerinin veya bu hizmetleri bir arada sunabilen birimlerin oluşturulması da tek pencere sistemi uygulaması kapsamında yer almaktadır. O yüzden e-devlet kapısı tarzında uygulamaların dışında bahsedilen yöntemlerle de, kamusal hizmetler sunulmaya ve bilgiye erişim sağlanmaya çalışılmaktadır.

Vatandaşların “kral”, devletlerin de “krala hizmet eden kurumlar” olarak kabul edildiği bir anlayışa dayanan (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.30) tek pencere sistemine geçilmesinin altında birçok neden yatmaktadır. Bent, Kernaghan ve Marson (1999, s.2) bu nedenleri şöyle sıralamışlardır:

- i. *Hizmetlere Erişimi İyileştirmek*: Tek pencere sistemi çağrı merkezleri, internet ve bilgi bürolarıyla hizmetlere ve bilgilere erişimde bir kapı oluşturmaya çalışmaktadır. Böylece vatandaşların devletle iletişime geçerken devlete daha kolay ve hızlı erişebilmesi amaçlanmaktadır.
- ii. *Tek Durak Hizmet Merkezleriyle Hizmette Konforu Arttırmak*: Tek pencere sistemi vatandaşların devlet tarafından sunulan hizmetlere en uygun yerden, tek duraklı olarak sunulmasına olanak sağlamaktadır. Böylece hizmetlere erişimi iyileştirmesinin yanında, hizmette konforu arttırmayı amaçlamaktadır. İlgili ve ilgisiz tüm hizmetler bir araya getirilip bir yerden sunulurken zaman, mekan ve kalite konularında iyileşme sağlanmaya çalışılmaktadır.
- iii. *Yetkisel Bölünmüşlükleri Gidermek*: Tek pencere sistemi tek bir noktadan bütünleşik hizmet sunumu sağlamaya çalışmakta, böylece kurumlar arası yetkisel bölünmüşlükleri bertaraf etmeyi amaçlamaktadır.

Tek pencere sistemini gerçekleştirmedeki amaçlar, sadece bunlarla sınırlı değildir. Hizmetlerdeki kurumlar arası çakışmaları ortadan kaldırmak, bürokratik yükleri azaltmak, maliyetleri kırmak ve vatandaşların isteklerine maksimum düzeyde cevap vermeye çalışarak vatandaş odaklı hizmet sunumunu gerçekleştirmek de amaçlanmaktadır.

Tüm bunların yanında, tek pencere sisteminin uygulanabilmesinin önünde bazı engeller mevcuttur. Tek pencere sisteminin oluşturulması ve sürdürülmesi, özellikle birimler ve yönetimler arasında hizmet entegrasyonunun sağlanması oldukça güçtür. Bu durum tek pencere sisteminin oluşturulmasında temel bir problem olmakla birlikte, problemler sadece bununla sınırlı değildir. Tek pencere sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasını önleyen bir dizi engel şöyle sıralanabilir (The World Bank Institute

Leadership Development Program and The Institute of Public Administration of Canada (IPAC), 2007, s.14):

- i. Siyasi liderlerin yeterince destek vermemesi gibi *politik engeller*,
- ii. Kamu kurumlarının dikey boyutunun gereksiz biçimde fazlaca öne çıkarılması,
- iii. Tek pencere tarzındaki yatay yönlü projelere verdiği zarar gibi *yapısal engeller*,
- iv. Teknolojik yetersizlikler gibi *operasyonel engeller*,
- v. Ortaklar arasında finansal ve beşeri kaynaklara yönelik politika ve uygulama farklılıkları gibi *yönetimsel engeller*
- vi. Bilgi paylaşımına direnç gibi *kültürel engellerdir*.

Tek pencere sisteminin önündeki söz konusu engeller aşıldığı takdirde önemli yararlar sağlayacaktır. Öncelikle, kurulan bilgi kanallarıyla kamusal bilgiye ve hizmetlere erişimi iyileştirir. Hizmetlerde konforu, rahat erişimi ve kaliteyi güçlendirir. Bunun yanında, vatandaşların beklenti ve ihtiyaçlarını tatmin etmeye yönelik önemli bir çaba olduğundan, devletin insanların gözündeki imajını iyileştirir. Öte yandan, devletle vatandaş arasındaki iletişimi daha etkin, etkili ve hızlı hale getirerek her iki taraf için önemli maliyet kazanımları sağlar (Kubicek ve Hagen, 2000, s.4). Ayrıca vatandaşların ihtiyaç ve taleplerine göre tasarlanmış bir sistem oluşturulduğundan dolayı, vatandaş memnuniyetini arttırarak toplumsal huzura katkıda bulunur ve vatandaş katılımını teşvik ederek demokrasiyi güçlendirir. Böylece, vatandaş odaklı anlayışın yerleştirilmesi adına da önemli bir eksiklik giderilir.

Ancak, bu aşamaya geçilmesi için, gerekli altyapısal (tek omurga ve entegre ağlar vb..) yatırımların ve yasal ilke ve normlara uygun olarak geliştirilecek bir hukuksal altyapının yanında, vatandaş/kullanıcı eğitimi ve kamunun zihniyet dönüşümü gibi son derece kapsamlı dönüşümlerin sağlanması gerekmektedir (Uğur ve Çütücü, 2009, s.4). Bu önkoşullar gerçekleştirildiği ve hem merkezi hem de yerel düzeyde verilen birçok kamusal hizmet entegre hale getirildiği takdirde, artık vatandaş her nerde

olursa olsun telefonuyla çağrı merkezlerine ulaşarak, tek pencerede verilen e-devlet aracılığıyla veya bu konuda yardımcı olacak ofislere giderek kamusal hizmetlere ve bilgilere ulaşabilir. Zamanın, mekanın ve hizmetin ne olduğunun önemi yoktur. Önemli olan çağrı merkezinin numarasını, ilgili internet adresini veya yardımcı olacak ofisin yerini bilmektir. Bunlardan biri aracılığıyla vatandaş istediği bilgiyi veya hizmeti talep edebilir hale gelmektedir.

3.6.7. Ombudsmanlık (Kamu Denetçiliği Kurumu)

Günümüz devletlerinin rollerinin değişmesi, vatandaşların talep eden, sorgulayan ve daha aktif yapıya bürünmeleri; bununla birlikte devletin yargısal denetim sürecinin halihazırda ağır işleme ve aşırı bürokratik oluşu gibi nedenlerle başka denetim yolları aranmaya başlanmıştır. Ombudsmanlık kurumu bunların sonucu olarak birçok ülkede uygulama alanı bulmuştur. İlk defa 19. yüzyılın başında İsveç'te anayasa ile yürürlüğe konulmuştur. Daha sonra, başta İskandinav ülkeleri olmak üzere, pek çok ülkede ulus, bölge, şehir ve belediye düzeyinde, ayrıca özel sektörde ve üniversitelerde uygulanmaya başlamıştır (DPT, 2007, s.11).

II. Dünya Savaşı'ndan sonra yaygınlaşan ve günümüzde başta AB olmak üzere, yüzün üzerinde ülkede uygulanan ombudsmanlık, Kanada'da "Yurttaş Koruyucusu", Avusturya'da "Halk Avukatı", Polonya'da "Yurttaş Hakları Savunucusu", İsrail'de "Devlet Denetçisi", İtalya'da "Sivil Haklar Savunucusu", Tanzanya'da "Sürekli Araştırma Komisyonu", Portekiz'de "Adaletin Muhafızı", İspanya ve Arjantin'de "Halkın Savunucusu", Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde "Yüksek Yönetim Denetçisi" gibi farklı isimlerle de anılmaktadır (Eroğlu, 2004, s.556). Bununla beraber, bu ülkelerin çoğunda tek kişilik bir kurum iken, bir kısmında da (İsveç, Finlandiya gibi) heyet halindedir (Tortop, 1998, s.8). Kurumun her uygulaması bulunduğu yerin gereksinimlerine ve özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

İşte adlandırma ve uygulamadaki bu farklılıklara bağlı olarak ombudsmanın tam bir tanımını yapabilmek için öncelikle kurumun tüm ülkeler için geçerli olan ortak özelliklerine bakmak gerekir. Ombudsmanlığın ortak özellikleri şöyle sıralanabilir:

- i. *Yürütme Organı Karşısında Bağımsızlık*: Ombudsmanın bağımsız olması statüsünün en önemli unsurunu oluşturmaktadır. Ombudsman, hükümetten bağımsız bir arabulucu kurumdur. Bağımsızlık, yürütme organına olduğu kadar kendisini atayan parlamento veya diğer organlara karşı da geçerlidir. Devletin anayasal ve yasal organlarına karşı bağımsız olabilmeleri ombudsmanlara, politik ve idari sonuçlarından korkmadan, gerçekleri ortaya koyma serbestliği sağlamaktadır (Kestane, 2006, s.133-134).
- ii. *Vatandaşlar Tarafından Başvurma*: Ombudsmana vatandaşlar şikayetlerini dilekçeyle, mektupla, e-maile veya telefonla yapabilirler. Şikayet sözlü veya yazılı olabilir. Ombudsman da gelen bu şikayetler üzerine hareket geçerek konuyu aydınlatmaya çalışır. Bunun yanında, ombudsman kendiliğinden de harekete geçebilir. Basında yer alan haberler, bir şekilde elde edilen duyular veya kamu kuruluşlarını denetleme yetkisi çerçevesinde yaptığı gözlemler ombudsmanın kendiliğinden harekete geçmesini sağlayan nedenlerdir (Eren, H., 2000, s.87).
- iii. *Eşit ve Adil Değerlendirme*: Ombudsmana yapılan şikayetler, karşılaşılan haksızlıkla ve idarenin işleyişindeki sorunlarla alakalıdır. Ombudsman, adalet ve eşitlik ilkelerini göz önüne alarak gelen her şikayeti inceler ve hukuki çerçevede değerlendirir. Anayasa, uluslararası anlaşmalara ve yasalara uyulup uyulmadığını inceler. İncelemelerinin sonucunda emretme yetkisi yoktur. İkna etmeye, inandırmaya çalışır. Genel tavsiyelerde bulunarak rapor hazırlar (Tortop, 1998, s.7).
- iv. *Yaptırım Yetkisinin Bulunmaması*: Ombudsmanlar, sahip oldukları çok geniş sorgulama ve araştırma yetkilerine rağmen kamusal eleştiri ve ikna dışında yetkileri mevcut değildir (Avşar, 1998, s.67). Ombudsman, idari işlemleri iptal edemez, idareyi tazminat ödemeye mahkum edemez ve idareye herhangi bir konuda emir veremez (Kestane, 2006, s.134). Ombudsman bir hakim değildir, yargılama yapamaz. Ombudsmanı etkili kılan unsur yönetimin eksik ve yanlışlarını Parlamento'ya sunmak ve sonuçları kamuoyuna bildirerek halkın denetimini sağlamaktır. Böylece

kötü yönetime karşı bir kamuoyu oluşmakta, halk bilinçlenmekte ve yönetim yaptığı hataları tekrarlamaktan kaçınmaktadır (DPT, 2007, s.13).

İşte, ombudsmanı, bu ortak özelliklerini dikkate alarak, genellikle parlamento tarafından seçilen, idareye karşı bağımsız olan, idarenin çeşitli işlem ve eylemlerinden zarar gören bireylerin hiçbir şekilde bağlı olmaksızın yapmış olduğu şikâyetler üzerine veya kendiliğinden harekete geçerek inceleme ve soruşturma yapan, yönetenlerin takdir yetkisinin kötüye kullanılmasını engellemek ve mevzuata uygun hareket etmelerini sağlamak için çalışan, aldığı kararların yaptırım gücü olmayıp sadece tavsiye niteliği taşıyan (Kılavuz, Yılmaz ve İzci, 2003, s.54), çalışmalarını kamuoyuna ve bir raporla her yıl parlamentoya sunan kamu görevlisi, şeklinde ana hatlarıyla tanımlamak mümkündür.

Uluslararası Barolar Birliği'nin tanımı ise şöyledir: “Anayasa ya da yasa tarafından kurulan, mağdur olan vatandaşların idareye ve kamu görevlilerine ilişkin şikayetleri üzerine ya da kendiliğinden harekete geçip araştırma yapma, düzeltici tavsiyelerde bulunma ve rapor yayınlama yetkilerine sahip olan, parlamentoya karşı sorumlu, yüksek düzeyde, bağımsız bir kamu görevlisi tarafından yönetilen bir bürodür” (Holm, 1995, s.13).

Yapılan bu tanımlamalar da göstermektedir ki; ombudsman, çoğunlukla parlamento tarafından seçilir ve görevini yerine getirirken tam bir özgürlük ve otonomi içinde hareket eder. Faaliyetlerini yürütürken parlamento ombudsmana bir şikayeti nasıl ele alacağı hakkında talimat veremez veya onun kararlarını etkileyemez. Bireylerden gelen şikayetleri ele alır, genişçe inceleyip araştırır, ortaya çıkan haksızlıkları ve problemleri tespit eder, bu konuda idareye yaptırım olmayan nitelikte bulunmayan tavsiyelerde bulunur, daha sonra kamuoyunun bilgisine sunarak adaletin sağlanmasına ve kamu hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmuş olur.

Ombudsmanın kararlarının güvenilir ve adil olması için hukuki konulara tamamen hakim olması ve siyasi tarafsızlığını her koşulda koruması gerekir. Bu yüzden ombudsmanlar, kariyer endişesi taşımayan, dürüst, olgun ve hukuka tam anlamıyla hakim kişiler olmalıdır (Mutta, 2005, s.15). Vatandaş odaklı bir hizmet anlayışının

uygulanabilmesi için ombudsmanlık kurumu ve ombudsmanlık kurumunu temsil edenlerin böyle niteliklere sahip olması önemlidir. Çünkü bürokrasiler açısından ombudsman, yapılan işlemler üzerinde, işlemlerin yapılması sırasında saptanmamış yanlışlıkların sonradan tespitini ve düzeltilmesini sağlayan ek bir yanıştan arınma denetimiyken; halk açısından adaletin yerine getirildiği, bürokratik kuruluşlarca hizmetlerinden yararlanan kişilere iyi, zamanında ve haklarına saygılı bir şekilde hizmet götürülmesi güvencesini veren bir araçtır (Pickl, 1986, s.37). Ombudsmanlık kurumu bu nitelikleri taşımadığı takdirde, kamu sektörünü değiştirme yönünde yapılan çalışmalar bir yönüyle aksak demektir ki; bu da, vatandaş odaklı anlayışı yerleştirmek adına önemli bir kayıp anlamına gelir.

Daha katılımcı bir toplum oluşturmak için idareyle vatandaşları barışık kılmak gerekir. Ombudsman gibi bir kurumun buna hizmet edeceği açıktır. Zaten diğer denetim mekanizmaları sınırlı, geç, etkisiz ve yetersizdir. Bu yüzden, vatandaşın şikayetleriyle ilgili sorunları çözecek, yönetimin işleyişini bilen tecrübeli bir arabulucuya ihtiyaç vardır. Prensip itibarıyla parlamentoya atanan, ancak hükümete ve parlamentoya karşı bağımsız olan, idarenin eylem ve işlemlerinden zarar gören kişilerin haklarını korumaya çalışan ombudsman, bu açığı giderebilecek en uygun mekanizmadır (Erkal, 2011, s.61). Ayrıca, ombudsman, kamunun iyileştirilmesine, kamu yönetimi-birey ilişkilerinin güçlendirilmesine, demokrasinin gelişmesine, insan haklarının korunmasına (Bahadır, 2010, s.382) ve yolsuzlukla mücadeleye önemli katkılarda bulunacaktır.

Bugün uluslararası düzeyde, devlet düzeyinde ve yerel yönetimler düzeyinde görev yapan ombudsmanların yanında, ihtisas ombudsmanlarına (askeri, tüketici, çocuk, sinema, basın ombudsmanları gibi), ticari ombudsmanlara (banka, sigorta, taşımacılık ombudsmanları gibi) ve buldukları yerlere göre (aile, üniversite) ombudsmanlara rastlanılmaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan pek çok ülkede ombudsmanlık kurumu farklı düzeylerde ve farklı şekillerde hayata geçirilmeye başlanmıştır. Çünkü kamusal hizmetlerde yaşanan değişim rüzgarı bu hizmetlerin denetimini de etkilemiş, ombudsmanlık da denetim alanında yaşanan bu değişimin unsurlarından birisi olmuştur.

Türkiye'ye bakacak olursak da Türkiye'de 7'nci ve 8'nci Beş Yıllık Kalkınma Planları ile 55'nci ve 59'ncü Hükümetler döneminde ombudsmanlık konusunda çalışmalar yapılmış ve 2006 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından ilk kez *Kamu Denetçiliği Kurumu Yasası* çıkarılmıştır (Fendoğlu, 2010, s.4). Fakat Anayasa Mahkemesi söz konusu Kanunun yürürlüğünü önce durdurmuş, 25.12.2008 günlü ve E. 2006/140, K. 2008/15 sayılı kararı ile de, yasanın tümünü oybirliği ile iptal etmiştir. Daha sonra, 12 Eylül 2010 tarihinde yapılan halk oylaması ile halkın % 58'i tarafından kabul edilen 26 maddelik Anayasa değişikliği sonucunda Kamu Denetçiliği Kurumu (ombudsmanlık) anayasal bir dayanağa kavuşmuş ve onun kurulmasının önünde var olan engel ortadan kalkmıştır. Anayasal engelin ortadan kalkması sonucunda ise 5548 sayılı Kanun hükümleriyle aynı hükümleri taşıyan yeni bir Kamu Denetçiliği Kurumu Kanun Tasarısı hazırlanmış ve Meclise sunulmuştur. 29.06.2012 tarihinde yasalaşan 6328 sayılı bu kanun sonucu Türkiye'de ilk kamu denetçilerinin seçilmesi olanaklı hale gelmiştir. Bu bağlamda, 27.04.2012 tarihinde TBMM Genel Kurulu, Türkiye'nin ilk kamu baş denetçisini seçmiştir. Daha sonra ise, TBMM Dilekçe ve İnsan Haklarını İnceleme Komisyonlarından oluşan Karma Komisyon tarafından, baş denetçiyle beraber çalışacak beş kamu denetçisi de seçilmiştir. Bu kurum 29.03.2013 tarihi itibarıyla de başvuruları almaya başlamıştır (T.C. Kamu Denetçiliği Kurumu, www.kamudenetciligi.gov.tr). Ama hala bazı şikayet ve sorunlar devam etmektedir. Bununla beraber, Türkiye'de bireylerin hak ve özgürlüklerinin idare karşısında yeterince korunabilmesi için ombudsmanlık kurumunun etkin bir şekilde işleyebilmesi yararlı, hatta zorunludur.

3.7. Dünya'da Vatandaş Odaklı Uygulamalar

Kamusal hizmetlerin tasarımı ve yürütülmesi, son yıllarda birçok ülkede büyük ölçüde değişmiştir. Vatandaş, standardı, kaliteyi, memnuniyeti, ekonomiklik ve etkinliği vurgulayan uygulamalar ön plana çıkmıştır. Başta Avustralya, İngiltere ve Kanada olmak üzere pek çok ülke vatandaş odaklı kamu hizmeti olarak adlandırılan yaklaşımı ve gerekliliklerini hayata geçirmeye başlamışlardır. Tüm kamu kurumlarının çağrı merkezleri oluşturması, elektronik hizmet sunumunun başlaması, hizmet sunumuna vatandaşın ve özel sektörün dahil edilmesi (Seddon, 2007), vatandaş bütçe ve

vatandaş sözleşmelerinin hazırlanması bu kapsamdaki uygulamalardır. Artık günümüzde hükümetler bilmektedirler ki, eğer iktidarda kalmak istiyorlarsa kamu hizmetlerini daha fazla vatandaş odaklı hale getirmelilerdir. Çünkü seçimde başarıyı sağlayan temel faktör kamu hizmetlerini tatmin edici şekilde sunmaktır (Raichaudhuri ve Jain, 2007, s.275). Bu bağlamda farklı ülkelerde vatandaş odaklı uygulamalar hayata geçirilmeye başlamıştır. Bu uygulamaların neler olduğuna daha yakından bakmak da yarar vardır.

İlk olarak, vatandaş odaklı hizmetler bakımından önemli girişimlerde bulunmuş olan Kanada'ya bakacak olursak; Kanada'da, kamusal hizmetlerin sunumunu iyileştirmek, kamu kurum ve kuruluşları düzeyinde vatandaş odaklı hizmet sunumunu benimsetmek için 1997 yılında, daha önce bahsetmiş olduğumuz, *Kanada Yönetim Geliştirme Merkezi*'nin kurulmuş olduğunu görmekteyiz (Canadian Centre for Management Development, 1999, s.1). Bu merkez, vatandaşların hizmetlerden memnuniyetleri, neye ihtiyaç duydukları, ne bekledikleri, kamu kuruluşlarının bu ihtiyaç ve beklentilere nasıl cevap verebileceği, hizmetleri vatandaşlarına nasıl daha kolay, etkin, kaliteli ve vatandaş odaklı sunabileceğini tespit etmeye çalışmaktadır. Bunun yanında, vatandaş memnuniyetleri üzerine araştırmalarda bulunmak ve kamu kurum/kuruluşları adına kıyaslama yapma olanağı sağlamak için *Vatandaş Odaklı Hizmet Enstitüsü* olarak bilinen bir sivil toplum örgütü kurulmuştur (Institute for Citizen-Centred Services. <http://www.iccs-isac.org/about/citizen-centred-service/?lang=en>). Bu örgüt de benzer şekilde kamu hizmetlerinde vatandaş odaklılığın nasıl sağlanacağına dair önemli çalışmalar yapmıştır. Bunun dışında, Kanada'da "Kanada Posta Ortaklığı" gibi posta hizmetlerinde, "Prens Edward Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sistemi" gibi sağlık ve sosyal hizmetlerin sağlanmasında da özel sektör ve vatandaşlarla ortaklıklar kurulmuş ve vatandaşlar karar alma veya denetim süreçlerine dahil edilmiştir (Toward Citizen-Centred Service Case Studies, s.271-318). Ayrıca sağlık ve sosyal yardım alanında evde bakım/hemşirelik hizmetleri verilmektedir.

Yine Kanada'da bir diğer vatandaş odaklı hizmet ise 1-800-0 olarak bilinen telefon ve servicecanada.gc.ca internet sitesi üzerinden kamusal hizmetlerin entegre biçimde verilmesidir (Duggan ve Moon, 2008, s.11). *Kanada'ya Hizmet Et* (Service

Canada) projesi çerçevesinde hayata geçirilen bu uygulamalarla, vatandaşların yüz yüze görüşmenin yanında, ister telefonla isterse mail ya da internet sitesi aracılığıyla tek bir noktadan hizmetlere erişebilmeleri amaçlanmıştır. Birçok hükümet programı ve kamu hizmeti bir araya getirilerek vatandaşa entegre, kişilerin ihtiyaçlarına uygun, erişimi rahat, kişiselleştirilmiş hizmet sunulabilmektedir (Flumian, Coe ve Kernaghan, 2007, s.557-558).

Tek durak/pencere sisteminin ilk örneklerinden biri de 1980'lerden itibaren *Tek Pencere*li Çok Kanallı Yönetim adı altında Almanya'da ortaya çıkmıştır. İnternet erişimi kolaylığını sağladığı için bu ismi almıştır. Bu sistemin sağladıkları şöyle sıralanabilir (Government of India Second Administrative Reforms Commission, 2009, s.30):

- i. Geniş bir hizmet sunumu ve bilgi erişimi sağlayan Belediye İnternet Portalı
- ii. Hizmet, bilgi ve başvuru kolaylıkları sağlayan Call Centre'lar
- iii. Nüfus cüzdanı, ehliyet, pasaport ve sabıka kaydı alma gibi çeşitli hizmetlerin sunumunda tek pencere kolaylığı sağlayan Vatandaşa Hizmet Merkezleri (Citizen Service Centres).

Tek pencere sisteminin benzer örnekleri İngiltere ve ABD'de görülmektedir. ABD'de "usa.gov" ve İngiltere'de www.direct.gov.uk aracılığıyla kamuya ilişkin birçok hizmete ve bilgiye web üzerinden tek bir noktadan erişilebilmektedir (Government of India Second Administrative Reforms Commission, February 2009, s.31) Meksika da benzer bir hizmet vermektedir. Fakat farklı olarak www.gob.mx adresi üzerinden kamu hizmetlerine dair bilgiler google benzeri bir sayfadan arama yapılarak ve sesli uygulamalardan yararlanarak elde edilebilmektedir. Bunun yanında, Çin, Kazakistan, Güney Kore, Hindistan, Singapur, İsrail, Danimarka, Malezya ve Türkiye gibi bazı ülkeler de aynı şekilde bir internet sitesi üzerinden, birçok kamusal hizmeti veya bilgiyi entegre biçimde sunmaktadır (UN, 2012, s.21-31). Örneğin, Malezya "yanlış kapı yok" politikasıyla kamu hizmetleri arasında entegrasyonu sağlayarak vatandaşın farklı kanallardan (çağrı merkezi, internet veya yüz yüze) ve tek bir noktadan hızlı, şeffaf ve kolayca erişebilmesini sağlamaktadır (UN, 2012, s.62).

Bununla beraber, çok sayıda ülke bu hizmetleri sadece internet üzerinden sunmakla kalmamakta, ayrıca SMS ve çağrı merkezleri gibi araçları da kullanmaktadır. Özellikle e-devlet konusunda epey ileri düzeyde olan Güney Kore’de devlet yardım programları, çeşitli başvurular, tarımsal konularda çiftçiye bilgi verme, kamu çalışanlarına atanma ve yükselme konularında bilgilendirme (OECD ve International Telecommunication Union, 2011, s. 38-39) gibi farklı alanlarda mobil araçlar aracılığıyla vatandaşlara hizmet sunulmaktadır. Bunun yanında, Fas, Kenya, Estonya ve Ukrayna’da olduğu gibi oy verme ve seçim sonuçlarını izleme; Malezya, Uganda, Hindistan ve Çin’de olduğu gibi çiftçilere hava koşulları ve piyasa fiyatları konularında bilgi verme (OECD ve International Telecommunication Union, 2011, s. 26-27); Kore, Hollanda, Londra, Fransa, ABD ve Danimarka’da (Kushchu ve Kuscı, s.2; OECD ve International Telecommunication Union, 2011, s.30-31) olduğu gibi acil durumlarda anında vatandaşlara bilgi verme; Malezya ve ABD’de olduğu gibi su ve enerji kesintileri hakkında vatandaşlara SMS’le yine bilgi verme; Ruanda ve Uganda da olduğu gibi sınav sonuçları hakkında (OECD ve International Telecommunication Union, 2011, s.31) ve Bangladeş’te üniversiteye giriş sonuçları hakkında öğrencilere SMS’le bilgi verme (Siddhartha ve diğerleri, 2012, s.90); Norveç’te olduğu gibi vergi beyannamesinin doldurulması konusunda uyarı SMS’i gönderme; Avrupa’da birçok şehirde ve ABD’de olduğu gibi otopark hizmeti için ödeme yapma (OECD ve International Telecommunication Union, 2011, s.34); İsveç ve Avustralya’da olduğu gibi iş fırsatları konusunda SMS’le bilgi verme; İsviçre’de olduğu gibi doktor ve hemşirelerin cep bilgisayarlarıyla hasta ve hastalıklarla ilgili bilgilere erişebilmesi ve birbiriyle merkezi kablosuz bir bağlantı üzerinden haberleşebilmesi; ABD’de yangınla mücadelede itfaiyecilerin mobil araçlarıyla iletişim içerisinde ve yangınla ilgili her türlü bilgiye anında ulaşabilmesi (Kushchu ve Kuscı, s.3-4) mobil araçlar aracılığıyla ve m-devlet uygulaması kapsamında farklı ülkelerde verilen hizmetlerdir.

Kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımı hayata geçirmeye yönelik hareketlerden biri de İngiltere’deki Vatandaş Sözleşmesi’dir. Bu hareketle hizmetlere yönelik minimum standartlar konmuş ve bazı durumlarda bu standartlara ulaşılmadığı takdirde tazmin/telafi etme yükümlülüğü getirilmiştir. Benzer hareketler, Avustralya, Yeni Zelanda, Fransa ve Belçika’da da görülmüştür (Denhardt ve Denhardt, 2007, s.59).

Ayrıca, ABD, Kanada, Singapur, Hindistan, Güney Kore, Hong Kong, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Jamaika gibi ülkelerde ve bu ülkelerin yerel yönetimlerinde kamu hizmetlerinin kalitelerinin artırılması programları kapsamında kullanılmaya başlamıştır (Coşkun, S., 2010, s.91).

Vatandaş İçin Bütçeler, daha önce bahsettiğimiz gibi, vatandaş odaklı kamu hizmetini mümkün kılan araçlardandır. Yaygın bir şekilde Kanada'da eyaletler bazında kullanılsa da ABD, Rusya ve bazı AB ülkelerinde yerel veya merkezi düzeyde örneklerine rastlamak mümkündür. Vatandaşların bütçeyi daha iyi anlamalarına, bütçe süreçlerinin daha şeffaf ve hesap verebilir olmasına katkıda bulunan bu uygulamanın, daha fazla yaygınlık kazanacağı görülmektedir.

Avustralya'da vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı çerçevesinde atılan öncelikli ve belki de en önemli adım *İnsani Hizmetler Birimi*'nin kurulması olmuştur. Bu birim kamu hizmetlerini vatandaşların beklentilerine uygun, kişiselleştirilmiş ve adil işleyen bir yapıya büründürmeyi amaçlamaktadır. Artık vatandaşlar hizmetler konusunda sadece danışılan kişiler olmanın ötesinde sürecin ortaklarıdır. Bu bağlamda, hizmet stratejisi dört temel prensip üzerine kurulmuştur: "Benim İçin Yap", "Beni En Uygun Şekilde Eriştir", "Açık ve Basit Olsun" ile "Bana Esneklik Sağla". Böylece vatandaşların hizmetlere 7 gün 24 saat istedikleri kanaldan entegre bir sistem üzerinden erişebilmeleri sağlanmıştır. 1997 yılında kurulan ve Centerlink adı verilen bu sistem hızlı, kolay, etkin ve yanlış kapı yok yaklaşımıyla hizmet sunmayı garantilemektedir. Bunun yanında, her vatandaşın hizmetlere erişebilmesi, dezavantajlı durumdaki olanlara yönelik özel hizmetlerin geliştirilmesi yönünde çalışmalarda bulunulmuştur. Öncelikle elektronik ortamda verilen hizmetlerinin yapısı basit ve herkesin erişebileceği duruma getirilmiştir. Mail, kısa mesaj, çağrı merkezleri ve e-devlet hizmetleri entegre hizmet sunan ve birbiriyle uyum içerisinde çalışan araçlar olarak kullanılmaya başlamıştır (Carrasco ve Fethersto, 2011, s.13-14). Bunun dışında, verilen hizmetler farklı dillerde de verilmektedir. Avustralya'da çağrı merkezleri, e-devlet hizmetleri gibi farklı hizmetler 200 farklı dilde verilmektedir. Ayrıca, Avustralya'da ulusal sağlık hizmetlerinin tasarımında ve sunumunda vatandaşları süreçlere dahil etme gereği kabul

edilmiştir. Özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla bu doğrultuda işbirliği ve ortaklıklar kurma çabaları gösterilmiştir (Bridge, 2012, s.168-169).

Güney Afrika'da ise vatandaş odaklı yaklaşım çerçevesinde üç reform girişimi öne çıkmaktadır. Bunlar: Batho Pele Bülteni (Kamu Hizmetlerini Dönüştürmeye Yönelik Beyaz Bülten), Devlet Genelinde Erişim Stratejisi 2014 ve Tek Kamusal Hizmet Yaratma'dır. Bunlardan Batho Pele, 1997 yılında yayınlanmış ve kamu hizmetlerindeki dönüşüme hem politik bir çerçeve hem de uygulama çerçevesi sağlamıştır. Bu bülten aynı zamanda "Önce İnsan (People First)" adıyla da bilinmektedir. Erişim Stratejisi 2014'le amaçlanan ise sunulan kamu hizmetlerini vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun hale getirerek hizmetlerin niceliği ve niteliğinin artırılmasıdır. Bu bağlamda hizmet sunum kanallarında ve hizmetlerde çeşitlilik sağlanarak vatandaşlar için en etkin ve uygun şekilde sunulmaya çalışılmaktadır. Bunların dışında da başka vatandaş odaklı girişimlerde bulunulmuştur. Toplumsal Kalkınma Çalışanları, Thusong Merkezleri, Batho Pele Geçiş Portalı, 1020 Çağrı Merkezi, İnsan İlişkileri Portalı ve Coğrafi Bilgi Sistemi bunların öne çıkanlarıdır (Commonwealth Secretariat, 2008, s.17-27).

Toplumsal Kalkınma Çalışanları, özel eğitim almış kamu çalışanları olup bazı toplumsal kuruluşları ve hane halklarını periyodik olarak ziyaret ederek hangi hizmetlere ihtiyaç duydukları, hizmetlerden memnun olup olmadıkları ve hizmetlerin nasıl iyileştirilebileceği konusundaki tavsiyelerini öğrenirler. Ayrıca vatandaşların sağlık, eğitim-öğretim, istihdam fırsatları gibi farklı hükümet programlarından daha kolay ve kapsamlı biçimde yararlanabilmelerini sağlarlar. 1999 yılında faaliyet geçirilen Thusong Merkezleri ise bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeyi kamu hizmetlerine uyarlamak ve böylece hizmetleri kırsal bölgelere doğru genişletmek için kurulmuştur. Tüm vatandaşların kamusal bilgiye ve hizmetlere erişmesini amaçlayan Thusong Merkezleri tek durak entegre hizmet sunan ve gittikçe daha çok yerleşim yerinde hizmet veren merkezlerdir (Commonwealth Secretariat, 2008, s.93-94). Kamu hizmetlerine tek pencereden bakma imkanı sağlayan Batho Pele Geçiş Portalı da insanların hangi hizmeti, nerede ve nasıl bulacağına yardımcı olmaktadır. Ayrıca vatandaşların online olarak da kamu kurumlarıyla iletişime geçmesine imkan verecek şekilde geliştirilmeye

çalışılmaktadır. Batho Pele Geçiş Portalı'yla bağlantılı olarak çalışan 1020 Çağrı Merkezleri de vatandaşlara kamu hizmetleri hakkında bilgi verirler. Son olarak, Coğrafi Bilgi Sistemleri, vatandaşların nerede ikamet ettiğine dair bilgileri depolayarak bunların her kurumun veri tabanında olmasını sağlar. Böylece hangi bölgenin durumunun ne olduğu ve neye ihtiyaç duyulduğu, daha kolay tespit edilerek hizmet erişim noktaları ve politikaları planlanır (Commonwealth Secretariat, 2008, s.95-96).

ABD'de vatandaş odaklı yaklaşım çerçevesinde öncelikle Clinton döneminde başkan yardımcısı olan Al Gore tarafından ulusal performans inceleme raporu hazırlanmıştır. Bu raporda, kırtasiyeciliğin azaltılması, vatandaşın ön plana çıkarılması, personele daha fazla yetkinin verilmesi ve devletin asli fonksiyonlarına geri dönülmesi gibi temel öncelikler sıralanmıştır. Bu programın vizyonu, vatandaş nezdinde devletin değerinin geliştirilmesidir. Misyonu ise, vatandaşların devletle karşılıklı iletişiminin artırılarak hizmetleri daha iyi elde edebilmesi, devletin etkinlik ve verimliliğin artırılması, devletin vatandaşa karşı sorumluluğunun geliştirilmesidir. Program, basitleştirmek ve birleştirmek, süreçleri dönüştürmek, vatandaş odaklı olmak, bu programın misyonunu gerçekleştirebilmek için gereken kurallardan oluşmaktadır (Toker, 2003, s.3-25). Bu bağlamda, ABD kamu hizmetlerini vatandaşlara hızlı, kolayca ve nitelikli şekilde sunmak için entegre biçimde elektronik ortamdan ve mobil iletişim araçlarıyla sunmaya başlamıştır. Bunun yanında hemen hemen her sektörde vatandaşın hizmetlere erişimini kolaylaştıracak, karar alma ve denetim süreçlerine katılmalarını sağlayacak, kaliteli ve maliyet etkin hizmetler sunma çabasındadır.

Birleşik Krallık içindeki Galler Hükümeti de, kamu hizmetlerini vatandaş odaklı hale getirmek için çeşitli düzenlemeler yapmıştır. *Making the Connection* isimli, kamu hizmeti reformunun tüm felsefesini açıklayan bir rapor hazırlamıştır. Bu bağlamda, yerel hizmetlerin merkezi yönetim kontrolünden çıkarılarak birbiriyle rekabet eden ve birbirini tamamlayan hale getirilmesi hedeflenmiştir. Hükümet bu rapordaki vizyonunu hayata geçirebilmek için bir uygulama planı hazırlamıştır. Buna göre, hizmetlerin sunumunda ve planlanmasında vatandaşların daha çok söz sahibi olması amaçlanmıştır. Bu bağlamda, hizmet standartlarının geliştirilmesi, bilgi ve teknoloji aracılığıyla hizmetlere tek noktadan erişimin sağlanması ve dezavantajlı

grupların katılımının önündeki engellerin kaldırılması planlanmıştır. Yine 2006 yılında Parlamento tarafından yayınlanan bir diğer dokümanda, vatandaş önceliğe alma ve hizmet sunumunda vatandaş katılımını sağlayarak kamu hizmetlerini dönüştürme gerektiği vurgulanmıştır. Esnek hizmet tercihleri, güçlü katılım, ortaklık ve daha açık kamusal hesap verilebilirliğin bu doğrultuda gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Martin ve Webb, 2009, s.124). Bu doğrultuda, özellikle sağlık hizmetlerinde vatandaşların ve gönüllü kuruluşların, hizmet sunum ve denetim süreçlerine dahil olması yönünde girişimlerde bulunulmuştur (Llywodraeth Cynliad Cymru: Welsh Assembly Government, 2006, s.9). Benzer şekilde, İngiltere’de de Sağlıkta Ortaklık programı çerçevesinde vatandaşlar, yerel ve merkezi düzeyde sağlık hizmetlerinin tasarımı ve sunumu süreçlerine dahil edilmeye başlanmıştır. Böylece vatandaşlar, şeffaflık ve hesap verebilirlik gereği, hizmetler konusunda daha çok bilgi sahibi olup yön verebilirken; sağlık hizmetlerinde cevap verebilirlik, tercih ve eşitlik sağlanmış olmaktadır (Farrell, 2004, s.4-5).

Birleşik Krallık’ta hizmetlerin tüketicilerin tercihlerine göre şekillendirildiği müşteri odaklı model ilk zamanlarda kullanılmıştır. Fakat daha sonra hem prensipte hem de uygulamada bir takım sıkıntılar yarattığından ülkenin kültürel, tarihi ve coğrafi yapısına uygun olan vatandaş odaklı modele geçilmiştir. Bu modelle beraber, kamu sektöründe sistemin iyileştirilmesinde, tasarımında, etkin olarak yönetilmesi ve düzenlenmesinde vatandaşın sesine daha çok kulak verildiği ve vatandaşın çıkarlarının dikkate alındığı bir yapı oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda hazırlanan *Dönüşen Devlet Stratejisi*, önemli bir adım olmuştur. Kamu hizmetlerinin sunumuna yön vermeye çalışılan bu programla, kamu hizmetlerinin daha modern şekilde, vatandaşlara tercih etme şansı sağlayarak ve hizmetleri kişiselleştirerek sunulması amaçlanmaktadır. Böylece hizmetlerde etkinlik ve ekonomikliğin sağlanması da hedeflenmiştir. Daha sonra, bu doğrultuda hazırlanan *Hizmet Dönüşümü: Vatandaşlar ve İşletmeler İçin Daha İyi Hizmet* programıyla ise yapılmak istenen vatandaş odaklı bu hizmet dönüşümünün temel prensiplerinin neler olması gerektiği açıklanmıştır (Duggan ve Green, 2008, s.20). Bunun yanında, özellikle engelli vatandaşların kamu hizmetlerinden nasıl daha kolay yararlanabileceğine dair bir çalışma yapılmıştır. Bu bağlamda, kamu binalarının girişlerine rampalar konulması, işitme engelli vatandaşlar

için hizmetlerden daha kolay yararlanabilmelerini sağlayacak araçların tespit edilip uygulamaya konması, görevlilerinin engelli vatandaşlarla iletişimini kolaylaştırmak adına eğitimler verilmesi gibi hususlara değinilmiştir (Duggan ve Green, 2008, s.35). Sosyal Hizmetler Komisyonu da benzer şekilde gönüllü kuruluşlarla ortak şekilde yaşlı, engelli ve yardıma muhtaç vatandaşların hizmetlerden memnuniyet düzeylerini periyodik olarak öğrenip hizmetlerin nasıl daha iyi getirilebileceği konusunda çalışmaktadır (United Kingdom ACE Association, 2008, s.6).

Birleşik Krallık ve Avustralya gibi bazı gelişmiş ülkelerde uygulanan toplum destekli polis programı da vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı çerçevesindeki önemli çabalardan biridir. Bu uygulamayla vatandaşlar hem karşılaşılabilecekleri sorunlar ve bunlara karşı nasıl tepkiler verebilecekleri konularında bilgilendirilirken; her mahalleye verilen polislerle vatandaşların karşılaştıkları hırsızlık, saldırı gibi tehlikelere daha kolay ve hızlı şekilde cevap verme amaçlanmıştır.

AB tarafından geliştirilen CARMEN projesi, teknolojik unsurların daha yenilikçi, bilgi temelli bir hizmet sunmak için kamu sektöründe kullanılmasını hedefler. Bu projenin amacı vatandaşlar ve devlet arasında geniş bir iletişim kanalı seçeneği sunmaktır. Aynı zamanda, bu yolla cevap verebilirliği ve etkinliği arttırarak vatandaş odaklı hizmet sunumunun bir boyutu gerçekleşmiş olmaktadır (McDonald, 2006, s.9-10). Bu doğrultuda atılan ilk adım, AB ülkelerinin 23-24 Mart 2000 tarihinde Lizbon’da yapılan Avrupa Konseyi toplantısında Avrupa’nın gelecek on yılda “dünyadaki en rekabetçi ve dinamik bilgi tabanlı ekonomisi” haline gelmesi hedefini kabul etmiş olmalarıdır. Bunun üzerine 19-20 Haziran 2000 tarihinde Lizbon’da yapılan Avrupa Konseyi Toplantısında *e-Avrupa Eylem Planı* kabul edilmiştir (Şahin ve Örselli, 2002, s.351). AB’ye girmek için aday ülkeler de, ortaya konulan bu hedefi benimsemiş ve kendileri için de benzeri bir eylem planı hazırlamaya karar vermişlerdir. Böylece *e Avrupa + Girişimi* doğmuştur (Yüçetürk, 2002, s.149). Daha sonraki yıllarda bu eylem planları gelişen teknoloji ve değişen ihtiyaçlar ışığında sürekli yenilenmiştir. Bu doğrultuda, Lizbon Stratejisi, e-Avrupa 2002 Eylem Planı ve yeni ve daha rafine hedefler içeren e-Avrupa 2005 Eylem Planı ile devam etmiştir. 2005 yılında 2010 yılı olarak güncelledikten sonra 2010 yılında 2015 olarak yeniden güncellenmiş; mobilite,

vatandaşın ve iş dünyasının katılımın arttırılarak güçlendirilmesi, yenilikçilik ve yönetimde etkinlik ve etkililik başlıkları ile yeni hedeflere yönelmiştir (Fisher, Remotti ve Fazekas, 2010, s.1-3). Bu durum AB üyesi ülkelerin vatandaş odaklı hizmet anlayışının önemli bir aracını oluşturan e-devlet uygulamalarını hayata geçirmede ne kadar istekli olduklarının bir göstergesidir.

Bunun yanında, AB içerisindeki bazı yerel yönetimlerin sürücülerin park ücretlerini cep telefonları aracılığıyla ödeme kolaylığı getirmiştir. Bu da, vatandaş için hizmet kanallarının çeşitlenip daha çok tercih seçeneğinin doğduğu, vatandaş odaklı hizmet sunumunun mikro bir örneğini oluşturmaktadır (McDonald, 2006, s.9-10). Acil durumlarda vatandaşları cep telefonu mesajlarıyla hızla bilgilendirmesi, iş fırsatları çıktığında ilgili kurumların kayıtlı vatandaşlara cep telefonu aracılığıyla bildirmesi gibi örnekler çoğaltılabilir.

Dünyada vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının uygulama örnekleri çoğaltılabilir. Bununla beraber, vatandaş odaklı hizmet anlayışı denildiğinde daha çok bilgi ve iletişim teknolojilerinin kamu hizmetlerinde kullanılması anlaşılmaktadır. Bu araçların vatandaş odaklılığı mümkün kılan önemli araçlar olması yadsınamamakla beraber, vatandaş sözleşmeleri, vatandaş odaklı bütçeler, ombudsmanlık uygulamaları gibi diğer araçlar da en az bilgi ve iletişim teknoloji araçları kadar önemlidir. Zaten vermiş olduğumuz dünya örnekleri içerisinde de bunların vatandaş odaklı yaklaşım çerçevesinde giderek daha yaygın şekilde uygulamaya konulduğunu görmekteyiz. Türkiye’de durum nasıldır? Hangi tür vatandaş odaklı uygulamalar hayata geçirilmiştir? Bu soruların cevabı da bir sonraki başlıkta verilmeye çalışılmıştır.

3.8. Türkiye’de Vatandaş Odaklı Uygulamalar

Türkiye’de tarihsel süreç içerisinde devlet-vatandaş ilişkilerine bakıldığında, aralarında bir kopukluğun olduğu göze çarpmaktadır. Kurumlar kuralcı, müdahaleci, siyasi iktidarın etkisinde kalan, halkın taleplerine karşı kayıtsız, kendini onun üzerinde gören, irrasyonel davranan, israfçı ve içine kapalıdır. Bu da verimsiz, ağır, kalitesiz ve maliyetli bir kamu hizmeti olarak halka yansımıştır. Bunun yanında, vatandaş cephesine baktığımızda ise Türkiye’de vatandaşlık bilincinin düşük, temel hak ve özgürlükler

konusunda vatandaşların bilgisinin yetersiz ve halkın yönetime katılma isteğinin sınırlı olduğu görülmektedir. Fakat bu durum son yıllarda değişmektedir. Vatandaşlık bilinci, devletin vatandaş algısı farklılaşmakta; kamu hizmetleri de bu paralelde değişime uğramaktadır.

Türkiye’de, kamu hizmetlerinde görülen değişimin arkasında pek çok neden yatmaktadır. Hem küreselleşme ve bilgi teknolojilerindeki gelişmenin bir sonucu olarak hem de demokrasi düşüncesinin gelişmesi ve AB adaylığının getirdiği yükümlülükler nedeniyle, kamuda şeffaflık, hesap verebilirlik, katılım gibi konular öne çıkmaya başlamıştır. Devlet-vatandaş ilişkileri değişerek klasik bir devlet anlayışı, yerini varlık gerekçesini vatandaşlarına hizmet etmek olarak tanımlayan, bir devlet anlayışına bırakmaktadır. Sivil toplum örgütleri, vatandaşlar ve sosyal medya da devlet yöneticilerini bu yönde bir değişim için zorlamaktadır. Vatandaşlar artık devlet karşısında edilgen bir konumdan çıkıp, etken bir konuma gelerek, yalnızca seçim zamanı geldiğinde oy vererek yönetime katılmanın ötesinde, artık yönetimin almış olduğu kararları denetleyen, karar alma mekanizmasının asli unsuru olarak bu süreçlere dahil olan, bu kararlara yönelik şikâyet mekanizmalarını kullanan kişiler olmaya başlamışlardır. Bu gelişmeler ışığında, kamu hizmetlerinin de bürokratik, hantal, kalitesiz, verimsiz işleyen, devlet odaklı yapısı değişmekte, hızlı, kolay erişilebilir, kaliteli, etkin, verimli ve vatandaş odaklı hale gelmektedir. Merkezi ve yerel yönetimler kamu hizmetlerini vatandaş odaklı hale getirmek için büyük çabalar sarf etmektedir. En azından, bu yönde bir söylem geliştirdiği muhakkaktır.

Türkiye’de vatandaş odaklı hizmet sunumu kapsamında atılan adımlardan biri kamu sektöründe saydamlığın ve harcamalarda etkinliğin sağlanması, gelir ve giderler ile nakit durumunun izlenebilmesi, denetlenmesi ve ekonomi yönetimine bilgi ve karar desteği sağlanması için başlatılmış olan ve 2002 yılında uygulamaya giren “Kamu Mali Yönetimi Bilişim Sistemi” olmuştur. Böyle bir uygulamayla, bilgi teknolojilerinden yararlanılarak, kısa sürede, minimum kaynakla, en kaliteli ve verimli hizmeti sunabilme amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 2003 yılında da, AB’nin bilgi toplumu olma yolunda belirlediği hedeflere uygun olarak *e-dönüşüm Türkiye Projesi* başlatılmış ve bu çerçevede birçok kamu hizmetinin elektronik ortamda sunumu öngörülmüştür (Çelen,

Çelik ve Seferoğlu, 2011, s.1). Bu gelişmelerin sonucunda kamu hizmeti sağlayan kurum ve kuruluşlara ait internet siteleri bir bir kurulmaya başlamıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren 4982 sayılı *Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'nun* da bu gelişme üzerinde hızlandırıcı etki yaratmıştır.

Türkiye daha sonra, AB tarafından adına internet olanaklarının sonuna kadar kullanılması amacıyla hazırlanan E-Avrupa Eylem Planı'nın AB'ye aday ülkelere yönelik uygulaması olan “e-Avrupa + Girişimi”ne üye olmuştur (Yüçetürk, 2002, s.149). Bundan sonra başbakanlığın koordinasyonunda çalışmalar başlatılmış ve bu çerçevede çalışma grupları oluşturularak bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri kamuya adapte etme yönündeki çabalar yoğunlaştırılmıştır (OECD, 2007, s.122). Bütün bu gelişmelerin sonucunda, ülkemizde kamu hizmeti sağlayan kurum ve kuruluşlara ait internet sitesi sayısı hızla artmıştır. 2003 yılında gov.tr uzantılı kamu internet sayısı 1.647 iken 2011 yılında bu oran 10.107'ye çıkmıştır (DPT, 2011, s.78).

Aralık 2008 tarihinde hizmete açılan “E-Devlet Kapısı Projesi” ile de tüm e-devlet faaliyetleri tek merkezden yürütülmeye çalışılmaktadır. 19 milyon Euro'ya mal olan ve 22 hizmetle faaliyete geçen e-devlet kapısından sunulan hizmet sayısı 2010 yılı sonunda 246'ya ulaşmıştır. Bununla beraber ziyaretçi sayısı da 2008 yılında 10.000'i bulmazken, 2011 yılına gelindiğinde neredeyse 7.5 milyon insanın e-devlet kapısını kullanmaya başladığı görülmektedir (DPT, 2011, s.76-77).

Tablo 2.9'da Türkiye'de bazı merkezi devlet kuruluşları itibariyle kendi internet sitelerinden yürüttükleri e-hizmetler ile e-devlet kapısı portalı üzerinden yürüttükleri hizmetler gösterilmiştir. Tabloda belirtilenlerin dışında kurumların internet siteleri üzerinden yürüttükleri çok sayıda e-hizmet mevcut olup, sayıları her geçen gün artmaktadır.

Tablo 2.9.**Bazı Merkezi Devlet Kurumları Bazında E-devlet ve E-devlet Kapısı Hizmetleri**

Kurum	Kuruma Ait İnternet Sitesinden Sunulan E-Hizmetlere Örnek	E-Devlet Kapısı Üzerinden Sunulan Hizmetlere Örnek
<i>Adalet Bakanlığı</i>	UYAP Bilgi Bankası, Adalet Bakanlığı Hukuk Sözlüğü	Adalet bakanlığı Mahkeme Dava Dosyası Sorgulama
<i>Başbakanlık</i>	Resmi Gazete, Mevzuat Bilgi Sistemi	Başbakanlık İletişim Merkezi Yeni Başvuru ve Başvuru Sorgulama
<i>Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı</i>	Kaynak Kataloğu, OSB Bilgi Sistemi, Ürün Güvenliği Şikayetleri	Ar-Ge Destekleri
<i>Cumhurbaşkanlığı</i>	-	Cumhurbaşkanına Yazın
<i>Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı</i>	Yabancılar Evrak Takibi	İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Hizmetleri
<i>Çevre ve Şehircilik Bakanlığı</i>	e-Kooperatif Yapı Kooperatifleri Sistemi, Yapı Denetimi Sistemi	Müteahhitlik Bilgi Sistemi
<i>Danıştay</i>	Danıştay Dosyası Sorgulama	-
<i>Devlet Malzeme Ofisi Genel M.</i>	Elektronik Satış	-
<i>Dış İşleri Bakanlığı</i>	e-Konsolosluk	Dış İşleri Bakanlığı Sınav Giriş Başvuru
<i>Emniyet Genel M.</i>	e-Pasaport, Kayıp Çocuklar, Kayıp Şahıslar	Sürücü Belgesi Ceza Puanı Sorgulama, Toplum Destekli Mahalle Polisi Hizmeti
<i>Gelir İdaresi Başkanlığı</i>	Dilekçe sorgulama, MTV ve Gelir Vergisi Hesaplama	e-Vergi Levhası Sorgulama
<i>Gümrük ve Ticaret Bakanlığı</i>	Gemi Takip Sistemi, Gümrük Muhafaza İhbar	Online Tüketici Şikayet Sorgulama, Gümrükler Genel Müdürlüğü e-Dilekçe
<i>İçişleri Bakanlığı</i>	e-Dilekçe, e-Randevu	e-İçişleri Projesi Evrak Takibi
<i>İlaç ve Eczacılık Genel M.</i>	İlaç Takip Sistemi	-
<i>İŞKUR</i>	İŞKUR Kayıt Uygulaması	İşsizlik Ödeneği Başvurusu, İş Başvuru Sonucu Sorgulama, Kriterlere veya Profile Göre Açık İş Sorgulama ve İş Başvurusu
<i>Kıyı Emniyeti Genel M.</i>	Gemi Trafik Hizmetleri Bilgi Sistemi	Kıyı Emniyeti Borç Sorgulama, kıyı Emniyeti Seyir Planı
<i>KOSGEB</i>	Destek Başvuru Girişi	İşletme Durum Sorgulama
<i>Kültür ve Turizm Bakanlığı</i>	Devlet Tiyatroları online Bilet Satışı	-
<i>Maliye Bakanlığı</i>	e-Beyanname	e-Bordro Hizmeti, e-Yolluk Uygulaması
<i>Milli Savunma Bakanlığı</i>	-	ASAL Hizmetleri, Personel/Lojistik Seferberlik Hizmetleri
<i>Milli Eğitim Bakanlığı</i>	MEB Mevzuat Bankası	Öğrenci Bilgi Sistemi, Sınav Sonuç Sorgulama
<i>Milli Kütüphane Başkanlığı</i>	Katalog Tarama, Konuşan Kitaplık	Milli Kütüphane Üyelik Başvurusu
<i>Nüfus Vatandaşlık İşleri Genel M.</i>	T.C. Kimlik No Sorgulama/Doğrulama, Vatandaşlık Başvurusu Sorgulama	Adres Değişikliği Bildirimi
<i>PTT</i>	Gönderi Ücreti Hesaplama, Kapıdan Kapıya Teslim Servisi	PTT Kayıtlı Gönderi Takibi
<i>Sağlık Bakanlığı</i>	Doktor Bilgi Bankası, Hasta Hakları Başvurusu, Cihaz ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası	Aile Hekimi Sorgulama, Organ Nakli Bilgisi Sorgulama, Kayıt ve Tescil Bilgi Sistemi
<i>Sosyal Güvenlik Kurumu</i>	-	Emekli Hizmetleri ve Ödemeleri
<i>Tapu Kadastro Genel M.</i>	-	Tapu Bilgileri ve Tapu Harç Sorgulamaları
<i>TBMM Başkanlığı</i>	Kanun Tasarı ve Teklifleri Soru Formu	TBMM İnternet Üzerinden Randevu ve e-Dilekçe Hizmeti
<i>TCDD</i>	e-Bilet Rezervasyon ve Satış	-
<i>Ulaştırma Bakanlığı</i>	-	Araç Muayene İşlemleri, Ceza Sorgulama, Mesleki Yeterlilik İşl, Yetki Belgesi İşl.
<i>Yüksek Öğrenim ve Kredi Yurtlar Kurumu Genel M.</i>	Öğrenci Öğrenim / Katkı / Burs Ödeme Bilgileri	Yurt ve Burs Başvuruları Sorgulama, Kredi Geri Ödeme Sorgulama

Kaynak: E-devlet, <https://www.turkiye.gov.tr/> (4 Ocak 2012)

E-Devlet uygulamalarının hayata geçirilmesi sürecinde, kamu hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesinin yanı sıra, vatandaşların ve iş dünyasının bu hizmetlere erişim imkân ve yeteneklerinin artırılması da önemlidir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Anketi ile Girişimlerde Bilişim Teknolojileri Kullanım Anketi sonuçları vatandaşların ve işletmelerin kamu hizmetlerine internet üzerinden erişimleri ve bu hizmetleri kullanımlarına dair bilgi vermektedir. Girişimlerin bireylere nazaran, kamu ile elektronik ortamda daha yoğun bir iletişim içerisinde oldukları görülmektedir. İnterneti kullanan girişimlerin kamu kurumlarıyla iletişimde interneti kullanma oranı 2009 yılında %72,8 iken 2011 yılında %81,5 olarak gerçekleşmiştir. Hane halklarında ise bu oran 2010 yılında %41,6 iken, Mart 2012 itibariyle %45,1'e yükselmiştir. (TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10880>; TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10939>). Hem hane halkları hem de girişimler düzeyinde bir artışın yaşanmış olması önemlidir, fakat henüz yeterli değildir.

E-devlet kullanım oranlarına baktığımızda ise internet kullanan bireylerin e-devleti kullanma oranı 2010 yılında %10,8, 2011 yılında %16,8 olarak hesaplanmıştır. Bu %30'ların üzerine çıkan AB ortalamasının oldukça altında kalmaktadır. Bununla beraber, e-devlet hizmetlerinin mevcudiyeti bakımından Türkiye'nin 2010 yılı itibariyle %88,75 ile %84,28'lik AB ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir (TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10910>; Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/main_tables). Elektronik ortamda sunulan kamu hizmetlerinden memnuniyet oranına baktığımızda ise 2007 ve 2008 yıllarında sırasıyla %64,1 ve %63,3 olarak gerçekleşirken 2009 ve 2010 yıllarında bu oranlar sırasıyla %95 ve %95,7 düzeyine yükseldiği görülmektedir (TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10880>).

Türkiye, e-devlet uygulamaları açısından ele alındığında, büyük yatırımlar yapmasına ve sunulan hizmetlerin sayısını ve katma değerini arttırmasına rağmen başta teknik ve hukuki altyapı eksiklikleri olmak üzere, vatandaşların ve kamu bürokrasisinin e-devlet kullanım amaçlarını tam anlamıyla özümseyemedikleri ve bu bağlamda da e-

kültürün oluşmadığı görülmektedir. Bunun yanında, bütçe kısıtı ile kent ve kırsal arasındaki internete erişim bakımından önemli farklar da Türkiye’de e-devletin yeterince gelişmesini engellemektedir. 2012 Mart ayı itibariyle, İnternet erişim imkânı olan hane oranı kentsel yerlerde %55,5 iken, kırsal yerlerde %27,3’tür (TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10880>). Bütün bu sebeplerle ülkemizde e-devlet anlayışı arzulanan noktaya henüz ulaşamamıştır

Son yıllarda Türkiye’de m-devlet uygulaması da kullanılmaya başlamıştır. M-devlet uygulaması ile e-devlet kapısından, yani Türkiye Cumhuriyeti’nin resmi web sitesi olan www.turkiye.gov.tr adresinde ulaşılabilen pek çok hizmetten artık mobil olarak da faydalanabilmektedir. M-devlet uygulaması ile cep telefonunun IMEI numarası veya motorlu taşıtın durumu sorgulanabilmekte, sürücü belgesi üzerindeki ceza puanı öğrenilmektedir. Ayrıca SGK uygulaması ile de kişi sigortalı hizmet dökümüne ulaşabilmekte, tescil kaydını görüntüleyebilmektedir.

Mobil devlet uygulamalarına, belediyelerde de başvurulmaktadır. Öncelikle, gittikçe daha çok belediye e-dilekçe, e-randevu, online sorgulamalar ve borç ödemesi gibi birçok elektronik hizmet sunmaktadır. Özellikle birçok il belediyesi tarafından cep telefonu abonelerine, il ile ilgili belediye hizmetlerinden hava ve yol durumuna su kesintilerinden doğal afetlerle ilgili duyurulara kadar çok sayıda bilgi SMS ile gönderilmektedir. Bunun dışında, mobil belediye sistemi üzerinden başta belediyenin tahsil ettiği emlak, çevre ve temizlik vergileri gibi vergilerin son ödeme günü ile miktarının öğrenilmesi ve bu vergilerin ödenmesi mümkün hâle gelmiştir. Örneğin, İstanbul’da Şişli, Kadıköy ve Üsküdar Belediyelerinde cep telefonundan yararlanarak emlak ve çevre vergisi sorgulama ve tahsil hizmeti verilmektedir (Çilingir ve Kushchu, 2004, s.818). Bunun yanında, özellikle büyük şehir belediyeleri mobil belediye diye adlandırılacak uygulamaları yaygın olarak kullanmakta ve bu uygulamalar yoğun talep görmektedir. Örneğin, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, uydu ve kameralar yardımıyla mobil trafik takip sistemi kurmuş ve trafikteki sürücülere yoğunluk haritalarını görme, yolculuk zamanı hesaplamaları yapabilme ve iki nokta arasında alternatif rotalar üzerinde karar verebilme imkânı sunmaktadır.

Ülkemizdeki mobil devlet uygulamaları çeşitli bakanlıklar düzeyinde de görülmektedir. Örneğin, Milli Eğitim Bakanlığı'nın uyguladığı Mobil Bilgi Servisi çerçevesinde, cep telefonu vasıtasıyla veliler çocuklarının ders notları ve okula devam durumlarını öğrenebilmektedirler (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Mobil Bilgi Servisi, <https://e-okul.meb.gov.tr/mebsmsservis/sms.htm>). Daha önce bahsetmiş olduğumuz gibi, Adalet Bakanlığı'nın UYAP çerçevesinde sunduğu “Adalet 4060” projesiyle tüm cep telefonu operatörlerinden “4060” numarasına gönderilen T.C. kimlik numarası ile söz konusu kişi hakkında açılan davalar varsa bilgi alınabilmektedir (Ulusal Yargı Ağı Projesi, <http://www.uyap.gov.tr>). Emniyet Genel Müdürlüğü'nün MOBESE ve Trafik Bilgi Sistemi uygulaması kapsamında, hareket halindeki polis arabalarına yerleştirilen bilgisayarlarla kişi ve araçları sorgulanabilmekte, bu taşınabilir/mobil bir sistem üzerinden yapılabilmektedir (Çilingir ve Kushchu, 2004, s.816).

Türkiye, teknolojiye meraklı genç bir nüfusu barındıran büyük bir pazar olarak m-devlet alanında gelecek vaat etmektedir. Ülkemizde cep telefonları yaygın olarak kullanılıyor olması ve giderek daha çok telefonun internet bağlantılı hale gelmesi Türkiye'deki m-devlet uygulamalarını daha da geliştirip yaygınlaştırma yönünde teşvik etmektedir. Aynı zamanda geniş boyutlu internet kullanımı için gerekli olan üçüncü nesil cep telefonu altyapısı 3G de ülkenin birçok noktasında etkin hale gelmektedir. Bununla beraber belki en önemli sıkıntı, kişisel verilerin güvenliğinin mobil platformlar üzerinde nasıl sağlanacağı sorusudur. Bu bağlamda, Türkiye'de öncelikle yapılması gereken gizliliği ve güvenliği garanti altına alacak yasal düzenlemelerin oluşturulması ve teknik eksiklerin giderilmesidir.

Türkiye'de vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışı yönünde faaliyete konulan uygulamalardan biri de ombudsmanlık kurumudur. Bu kurumun kurulması yönündeki çalışmalar 1990'ların ortalarına kadar dayanmaktadır. Fakat kurumun resmen uygulamaya konması 29.06.2012 tarihinde yasalaşan Kamu Denetçiliği Kurumu Kanun ile olmuştur. Daha önce de bahsetmiş olduğumuz gibi, Mart 2013 itibariyle de şikayetleri almaya başlamıştır.

Türkiye'de vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı çerçevesinde atılan adımlardan bir diğeri de 2003 yılında yürürlüğe giren *5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi*

ve *Kontrol Kanunu*'dur. Bu kanun kapsamında, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılması, hesap verebilirliği ve mali saydamlığı sağlamak üzere, kamu mali yönetiminin yapısını ve işleyişini kamu bütçelerinin hazırlanması, uygulanması, tüm mali işlemlerin muhasebeleştirilmesi, raporlanması ve mali kontrolün düzenlenmesi amaçlanmaktadır. Bahsedilen ilkelerin hepsi vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının temel unsurlarıdır. O yüzden çıkarılan bu yasa Türkiye'de vatandaş odaklı anlayışın yerleştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Sağlıktan eğitime, ulaşımdan güvenliğe kadar pek çok farklı sektörde de vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Dünyadaki diğer örneklerine benzer şekilde, Türkiye'de de, 2006 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü'nün *Toplum Destekli Polislik* uygulaması ile güvenlik hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşım hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Polis, varlığının gayesi olan toplumdaki bağımsız ve toplumsal taleplerden uzak bir anlayışla hizmet yürütememelidir. Bu yüzden *Toplum Destekli Polislik Projesi*'yle, güvenlik hizmetlerinin toplumun katılım ve desteğini sağlamak suretiyle etkin ve hızlı bir şekilde yürütülmesi, toplum-polis ilişkilerinin geliştirilmesi, suçla mücadelenin güçlendirilmesi ve polislik hizmetlerinde toplumun güvenlik memnuniyetini yükseltmeye yönelik çalışmaların yaşama geçirilmesi amaçlanmaktadır. Bunun yanında, proje kapsamında, 2006-2011 yılları arasında yaklaşık 23.500.000 vatandaşla birebir görüşülmüştür. Güvenlik konularında vatandaşlar, kurum ve kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, meslek odaları, apartman ve site yöneticileri gibi farklı kesimlere yönelik çok sayıda bilgilendirme toplantıları yapılmıştır. Toplantılarda suçun önlenmesi, suçtan korunma, hırsızlık, kapkaç, yankesicilik vb. konularda bilgiler verilmiştir. Ayrıca halkın bilgilendirilmesi amacıyla 11.238.824 broşür dağıtılmış, 384.472 afiş asılmış, 685.884 elektronik posta ve mektup yolu ile vatandaşlarla iletişim kurulmuştur. Ayrıca Toplum Destekli Polislik Projesi faaliyetleri kapsamında, 2006-2011 yılları arasında suçun ve suçlunun tespiti, sosyal duyarlılığın ve farkındalığın artırılması, çocukların ve gençlerin suçtan ve zararlı alışkanlıklardan korunması amacıyla 1.174 proje hayata geçirilmiştir. Toplum Destekli Polislerce, suç ve olay mağdurlarına, danışmanlık ve destek hizmeti vermek amacıyla da 115.603 vatandaş ziyaret edilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, <http://www.asayis.pol.tr/tdpdefault.asp>).

Yine, 2012 yılı sonlarında çıkarılan “mahallemin polisi kim?” uygulaması bu kapsamdaki çalışmalardan biridir. Bu bağlamda her mahalleye bir polisi verilmiştir. Mahalle polisleri, sorumluluk alanlarında, vatandaşlarla doğrudan temasa geçerek, bir yandan suçu oluşmadan önlemeye çalışmakta, diğer yandan da mahallelinin sorunlarına çözüm aramaktadır. İsteyenler, mahallesindeki polisleri e-devlet sistemi üzerinden de öğrenebilmekte, şikayet ve önerilerini iletebilmektedir (Milliyet Gazetesi, <http://www.milliyet.com.tr/mahalle-polisine-internetten-sikayet-donemi/turkiye/sondakikaarsiv/31.01.2011/1346346/default.htm>). Böyle bir çalışma vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışı adına önemli bir adımdır.

Sosyal güvenlik ve sağlık alanında gerçekleştirilen reformlar da vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışı içerisinde değerlendirilmektedir. 2006 yılından itibaren başlatılan çalışmalar sonucunda öncelikle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın oluşturduğu ve üyeleri arasında farklı hak ve yükümlülükler yaratan sosyal güvenlik kurumları, 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'yla tek çatı altında birleştirilmiştir. Böylece hak ve yükümlülüklerin eşitlenmesi, mali olarak sürdürülebilir bir yapılanmanın oluşturulması amaçlanmıştır (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, s.7-8). Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından verilen bazı hizmetler internet ortamına aktarılmıştır. Böylece vatandaşlar bürokratik zorluklarla karşı karşıya kalmadan hizmet sürelerini aylık olarak görebilme, emekliliklerinde ilgili kurumlarla yazışma yapmadan emekli işlemlerini hızlı bir şekilde yapabilme, emekli aylıklarından yapılan kesintileri öğrenme, tedavi bilgilerini sorgulama gibi çok sayıda hizmeti internet üzerinden alabilmeye başlamıştır. Ayrıca SGK, sigortalılığın başlatılması veya sonlandırılması, maaş bağlanması, evlenme yardımı, cenaze ödemeleri ve hizmet borçlanması gibi hizmetler hakkındaki bilgileri isteyen işveren, iştirakçi ve hak sahiplerine kısa mesajla iletmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu e-devlet Kapısı Üzerinden Sunulan Hizmetler. <https://www.turkiye.gov.tr/kurumlar?kurumKodu=254>). Bununla beraber, özellikle ihtiyaç sahiplerine yönelik yapılan cenaze yardımları ve evlenme yardımlarının varlığı da zaten vatandaş odaklı hizmet anlayışının göstergeleridir.

Sosyal güvenlik alanında gerçekleştirilen diğer vatandaş odaklı uygulamalar; eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedefleyen genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ile yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlamaya yönelik sosyal yardım sistemi ve farklı kurum ve kuruluşlarca yürütülen primsiz ödemelerin toplulaştırılması olmuştur. Bunun yanında, sağlık alanında her vatandaşın tüm kamu sağlık kurumlarına gidebilir hale gelmesi, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, daha önce sağlık güvencesi olmayanların kapsama alınması ve doktorlara mecburi hizmet yeniden konularak, uzun süre doktor görmeyen yörelere doktor gönderilmesi gibi pek çok vatandaş odaklı hizmet de hayata geçirilmiştir. Yakın zamanda uygulamaya giren bir diğer vatandaş odaklı hizmet de, e-reçete'dir. E-reçete uygulaması hem doktorlar hem eczacılar hem de vatandaşlar için kolaylık sağlaması hedeflenmiştir (SGK. <http://sgk.org/konu/e-recete-nedir>). Bu ve sağlık alanındaki diğer vatandaş odaklı hizmetler konusunda ayrıntılı bilgiye bir sonraki kısımda yer verilecektir.

Eğitim sektörüne bakacak olursak, kitapların öğrencilere ücretsiz dağıtılması, velilerin çocuklarının ders notları, okula devam durumları gibi birçok bilgiyi oluşturulan e-okul uygulamasıyla internet üzerinden takip edebilmeleri gibi uygulamalarla vatandaş odaklı hizmet anlayışı bu sektöre de yerleştirilmeye çalışılmıştır. Kesintilerle de olsa uygulanan okullarda bedelsiz süt dağıtımı ile akılla tahta uygulamaları da yine bu kapsamda yapılan çalışmalar arasında gösterilebilir. Halen pilot bölgelerde uygulanan, öğrencilere ücretsiz tablet bilgisayar verilmesi uygulaması da yine bu kapsamdadır. Ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı 2006 yılında başlattığı ve 2010 yılında güncellediği, evde eğitim çalışmaları kapsamında, özel eğitim gerektiren bireyler için evde ve hastanede eğitim hizmeti vermeye başlamıştır. Özel eğitim gerektiren bireylerle kastedilen, sağlık problemi nedeniyle örgün eğitim kurumlarından doğrudan yararlanamayacak durumda olan okul öncesi ve ilköğretim çağındaki çocuklardır. Evde eğitim hizmeti, gezerek özel eğitim görevi yapan öğretmen tarafından; hastanede eğitim hizmetinin ise sınıf ve diğer alan öğretmenleri tarafından verilmesi esastır. Ancak evde eğitim hizmetinde bireyin yaş ve gelişim özellikleri ve öncelikli ihtiyaçlarına göre diğer alan öğretmenleri de görevlendirilmektedir (T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Evde ve Hastanede Eğitim

Hizmetleri Yönergesi, http://mevzuat.meb.gov.tr/html/2629_0.html). Bu durum, eğitim alanı için tam bir vatandaş odaklı kamu hizmeti göstergesi örneğidir.

Vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı çerçevesinde ülkemizde görülen bir diğer uygulama vatandaşların, bilgi edinme hakkı doğrultusunda, istedikleri kamusal bilgiye dilekçe karşılığında ulaşabilmeleridir. Bunun yanında, hemen hemen her kurum dilek ve şikayetleri almak üzere çağrı merkezleri oluşturmuştur. Artık kamu kurum ve kuruluşları, çağrı merkezleri sayesinde halkın şikayet ve isteklerini doğrudan dinleyebilmektedir. Fakat kamu kurumlarına farklı telefon numaralarından ulaşılması biraz sıkıntılıdır. Eğer tek bir numaradan erişim sağlanabilmesi gerçekleştirilirse daha faydalı olacaktır. Bunun yanında artık vatandaşların resmi kurumlara yazdığı dilekçelerde “arz ederim” ibaresinin kullanma zorunluluğunun sona ermesi, devletin de vatandaşa gönderdiği resmi yazıda “rica ederim” yerine “saygılarımla” veya “iyi dileklerle” ifadelerinin kullanılmaya başlaması vatandaş kendinden aşağı görmekten vazgeçtiğinin bir göstergesidir (Milliyet Gazetesi, <http://siyaset.milliyet.com.tr/artik-dilekce-boyle-yazilacak-/siyaset/siyasetdetay/28.11.2012/1634089/default.htm>). Bu da bir anlamda, vatandaş odaklı bir kamu hizmetinin benimsenmeye başladığını göstermektedir.

Vergi kimlik numarası ve sosyal güvenlik sicil numarasının T. C. Kimlik numarasıyla aynı yapılması da vatandaşların birçok şeyi saklama ve akılda tutma gereksinimini ortadan kaldıran vatandaş odaklı bir uygulamadır. Ulaşımında yakında çıkarılacak olan “ulusal toplu taşıma kartları” ile vatandaşın hangi ile giderse gitsin cebindeki ulusal kartla toplu taşıma araçlarından bedeli karşılığında yararlanabilmesi böylece her belediyenin ayrı ayrı işleyen toplu taşıma sistemlerinin de entegre hale getirilmesi planlanmaktadır. Bu da, benzer şekilde vatandaşın hayatını kolaylaştıran vatandaş odaklı bir kamu hizmeti olmaya adaydır.

Vatandaş odaklı uygulama örneklerine yerel yönetimlerde de rastlanmaktadır. Ankara’da Yeni Mahalle Belediyesi’nde olduğu gibi bazı belediyelerde danışmada bekleyen uzmanlar tarafından yaşlı, gazi, engelli ve hamile vatandaşların işlemleri gerçekleştirilmektedir. 13.07.2005 tarihli ve 5393 sayılı *Belediye Kanunu*’nun da, vatandaş odaklı olmaya vurgu yapılarak belediye hizmetlerinin vatandaşlara en yakın

yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulması, hizmet sunumunda özürllü, yaşlı, düşkün ve dar gelirliilerin durumuna uygun yöntemlerin hayata geçirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunun yanında, aynı kanunda muhtarın mahalle sakinlerinin gönüllü katılımıyla görevlerini yerine getirmesi, kent konseylerinin kurulması, belde sakinlerinin belediye karar ve hizmetlerine katılma hakkı, belediye hizmetlerine gönüllü katılım gibi hususları düzenleyen hükümleri katılımcılığın sağlanması yönünde atılan önemli adımlardır. Ayrıca, Yerel Gündem 21'lerin hazırlanması da yerel yönetişimin ve katılımcılığın uygulama ayağı; bu bağlamda vatandaş odaklı uygulamaların önemli göstergeleridir.

Sadece belediyeler değil, vali ve kaymakamlıklar da vatandaş odaklı kamu hizmetini yerleştirmek amacıyla çeşitli girişimlerde bulunmaktadır. Örneğin, Yalova Valisi haftanın bir gününü "halk günü" ilan ederek farklı kesimlerden gelen insanları dinlemekte, sorunlarına çözüm üretmeye çalışmaktadır (Mynet.com, <http://yurthaber.mynet.com/yorum/liste/120589>). Manavgat Kaymakamlığı ise verdiği vatandaş odaklı elektronik hizmetlerden ötürü Uluslararası Belgelendirme Sistemleri kalite standart belgesiyle ödüllendirilmiştir (Bugün Gazetesi, <http://www.f5haber.com/antalya/manavgat-kaymakamligi-vatandas-odakli-hizmet-haberi-193815/>). Bunun dışında, bugün birçok il özel idaresi tarafından gelir düzeyi belirli bir seviyenin altındaki ailelerin çocuklarına yönelik özellikle eğitimlerini sürdürmeler için maddi destekte bulunmaktadır. Bu gibi örnekler çoğaltılabilir. Özetle, birçok belediye, valilik ve kaymakamlığın giderek daha fazla hizmeti elektronik ortamda sunmaya başlaması, vatandaşların beklenti ve şikayetlerini eskisine göre daha çok dikkate alması, ihtiyaçlarını mümkün olduğunca karşılamaya çalışması, kendilerine erişimi daha kolay ve açık hale getirmesi ve vatandaşları daha çok konuda bilgilendirmesi vatandaş odaklı yaklaşımı benimsemeye başladıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'de vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışının hem merkezi hem de yerel düzeyde giderek daha fazla benimsendiği görülse de daha atılması gereken çok adım vardır. Öncelikle, vatandaş talep ve beklentileri sistematik ve programlı bir biçimde değerlendirilmeli ve vatandaş odaklı çalışan, var oluşunun gerekçesi vatandaş memnuniyeti olan bir kamu sektörü oluşturulmalıdır. Bu bağlamda,

devlet memurları da kendilerini vatandaşlar için hizmet sağlayan hizmet üreticiler olarak görmelidirler. Belki en önemlisi de devletin, toplumu oluşturan bütün insanların aidiyetlerini, kimliklerini mezheplerini ve inançlarını kendilerinin tanımlamasına karışmaması ve sivil toplumun alanını genişlemesine olanak sağlamasıdır. Elbette bütün bunlar, ciddi bir düşünsel dönüşüm gerektirir ve bu dönüşümün kamu yöneticileri, politikacılar ve vatandaşlar tarafından içselleştirilmesi ile yaşam bulabilir.

4. VATANDAŞ ODAKLI KAMU HİZMETİ YAKLAŞIMININ KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI

Kamusal hizmetlerin vatandaş odaklı sunumu kamu ekonomisi bakımından önemli sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu kapsamda, eğer vatandaş odaklı kurumsal yapılar sağlıklı şekilde oluşturulur ve süreç iyi yönetilirse; vatandaş odaklılık, kamu maliyesini ve ülke ekonomisini güçlendirici etkilerde bulunabilir. Devlet-vatandaş ilişkilerinin güçlenmesi temelinde yeni bir kamu ekonomisi şekillenebilir. Böylece kamu ekonomisinin çözmeye çalıştığı sorunlar üzerindeki tıkanıklıklar aşılabilir. Bu bağlamda, kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımın kamu ekonomisi bakımından muhtemel sonuçları da çeşitlilik gösterir. Bu sonuçlar aşağıda sırasıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

4.1. Fiziki, Beşeri ve Sosyal Sermayenin Güçlenmesi

Bir ülkenin fiziki sermayesi, milli serveti oluşturan unsurlardan biridir. Fiziki sermaye, bir ekonomide var olan doğal kaynakları, makine ve teçhizatları, fabrika, bina, yol ve baraj gibi kamusal altyapıları kapsamaktadır. Daha öz bir ifadeyle, bir ekonomide çıktı üretilebilmesi için gerekli olan taşınır ve taşınmazları ifade etmektedir. Üretime katkı sağlayan önemli bir üretim faktörüdür. Ekonomik büyüme ve kalkınma için son derece önem arz etmekle beraber, tek başına yeterli değildir. Beşeri ve sosyal sermaye yeterince gelişkin değilse fiziki sermayenin büyüme üzerinde yaratacağı etki sınırlı düzeyde kalır.

Bir kişinin veya toplumun sahip olduğu bilgi, beceri, yetenekler, sağlık durumu, toplumsal ilişkilerdeki yeri ve eğitim düzeyi gibi kavramların tümünü ifade etmek için kullanılan ve ekonomik büyümenin önemli kaynaklarından birini oluşturan

beşeri sermaye kavramının (Özyakışır, 2011, s.53) üzerinde birleşmiş ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Denison (1962), Schultz (1968) ve Becker (1964) gibi iktisatçıların (Eser ve Gökmen, 2009, s.43) geliştirdiği beşeri sermaye en genel ifadeyle toplumdaki bireylerin, üretim süreciyle ilgili olarak, bir taraftan sahip oldukları bilgilerinin, becerilerinin, yeteneklerinin, tecrübelerinin, işine karşı duygusal bağlılığının, davranışlarının ve değerlerinin ulaştığı düzey; diğer taraftan bedensel ve zihinsel zindeliği ya da sağlamlığıdır (Keskin, 2011, s.128). Diğer bir ifadeyle kavram; insanların bilgilerini, becerilerini, yeteneklerini ve kısmen de eğitim boyunca elde ettikleri kazanımları içermekle birlikte aynı zamanda sağlık ve beslenmeye bağlı olarak elde ettikleri gücü kapsamaktadır (Appleton ve Teal, 1998).

Üretimdeki rolü insana, üretim üzerinde fiziki sermayenin etkisi gibi, sermaye benzeri bir nitelik kazandırmaktadır. İşte, emek, girişimci ve teknik bilgi faktörlerinin sahibi olarak, insanın ekonomik sürece katkısı, insanın bu sermaye niteliğini taşımasından kaynaklanmaktadır (Tunç, 1998, s.84). Bununla beraber, beşeri sermaye, fiziki sermayeden ayrılmaktadır. Beşeri sermayeye yapılan yatırım sosyal ilişkilerin ve sosyal yapının gelişmesine de yardımcı olmaktadır (Keskin, 2011, s.128).

Günümüzde kalkınmada ve ekonomik büyümede, beşeri sermayenin de fiziksel sermaye kadar önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu konuda yapılan pek çok araştırma ve ampirik çalışmada doğruluğunu teyit etmiştir. Çünkü insanla ilgili bu nitelikler, ileri teknolojilerle donatılmış araçların ve üretimde kullanılan diğer faktörlerin, daha kolay, daha verimli ve daha etkin bir şekilde kullanılabilmesine olanak sağlayarak üretimi artırmakta, ekonomilerdeki büyüme ve kalkınmayı hızlandırmaktadır (Şimşek ve Kadılar, 2010, s.119).

Sosyal sermaye ise toplumsal hayatın etkilerini gösteren ve ülkelerin ekonomik faaliyetlerini şekillendiren sosyal içerikli yeni bir iktisadi kavramdır (Koç ve Ata, 2012, s.204). Kökeni çok daha eskilere dayanmakla beraber, bu kavram, 1990'lardan sonra öne çıkmış ve giderek daha çok kullanılmaya başlamıştır. Artık sanayileşmiş toplumların gelişmişliğini sadece fiziki sermaye fazlalığıyla veya az gelişmiş toplumların geri kalmışlıklarını sadece fiziki sermaye azlığıyla açıklamak pek mümkün

değildir. Sosyal sermaye ekonomik gelişmeyi ve büyümeyi doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir (Yıldız ve Topuz, 2011, s.203-204).

Sosyal sermaye kavramının üzerinde herkesin hemfikir olduğu net ve tek bir tanımını bulabilmek oldukça zordur. Sosyal sermayeyi bir terim olarak ilk kez kullanan Hanifan (1916, s.130), sosyal sermaye kavramını, bilindik anlama sahip taşınmazlar, özel mülkiyet ya da para dışında bireylerin gündelik hayatlarının içinde geliştirdikleri iyi niyet, arkadaşlık, yakınlık ve sosyal bir takım ilişkiler olarak tanımlamıştır. Bu kavram popülerite kazandıran ünlü sosyal bilimci Robert Putnam'a göre; sosyal sermaye topluluk verimliliğini arttıran güven, normlar ve ağlar gibi sosyal organizasyonun özellikleridir. Putnam, ekonomik refahın olduğu bölgelerde vatandaşların sivil etkinliklerinin; karşılıklı işbirliğinin, sosyal ağların, adil siyasi ilişkilerin ve siyasi katılımın yaygın görüldüğü bir ortam oluşturduğunu ifade etmiştir. Bu ortama da sosyal sermaye adını vermiştir (Putnam, 1995). Bunun yanında, Dünya Bankası da sosyal sermaye, toplumsal ilişkilerin kalitesini ve büyüklüğünü şekillendiren sosyal ilişkiler, ağlar ve normlar olarak tanımlamıştır (The World Bank, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185164~menuPK:418217~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>).

Sosyal sermayeyi net olarak ölçmek pek mümkün değildir. Çünkü diğer üretim faktörlerinde görüldüğü gibi sosyal sermayeyi ölçmenin güvenilir ve tek bir metodu bulunmamaktadır (Fukuyama, 2000, s.9). Ancak sosyal sermayenin yansımalarını sosyal ve ekonomik alanda gözlemlemek mümkündür. Dünya Bankası, sosyal sermaye göstergeleri olarak ifade ettiği bu yansımalarından bazılarını şöyle sıralamıştır: demokrasi, rüşvet oranı, mahkemelerin bağımsızlığı, hükümete ve sendikalara olan güvenin derecesi, kredi kullanılabilirliği, kişisel özgürlük, yerel topluluklara katılım, yetkilendirme, temsil yetkisi oranları, aile ve arkadaşlık bağlantıları ve farklılığa tolerans göstermemdir (The World Bank, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20305939~menuPK:994404~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.htm>). Bunların dışında, kamudaki bürokratik

işlemler, yolsuzluklar, boşanmaların yoğunluğu (OECD, 2001, s.43) ve siyasi sisteme katılım gibi unsurlar da sosyal sermayenin büyüklüğünü yansıtan unsurlardır.

Woolcock ve Narayan (2000, s.226) sosyal sermayenin eğitimden kurumların rolüne, yönetişimden ekonomik kalkınmaya uzanan çok sayıda geniş alanla ilişkili olduğu ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, ekonomik açıdan sosyal sermaye, ekonomik etkinlik ve üretim üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Diğer ifadeyle, ekonomik kalkınma ve sosyal sorunların çözülmesinde önem arz etmektedir (Karagül ve Dündar, 2006, s.63). Sosyal sermaye, aynı zamanda etkin bilgi ekonomisi ve öğrenen toplum inşa edilmesinde katılımcı yurttaşlığın önemini ve karşılıklı saygıyı da öne çıkarmaktadır (KOSGEB, 2005, s.4).

Tüm bunlar göstermektedir ki; fiziki sermaye, beşeri sermaye ve sosyal sermaye vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımıyla oldukça ilişkilidir. Hem vatandaş odaklılıktan etkilenmekte, hem de vatandaş odaklılığı etkilemektedirler. O yüzden kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımın kamu ekonomisi bakımından yarattığı bir diğer etkinin *fiziki, beşeri ve sosyal sermayeyi güçlendirmesi* olduğu ifade edilebilir. Vatandaş odaklı yaklaşım vatandaş için daha çok fiziki yatırımın yapılmasını olanaklı kılar; vatandaşların karar alma süreçlerine katılımını da artırır. Katılımın artması demokrasiyi güçlendirir. Bu bağlamda, bir yandan vatandaşların devlete güveni artarken, diğer yandan vatandaşların daha bilinçli ve daha aktif olmaları, daha iyi hizmet alma şansını yakalamalarıyla da beşeri ve sosyal sermaye artışı sağlanır.

Beşeri ve sosyal sermayenin güçlendirilmesinde bazı vatandaş odaklı araçlar oldukça önemli role sahiptir. Bunlardan biri vatandaş odaklı bütçeledir. Vatandaş odaklı bütçeleme, vatandaş odaklı yaklaşımın hayata geçirilmesinde göz arda edilemez bir paya sahiptir. Vatandaşın vatandaşlık bilincini, devlete olan güvenini ve sosyo-politik sürece katılımını artırarak, toplumsal barış ve sosyal sermaye üzerinde ciddi katkılar sunar. Özellikle dışlanmış, yoksul ve marjinalleşmiş gruplar, birçok konuda bilgi edinme şansı yakalayarak, daha güçlü hale gelirler. Sahip oldukları haklar, yerine getirmeleri gereken sorumluluklar, kamudaki karar alma süreçleri ve bütçenin işleyişi gibi konularda bilgi sahibi olur ve bütçeyi daha iyi anlarlar. Bu onları pasif konumdan, sadece izleyici olmaktan çıkararak aktif, isteyen, sorgulayan ve eleştiren kişiler haline

dönüştürür. Artık kamu kaynaklarının sadece alıcısı değil, aynı zamanda sahipleri olduklarının farkına varırlar. Böylelikle dışlanmışlık hisleri törpülenir. Ayrıca, mevcut kaynaklar vatandaş ve yöneticilerce uzlaşıya varılmış ihtiyaçlar doğrultusunda tahsis edildiğinde hem beşeri hem de iktisadi kaynakların kullanımında etkinlik sağlanmış olur. Son olarak da, politik meşruiyeti ve seçmen desteğini sağlayarak demokrasiyi güçlendirir.

Vatandaş sözleşmeleri şeffaflığı arttırarak ve vatandaşların hakları konusunda daha farkında olmalarını sağlayarak (Post ve Agarwal, s.2); yönetim ise farklı paydaşların yönetime katılımını sağlayarak ve demokrasiyi kuvvetlendirerek (DPT, 2007, s.5) hem sosyal hem de beşeri sermayeyi güçlendirmektedir. Bunların yanında e-devlet ve m-devlet gibi uygulamalar da özellikle vatandaş katılımını arttırma ve rüşveti azaltma gibi yönleriyle sosyal sermayenin güçlendirilmesine katkı sunmaktadır.

Sonuç olarak, tüm bu olumlu potansiyel sonuçların ortaya çıkması, hizmetlerin gerçekten vatandaş odaklı olarak sunumu durumunda ortaya çıkabilir. Sadece şekilci uygulamalar, bu sonuçlar için yeterli olmadığı gibi aksine vatandaşların devlete bakışındaki olumsuzlukları ve mevcut yılgınlığı pekiştirebilir. Aynı şekilde, vatandaş odaklılık adı altında daha çok tüketici ya da müşteri odaklı uygulamalar da benzer olumsuz etkilere neden olabilecektir. Bu nedenle, vatandaş odaklılığın içeriğinin doğru algılanması ve uygulanması gerekmektedir.

4.2. Kaynakların Optimal Tahsisi

Vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının kamu ekonomisi bakımından yaratacağı etkilerden beklide en önemlisi *kaynakların optimal tahsisidir*. Bilindiği gibi ekonomi biliminin temel sorunu kaynak kıtlığı ve ihtiyaçların sonsuzluğu çelişkisidir. İşte bu noktada, kaynak dağılımında optimaliteyi sağlamak, yani kaynakların gerçekten ihtiyaç duyulan alanlara tahsis edilmesi gerekmektedir.

Kaynak tahsisi kamu kesiminin en önemli ekonomik fonksiyonlarından birisidir. İhtiyaçların etkin bir biçimde giderilmesi için kaynakların bu ihtiyaçlar arasında bölüşülmesini ifade etmektedir. Kaynak tahsisinin optimum verimliliği sağlayıcı şekilde yapılması çok önemlidir. Kaynak tahsisinde optimum verimliliği

sağlama yönünde farklı teorik görüşler ortaya atılmıştır. Bu konuda görüş ortaya atan maliyecilerden önde gelen iki isim A. C. Pigou ve John F. Due'dur. Her iki bilim adamının da kaynak tahsisindeki görüşlerinin büyük ölçüde benzeştiği söylenebilir. Bu ortak görüş; devletin belirli bir hizmeti gerçekleştirmek üzere vatandaşlarından aldığı marjinal para biriminin sosyal faydasının marjinal sosyal maliyete eşitleninceye kadar kamu kaynaklarını ayırması yerinde olacaktır, şeklinde ifade edilebilir (Mutluer, Öner ve Kesik, 2010, s.28).

Kaynak tahsisinde optimalite denildiğinde akla gelen en önemli isimlerden biri de Pareto'dur. Pareto, kaynak tahsisinde optimalitenin başka kimseyi kötü duruma sokmadan birinin durumunu iyileştiren hiçbir yeni değişimin olamayacağı zaman mümkün olabileceğini ifade etmiştir (Due and Friedlander,1973, s.2). Bu bağlamda, pareto-etkin veya pareto optimal olarak da ifade edilen bu durum, daha açık bir deyişle, bir kişiyi kötü duruma düşürmeden hiç kimsenin daha iyi duruma getirilemeyeceği bir durumdur (Stiglitz, 1994, s.110).

Eğer devlet kaynakların optimal tahsisini başaramazsa, kamu hizmetlerinin etkinliği ve verimliliği etkilenir. Ayrıca, kaynakların ülke içinde değişen ihtiyaçlara uygun olarak etkin tahsis edilememesi sunulan kamusal hizmetlerin kalitesini ve ulaşılabilirliğini de etkilemektedir. Bu durumun örneklerine sağlık sektöründe rastlanabilir. Bazı bölgelerde doktora ve ilaca erişim daha zor ve maliyetli olabilir (Bailey, 2004, s.48). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde demokrasinin iyi işlememesi, hükümetlerin baskı gruplarının taleplerine uygun mal ve hizmet sunmaları, bürokrasideki savurganlıklar, yolsuzluk ve rüşvet gibi olayların yaygınlığı kamusal ihtiyaçların yetersiz miktarda ve kalitesiz olarak sunulmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle, devletin kamu ekonomisinde kaynak tahsisinde optimaliteyi sağlayıcı iyileştirici önlemler alması gerekmektedir (Şener, 2006, s.14-15). Bu bağlamda, daha etkin bir kaynak tahsisi bakımından kamunun nasıl müdahalede bulunması gerektiği sorunu önem kazanmaktadır. Bu açıdan, kurumsal sebepler yanında, üretim faktörleri ve üretim süreciyle ilgili koşullar, ortaya çıkan olumlu ve olumsuz dışsallıklar, risk ve zaman faktörleri büyük önem taşımaktadır (Akdoğan, 2002, s.24). Devlet tüm bu unsurları dikkate alarak kamu kesiminde optimum kaynak dağılımını gerçekleştirmesi

yani, bu kesime tahsis edilen k t kaynakları toplum yönünden faydayı maksimize edecek bir şekilde kullanması gerekmektedir (Nadaroğlu, 1976, s.104).  şte vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı da bu yönde devletin kullanabileceği önemli bir araçtır. Böyle bir yaklaşımı benimseyen bir devlet, bir yandan vatandaşlarının memnuniyeti ve desteğini kazanırken; bir yandan da kaynak tahsisinde optimaliteyi sağlama yönünde bir kazanım elde etmiş olur.

Vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaŐımında, vatandaşlardan nasıl daha az vergi alarak veya aldığı vergiyi sabit tutarak nasıl daha fazla kamu hizmeti üretilbilir sorusunun cevabı aranmaktadır. Çünkü vatandaşlar, daha az vergi vermeyi talep etmektedirler. Bununla birlikte vatandaşların kamu hizmetlerine yönelik talepleri azalmamaktadır (Kettl, 2000a, s.1-3).  şte sunulan hizmetler minimum maliyetle ve gerçekten ihtiyaç duyulan yer ve zamanda, gerçek ihtiyaç sahiplerine uygun miktarda sunulur ve hizmetlerin yükü de aynı doğrultuda adil bir şekilde dağıtılarak bu çeliŐki ortadan kaldırılabılır. Vatandaş odaklı hizmet anlayışı da bu durumun ortaya çıkmasını sağlayabilir. Vatandaşlar ödedikleri paranın karşılığını aldıklarını hissedebilirler.

Vatandaş odaklı hizmet sunumu ile kaynaklar gerçekten vatandaşlar tarafından ihtiyaç duyulan alanlara ve yeterli miktarda aktarılır, israf önlenir. Vatandaş odaklı bir anlayışın benimsendiği bir devlette kaynak tahsisi sırasında vatandaşların ihtiyaç ve beklentileri dikkate alınır. Böylece gereksiz ve verimsiz hizmetler daha az sunulur. Vatandaş tarafından yeterince istenmeyen alanlara kaynak aktarılmaz. Bu da kaynak tahsisinde optimaliteye ulaşılması adına son derece önemlidir.

Kaynak dağılımında etkinliği bozan önemli etkenlerden biri yolsuzluklardır. Bu bağlamda, vatandaş odaklı uygulamalar yolsuzlukların azaltılmasına önemli katkılar sunar. Vatandaş odaklı uygulamalarla kamu kesiminde Şeffaflık arttırılarak hesap verilebilirliğin g clendirilmesi amaçlanır. Ayrıca, kamusal alanda karar alma, yürütme ve denetim aşamalarına vatandaş katılımı sağlanır. Bütün bunlar yolsuzluğun panzehiri niteliğindedir. Artık vatandaşın parasının nereye harcandığı, neden harcandığı, ne kadar harcandığı ve bu harcamalardan kimlerin sorumlu olduğu gibi konular kamuoyunun bilgisine açık hale gelirken; tüm yöneticiler ve kamu görevlileri de vatandaşa gerektiğinde hesap vermek zorunda kalmaktadırlar. Bu da, kamuda kayıt dıŐılıđı, vergi

kaçırmayı ve usulsüzlüğü azaltmakta, yolsuzluğu zorlaştırmaktadır. Özetle, vatandaş odaklılıkla bağlantılı güçlü bir demokratik sistem ve sivil toplum, yolsuzlukları önlemede vazgeçilmez önemdedir.

Vatandaş odaklılığı büyük ölçüde mümkün kılan bilgi ve iletişim teknolojileri de hem kaynakların etkin ve etkili kullanımı hem de optimal dağılımını sağlamada önemli araçlar sunmaktadır. E-devlet, m-devlet ve tek durak merkez gibi bilgi teknolojileri tabanlı uygulamalar özellikle sundukları eşit erişim imkanıyla bunu mümkün kılmaktadır. Devlet belirli kesimlere ve bölgelere hizmetleri yeterince ulaştıramama sıkıntısından kurtulacak, bu sayede de kaynakların belirli yer ve kişilerde gereksiz şekilde toplanması önlenilecektir. Özellikle yönetim daha çok mümkün kıldıkça bu durumun gerçekleşme olasılığı daha da artmaktadır. Yönetim sayesinde vatandaş yönetime yaklaşır ve yönetimin her yaptığını açıkça izlerken (Toksöz, 2008, s.18); devletin faaliyetlerinin kendi isteklerine aykırı düşmemesini ve bütçe kaynaklarının da kendi beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olarak tahsis edilmesini sağlama imkanına kavuşur.

Benzer şekilde, bütçeleri vatandaş odaklı biçimde gerçekleştirdiğimizde kaynakların en uygun yerlere gitmesi tam anlamıyla gerçekleştirilmiş olmaktadır. Çünkü vatandaş odaklı bütçelemeye mevcut kaynaklar vatandaşlar ve devlet yöneticileri tarafından uzlaşmaya varılarak tahsis edilir. İhtiyaçlar tam ve net olarak tespit edilerek gereksiz ve yanlış aktarımların önüne geçilmiş olur. Vatandaş odaklı hizmet anlayışının diğer aracı olan vatandaş sözleşmeleri ise kamuda görülen etik dışı uygulamaları azaltarak kaynakların israfını ve yanlış yerlere tahsis edilmesini önleme potansiyeline sahiptir (Post ve Agarwal, s.2). Bu potansiyele sahip olma nedeni her uygulamanın belirli kural ve standartlar içinde yerine getirilmesini sağlama amacına hizmet etmesinde yatmaktadır.

Vatandaş odaklılık sayesinde, ihtiyaçlara duyarlı olarak geliştirilmiş kamusal hizmet mekanizması söz konusu olur. İhtiyaçların tam olarak ortaya konulması ve buna uygun olarak geliştirilecek kamusal hizmet anlayışı, kaynak ve harcama israfını engelleyecek, böylece verimlilik ve etkinliği sağlayacaktır. Toplumu oluşturan her bir bireyin farklı ihtiyaçlarının olması, vatandaş odaklı bir kamu yönetimi anlayışını

zorunlu kılarken, bununla uyumlu ekonomik ve sosyal politika anlayışının da geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesi mümkün olacaktır. Bu bağlamda, kamu hizmetlerine ilişkin harcama ve gelirlerin bileşimi, toplumdaki kaynak tahsisini hem belirler, hem de toplumdaki kaynak tahsisi tarafından belirlenir (Genç, M., 2010, s.40-41). İşte vatandaş odaklı yaklaşım sayesinde bu kaynak tahsisi en uygun şekilde gerçekleştirilebilir. Kaynak tahsisinde optimalite sonucu toplumun iktisadi refahı da maksimum olmuş olur. İktisadi refahın artması için toplumda kimse zarar görmeden ister zengin olsun ister fakir bir kişinin iyi duruma gelmesi yeterlidir (Batırel, 2007, s.12).

4.3. Kaynakların Etkin, Ekonomik ve Verimli Kullanımı

Toplumsal bakımından kamu maliyesinin amacına ulaşabilmesi için kaynakların sadece optimum tahsisi yeterli değildir. Ayrıca tahsis edilmiş olan kaynakların etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılması da gerekmektedir. Neredeyse son yirmi yıldır kamu mali yönetim anlayışı ve buna bağlı olarak kamu kaynaklarının etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılması konusu, tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kamu maliyelerinin temel hedeflerinden biri olmuştur. Dünya Bankası, IMF ve AB ile diğer birçok uluslararası kuruluş da bu konunun üzerinde önemle durmaya başlamıştır (Mutluer, Öner ve Kesik, 2010, s.29).

Ekonomiklik kavramı, hedeflerin gerçekleştirilmesinde kaynakların en düşük maliyetle kullanımını' yani belirli bir kaliteyi dikkate alarak faaliyetlerde kullanılan kaynakların maliyetini minimuma indirmeyi ifade ederken; verimlilik eldeki kaynaklarla (girdiler) mümkün olan en çok ürünün (çıktının) elde edilmesi, yani belirli bir miktar kaynakla amaca en iyi şekilde ulaşılması, ya da verim üretim düzeyinin gerçekleşmesi için daha az girdi kullanılmasını ifade etmektedir (Falay, 1987, s.20). Etkinlik ise, amaçlara, hedeflere ulaşma derecesi; beklenen etkiler ile gerçekleşen etkiler arasındaki ilişkidir (Kubalı, 1998, s.40-41).

“Kamusal mal ve hizmetlerde etkinlik nasıl sağlanır?” sorusuna verilebilecek cevapların fazlalığına rağmen üzerinde önemle durulan ve belki de mutabakatın en yoğun sağlandığı cevap; ihtiyaçlara duyarlı olarak geliştirilmiş kamusal hizmet

mekanizmasıdır. İşte, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı bu amaca ulaşmada önemli araçlar sunmaktadır.

Vatandaş odaklı yaklaşım ve onu mümkün kılan araçlar *kaynakların etkin, ekonomik ve verimli kullanımını* sağlayabilir. Vatandaş odaklı hizmet sunumu ile hizmetler daha düşük maliyetle ve ihtiyaç anında en iyi şekilde sunulabilir. Bireyler ve toplum için elde edilecek çıktılar iyileştirilebilir (Duggan, 2010, s.1). Kısacası, kamu harcamaları daha verimli ve etkin hale gelir. Çünkü kamu hizmetlerinin geleneksel usullerle yürütülmesi hem işlem süresini uzatmakta hem de maliyetleri ve dolayısıyla kamu harcamalarını artırmaktadır. Kamu harcamaları da bu temelde yeteri kadar etkin ve verimli olamamaktadır. Dolayısıyla kamu harcamalarından beklenen net faydalar yeteri kadar ortaya çıkamamaktadır.

Bu doğrultuda hayata geçirilen en önemli gelişme ise e-devlet ve m-devlet hizmetleridir. Vatandaş odaklı hizmeti mümkün kılan e-devlet ve m-devlet hizmetleri, yapılan işlemlerin marjinal maliyetlerini sıfıra veya çok düşük noktalara çekebilmektedir. Çünkü oluşturulan bir içeriğin veya uygulamanın çoğaltılması çok düşük bir maliyetle hatta kimi zaman ücretsiz biçimde sağlanabilmektedir. Aynı şekilde, çoğaltılan içeriğin dağıtımını yine sıfıra yakın maliyetlerle yapılabilir. Dolayısıyla bu uygulamalar sayesinde işlem maliyetleri radikal bir şekilde düşürebilmektedir (Erdoğan, 2004, s. 2-3). Bunun yanında, bu girişimler sayesinde bürokratik şişkinlik azalmaktadır. Bu ise ciddi bir kaynak tasarrufu anlamına gelmektedir. Zamandan ve uzayan işlemlerden kaynaklanan yüksek maliyetler aşağıya çekilebilmektedir. Günümüzde özellikle ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde, yaygın olan e-devlet gibi teknolojik uygulamalar ile bürokratik engeller asgariye indirilmiş, kamu hizmetlerinin kalitesi artmıştır. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımıyla kamu yönetimi daha basit ve daha kolay ulaşılabilir kılınmış; kırtasiyecilik, şekilcilik ve verimsizlik azaltılmıştır (Saygılıoğlu ve Arı, 2002, s.274-275). Bu bağlamda, hem e-devlet hem de m-devletin kaynakların etkin, ekonomik ve verimli kullanımını adına vatandaş odaklı kamu hizmetini mümkün kılan araçların başında geldiği söylenebilir.

Özellikle elektronik hizmet sunmada öne çıkan tek durak merkez uygulaması da benzer etkiyi yaratmaktadır. Vatandaşlara zaman ve maliyet açısından sağladığı

fayda yanında, fazla ve gereksiz işlemleri azaltarak, hizmetleri entegre hale getirerek ve işlemlerde hata payını nerdeyse sıfıra indirerek etkin kaynak kullanımına katkı sağlamaktadır

Devlet kurumlarının işleyişinde artık rasyonellik ön plana çıkarılmaktadır. Ayrıca, e-devlet ve m-devlet uygulamaları ile kamu sektörü daha modernize ve daha esnek hale gelmektedir. Daha da ötesi, vatandaşın istekleri doğrultusunda hizmet sunumu çeşitlendirilerek, hizmetler daha inovatif (yenilikçi) bir yapıya kavuşmaktadır.

İnternetin gelişimi ile tüm kurum ve kuruluşlar bu teknolojiyi kullanarak daha etkin ve verimli kamu hizmet sunma imkanına kavuşmuşlardır. Bu değişen hizmet yapısının devlet otoritesine iki şekilde yansımaları olacaktır; birincisi vatandaşların tüm beklentilerinin daha verimli şekilde yerine getirilmesi, ikincisi de azalan cari giderlerdir (Şişman, Alkış ve Maraş, 2011, s.28) E-devlet, m-devlet ve tek durak merkez uygulamaları sayesinde devletin işlevlerini devam ettirerek küçülmesi yani masraflarını azaltması büyük kazançlar getirebilecek, bürokrasinin yavaşlattığı ve hantallaştırdığı devlet yapısı esnek yapıya kavuşarak, üretim ve yatırımlara daha hızlı uyum sağlayabilecek ve destek verebilecektir (Cantekinler, 2002, s.12). Böylece kamusal kaynakların eskisine göre daha etkin, ekonomik ve verimli kullanımı sağlanabilecektir.

Tabii kamu kaynaklarını daha iyi şekilde kullanmayı sağlayan vatandaş odaklı araçlar sadece e-devlet ve m-devlet gibi bilgi teknolojileri temelli uygulamalar değildir. Örneğin yönetim de bu hedefe hizmet etmektedir. Yönetişim, vatandaşların devlet yönetimine daha çok katılımını sağlayan bir uygulama olarak kamu kaynaklarının en yüksek toplumsal faydayı sağlayacak ve minimum düzeyde toplumsal maliyete sebep olacak şekilde kullanımını sağlama yönünde katkı sağlamaktadır. Benzeri durum vatandaş odaklı bütçeleme ve vatandaş sözleşmeleri için de geçerlidir. Bu araçlar da aynı şekilde, kamu kaynaklarının etkin, ekonomik ve verimli kullanımını sağlama potansiyeline sahiptirler.

Sonuç olarak, kamu kaynaklarının kamusal gerekler doğrultusunda ve kaynak kullanımında etkinlik ve verimlilik sağlanması amacı çerçevesinde belirlenmesi, sağlanması, yönlendirilmesi ve kullanılması bakımından kamu sektörünün büyük

fonksiyon üstlendiği ve bu fonksiyonun kamu maliyesi içerisinde önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir (Akdoğan, 2002, s.24). Kamu maliyesinin toplumsal refahı artırması ve ekonomik kalkınmayı sağlayabilmesi için önce kaynakların iyi yapılmış plan ve programlara uygun olarak, olması gereken yerlere tahsis edilmesini ve daha sonra da bunların etkinlik, ekonomiklik ve verimlilik ilkeleri içinde kullanılmasını sağlaması gerekmektedir (Mutluer, Öner ve Kesik, 2010, s.28). Vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışı da bahsetmiş olduğumuz araçlar sayesinde kamu sektörünün bu amaca ulaşmasını sağlamaktadır. Kıt kaynakların kamu sektörü tarafından bu yolla etkin, ekonomik ve verimli şekilde kullanımı sağlandığı takdirde sadece milli gelir artışı yaratılmakla kalmamakta, ayrıca adaleti ve eşitliği sağlama ve de gelir dağılımını iyileştirme olanağı da sağlanmaktadır.

4.4. Devlet Bütçesinin İyileştirilmesi

Devletin fonksiyonları ve bu bağlamda devlet bütçesinin kapsamı ve büyüklüğü önceden beridir tartışılan konular olmuştur. 1980'den sonraki dönemde ise birey, toplum ve devlet bağlamında birçok kavram anlamını yitirmeye başlamıştır. Bireylerin günlük yaşantıları başta olmak üzere devlet–vatandaş ilişkisi, kamu kurumlarının, özel sektörün ve sivil toplum kuruluşlarının yapısı, işleyiş mekanizmaları, temel ilkeleri ve hizmet anlayışları tamamen değişmiştir. Buna bağlı olarak da devletin rolü ve işlevleri reform tartışmalarının merkezine oturmuştur. Bu reform çabalarının odak noktasında devletin minimize edilerek, vatandaşlar tarafından arzulanan kamusal hizmetlerin sürdürülebilirliğinin temin edilmesi bulunmaktadır. Buraya odaklanan ülkeler devlet bütçesi açıklarını kapatacak, dolayısıyla kamu harcamalarını kısacak politikaları yürürlüğe koymuşlardır.

İşte vatandaş odaklı yaklaşım da bu arayış çerçevesinde, piyasalaşmaya paralel ya da karşıt düşüncedekiler tarafından müşteri odaklılığa tepki için ya da bir başka cepheden müşteri odaklılığı kamufle ederek tepkileri dindirmek için getirilmiştir. Elbette her durumda vatandaş odaklılığın kamu maliyesi ve bütçe süreçleri üzerinde etkileri olacağı açıktır.

Vatandaş odaklılığa yönelmenin temel gayesinin kamu maliyesindeki tıkanıklıkları aşmak ve sürdürülebilirliği sağlamak olduğu düşünülürse, vatandaş odaklılıkla birlikte bu konuda iyileşmeler sağlanması beklenir. Bu bağlamda, vatandaş odaklı anlayış kamu hizmetlerini hem vatandaşların beklentilerine uygun, nitelikli ve erişimi kolay bir yapıya büründürerek hem de daha düşük maliyetle ve etkinliği sağlayacak şekilde sunmayı olanaklı kılarak kamu maliyesi üzerinde bir rahatlama yaratabilir. Bu yaklaşımla bir takım piyasa araçlarına başvurularak bazı maliyet tasarruflarının sağlanması hedeflenmektedir. Maliyet tasarrufları hizmeti planlama ve sunma giderlerini de azaltacağından özellikle kamu harcamalarında bir düşüş yaratması beklenmektedir. Böylece devletin daha kaliteli ve etkin kamu hizmetini daha az harcayarak yerine getirmesi mümkün hale gelecektir. Bunların yanında, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı ile beklenen faydaların gerçekleşmesi, yani kamusal kaynakların optimal tahsis edilmesi, ekonomik, verimli ve etkin kullanılması, hizmete erişimin ve hizmetten yararlanmanın artırılarak hizmetin atıl duruma düşmesinin önlenmesi ve yeni mali alan yaratması gibi olası beklentilerin gerçekleşmesi durumunda da mali bakımdan ciddi düzelmeler sağlayacağı söylenebilir.

Bunların da ötesinde yolsuzlukların önlenmesi, vatandaş memnuniyetinin artırılması ve toplumda güven duygusunun gelişmesi ile birlikte vatandaşların vergiye uyumunda da düzelmeler olabilecek, öylelikle vergi gelirleri de artabilecektir. Bu bağlamda vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışı bir yandan kamusal harcamalarda verimlilik ve etkinlik artışı ile tasarruf sağlayabilecek, diğer yandan da vatandaşların vergiye gönüllü uyumunu artırarak vergi gelirlerini arttırabilecektir. Bu gelişmeler de devlet bütçesi üzerinde ciddi bir rahatlama sağlayacaktır.

4.5. Mali Alan Yaratma

Mali alan, hükümetin finansal durumların sürdürülebilirliğini etkilemeden, belirlenen amaç için ek bütçe kaynaklarını sağlamaya yönelik kamu kapasitesinin artırılması, bütçesel alan yaratılması olarak tanımlanmaktadır (Heller, 2006, s.75). Schick (2009, s.7) de mali alanı, devletin bütçe veya diğer ilgili kararlarına yönelik politika girişimlerini oluşturmada sahip olması gereken finansal kaynaklar olarak ifade etmiştir. IMF ise mali alanı, hükümetin mali durumunun sürdürülebilirliğine zarar

vermeksizin arzulan bir amaca yönelik kaynak yaratılmasını sağlayan bütçesel boşluklar olarak tanımlamaktadır (Abu-İsmail ve Roy, 2011, s.4).

Shick (2009, s.9), mali alanın ortaya çıkmasını ve büyüklüğünü mevcut programların gelirleri arttırma kapasitesine, devletin ne kadar vergi alabildiğine, ne kadar borçlanabildiğine ve ekonomik performansa bağlamışken; Gottschalk, Le, Lofgren ve Nouve (2009, s.6) öz gelirlerin büyüklüğü, iç ve dış kaynaklardan sağlanan borç, alınan dış yardımların durumu, harcamaların nasıl önceliklendirildiği ve verimli şekilde kullanılıp kullanılmadığına bağlamışlardır. Mali alan konusunda öncül isim olan Heller (2006, s.75-77) mali alan yaratan kaynakları şöyle sıralamıştır:

- i. *Gelirlerin, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) İçindeki Payının Arttırılması:* Gelirlerin GSYİH içindeki payını arttırma genellikle düşük vergi yüküne sahip ülkeler için etkin bir seçenektir. vergi oranlarını bir miktar daha arttırmak kaydıyla mali alan yaratma şansı bulunabilecektir.
- ii. *Harcamaların Yeniden Önceliklendirilmesi:* Harcamaların yeniden önceliklendirilmesinde, verimsiz alanlardaki harcamalar azaltılarak, daha verimli alanlardaki harcama programları genişletilmelidir.
- iii. *Dış Bağışlar:* Dış bağışlar, borçlanmanın aksine çok açık ve net bir biçimde mali alan yaratmaktadır. Ancak bağışların sürdürülebilirliği ve tahmin edilebilirliği önem arz etmektedir. Bunlar tek sefer yapıldığı ve miktarı değişkenlik gösterdiğinde mali alanın yaratılması da riske girmektedir. Ayrıca, bağışçıların tutumu, bürokratik süreçler ve bağış yapılan ülkedeki siyasi konjonktür belirleyici olmaktadır.
- iv. *Borçlanma:* İç veya dış borçlanma yoluyla da mali alan yaratılabilir. Ancak borçlanmada, borçlanmanın maliyeti, geri ödeme zamanı, geri ödenme zamanında gerekli kaynağın bulunması, sürdürülebilirliği büyük önem taşımaktadır.
- v. *Para Basma:* Para basılması yoluyla da mali alan yaratılabilir. Ancak para basma mali alanın yaratılmasında sınırlı alan sunmaktadır.

Vatandaş odaklı hizmet anlayışıyla kaynakların israfının önlenmesi, tasarrufların sağlanması, harcamaların disipline edilmesi ve harcamaların ihtiyaçlara uygun olarak önceliklendirilmesi sayesinde devlet için bir mali alan ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, uluslararası kuruluşlar, kamu sektöründe kapasitesinin artırılması ve vatandaş odaklı yapılanmaların geliştirilmesine yönelik olarak, devletlere önemli miktarda kaynak aktarmaktadırlar. Bu da yeni mali alan yaratmaktadır. Ayrıca, nasıl eski ekonomik sistemde iyi işleyen kamu kesimi ekonomik gelişmede anahtar rol oynuyorsa, yeni ekonomide iyi bir e-devlet aynı rolü oynamaktadır. Çünkü iyi işleyen bir e-devlet yabancı sermaye için de bir cazibe oluşturacak ve yabancı sermayenin ülkeye girişine zemin hazırlayacaktır (Aykın, 2002, s.12). Diğer bir ifadeyle, vatandaş odaklı bir uygulama olan e-devlet yabancı sermayeyi ülkeye çekmesiyle de bir mali alan yaratmaktadır.

Öte yandan, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı sayesinde *vergi gelirlerinde artış* sağlanabilmektedir. Şöyle ki; vatandaşların toplanan vergilerin, verimli ve rasyonel kullanılmadığına ilişkin inancı, mükelleflerin vergi bilincini zayıflatır ve vergiye karşı direncini artırır. Bu bağlamda, vatandaş olarak mükellef odaklı bir gelir idaresinin yapılandırılması gerekir. Mükellef odaklı gelir idaresi sayesinde mükelleflere sunulan hizmetlerin kalitesi artacak, danışma ve tavsiye hizmeti sunacak servisler oluşturulacak, vergilendirme süreci basitleştirilecek, beyanname doldurulması, vergilerin ödenmesi ve iletişimin sağlanmasında yeni teknolojilerden yararlanılacak ve böylece mükellefin vergiye gönüllü uyumu sağlanmış olacaktır (Ay, 2006, s.77). Ayrıca, ödedikleri vergilerin ihtiyaçları ve beklentileri göz önüne alınarak kullanıldıklarını gördüklerinde bu uyum daha da artacaktır. Sonuç olarak, vatandaş odaklı bu tip uygulamalarla devlete olan güvenin artması vergi toplamayı kolaylaştıracak, kayıt dışı ekonominin kontrol altına alınması sağlanacaktır (Demirel, 2006a, s.92). Tüm bunların neticesinde de, devlet için önemli boyutta mali alan yaratılması mümkün olacaktır. Vergi gelirlerinde sağlanan artış mali alan için de bir artışı ifade etmektedir.

Vatandaş odaklı uygulamalar, mali alan yaratılması bakımından önemli araçlardır. E-devlet, m-devlet, tek durak merkez ve vatandaş bütçe gibi vatandaş odaklı

kamu hizmetini mümkün kılan araçlarla, kaynakların daha etkin ve etkili şekilde kullanımı, etkin tahsisi, maliyet tasarrufları ve etkinlik kazançları sağlanmaktadır. Böylece, yeni mali alan yaratılarak, mali yönetim güçlendirilmektedir. Daha da ötesi, vatandaş odaklı uygulamalarla toplum refahı artırılmakta, ekonomik kalkınma hızlandırılmakta ve refah artışı tabana yayılmaktadır. Aynı şekilde vatandaş memnuniyeti arttırılarak, devlete olan güven tekrar sağlanmaktadır. Bu durum da, vatandaşların vergiye uyumunu arttırarak devletin vergi toplama kapasitesini genişletmektedir. Bu sayede devletin vergi gelirlerinde yaşanan artış da, yeni mali alan oluşturulması anlamına gelmektedir. Ayrıca, bahsetmiş olduğumuz bu araçlar kayıtdışı ekonomiyi önleyerek kamusal kaynaklarda yaşanan kaçığı giderme görevini de yerine getirmektedir. Böylece mali alanın ortaya çıkması ve genişletilmesi bu sayede de mümkün olmaktadır.

Vatandaş sözleşmeleri de benzer şekilde mali alan yaratılmasına katkı sağlamaktadır. Çünkü vatandaş sözleşmeleri sayesinde vatandaşların hizmetler için ödedikleri paraların çalışanların değil, devletin kasasına girmesi garanti altına alınmaktadır. Bu da kamu gelirlerinde bir artış yaratarak mali alanın oluşmasını sağlamaktadır (Post ve Agarwal, s.2). Bunun yanında, vatandaş odaklı bütçeleme de mali alan yaratılmasında önemli role sahiptir. Sağlamış olduğu katılım, şeffaflık ve hesap verebilirlikle yolsuzlukların azaltılmasına yardımcı olurken, toplumsal fayda sağlayacak uygulamaları zora sokan anlaşmazlıkları da ortadan kolayca kaldırır. Yönetim ve vatandaşlar arasındaki güven artar. Bunun sonucunda da vatandaşların vergi ödeme istekleri yükselir ve yönetimin gelir toplamadaki etkinliği artar. Ayrıca harcamaların ihtiyaç ve beklentilere göre yeniden önceliklendirilmesini sağlama işlevini de görür. Tüm bunların sonucu olarak ise vatandaş odaklı bütçelemeyle ek mali alan yaratılabilir hale gelinir.

Özetle, her bir vatandaş odaklı uygulama bahsetmiş olduğumuz farklı şekillerde, vergi gelirlerinde artış sağlama ve harcamaların ihtiyaçlar doğrultusunda önceliklendirilmesi yollarıyla mali alan yaratma kapasitesine sahiptir. O yüzden, devlet vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışını mali alanı yaratma ve genişletme adına da mutlak olarak benimsemelidir. Çünkü kamusal kaynakların giderek kıt hale geldiği ve

buna karşın ihtiyaçların da sürekli arttığı böyle bir dönemde mali alan yaratılıp sürdürülebilmesi, kamu sektörü için vazgeçilmez bir öneme sahiptir.

4.6. Hizmet Kalitesinin Arttırılması

Hizmet ve kamu hizmeti, soyut bir kavramdır. Hizmetlerin soyut olması demek hizmet kalitesinin de soyut olması anlamına gelmektedir. Bu nedenle, hizmet kalitesi ile ilgili çalışmalarda hizmet kalitesi kavramı yerine daha çok “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Devebakan, 2005, s.9). Elbette bu algı hizmetten yararlananın kişinin öznel değerlendirmesine dayanır. Beklentiler doğrultusunda hizmet kalitesi vatandaştan vatandaşa farklılık gösterir. Beklentileri de, kişinin sahip olduğu eğitim seviyesi, gelir durumu ve sosyal düzeyi gibi pek çok değişken etkilemektedir. Bu bağlamda kalite konusunda nesnel ölçütlerden bahsetmek bu bağlamda zordur. Bununla birlikte ölçümlenemeyen değerlerin karşılaştırılamayacağı gerçeğinden hareketle hizmet kalitesinin de ölçülmesine yönelik ciddi çalışmalar yapılmaktadır.

Hizmet kalitesi, vatandaşın (müşterinin) hizmeti (satın) aldıktan sonra, o hizmetten sağladıklarının kendisinde yarattığı duygudur. Bir diğer deyişle, vatandaşın söz konusu hizmetten ne kadar tatmin olup olmadığını ifade etmektedir. Dolayısıyla, hizmet kalitesi kavramını; vatandaşın gereksinimi ve beklentileri ve bunlar doğrultusunda hizmette olması gereken özellikler, hizmetin bu özellikler ve niteliklere sahip olma derecesi olarak ifade edilebilir (Çiçek ve Doğan, 2009, s.203). Bu bağlamda vatandaşların hizmetlere yönelik gereksinim ve beklentilerinin doğru tespit edilmesi gerekir. Daha sonra bu gereksinimler ve beklentiler çerçevesinde hizmetin özellikleri belirlenebilir. Bu yapılmaz ise ne kadar özenilirse özenilsin vatandaşlar gereksinim ve beklentilerini karşılamayan hizmetlerden hoşnutsuz kalacaktır. Bu hoşnutsuzluk ise vatandaşın hizmete karşı kalite algısına olumsuz yansıtacaktır. İşte bu noktada vatandaş odaklılık, hizmet kalitesinin arttırılmasında yönetimlere yardımcı olabilir.

Hizmetlere karşı vatandaşın hizmetten tatmin derecesini arttırmak, hizmetlerin kalitesinde bu kriterlere gösterilen ilgi ve alınan önlemlere bağlıdır. Personel becerilerini ve bilgilerini vatandaşların yararına (vatandaşın daha sağlıklı, saha eğitimi, daha refah olması gibi) kullanan personelin üzerine düşen görev ve sorumlulukları göz

önüne alarak, kişiler arası ilişkileri açıklamak gerekir. Hizmetin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, yiyecek ve içecek, hizmet kalitesi, kurum ödemeli ya da para ödemeli gibi kurumsal faktörler de vatandaş memnuniyeti üzerine etki eden önemli özelliklerdir. Hizmetler ile ilgili beklentiler, vatandaşların birçok özelliğine göre farklılık göstermektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesi konusunda vatandaşın tutumu ve beklentileri hakkında edinilen bilgiler hizmet sunanlar açısından ayrı bir önem taşımaktadır (Özçelik, 2001).

Elbette her hizmet türü için bu konuda gereksinim duyulacak bilgiler farklı olacaktır. Bu bilgilerin detaylı ve gerçekçi olabilmesi için de katılımcı süreçlerin işletilmesi, şeffaflık ve saydamlıkla birlikte sağlıklı bir denetim ve geribildirim mekanizması kurulması büyük önem taşımaktadır. Elbette e-devlet, m-devlet gibi uygulamalar da bu bağlamda katkı sağlayacak mekanizmalar sunacaktır. Bu kanalların da sağlıklı şekilde ve geniş kapsamlı olarak işletilmesi gerekir.

Literatürde en yaygın kullanıma sahip hizmet kalite boyutları şöyle sıralanabilir (Usta ve Memiş, 2010, s.337):

- i. *Somut Özellikler*: Binaların, kullanılan teçhizatın, iletişim malzemelerinin ve personelin görünümü,
- ii. *Güvenilirlik*: Vaat edilen hizmeti doğru olarak yerine getirme yeteneği,
- iii. *Heveslilik*: Müşterilere yardım etme ve hızlı hizmet verme istekliliği,
- iv. *Yeterlilik*: Hizmeti yerine getirmek için gereken bilgi ve yeteneğe sahip olunması,
- v. *Nezaket*: Müşteri ile doğrudan ilişki kuran personelin nazik, saygılı, düşünceli ve samimi olması.
- vi. *İnanılabilirlik*: Hizmet sunan kişinin güvenilir ve dürüst olması,
- vii. *Güven*: Çalışanların bilgili ve nazik olmaları ve müşterilere güven duygusu uyandırabilme becerileri,
- viii. *Erişim*: Gerektiğinde iletişim kurma kolaylığı ve erişilebilirlik,

- ix. *İletişim*: Anlayabileceği dilden müşterinin bilgilendirilmesi ve sorunlarının dinlenmesi,
- x. *Empati*: Çalışanların kendilerini müşterilerin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi göstermesidir.

Jarmo Lehtinen ise hizmet kalitesini “süreç kalitesi” ve “çıkıtı kalitesi” olarak iki boyutta değerlendirmektedir. Süreç kalitesi, vatandaş tarafından hizmet sunumu esnasında değerlendirilen kalite olup, vatandaşın kişisel ve öznel yargılarını kapsamaktadır. Çıkıtı kalitesi ise, hizmet sunumundan sonra vatandaşın, üretim sürecinin sonucu ile ilgili değerlendirmelerini kapsayan kalitedir (Devebakan, 2005, s.12). Her iki aşamada da yukarıda bahsedilen mekanizmalar yararlı olacaktır. Vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı, sadece çıkıtı kalitesi üzerinde odaklanmanın ilerisinde süreç kalitesini de düzeltecektir. Bir anlamda vatandaş odaklılığın sağlanması demek aslında süreç kalitesinin sağlanması demektir.

4.7. Adalet ve Eşitliği Sağlama

Adalet ve eşitlik kavramları, toplum içerisinde tam bir açıklığa kavuşamayan, sürekli aynı anlamda kullanılan ve anlamları karıştırılan iki kavramdır. Adalet kavramı, eşitlik kavramından daha farklı ve kesinlikle eşitliğin yerine kullanılması uygun olmayan bir kavramdır. Adalet, hakkın gözetilmesi ve yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Haklı ile haksızın ayırt edilmesi adaletle sağlanmaktadır.

Eşitlik ise adaletten apayrı bir kavramdır. Eşitlik, iki şeyin her yönden denk olması demektir. İnsanların birbirleriyle eşdeğerde olduğunu, bundan dolayı insanlar arasında ayırım gözetilmemesi gerektiğini ifade eden bir ilkedir. Herkese yaptıklarının karşılığı değil, yapmayanlara da aynı karşılık verilmektedir. Eşitlikte herkes memnun edilmeye çalışılır. Böyle bir durum adalette söz konusu değildir. Hak etmeyenleri mutlu etmeye çalışmak adalet mekanizmasında mevcut değildir.

Özetlemek gerekirse, adalet hak edene hakkını vermek, eşitlik ise hak etmese de hak etmediğini vermek anlamına gelmektedir. Mutlak eşitlik, yani her şeyin her yönüyle birbirinin aynı olması adaletle zıttır. O yüzden, eşitlik ve adalet kavramları

birbirleriyle ilişkili kavramlar olmakla birlikte kesinlikle aynı anlamda kullanılabilecek iki kavram değildir. Toplum halinde yaşayan bizler her zaman adalet mekanizmasının iyi işlemesini isteriz. Bazı çevreler önce eşitliğin sağlanmasını beklerler. Herkese eşit muamele yapılmasını, herkese aynı değer verilmesini ve herkesin aynı haklardan yararlanmasını gerektiğinden söz ederler. Bir noktada bu haklı görülebilir. Zaten yasalar karşısında herkes eşittir. Ancak eşit davranmak adalet için yeterli değildir, hatta kimi zaman bu büyük adaletsizliklere sebep olur.

Adalet ve eşitlik kavramları kamu sektörü açısından da çoğu zaman eş değer olarak kullanılmaktadır. Yukarıda iki kavram için bahsettiğimiz ayırım kamu sektörü konu olduğunda da geçerlidir. Devletin eşitliği sağlamasında bahsedildiği zaman anlaşılması gereken devletin tüm vatandaşlarına farklılıklarını dikkate almadan aynı muameleyi göstermesidir. Kimseye bir başkasına göre fazladan bir hak vermesi veya ayrıcalık göstermesi söz konusu olamaz. Devlet toplumsal refahı herkes için aynı oranda sağlamalıdır. Kamu sektörü için adaletten bahsettiğimiz de ise kavramsal anlamına uygun şekilde herkese hak ettiğini vermesi anlaşılmalıdır. Devletin sosyal, ekonomik ve hukuki olarak tüm vatandaşlar için adaletli olanı sağlaması gerekir.

Devletin, kamu maliyesinde adaleti sağlanması dendiğinde ise akıllara gelmesi gereken faydaların ve yüklerin nasıl bölüştüğü olmalıdır. Kamu harcamalarından/hizmetlerinden kimlerin fayda sağladığı, kimlerin de bu harcama/hizmetlerin bedellerine katlandığı tespit edildiğinde devletin ne kadar adaleti sağladığı da tespit edilebilmektedir (Robbins ve Miller, 2005, s.412). Bununla beraber, devletin mali anlamda adaleti sağlaması dendiğinde daha çok anlaşılabilir gelir dağılımında adaleti sağlamasıdır.

Gelir dağılımında adalet, reel gelir ve servetin kişiler arasında adil bir biçimde paylaşılmasıdır. Gelir dağılımının bozuk olduğu bir ortamda, piyasa ekonomisi gelir düzeyi yeterli olan kişi ve gruplar için mal üretecektir. Böylece, toplumun kıt kaynakları lüks tüketim mallarının üretimine ayrıldığından geniş kitlelerin refahını arttırıcı temel mal ve hizmetler üretilmeyecektir (Şener, 2006, s.16). Bu yüzden devletin çeşitli araçları kullanarak gelir dağılımında ortaya çıkacak bu adaletsiz duruma müdahale etmesi gerekmektedir.

Devlet vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımını benimseyerek, toplumda adaleti ve eşitliği sağlayabilmektedir. Yolsuzluk, adaleti ve eşitliği bozan bir unsur olarak, kamusal mal ve hizmetlere tüm vatandaşların eşit ulaşabilme olanaklarını yok etmektedir. Böylelikle kamusal mal ve hizmetler yasal olmayan ve haksız yollardan yalnızca bu bedeli ödeyebilen varlıklı kesimlere sunulmaktadır. Yoksullar ise bu ayrıcalıklı hizmetlerden de yararlanamayarak başka tür bir yoksunluğa ve yoksulluğa mahkum olmaktadır. Aynı Şekilde yolsuzluk, Şirketler ve vatandaşlar için "yüksek düzeyde vergi" anlamına gelmektedir. Bu ise yoksullar adına faydalanmadıkları hizmetler için bir finansmana katlanarak daha da yoksullaşma demektir (Şahin, 2003, s.131). Bu yüzden, vatandaş odaklı uygulamalar sayesinde artık her vatandaş, özellikle de dezavantajlı durumda olanların, hem hizmetlere erişimi kolaylaşmakta hem de onlara yönelik yeni hizmet alanları yaratılmaktadır. Böylece belirli hizmetlere ulaşabilmek için yolsuzluk yolunu kullanma da azaltılmaktadır. Artık kamusal hizmetler daha çok gelir düzeyi yüksek kesimlerin yararlandığı hizmetler olmaktan çıkmakta, Şeffaflık ve hesap verebilirlikle de bu, garanti altına alınmaktadır.

Özellikle yönetişim ve vatandaş odaklı btçeleme gibi vatandaş odaklı uygulamalar hem adaletin hem de eşitliğin sağlanması adına kamu ekonomisi için önem arz etmektedir. Yönetişim halkın karar alma süreçlerine katılıma olanak verdiği için kaynakların adil bir Şekilde tahsis edilmesi, eşitsizliğe yol açacak uygulamaların engellenmesi ve toplumsal hoşnutsuzluk yaratacak kararların alınmamasını sağlayabilmektedir. Kamu sektöründe her karar ve her uygulama açık, Şeffaf, hesap verebilir ve katılımcı bir yapıya dönüştürüldüğünde adaletsizlik ve eşitsizliklerin ortaya çıkma ihtimali de azalmaktadır.

Vatandaş odaklı bt de, sosyal adaleti iyileştirerek güçlendirmektedir. Çünkü kamu kaynaklarının kullanımında Şeffaflık ve hesap verebilirliği sağlamada kilit bir rol üstlenmektedir. Vatandaş odaklı btlemede kamu btesi toplumdaki sosyo-ekonomik yapı, gelir dağılımının durumu, yeterli kaynağa sahip olmayan sektörler, vatandaşların nelere ihtiyaç duyduğu ve memnuniyet düzeylerinin nasıl daha çok yukarı çekilebileceği konuları dikkate alınarak oluşturulmaktadır. Vatandaşlar doğrudan veya temsilcileri aracılığıyla toplumsal adaletsizliğe yol açmadan, gelir dağılımını iyileştirici

yönde ve herkesin eşit imkanlara sahip olmasını sağlamak adına kamusal kaynakların tahsis edilmesi ve kullanılmasını sağlamaktadır. Bu durum da vatandaş odaklı bir uygulama olan vatandaş odaklı bütçelemenin adalet ve eşitlik adına ne kadar büyük bir öneme sahi olduğunu göstermektedir.

Yine başka bir vatandaş odaklı uygulama olan ombudsmanlık kurumuna bakacak olursak; halk açısından adaletin yerine getirildiği, bürokratik kuruluşlarca hizmetlerinden yararlanan kişilere iyi, zamanında ve haklarına saygılı bir şekilde hizmet götürülmesi güvencesini veren bir araç olduğu ifade edilebilir (Pickl, 1986, s.37). Özellikle bu kurum adaletin sağlanması adına önemli bir işlev görebilmektedir. Vatandaşlar, karşılaştıkları haksızlıkları ve ortaya çıkan adaletsiz durumları ombudsmana başvurarak çözebilmektedir. O yüzden ombudsmanlık, özellikle kamuda, adil bir yapının kurulmasına hizmet ederek toplumsal rahatsızlıkları gideren bir kurum niteliğine sahiptir.

E-devlet ve m-devlet gibi bilgi ve teknoloji temelli vatandaş odaklı uygulamalar ise özellikle herkese eşit erişim imkanı sağlamaları bakımından eşitlik adına önem arz etmektedirler. Bu uygulamaları mümkün kılan cihazlar yaygınlaştıkça vatandaşlar da bu uygulamaları tercih eder hale gelmektedir. Bu durum da hem insanların hayatında bir konfor sağlarken, hem de kurumda çalışanların gösterdiği bazı ayrıcalıklı tutumlarla karşılaşılmamasını önlemektedir. Kişilerin adaletsiz durum veya eşit olmayan yaklaşımlarla karşı karşıya kalmaları söz konusu olmamaktadır.

4.8. Toplumsal Memnuniyet ve Refah Artışı

Vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı kamu ekonomisi açısından birçok önemli sonuç yaratmaktadır. Bu sonuçlardan biri de, *toplumsal memnuniyet ve refah artışını* sağlamasıdır. Kamu sektöründe bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, yönetim açısından daha düşük maliyet ve vatandaşlara yönelik daha kaliteli hizmet ile sürdürülebilir bir kaynak yönetimi sağlarken, vatandaşlar açısından ise daha az “vatandaşlık maliyeti” (zaman, para, emek), daha yüksek memnuniyet, etkin katılım ve güven anlamına gelmektedir (Uçkan, 2003). Artık vatandaşlar, yönetişim, e-devlet, m-devlet, tek durak hizmetler, vatandaş bütçe, vatandaş sözleşmeleri ve ombudsmanlık

gibi vatandaş odaklı uygulamalar sayesinde daha hızlı, daha kolay daha nitelikli ve daha etkin hizmet almaktadırlar. Bu araçlar kamusal hizmetlere erişim artırmakta ve hizmetlerin kalitesini yükseltmektedir. Bütün bunların sonucunda da, vatandaşların hizmetlerden memnuniyet düzeyi hızla artmaktadır.

Vatandaş odaklı her bir uygulamayla vatandaşlar, hizmetleri kendi talepleri doğrultusunda şekillendirme, en kolay ve verimli yoldan kendilerine sunulmasını sağlama ve ne kadar beklentileri karşıladığı yönünde denetleme imkanına sahip olurlar. Bütün bunları sağlayabilen bir hizmet anlayışının kamuda benimsenip hayata geçirildiği takdirde vatandaşların memnuniyetini de artacaktır. Çünkü vatandaşlar verdiği vergilerin karşılığını aldığını, yani paranın karşılığını (Value for Money) aldıklarını düşünmeye başlayacaklardır. Böylece daha bilinçli, daha mutlu, devletine ve kuruluşlarına daha güvenle bakan ve ödevlerini yerine getirmekten hiç gocunmayan bir toplum yaratılabilecektir. Bu yaratılabildiği takdirde, kamu ekonomisi açısından bahsettiğimiz her bir potansiyel sonuç da olumlu olarak etkilenecektir. O yüzden vatandaş odaklı yaklaşımı her yönüyle gerçekleştirebilmek ve bu sayede vatandaşlarının memnuniyetini arttırmak, devlet için öncelikli hedef olmalıdır.

Vatandaş memnuniyetini artırması yanında, vatandaş odaklılık *toplumsal refahı da arttırmaktadır*. Vatandaş odaklı hizmet anlayışının önemli bileşenlerinden olan e-devlet ve m-devlet gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin kamu iş süreçlerinde sağladığı etkinlik ve birlikte çalışabilirlik yeteneği sayesinde, kayıp ve kaçakların engellenmesi, kamu gelirlerinin artırılması ve bilgiye dayalı politika kararlarının oluşturulması ile toplumsal refah artışına katkı sağlanması mutlaktır (DPT, 2006, s.33). Hizmetlerin, elektronik ortamda sunulması ile işletmeler, vatandaşlar ve kamu kuruluşları açısından daha önce de belirttiğimiz gibi önemli mali kaynak ve zaman tasarrufu sağlanmaktadır. Aynı şekilde, *ekonomik kalkınmanın bu uygulamalarla hızlanması ve kalkınmanın tabana yayılması da mümkün hale gelmektedir*. Tüm bunların sonucunda, sağlanan sosyal ve ekonomik iyileşme aynı zamanda toplumun refahının artışı anlamına gelmektedir.

Bu durumu, sadece teknoloji temelli vatandaş odaklı hizmetler mümkün kılmamaktadır. Onların sağladığı fayda oldukça önemlidir ve belki diğerlerinden daha

da fazladır. Ama yönetim uygulandığı, bütçeler vatandaş odaklı yapıldığı, vatandaş sözleşmeleri ve ombudsmanlık kurumu hayata geçirildiği takdirde de toplumsal refah artışı sağlanmaktadır. Çünkü bu uygulamalar toplumsal ihtiyaç ve taleplerin tam ve en doğru şekilde yansıtacak şekilde kaynakların tahsisini, kullanımını ve denetimini mümkün kılmaktadır. Ayrıca, kamusal hizmetlerin eskisine göre daha rahat erişilebilir ve daha kaliteli olmasını da garanti altına alarak yine, toplumsal refaha katkı sağlamaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE VATANDAŞ ODAKLI UYGULAMALAR VE KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI

1980 sonrası dönemde, dünya genelinde yaşanan değişimlerle birlikte, kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde önemli değişimlerin yaşandığı söylenebilir. Tüm dünyada sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların etkisinde, birey temelli, kamunun rolünün sadece planlama ve denetim çerçevesine çekildiği, rekabete dayalı, hesap verebilir ve şeffaf olmasının yanında daha etkin, ekonomik ve verimli işleyen bir dönüşüm gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de bahsedilen amaçlar çerçevesinde sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Bu doğrultuda, 2003 yılı sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanında reform sürecine girilmiştir. Bu dönüşüm bürokrasiyi azaltan, süreç içindeki idari işlemlerin akışını hızlandıran, vatandaşların ve özel sektörün düzenlemelere uyum yükünü hafifleten bir reform sürecidir. Düzenlemeler ile Türkiye’de sağlık hizmetleri etkin, nitelikli, şeffaf ve vatandaşın önde olduğu bir yapıya sokularak; hizmetlerin hızlı, kolay erişilebilir, düşük maliyetle ve sürdürülebilir bir şekilde yerine getirilmesi amaçlanmıştır. Böylece sağlık harcamalarında tasarruf sağlanırken, kamu sağlığının olumlu yönde gelişmesi de temin edilebilecektir.

Çalışmanın bu kısmında ilk olarak Türkiye’de 2003 ve öncesi sağlık politikalarına değinilecektir. Daha sonra 2002 yılında ön çalışmalarının yapıldığı, 2003 yılında ise uygulamaya konan ve reform sürecinin en önemli parçasını oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) incelenecektir. Bu program, neoliberal felsefe çerçevesinde şekillenmiş, vatandaş odaklı olması hedeflenen bir programdır. Öncelikle bu programın kapsamı, temel ilke ve unsurları incelenip ardından bu unsurlar dahilinde

hangi düzenlemelerin yapıldığına yer verilecektir. Son olarak ise, bu reform programının kamu ekonomisi bakımından ne gibi sonuçlar doğurduğu analiz edilecektir.

1. TÜRKİYE’DE SDP ÖNCESİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Son yıllarda dünyanın yaşadığı büyük politik ve ekonomik değişikliklerden her ülkenin sağlık hizmetleri de payını almıştır. Sağlık sistemlerinde gerçekleşen değişimlerle hastalığın yerine sağlık, hastane yerine topluluk içinde bakım, akut yerine kronik, bakım yerine koruma, müdahale yerine gözetim, tedavi yerine bakım ve hasta yerine kişi kavramları kullanılmaya başlamıştır (Nettleton, 1995, s.12). OECD ve Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlar da, bu yöndeki değişimleri desteklemektedirler. “Hasta Odaklı (Patient Centered)” olarak ifade edilen ve vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının bir yansıması olan bu anlayışın hayata geçirilmesi yönünde çabalar hızlanarak sürmektedir. Başta ABD, Birleşik Krallık ve Avustralya gibi gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkede, sağlık hizmetlerinde devlet sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın alarak, sağlık piyasalarını düzenleyerek, sağlık göstergelerini takip ederek, sağlık alanında araştırma ve geliştirme yaparak, sağlık sektöründe teknolojik gelişmeyi izleyerek, sağlık hizmetleri ile ilgili vatandaşlara şeffaf olup tam bilgi sunarak, sağlık işgücünü geliştirerek, herkesin erişebileceği düzey ve yaygınlıkta sağlık hizmeti sunma misyonlarını üstlenmeye başlamıştır (Aktan ve Işık, 2007, s.2). Bunun yanında, sağlık hizmetlerinin sunumuna sivil toplum kuruluşları ve özel sektör de artan oranda devreye sokulmaktadır. Böylece, sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımında ve dağılımında etkinlik ve verimliliğin sağlanması, adil, kolay ve zamanında erişilebilir hizmet sunulması, hasta beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verilmesi amaçlanmaktadır.

Türkiye’de de benzer yönde bir değişimin gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine hitap edecek şekilde kapsamlı, erişebilir, hızlı, daha etkin, etkili, düşük maliyetli ve verimli hale getirilmek istenmektedir. Bu yöndeki ilk çalışmalar 1960’lara, yani sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çabalarına, götürülebilir. Ama en belirgin ve önemli adımların 2003 yılında hayata geçirilen SDP’yle atıldığı görülmektedir.

1.1. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleşme

Türkiye’de 1960 sonrası dönem, planlı kalkınma dönemidir. Beş yıllık kalkınma planları, sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlar arasında yer almışlardır. Planlı kalkınma dönemi ile sağlık sektörüne yönelik çeşitli düzenlemeler getirilmiştir. Bunlardan en önde geleni, 1961 yılında kabul edilen *224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* olmuştur (Mutlu ve Işık, 2002, s.287). O yüzden, bu dönem “sağlık hizmetlerinin sosyalleşme dönemi” olarak da ifade edilmiştir. Bu kanunun 1963 yılında uygulamaya konmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda da yeni bir dönem başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde reform niteliği taşıyan bu kanunun temel ilkeleri şöyle olmuştur (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007, s.252):

- i. Eşit hizmet,
- ii. Sürekli hizmet,
- iii. Entegre hizmet,
- iv. Kademeli hizmet,
- v. Öncelikli hizmet,
- vi. Katılımlı hizmet,
- vii. Ekip hizmeti,
- viii. Denetlenen hizmet,
- ix. Uygun hizmet,
- x. Nüfusa göre hizmet.

224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin ülkenin her alanına götürülmesi amaçlanmış ve 1980’e kadar uygulanan sağlık politikaları, bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir. Bu yasa, ayrıca geniş kapsamlı bir sağlık tanımına dayanmış ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre bir biçimde ülkede yaygınlaştırılmasını hedeflemiştir. Sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine dayalı bir anlayışla köydeki vatandaşın ayağına kadar sağlık hizmeti götüren bir yapılanma oluşturulmak istenmiştir. Sosyalleşmeyle beraber yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir anlayışla sağlık evleri, sağlık ocakları, il ve ilçe hastaneleri şeklinde

bir yapılanmaya gidilmiştir. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmeti sunan kurumlar sağlık ocağı bünyesinde bütünleşik hale getirilmiştir. “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışı egemen hale gelmiştir (Akdağ, 2011, s.23). Bu bağlamda, ücretsiz hizmet sunan sağlık ocakları belirli bir bölgeyi çevresiyle birlikte bütün olarak ele alıyor ve özellikle koruyucu hizmetlere öncelik veriyordu. Koruyucu sağlık hizmetleri de gezici olarak sunuluyordu (Belek, 2012, s.23).

Sağlık ocaklarının yaygınlaştırılarak sağlık hizmetlerinin ülkenin en uç noktalarına kadar ulaştırıldığı bir dönem olmasının yanında, bu dönemdeki beş yıllık kalkınma planlarında yer alan özel sektörün desteklenmesi, genel sağlık sigortası çalışmalarının başlatılması ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye uygulamasına geçilmesi gibi uygulamalar da yine bu dönemde gerçekleşmiştir (Sülkü, 2011, s.4). Bunların yanında, bu dönemde sosyal güvenlik sistemi giderek yaygınlaşmıştır. Ayrıca eğitim, sağlık ve pek çok kamu hizmetinin ayırım yapılmadan parasız sunulması da bu dönemde hayata geçirilmeye başlamıştır (Boratav, 2003, s.58).

Sonuç olarak, bu dönem sağlık hizmetlerini toplumun tamamının kolaylıkla erişebileceği ve yaygın bir hale getirilmeye çalışıldığı bir dönem olmuştur. Atılan tüm adımlardaki temel amaç, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu olmuştur. Bununla beraber, sosyalizasyon programı kırsal bölgelerde büyük ölçüde başarılı olmakla birlikte, uygulama alanı genişledikçe başarısı azalmış, sosyo-ekonomik ve politik faktörler ve mali kaynak yetersizliği gibi nedenlerden dolayı özellikle kentsel bölgelerde etkin hale getirilememiştir (Mutlu ve Işık, 2002, s.288). O yüzden yeni arayışlar başlamıştır. Uluslararası konjonktürün de etkisiyle, sağlık hizmetlerinin daha çok liberal politikalar ışığında düzenlenmesi gündeme gelmiştir.

1.2. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Liberalizasyon

1980 sonrasında benimsenen yeni liberal politikalar sağlık alanında da kendini hissettirmiştir. Neoliberal politikaların etkisiyle 1980’lerden sonra, IMF kredilerine muhtaç olan ve büyük bir borç krizi yaşayan Türkiye’de, devletin sorumlu olduğu

politika alanları ile ilgili tartışmalar başlamıştır. Devletin tüm vatandaşlara sağlık hizmetini verecek kadar maddi kaynağının bulunmadığı ve devletin sunduğu hizmetlerin etkinlik ve etkililikten uzak olduğu argümanları öne çıkmıştır. Bu bağlamda, sosyalleştirmeden daha çok, özelleştirme politikası benimsenmeye başlamıştır. 1960'larda devlet sağlık alanında tek sorumlu iken, 1980'lerin başında görevi kamu ve özel kurumlarının koordinasyonuna çekilmiştir. Özel sektör sağlık alanına dahil edilmiştir.

Bu gelişmelerin yanında, bazı vatandaş odaklı uygulamaların hayata geçirildiği de bilinmektedir. Öncelikle bu dönemde yürürlüğe sokulan 1982 Anayasası'yla, tüm vatandaşlara sosyal güvenlik hakkının tanınması ve sağlanmasının devletin sorumluluğu altında olduğu belirtilmiştir (Madde 60). Yine, Anayasanın 56. Maddesinde ise "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 vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" hükmü getirilmiştir.

1983 sonrası yıllarda sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli değişiklikler yapılmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü reform süreçleri planlanmış, bu süreçler ışığında mevcut sorunların çözümüne yönelik, dünyadaki gelişmelere paralel bir dizi çalışma başlatılmıştır. Bu bağlamda öncelikle, sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007, s.101 ve 253).

Aynı yıl 3359 Sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* çıkarılmıştır. Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları belirleme amacıyla olan bu kanun; Milli Savunma Bakanlığı hariç ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesini amaçlamıştır. Devletin tüm sağlık kuruluşlarına aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşlarının statü olarak işletme haline getirilmesi, gerek özel gerekse kamu kuruluşlarının hizmetlerinin fiyatlandırılması, sosyal güvenceye sahip olan tüm vatandaşların kamu ya da özel sağlık

kuruluşundan hizmet alabilmesi hedeflenmiştir (Soyer, 2003, s.307). Ancak bu kanunun bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama şansı bulamamıştır (Akdağ, 2011, s.23).

Sağlıkta piyasa yönelimli reformlar bu bahsedilenlerle sınırlı kalmamıştır. Dünya Bankası, 1987 yılında yayınladığı *Financing Health Services In Developing Countries- Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı* adlı raporunda Türkiye ve benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yerine getirilmesi gerektiğini savunarak, bu yönde teşvik edici bir program sunmuştur (Sargutan,1993, s. 29). Bu bağlamda, Devlet Planlama Teşkilatı, 1989 yılında *Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü* çalışmasını başlatmış ve sağlıkta serbest piyasa anlayışını egemen kılacak politikalar geliştirmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989).

Bu doğrultuda atılan bir diğer adım, 1990'da Dünya Bankası ile imzalanan *Sağlık Projesi Kredi Anlaşması* olmuştur. Verilen kredi karşılığında, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini sağlayacak programın hayata geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi ve sonrasında süreç içerisinde özelleştirilmesi planlanmıştır. Hizmet sunumundaki bu düzenlemeler, koruyucu sağlık hizmetlerle tedavi hizmetlerini birbirinden ayıracak, özel hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinde birincil hale getirecek ve sosyalleştirme kanunuyla getirilen bütünlük sağlık hizmeti anlayışını kaldıracak şekilde olmasına çalışılmıştır (Sevinç, 2002, s.13). Daha sonra, 1994 yılında Dünya Bankası'yla benzer kapsamda, ikinci bir kredi anlaşması daha yapılmıştır. İzleyen yıllarda gerçekleştirilen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri de yine aynı amaçlara yönelik adımlar olmuştur (Belek, 2012, s.19-25).

11.01.1995 tarihli *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik* ile kamu hastaneleri işletme haline getirilmiştir; böylece ilk fiili hastane özelleştirmeleri başlatılmıştır (Soyer, 2000, s.261-263). Daha sonraki yıllarda vakıf, döner sermaye, özel sektörün teşviki, yardımcı hizmetlerin (temizlik, yemek, çamaşır vb.) taşeronlaştırılması gibi özelleştirme uygulamaları genişlemiştir (Akalin, 1998, s. 164).

Bütün bunların yanında, vatandaş odaklı olarak nitelendirebileceğimiz bazı uygulamalar da yok değildir. Öncelikle, Dünya Bankası'nın teknik ve mali desteğiyle 1989 yılında "Herkes İçin Sağlık" etkinliklerine katılarak bir taslak hazırlayan Türkiye, bu doğrultuda 1992 yılında *3836 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'u* çıkartmıştır. Bu Kanun'un amacı, hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayanların bu giderlerinin, devlet tarafından karşılanması olmuştur. Buna göre; ödeme gücü olmayan vatandaşların, yataklı tedavileri ile ilgili masraflarını karşılayarak, sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır (Akdağ, 2011, s.24). Bunun yanında, ana ve çocuk sağlığı programlarının başlatılması, aile planlaması kliniklerinin kurulması ve hızlı acil merkezi hizmetlerinin başlatılması da vatandaş odaklı uygulamalar içerisinde sayılabilir.

Sonuç olarak, bu dönemde reform çalışmalarının ana ekseninin 1980 sonrasında gelişen liberalleşme eğilimleri doğrultusunda olduğu ifade edilebilir. Bazı vatandaş odaklı uygulamalar hayata geçirilmekle birlikte temel amaç daha çok, hizmetlerin piyasalaştırılması yönünde olmuştur. Zaten gerçekleştirilen vatandaş odaklı uygulamalar da çok başarılı olmamıştır. Özetle, bu dönemde vatandaş odaklı yaklaşım benimsenip gerçekleştirilmemiştir. Piyasa yönelimli uygulamalar ise hakkıyla hayata geçirilememiştir. Sağlık hizmetlerinde yüksek verimlilik ve kalite, etkinlik, erişebilirlik, zamanındalık gibi sorunlar devam etmiştir. Bu sorunlar bir sonraki dönem reform çalışmalarıyla çözülmeye çalışılmıştır.

2. 2003 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE VATANDAŞ ODAKLILIK: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP)

Sağlık harcamalarının sürdürülemez bir düzeye ulaşması, yapılmaya çalışılan reformlara rağmen sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olması, bununla beraber vatandaşların beklentilerinin artması, Türkiye'de sağlık alanının yeniden yapılandırılmasını zorunlu hale getirmiştir. Küreselleşme, sivil toplumun güçlenmesi, bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişim bu yapılandırmada

önemli belirleyiciler olmuştur. Bu bağlamda, 1989-1990 yıllarında DPT tarafından hazırlanan *Sağlık Sektörü Master Planı Etüdü* ile başlatılan sağlık hizmetlerinde köklü değişimleri öngören sağlık reformları SDP'yle ivme kazanmıştır. Dünya Bankası ve IMF'nin 2002 yılında proje olarak hazırladığı ve 2003'te AKP iktidarı tarafından uygulanmaya başlanmış olan SDP, neoliberal politikaların ışığında kamunun ve kamu hizmetlerinin yeniden düzenlenerek beklenti ve ihtiyaçlarla uyumlu hale getirilme çabasının sağlık hizmetleri alanına yansımaları ifade etmektedir.

SDP'nin vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımı adına önemli yenilikler getirdiği öne sürülmüştür. Bu bağlamda, SDP'nin içeriğini daha detaylı incelemek yerinde olacaktır. SDP'nin hayata geçirilmesinin arkasında çok sayıda sorun ve gelişme yatmaktadır. Bu bağlamda, öncelikle bunların neler olduğuna bakılıp bu dönüşüm programıyla nelerin amaçlandığına değinilecektir. Daha sonra ise bu amaçlar ışığında, bu program için belirlenen ilkelerin neler olduğundan bahsedilecektir. Son olarak da SDP'yle beraber ne gibi uygulamaların gerçekleştirildiğine değinilecektir.

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amacı ve Kapsamı

2000'li yılların başında Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar birçok alanda köklü değişimler yapılmasını gerekli kılmaktaydı. Bu bağlamda, yeni hükümet Ocak 2003'te yayınladığı Acil Eylem Planı'nın Sosyal Politikalar kısmında "Sağlıklı Toplum" başlığıyla sağlık hizmetleriyle ilgili bir dizi faaliyet gerçekleştirme amacını açıklamıştır (T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003). Bu doğrultuda, aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından Acil Eylem Planı'nda belirtilen amaçlar ışığında SDP hazırlanarak yürürlüğe sokulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" Politikası'nın dikkate alındığı programda sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bu reformun gereğinin arkasında birçok neden yattığını ifade etmiştir. Bakanlığın söz ettiği bu nedenler sırasıyla şöyledir (Akdağ, 2011, s.15-30):

- i. *Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları:* Sağlık hizmetleri maliyetleri, değişen demografik özelliklere, gelişen hastalık yapılarına ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak artmaktadır.
- ii. *Vatandaşın Beklentilerinin Artması:* Gelişim sağlandıkça, vatandaşlar sağlık konusunda daha fazla şey yapılmasını istemektedir. Bu artan beklentiler hem bakım hem de tedavi için daha fazla ve daha maliyetli hizmet anlamına gelmektedir. Artan beklentiler, hastaların, en yeni teknolojileri ve ilaçları, en son ve en iyi hizmeti talep etmesine yol açmaktadır.
- iii. *Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması:* Hükümetler, artan maliyetler ve beklentilerin ortaya çıkardığı talepleri karşılamada baskı altındadır. Ekonomik süreçler, siyasi baskılarla birleşince bir ülkenin sağlığa tahsis etmeye karar verdiği para miktarını etkilemektedir.
- iv. *Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması:* Kamudaki kötü yönetim, yetersiz politikalar ve kısıtlı kaynakların israfı kamu sektörü hakkında şüphecilik yaratmıştır. Kamu sektörünün, istenilen düzeyde hizmeti verememesi artık vatandaşları daha çok rahatsız etmektedir.

SDP'yi zorunlu kılan sebepler sadece Sağlık Bakanlığı'nın belirttiği bu sebeplerle sınırlı değildir. Bu reformun arkasında sağlık sistemine ilişkin çok sayıda sorunun varlığı yatmaktadır. OECD tarafından yayınlanan *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye* adlı raporda da bu sorunlar şöyle sıralanmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.36):

- i. Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları,
- ii. Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler,
- iii. Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı (Emekli Sandığı, SSK, Bağ Kur,

Yeşil Kart, devlet memurları.../ Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite, Kamu Kurumları, KİT'ler, Belediyeler...),

iv. Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir.

Bunun yanında, toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir bölümünün sağlık sigortasının olmaması, uluslararası kuruluşların etkisi (Tsuda ve diğerleri, 1994), hasta sevk sisteminin iyi çalışmaması, yüksek düzeydeki kayıt dışı ödemeler, hastanelerin verimsiz çalışması (Soyer, 2009b, s.179), personel yetersizliği ve dağılımındaki dengesizlik ve dünya genelinde görülen sağlık reformları diğer gerekçeler olarak sıralanabilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2008, s.5).

Sayılan bu nedenler doğrultusunda, SDP programıyla sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. Etkililikle kastedilen, uygulanacak politikalarla halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef, insanların hastalanmasının önlenmesidir. Verimlilikle kastedilen ise kaynakların uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha çok hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu doğrultuda önemlidir. Hakkaniyet de bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılmasını ifade etmektedir (Akdağ, 2011, s.48). Bunun yanında SDP'yle gerçekleştirilmek istenen bir diğer amaç eşitliktir. Eşitlikle kast edilen ise, genelde herkesin ihtiyacına göre, ödeme gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır (Yıldırım, H. H., 2000, s.5). Sağlık hizmetlerinin herkes için kolayca ulaşılabilir olması da sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından mutlaka yerine getirilmesi gereken bir zorunluluktur.

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Temel İlkeleri

Yukarıda sayılan amaçlar doğrultusunda SDP'yi yaşama geçirmek için öncelikle hangi çerçevede hareket edileceğinin tespit edilmesi önemlidir. Bu bağlamda,

önemli ve kapsamlı bir dönüşüm gerçekleştirilmesi adına bazı temel ilkeler belirlenmesi gerekmektedir. Verimli, etkili ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunma ışığında Sağlık Bakanlığı SDP'yle izleyeceği temel ilkeleri şöyle sıralamıştır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007, s.269-270):

- i. *İnsan Merkezlilik:* Bu ilke, hizmetin planlamasında ve sunumunda hizmetten faydalanacak bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle, birey, “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- ii. *Sürdürülebilirlik:* Hayata geçirilecek olan sistemin ülkenin koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini beslemesi ile süreklilik arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- iii. *Sürekli Kalite Gelişimi:* Vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan yeri yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- iv. *Katılımcılık:* Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve tavsiyelerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerini sistemin kapsamı içine alarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını da hedeflemektedir.
- v. *Uzlaşmacılık:* Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- vi. *Gönüllülük:* Hizmette arz veya talep eden birey ya da kurum ayırımı yapmaksızın, sistem içerisinde yer alacak bütün aktörlerin belirlenen amaçlara uygun davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü olarak yer almaları gerekmektedir.

- vii. *Güçler Ayrılığı*: Sağlık hizmetlerinin finanse eden, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesini ifade etmektedir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu mümkün olacaktır.
- viii. *Desantralizasyon*: Kurumlar merkezi idarenin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara uygun olarak yerinden yönetimin uygulamaya konması hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk kurumların hızlı karar mekanizmalarına sahip olmaları ve kaynakların daha verimli kullanabileceği öngörülmektedir.
- ix. *Hizmette Rekabet*: Sağlık hizmetlerinin tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun olarak farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesini ifade etmektedir. Bu sayede sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır

Bu ilkeler, vatandaş odaklı yaklaşımın unsurlarıyla oldukça örtüşmektedir. Özellikle, insan merkezilik, katılımcılık, kalite gibi ilkeler bunun en önemli göstergeleridir. O yüzden SDP'nin temelde sağlıkta vatandaş odaklı bir dönüşümü gerçekleştirmeyi amaçladığını söyleyebiliriz. Bunun ne kadar doğru olduğu ve doğrusa bile ne oranda gerçekleştirildiğine önce SDP'nin bileşenlerine, daha sonra ise bu kapsamda yapılanlara bakarak karar verilebilir.

2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

SDP, gerçekleştirilmesi planlanan sekiz bileşenden oluşmaktadır. Vatandaş odaklı bir sağlık hizmeti için bu bileşenler ve bu bileşenlerin içindeki alt bileşenlerin gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Her ne kadar bazı bileşenlerin ne oranda vatandaş odaklılığı sağlayacağı tartışmalı olsa da, sistemin bütünüyle çalışması ve reform yapılmak istenen diğer bileşenlerin hayata geçirilmesi için gerekli olduğu öngörülmektedir.

2.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı

SDP’de Sağlık Bakanlığı’nın, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve bunları denetleyen bir konumda olması; ülkenin kamu veya özel, tümüyle sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve adaletli bir şekilde kullanılmasını sağlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşların yerinden yönetim doğrultusunda yeniden yapılandırılması sağlanması ve Bakanlığın, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulması hedeflenmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa’da tanımlandığı biçimde devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirmiş olacaktır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, s. 228).

2.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde ve ihtiyaçları ölçüsünde temel sağlık hizmetini sunmak, vatandaşların ödeme güçleriyle orantılı şekilde katılım payı ödemelerini sağlamak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır. Genel Sağlık Sigortası ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve yeşil kartlılar olmak üzere farklı standartta sunulan kamunun sağlık finansmanı hizmetlerinin birleştirilerek, tüm vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti sunan bir yapıya çevrilmesi amaçlanmaktadır (Teksöz, 2007, s.12). Ayrıca, Genel Sağlık Sigortası ile koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliği de öncelenmek istenmektedir.

Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamaları maliyetini düşürme çabasında, ayrıca koruyucu sağlık hizmeti uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olması hedeflenmektedir. Sistemin parçalı ve farklı düzeylerde hizmet veren yapıdan kurtarılmasının yanında, Genel Sağlık Sigortası Kurumu’nun denetim ve yaptırımları, sağlık harcamaları içinde artan oranlarda yer işgal eden ilaç ve tıbbi malzeme israfını da azaltması beklenmektedir. Bunun yanında, genel sağlık sigortasının kapsadığı hizmetleri içeren bir Temel Teminat Paketi oluşturulacak, bu paketin dışında kalan

hizmetleri almak isteyenler için özel sigortacılık teşvik edilecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.27-29).

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

SDP çalışmaları kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan bir diğer unsur, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Vatandaş odaklı bir sağlık sistemi açısından belki de hayata geçirilmesi gereken en önemli bileşen olduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı, bu bileşen çerçevesinde gerçekleştirilmesi gereken üç alt bileşen olduğunu ifade etmiştir. Bu bileşenler; güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli sevk zinciri ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleridir.

2.3.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşım başarılı bir sağlık hizmeti açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak* tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak doktorlarınca tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesini sağlayacaktır (Feyzibeyoğlu, s.4). Bütün bunlardan dolayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde hayata geçirilebilmesi önemlidir. Bu yüzden, öncelikle sağlık ocakları sisteminden vazgeçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye bölünmesi amaçlanmıştır.

SDP sistemiyle tedavi edici hekimlik aile hekimlerine, koruyucu hekimlik ise toplum sağlığı merkezlerine devredilmesi planlanmıştır (Kamu Yönetimi ve Reform,

* Sağlık Bakanlığına bağlı çalışan aile Hekimlikleri, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler ile iş yeri hekimlikleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları *birinci basamak* sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır.

2010, s.162). Sağlık ocaklarının yerine hayata geçirilen aile hekimliği uygulaması ile bireyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir (Halkevleri, 2008, s.260, 272). Sistemle hedeflenen aile hekimlerinin ecza dolabı çalıştırabilmesi, ev ziyaretleri yapması, kendilerine bağlı olan köylerde mobil hizmet verebilmesidir.

Aile hekimliği sistemiyle beraber, aile hekimlerinin hizmet verecekleri binayı kiralaması, personelini anlaştığı bir ücretten çalıştırması, gerekli tıbbi belge, alet, araç ve gereçleri piyasadan satın alması istenmektedir. Bunun finansmanını da kendisine hasta olarak gelen vatandaşın sosyal güvenlik kurumundan alması sağlanmaktadır. İlk uygulamada ikamet yerine göre aile hekimlerine pay edilen vatandaşlar, daha sonra eğer hizmetten memnun kalmazlarsa hekimini değiştirebilmektedirler. Böylelikle performansı iyi olmayan, vatandaş tarafından tercih edilmeyen hekim, daha az hasta baktığından ve az hizmet verdiğinde gelirleri azalabilmektedir. Sosyal güvencesi olmayan vatandaş ise, zorunlu sağlık hizmetini bu hizmeti vermekle sorumlu olan toplum sağlığı merkezinden alabilir hale getirilmektedir (Kamu Yönetimi ve Reform, 2010, s.162). Bu bağlamda, her ilçede bir “toplum sağlığı merkezi” kurulması amaçlanmıştır.. Bu merkezin, “ilçe sağlık idaresi” gibi çalışması, ayrıca çevreye yönelik koruyucu hizmetleri, gıda kontrol hizmetlerini, merkezi laboratuvar görevini ve bölge dışından gelen hastaların muayenelerini yapması planlanmıştır (Öztek, 2006, s.3).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanmasının önünde bazı engeller de vardır. Öncelikle bu sistemle, kent merkezinde yaşayanların hekim seçme özgürlükleri olmaktadır, fakat kırsal bölgelerde oturanların hekimlerini seçme şansları pek mümkün değildir. Bunun yanında, ülkedeki hekim (özellikle pratisyen) sayısının az olması da ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Bu eksiklik giderilmezse hastaların üst basamaklara sevk, aile hekimliğinin “kapı tutucu/bekçi” (gatekeeper) modelinin tam anlamıyla uygulanmasını zorlaştıracaktır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.43).

2.3.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Etkin ve kademeli bir sevk zinciri, hem hastanelerdeki gereksiz yığılmaları azaltarak tedavi hizmetlerinin kalite artışını sağlama, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltma imkanı sağlamaktadır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007, s.277). Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmetini almasıdır (Akdağ, 2008, s.143-144). Bu da, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Diğer bir ifadeyle, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin temelini oluşturmaktadır. (Feyzibeyoğlu, s.5). Bununla beraber, sevk zincirine girmek istemeyen hastaları kimse zorlamamaktadır. Sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih eden hasta ise katılım payı gibi bir ek maliyete katlanmaktadır.

2.3.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

SDP'nin bir diğer unsuru, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesidir. Diğer bir ifadeyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin bazılarının kendi kendilerini yönetecek bir statüye kavuşturulması ve bu hastanelerin kendi bütçelerini hazırlaması, kendi personelini istihdam etmesi amaçlanmıştır (Öztek, 2006, s.3). Yani, tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinin hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerk olması istenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.31). Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olmaktadır. Böylece, kamu hastanelerinin daha verimli kuruluşlar haline dönüşeceği ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebileceği öngörülmektedir.

Kamu özel sektör ortaklığıyla sağlık hizmetlerini gerçekleştirme de, bu amaç çerçevesinde kullanılması planlanan bir araçtır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca ihtiyaç duyulan tesislerin belirlenecek temel standartlar çerçevesinde özel sektöre yaptırılması, belirli süre için işletilmesi ve bakımının devredilmesiyle sağlık hizmetlerinin görülmesi hedeflenmektedir.

2.3.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış ve Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Sağlıklı İnsan Gücü, kamu ya da özel sağlık sektöründe sağlık hizmetini üreten personelin tamamını ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı'na göre: dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi kaliteli ve yeterli insan kaynağının mevcudiyetine bağlıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.32). SDP çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Ayrıca bu program, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edecek ve gönüllü politikalar sağlayacaktır (Feyzibeyoğlu, s.5).

2.3.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma gerek duyulmaktadır. Bu bağlamda, Cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan, fakat zamanla, sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Okulu'na çağdaş bir anlayışla ve bu ihtiyaçlara cevap verecek şekilde yeniden işlerlik kazandırılması amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.33-34).

2.3.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

SDP'nin bir diğer önemli bileşeni, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyonun sağlanmasıdır. Son zamanlara kadar ihmal edilmiş konular olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmalara bugünlerde hız verilmeye başlamıştır. Akreditasyon kurumu aracılığıyla ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyonla ilgili kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilmesi amaçlanmıştır (Feyzibeyoğlu, s.6). Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunabilmesi esastır. Bu da ancak güçlü yaptırım yetkisi olan bir etik kurulun kurulması ile mümkün olabilir.

2.3.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

SDP kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbî cihazların yönetiminde kurumsal oluşumlara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda da iki kurumun kurulması amaçlanmıştır. Bu kurumlar Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu'dur.

2.3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Ülkemizde ilaçlara ve farmakolojik (ilaç bilimiyle ilgili) ürünlere yapılan harcamalar oransal olarak çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, sosyal güvenlik kurumlarının mevcut politikalarından dolayı nüfusun çok büyük bir kısmı ilaç fiyatlarına karşı duyarsız hale gelmiştir. Bu yüzden, ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yerine getirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumu"nun oluşturulmasına ihtiyaç duyulmuştur (Feyzibeyoğlu, s.6). Bu kurumun, her türlü etkiden uzak olarak bağımsız bir şekilde ulusal politikalar doğrultusunda uygulamalarda bulunması amaçlanmaktadır. Böylece, ilaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha hızlı bir hale getirilmesi sağlanacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.34).

2.3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi sarf malzeme ve cihaz konusunda standardizasyon ve denetim oldukça büyük öneme sahiptir. Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi temini daha çok ithalata dayalıdır. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Bu yüzden, hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine yönelik çalışan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici görevleri yerine getirmek için tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması planlanmıştır. Bu kurumun, bilgi veri tabanları oluşturması, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlaması gibi fonksiyonları yerine getirmesi öngörülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.35). Bu şekilde sağlanacak bir standardizasyonla tasarruf sağlanması, hizmet kalitesi ve veriminin artırılması hedeflenmektedir.

2.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

SDP'nin bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre şekilde çalışan bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç duyulmuştur. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları sırasında bilgi değişimi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla bir sağlık bilgi sistemi kurulması hedeflenmiştir (Feyzibeyoğlu, s.7). Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, e-sağlık olarak ifade edilen sağlık bilgi sisteminin kurulması konusunda çok sayıda çalışmayı hayata geçirmeyi planlamıştır. Bunun yanında, provizyon sistemini etkinleştirerek ilaçta, hastane uygulamalarında ve diğer tıbbi hizmetlerde bir kayıt sisteminin oluşturulup, hem bürokrasinin, hem de kötüye kullanımların azaltılması hedeflenmiştir. Bunun yanında, MEDULA (Medikal Ulak) olarak adlandırılan bilgi sistemi ile e-sağlık hizmetleri için ayrıntılı veri toplanması ve bunlara dayalı olarak ilgili kişi ve kurumlara ödemeler yapılmasına olanak sağlanması öngörülmüştür (Teksöz, 2007, s.12).

2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Vatandaş Odaklı Uygulamalar

SDP'nin 2003 yılına uygulamaya konmasıyla birlikte yukarıda bahsettiğimiz bileşenler doğrultusunda gerçekleştirilmesi hedeflenen pek çok uygulama birer birer hayata geçirilmeye başlamıştır. Şimdi sırasıyla her bir bileşen içerisinde gerçekleştirilen uygulamaların neler olduğuna bakılacaktır.

2.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Sosyal güvenlik kurumları olan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'nın tek bir kurum çatısı altında toplanması hedefi ışığında 20.05.2006 tarihli 5502 sayılı kanun ile bu üç kurum Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurularak birleştirilmiştir. Böylelikle hizmet sunumunda büyük ölçüde belirli bir standardın sağlanması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın da sağlık sistemi üzerinde sadece denetleyici ve planlayıcı rolü olması planlanmıştır. Bu yüzden kademe kademe yapılan değişikliklerle Sağlık Bakanlığı'nın sosyal güvenlik kapsamında finansman sağlama rolünün

kaldırılması sadece hizmet sunma rolüne sahip olması hedeflenmiştir. Son olarak 2012 yılının başında Yeşil Kartlıların da SGK'ya devredilmesiyle bu hedefe ulaşılmıştır.

2.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklı bir yaklaşımı gerçekleştirmenin önemli unsurlarından biri de sigorta teminat paketlerindeki farklılıkları ortadan kaldırma ve bu doğrultuda Genel Sağlık Sigortası uygulamasını gerçekleştirmektir. Dönüşüm programı hayata geçirilmeden önce, nüfusun değişik sınıflarının tabi olduğu kamu sağlık sigortaları arasında katkı sağlama yöntemi, sağlanan olanaklar, hizmet sunucularına erişim, gelire göre tahakkuk ettirdikleri primler, kabul ettikleri harcama tutarları ve sağlanan finansal koruma bakımından ciddi farklılıklar mevcuttu. Bu bağlamda öncelikle 2003 yılında Emekli Sandığı üyelerine sağlık sigortalarıyla sevksiz anlaşmalı özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet alabilme imkanı getirilmiştir. Temmuz 2004'te çıkarılan 5222 Sayılı Kanun'la ise öncelikle Yeşil Kartlılar ayakta bakımda da, yatarak elde ettikleri haklara kavuşmuştur. Aynı yılda 3 pilot ilde uygulamaya başlandıktan sonra, 2005 yılından itibaren bu düzenleme Türkiye genelinde uygulamaya konulmuş ve yine aynı yıl Yeşil Kartlılar ilaçlarını serbest eczanelerden alabilir hale gelmişlerdir. Mayıs ayından sonra ise ilaçlarını katkı payı ödeyerek almaları imkanı sağlanmıştır. SSK mensupları da Şubat 2005 itibariyle istedikleri eczaneden ilaçlarını alma ve kamu hastanelerine gitme hakkı elde etmişlerdir. Diğer bir ifadeyle, kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilerek SSK'lıların da bu hastanelerden hizmet alması sağlanmıştır (Sülkü, 2011, s.7). Bunun yanında Haziran 2007'den sonra da SSK ve Bağ-Kur'lulara Emekli Sandığı üyelerine daha önceden verilmiş olan, sosyal güvenceleriyle sevksiz üniversite hastanelerine ve anlaşmalı özel hastanelere ayakta ve yatarak tedavi için gidebilme hakkı verilmiştir (Akdağ, 2011, s.361). 2010 yılında yapılan düzenlemeyle ise Yeşil Kartlılar acil ve yoğun bakım hallerinde kamu hastanelerinde gerekli ve yeterli tedavinin olmaması durumunda özel veya vakıf üniversitesi hastanelerine sağlık kuruluşu tarafından belgelendirilmek kaydıyla (2013 yılında Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan düzenlemeyle belgelendirme zorunluluğu kaldırıldı) gidebilir hale gelmişler. 2011

yılında ise devlete ait üniversite hastanelerine sevksiz gitme hakkına kavuşmuşlardır (Memurlar.Net, <http://www.memurlar.net/haber/196060/>). 2013 yılında Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan düzenlemeyle de gazi ve şehitlerin yakınlarının özel hastanelere sevk edilmeden gidebilme ve bundan da ilave ücret alınmaması imkanı getirilmiştir. Böylece neredeyse tüm vatandaşlar sosyal güvencelerine bakılmaksızın tüm hastanelere gidebilir hale gelmişlerdir.

Bütün bunların yanında, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanelerini de içeren sağlık hizmet sunucularına, birinci basamak sağlık hizmet sunucularından sevksiz gidildiği takdirde belirli bir katılım payı* ve SGK'yla anlaşmalı özel hastaneler içinse katılım payının yanında ayrıca bir fark ücreti ödenmesi zorunluluğu getirilmiştir. 2013 yılında yenilenerek yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesinden katılım payı alınmazken, ikinci basamak* ve üçüncü basamak* resmi sağlık kurumları için muayene katılım payı 5 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 12 TL'dir. İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler içinse eczanelerce kişilerden, tahsil edilmektedir. Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı ise kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla

* Katılım payı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar olarak tanımlanmaktadır. Katılım/Katkı payı uygulanan sağlık hizmetleri ise a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı, b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, c) Vücut dışı protez ve ortezler, d) Yardımcı üreme yöntemi tedavileridir.

* Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi ile "Özel Hastaneler Yönetmeliği" ne göre ruhsat almış hastaneler, "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan tıp merkezleri ile "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri *ikinci basamak* sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır.

* Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri *üçüncü basamak* sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır.

yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından; diğer kişiler için de ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca, “yeşil alan muayenesi”^{*} sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden tahsil edilmektedir. Özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastaneleri ise buldukları sınıfa göre ayrıca, bir fark ücreti/ilave ücret ve yine yapılacak tıbbi işleme göre de ekstra ücretler almaktadır. Devletin özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastanelerine tedavi bedelleri için ödediği belirli miktarlara ilaveten, bu hastaneler hastadan %90’a kadar ulaşabilecek fark ücretleri alabilmektedir (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Yatarak tedavide sağlanan ilaçlar için hastalardan herhangi bir katılım payı alınmazken; ayakta tedavide sağlanan ilaçlara yönelik katılım payı uygulanmaktadır. SGK tarafından bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca her bir reçete için; a) 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır. Bu uygulama birinci, ikinci ve üçüncü sağlık kuruluşlarında reçetelenmiş olan tüm ilaçlar için geçerlidir. Buradaki katılım payı, kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler içinse eczanelerce kişilerden, tahsil edilmektedir. Bunun yanında, vücut dışı protez ve ortez ile yardımcı üreme yöntemlerinden de çeşitli koşul ve oranlarda katılım payı alınmaktadır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Katılım paylarında ve ilave ücretlerde belirli haller ve kişiler için muafiyetler vardır. Katılım payı alınmayacak durumlar sırasıyla şöyle ifade edilebilir (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013):

- i. İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan,
- ii. Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden

^{*} Yeşil alan muayenesi ibaresinden; a) Her ne boyutta olursa olsun travma vakaları, b) Acil servis başvuruları sonrası hastaneye yatırılıp yapılan vakalar, c) Tıbbi müdahale uygulanan vakalar, d) Müşahede altına alınan vakalar, e) Başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusundan sevkli gelen vakalar dışında kalan, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’de yeşil renk kodu adı altında tanımlanmış sağlık hizmetleri anlaşılmaktadır. Bu kapsamdaki hastalar **acil** servislerde muayene olsalar dahi acil işlemi görmemekte ve normal muayeneler için öngörülen ücreti ödemektedirler (<http://www.sgkrehberi.com/haber/648/>)

- iii. Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetlerinden
- iv. Kontrol muayenelerinden.
- v. Acil servislerde verilen ve “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetlerinden,
- vi. Aile hekimi muayenelerinden
- vii. Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindeki ilaç ve muayenelerden
- viii. Kronik Hastalıklar Listesi’nde yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayakta muayenelerinden
- ix. Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlar ile yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan,
- x. Tıbbi sarf malzemeleri ile tebliğde yer almayan tıbbi malzemelerden
- xi. Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için muayene ve ilaçlardan
- xii. İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden her türde,
- xiii. Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden her türde
- xiv. Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden yardımcı üreme hizmetleri hariç her türde
- xv. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden her türde
- xvi. Vazife malûllerinden her türde
- xvii. Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden
- xviii. Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden

- xix. Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan
- xx. 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedellerinden
- xxi. 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden

katılım payı alınmaz. Bunun yanında, özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastaneleri tarafından acil servislerde verilen ve “yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinden, yoğun bakım hizmetlerinden, yanık tedavisi hizmetlerinden, kanser tedavisinden, yenidoğana verilen sağlık hizmetlerinden, organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetlerinden, doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetlerinden, hemodiyaliz tedavilerinden ve kardiyovasküler cerrahi işlemlerinden ise ilave ücret/fark ücreti alınamamaktadır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Bu gelişmelerin hemen ardından, kurulan yapının bir tamamlayıcısı olarak primli sosyal güvenlik sistemini getiren 5510 sayılı *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu* hazırlanarak 31 Mayıs 2006’da mecliste kabul edilmiştir. Fakat bazı itirazlar sonucunda hayata geçirilememiştir. Nihayetinde, Nisan 2008’de 5754 sayılı *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun* kabul edilmiş ve Mayıs 2008’de yürürlüğe konmuştur. Fakat Genel Sağlık Sigortası’nın uygulanmasına Ekim 2008’de geçilebilmiştir. İlk olarak 4/a (işçi-SSK’lı) ve 4/b (kendi hesabına bağımsız çalışan-Bağ-Kur’lu) sigortalısı olarak çalışanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar, emekli, dul ve yetim aylığı alanlar genel sağlık sigortası kapsamına girmiştir. Daha sonra, 15/01/2010 tarihinde TSK personeli hariç 4/c (memur) kapsamında sigortalı

olanlar Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Ardından Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapan askeri ve sivil personel 15/10/2010 tarihi itibariyle Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır (İş ve Sosyal Güvenlik: Mevzuat-Bilgi-Kültür-Haber Platformu, <http://www.isvesosyalguvenlik.com/genel-saglik-sigortasi-ve-gelir-testi-ile-ilgili-ayrintili-aciklamalar/#.UadJ-NJM-Qw>). Bunların dışında, isteğe bağlı sigortalılar, harp mallüğü aylığı alanlar, vatani hizmet aylığı alanlar, aylık bağlanan başarılı sporcular, işsizlik aylığı alanlar ile 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz olmalarına istinaden aylık alan vatandaşlar gibi çeşitli şekillerde maaş alan ve sigortası olan kişiler de Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır.

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kimselerin büyük çoğunluğu ise önce Yeşil Kart sistemine dahil edilmiştir. Fakat daha sonra, Yeşil Kart sahipleri gözden geçirilmiş, hak etmeyenlerin kartları iptal edilmiştir. 1 Ocak 2012 tarihi itibariyle de Yeşil Kart uygulaması Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Böylece Yeşil Kart sahiplerinin, Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer alan diğer sağlık sigortalılarla hakları eşitlenmeye başlamıştır. Diğer bir ifadeyle, farklı sosyal güvenlik sistemi şemsiyesi altındaki vatandaşlar sağlık hizmetleri karşısında hemen hemen eşit hale getirilmiştir. Bunun için öncelikle Yeşil Kartlılar'a gelir testi yaptırması zorunluluğu getirilmiştir. Bu kapsamda, aile içinde kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin 3'te 1'inden az olanların primini devlet ödeyecek ve bunlar sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilecektir. Geliri bu limitin üzerinde olanların ise kademeli olarak prim ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanması imkanı getirilmiştir. Gelir testi yaptırmayanların da aylık gelirin, asgari ücretin iki katı sayılması belirlenmiştir (İş ve Sosyal Güvenlik: Mevzuat-Bilgi-Kültür-Haber Platformu <http://www.isvesosyalguvenlik.com/2012-yilinda-genel-saglik-sigortasi-olmayan-kimse-kalmayacak/#.UadJitJM-Qw>). Aynı şartlar, şu anda hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar için de geçerlidir. Böylece sosyal güvencesi olmayanlar da Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmaya başlanmıştır. Bu bağlamda, Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlanmak için normalde gerekli olan 30 gün prim ödeme gibi şartlar aranmaksızın 18 yaşın altındaki tüm nüfus ile tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır (Pekten, 2006, s.122). 2013 yılı itibariyle de kapsam dışında kalmış olan er, erbaş ve yedek subaylar ile banka sandıkları

mensuplarının Genel Sağlık Sigortası içerisine alınması planlanmıştır. Böylece sosyal güvencesi olmayan kimsenin kalmaması hedeflenmektedir. (Hürriyet Gazetesi, <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/19538198.asp>).

Diğer yandan bazı hallerde ise Genel Sağlık Sigortası haklarından herhangi bir şart aranmadan yararlanabilme imkanı getirilmiştir. Örneğin, acil hallerde, iş kazası ile meslek hastalığı hallerinde, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklarda, afet ve savaş ile grev ve lokavt halinde hiçbir şart gerekmeden sağlık yardımlarından ücretsiz faydalanılabilmektedir (Pekten, 2006, s.123). 2011 yılından itibaren de yapılan düzenlemeyle trafik kazasının oluş tarihine ve kazazedenin Genel Sağlık Sigortalısı olup olmadığına bakılmaksızın üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer bütün resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilecek tüm sağlık hizmet bedelleri Genel Sağlık Sigortası çerçevesinde SGK'ca karşılanmaya başlamıştır (SGK Rehberi: Çalışan, Emekli ve İşveren Haber ve Bilgi Portalı, <http://sgkrehberi.com/haber/10887/>).

2.4.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi Sağlama Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti adına sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiştir. İlk Eylül 2005'te başlatılan aile hekimliği 2010 yılı sonundan itibaren tüm yurttan uygulanmaya başlamıştır. 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlan *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği* çerçevesinde Aile Hekimlerinin görevleri kısaca şöyle sıralanabilir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013, Madde 4):

- i. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- ii. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek
- iii. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, ergen, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak

- iv. Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- v. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

gibi daha birçok benzeri görevi yerine getirmekle yükümlüdür. Gerçekleştirdiği bu görevler göz önüne alındığında, aile hekimliğinin vatandaş odaklı kamu hizmeti anlayışını gerçekleştirmek adına önemli bir uygulama olduğu ifade edilebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri Temmuz 2007 tarihinden itibaren tüm vatandaşlara (sigortasızlar da dahil) ücretsiz hale getirilmiştir (Sülkü, 2011, s.9). Böylece, her Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının sosyal güvenlik sistemi bünyesinde yer alması bile, birinci basamak sağlık hizmetine erişim sahibi olması resmî hale getirilmiştir. Bunun yanında, hizmetlere erişimi kolaylaştırmak adına 10.07.2003 tarihinde kabul edilen 4924 Sayılı Kanunla hekimlere mecburi hizmet yeniden konulmuş ve uzun süre doktor görmeyen yörelere doktor gönderilmesi mümkün hale gelmiştir (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.87). Ayrıca 2004 yılında yapılan düzenlemeyle de mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel uygulaması getirilmiştir. 2009 yılında da eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak adına mobil eczane uygulaması başlatılmıştır (Akdağ, 2011, s.358-363).

Ambulans hizmetleri 2003 yılı itibariyle tamamen ücretsiz hale getirilmiştir. Kışın ambulans hizmetlerinde erişimde yaşanan sıkıntıları bertaraf etmek için bu hizmet yeniden yapılandırılarak daha erişilebilir hale getirilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37). Bunun için kar paletli ambulanslar temin edilmiştir. Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmeti sunulmaya başlanmış, istasyon sayısı

arttırılıp, ambulanslar en son teknolojilerle donatılmıştır. Sisteme, hava ve deniz ambulansları eklenmiştir. Ayrıca, 2008 yılı itibariyle Sağlık Uygulama Tebliği'nde tanımlanan acil ve yoğun bakım hizmetleri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir. Tüm sağlık kuruluşlarına acil başvurularda, sigorta veya ödeme işlemlerinden dolayı beklemeye ve geri çevrilmeye son verilmiştir. Sigortalı olsun veya olmasın herkesin acil durumlarda her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanması sağlanmıştır (Akdağ, 2011, s.361-362). Böylece, hem fazladan bir maliyete katlanmadan devlet hastanelerinin yükü azaltılmış, hem de dezavantajlı durumda olanlara yönelik mali koruma ve hizmete erişim iyileştirilmeye çalışılmıştır.

Yaygın ve nitelikli sağlık hizmeti sağlamak, bu bağlamda da kurumları merkezden yönetimi beraberinde getirdiği hantal yapıdan kurtarmak ve değişen koşullara gecikmeden uyumlarını sağlayabilmek için alt kademelere ve taşra teşkilatına yetki devri yapılmıştır. Eczane ruhsat ve denetim işlemleri tamamen illere bırakılmıştır. Özel hastaneler, özel dal merkezleri, tıp merkezleri ve diyaliz merkezlerinin ruhsatlandırma işlemleri de illere devredilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.29-32). Hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması yolundaki yasal çalışmalar devam etmektedir. Devlet hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik tanınmaya başlamıştır. Bu bağlamda, devlet hastanelerini daha insan odaklı ve üretken hale getirmek ve verilen hizmetin kalitesini artırmak amacıyla hastane yöneticilerine döner sermayelerin yönetimi ve ayrıca satın alma ve yatırım kararları konusunda daha fazla özerklik ve esneklik sağlanmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.44).

Kamu hastanelerinin geçmişte mevcut olan hantal yapısını değiştirmek amacıyla, birçok tıbbi hizmet için özel sektörden hizmet alınmasının önü açılmıştır. Bunun yanında, şehir hastaneleri gibi büyük yatırımlar ve bunlarla ilişkili hizmetlerin tasarım ve yönetiminde özel sektörün sermaye ve tecrübesinden istifade ederek sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli sunmak amacıyla sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı modelinin kullanılması planlanmıştır. Bu bağlamda, önce 2006 yılında *6428 sayılı Kamu Özel Ortaklığı Kanunu* mecliste kabul edilmiştir. Mart 2013'te de bu kanun bazı değişiklikler yapılarak tekrar yasalaştırılmıştır. 09.06.2007 tarihli ve 26547 sayılı Resmî

Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 5683 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile de ana hizmet birimlerine ek olarak *Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı* kurulmuştur.

Tüm bunların yanında, hizmetin yerinden yönetilmesi, bürokrasinin ve kırtasiyeciliğin azaltılması, katılımcılığın artırılması ve sağlık hizmetinden yararlananlara en yakın yerde, hesap verilebilir ve kolay erişilebilir bir yönetim mekanizması oluşturulması için *Kamu Hastane Birlikleri* şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir (Akdağ, 2011, s.367). Bu bağlamda, *663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmündeki Kararname* ile Sağlık Bakanlığı yönetiminde değişim gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tamamı, *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu*’na bağlanmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevlidir (663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011, Madde 29). Bu kuruma bağlı olarak her ilde kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) de dahil il bünyesindeki tüm hastaneler, hasta memnuniyetinden verimliliğe kadar farklı konularda Bakanlıkça değerlendirmeye tabi tutulmuş ve puanlar verilmiştir. Bu puanlara göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak sınıflandırılmıştır. Bununla beraber, altı aydan az, bir yıldan fazla olmayan sürelerle değerlendirme yenilenmektedir. (E) sınıfı hastane bulunmaması kaydıyla ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olan hastaneler grubu birlik haline getirilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak 81 ilde 87 adet Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, <http://www.tkhk.gov.tr/>).

Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları mevcuttur. Birliğe bağlı

hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedir. Hastane yöneticisi, hastane ölçeğinde genel sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden genel sekretere karşı sorumludur (663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011, Madde 31). Diğer bir ifadeyle, daha önceden hastanelerin başhekimin sorumluluğunda yürütülen idari, hukuki, mali ve teknik tüm iş ve işlemleri genel sekreter ve hastane bazında ise hastane yöneticisi yürütmektedir.

2.4.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü Sağlama Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü sağlama çerçevesinde öncelikle doktor ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz verilmeden sayının artırılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarla beraber bazı girişimlerde bulunmuş ve raporlar yayınlamıştır. Bu konuda atılan en somut adımlardan birisi de YÖK'ün tıp fakültesi öğrenci kontenjanlarını ve hemşirelik okulları kontenjanlarını arttırması olmuştur (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.83-85)

Tam donanımlı ve yetileri gelişmiş sağlık personeli yetiştirme adına, yeni bir sistem olan aile hekimliği çerçevesinde hizmet vereceklerin eğitilmesi öncelik olmuştur. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapacak aile hekimleri ve aile sağlığı hemşirelerinin uyum eğitimleri yapılmıştır (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.89).

Bu hedef çerçevesinde hayata geçirilen bir diğer uygulama da hizmet sunucularının (doktor, hemşire vs.) ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi olmuştur. Bu bağlamda, Nisan 2003 itibariyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı 10 hastanede pilot uygulama olarak performans dayalı ek ödeme sistemine geçilmiş ve 2004 yılında da tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yaygınlaştırılmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37). Bu uygulamayla, yapılan işle maddi katkı arasında bir paralellik kurularak

zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanıldığı, israfın azaldığı bir sistemin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu bağlamda, bekleme süreleri eskiye göre kısalmış ve bir üst kuruma sevk oranları daha azalmıştır. Hizmeti üretenlerin katkıları oranında bunun karşılığında pay almalarıyla hakkaniyet de sağlanmaya çalışılmıştır. Bu uygulama ile veriler elektronik ortama aktarılarak aynı zamanda düzenli bir kayıt sisteminin oluşması da sağlanmıştır (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.77-78).

2.4.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları Oluşturulması Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

SDP'yi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları oluşturma stratejisini hayata geçirmek için atılan en önemli adım Hıfzıssıhha Mektebi bünyesinde uzaktan eğitim sistemleri kurulması ve 2006 yılından itibaren bu kurumun sağlık yönetimi konusunda eğitimler gerçekleştirmeye başlamış olmasıdır (Yıldırım ve Yıldırım, 2008, s.5-6). Bunun yanında, YÖK'ün de üniversitelerin yeni sisteme uygun eleman yetiştirmesi için bu yönde düzenlemeler yaptığı ve bazı yeni bölümler oluşturması yönünde çalışmalarda bulunduğu görülmektedir.

2.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon Sağlama Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Vatandaş odaklı sağlık hizmeti için mutlak şartlardan bir diğeri de kalitedir. Bu bağlamda Türkiye'de SDP çerçevesinde bazı önemli adımlar atılmıştır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı, devlet hastanelerinde kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu ve sağlık akreditasyonunda birliği sağlamak için Kalite Koordinatörlüğü'nü kurmuş; ardından performans uygulamaları ve kalite çalışmalarını yürütmek için de *Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanlığı*'nı hayata geçirmiştir. Hem devlet hem de özel hastaneleri de kapsayacak şekilde *Hizmet Kalitesi Standartları* belirlemiştir (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.79-80). 2005 yılında ise kurumsal kriterler ve kalite kriterleri performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37). Böylece sağlık hizmetlerine erişim, hizmet altyapısı ve süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetlerinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçülmesine dayalı kapsamlı bir hastane

değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Bu sayede, personele ek ödemeler sadece üretilen hizmetlerin niceliğine değil, yukarıda başlıkları belirtilen ölçümlerin sonucuna, yani hizmet kalitesine göre de değişmektedir.

2.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Akılcı ilaç ve malzeme yöntemi çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamalarının başında ilaçtaki KDV oranının 2004 yılında reçeteli ilaçlarda ve 2005 yılında reçetesiz ilaçlarda %18'den %8'e düşürülmesi ve ilaç fiyatlandırma sisteminin değiştirilmesi gelmektedir. İlaçta farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıran referans fiyat* uygulamasına Nisan 2004 itibariyle geçilmiştir. Buna göre AB'ye üye, ilaç fiyatları en ucuz beş ülkenin (Yunanistan, Fransa, İspanya, İtalya ve Portekiz) ilaç fiyatları baz alınmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2008, s.5-6). Daha sonra, 2009 yılında Sağlık Bakanlığı, "orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66'sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için)" kuralını getirmiştir (Akdağ, 2011, s.363). Son düzenlemeye göre bu oran % 60'a çekilmiştir (Özbek, <http://www.inrud.org/ICIUM/ConferenceMaterials/1275-ozbek-c.pdf>). Gerçekleştirilen tüm bu uygulamalar sonucunda, ilaç fiyatlarında önemli derecede azalışlar olmuş ve fiyatlar Avrupa'da mevcut en düşük düzeylere çekilmiş, 1000'e yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirilmiştir (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.90). Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılması adına da önemli olmuştur. Vatandaşların ilaca erişimi kolaylaşmıştır.

Referans ilaç uygulamasının yanında gerçekleştirilmeye çalışılan bir diğer uygulama akılcı ilaç kullanımı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü akılcı ilaç kullanımını; "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak ifade etmiştir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda tespit edilen temel problemler; gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi, ilaçların yanlış biçimde kullanılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanımı, gereksiz antibiyotik tüketimi, ya da gereksiz enjeksiyon önerilmesi olarak ifade edilebilir (Pınar, 2012, s.60). Bu uygulamayla, hem

* Bu sistemle ilaç fiyatlarını belirlerken, yukarıda sayılan 5 AB üyesi takip edilmekte ve bu ülkelerdeki en ucuz fiyat Türkiye'deki ilaç fiyatları için referans alınmaktadır. Sistemle, geri ödeme kurumlarına en ucuz eşdeğer ilacın %22 fazlasına kadar geri ödeme yapma zorunluluğa getirilmiştir.

vatandaşların sağlığını tehdit edecek yanlış ilaç kullanımının önüne geçilmesi hem de sağlık harcamalarında etkinliğin ve tasarrufun sağlanması amaçlanmıştır. Kamuda tasarrufu sağlamak adına atılan bir diğer adım, Maliye Bakanlığı'nın başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturularak, "Tek Geri Ödeme Sistemi" imkânının sağlanmış olmasıdır. Böylece, reçetelenen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilaç bedelinin %10 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir (Akdağ, 2011, s.171-174; Sağlık Uygulama Tebliği, 2013). 2005 yılı itibarıyla de ilaçta ruhsatlandırma yöntemine geçilmiş ve yine aynı yıl eşdeğer ilaç uygulaması 77 etkin maddeden 333 gruba genişletilmiştir (Sülkü, 2011, s.8). Her yıl eşdeğer ilacın kapsamı giderek genişlemektedir. 2013 yılında yeniden düzenlen Sağlık Uygulama Tebliği ile de tıbbi malzeme ödemelerinde iller arasında farklı uygulamalara son verilmiştir (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Akılcı ilaç ve malzeme yönetimi çerçevesinde gerçekleştirilen önemli uygulamalardan biri de Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu şeklinde dönüştürülmesi ve Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü'nün kurulması olmuştur. Farklı şekillerde ve isimlerde uzun yıllardır faaliyet gösteren bu kurum SDP'ye uygun olarak yeniden dizayn edilmiştir. Böylece ilaç ve tıbbi malzemelerin belirlenen hedefler doğrultusunda yönetilmesi amaçlanmıştır.

2.4.8. Sağlık Bilgi Sistemi Oluşturma Çerçevesinde Gerçekleştirilenler

Sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklı dönüşümü sağlamanın bir yolu da, bilgi ve iletişim teknolojilerinden mümkün olduğunca faydalanmakta yatmaktadır. Bu doğrultuda, *Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi* kurulmaya çalışılmaktadır (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.94). Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin kendi bilgilerine erişebildiği, bireyin doğumundan önce başlayıp tüm yaşamı boyunca sağlığıyla ilgili verileri içeren işlevsel bir veri tabanının, tüm ülkeyi kapsayan bir iletişim omurgasında paylaşılması ve tele-tıp* uygulamalarına varan teknolojilerin

* Tele-tıp, en geniş tanımı ile sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulmasıdır. Teletıp; radyoloji, patoloji ve ultrason alanlarındaki sağlık hizmeti sunumunun bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında uzaktan verilmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu proje ile, uzman sayısının yeterli olmadığı hastanelerde veya konsültasyon hizmetinin alınmasının gerektiği kompleks vakalarda önemli bir eksikliğin telafi edilmesi planlanmıştır. Tele-tıp ile, hastayla ilgili tüm

mesleki pratikte kullanılmasını temel alan elektronik kayıt sistemidir. Bu sistem ayrıca sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına alacak şekilde tasarlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>). Böylece sistemin tüm aktörlerini içine alacak bir sağlık bilgi sistemi kurulmaya çalışılmaktadır. Elektronik hasta kaydı, elektronik provizyon ve faturalama, merkezi veri tabanı, sosyal güvenlik kuruluşlarıyla bilgi entegrasyonu, e-radyoloji ve uzaktan eğitim ise bu sistemin bileşenlerini oluşturmaktadır (Hulur, 2013, s.4).

Bu çerçevede hayata geçirilen e-sağlık projeleri ile de sağlık hizmeti veren kurumlarda hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, 2009 yılında Sağlık-Net* faaliyete sokulmuş ve hastanın doğumdan-ölüme tüm sağlık bilgileri toplanıp saklanmaya başlamıştır (Akdağ, 2011, s.180). Bunun dışında, mevcut sağlık bilgi sistemi içerisinde Sağlık Bakanlığı'na ait internet sitesi üzerinden doktor bilgi bankası, hasta hakları başvurusu, ilaç ve tıbbi cihaz ulusal bilgi bankası, halk sağlığı bilgi bankası, özürhüver veri bankası ve yeşil kart tahakkuk bilgi sistemi gibi farklı bir dizi hizmet sunulmaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.45). Yine, Sağlık Bakanlığı'nın internet sitesinden obezite ve beslenmeden sigaranın zararlarına kadar sağlıkla ilgili birçok konuda bilgilendirici nitelikte hizmetler verilmektedir. Bunun yanında, e-devlet kapısı uygulaması kapsamında da aile hekim bilgisi sorgulama, organ nakli bilgisi sorgulama ve Sağlık Bakanlığı kayıt ve tescil sistemi gibi hizmetler verilmektedir (E-Devlet, <https://www.turkiye.gov.tr>). Bu bağlamda, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımının önemli bir bileşeni olan e-devlet hizmetleri açısından önemli ilerleme kaydedildiği söylenebilir. Son olarak uygulamaya konan e-reçete sistemiyle de hastalar açısından reçetenin kaybolma, önceki dönemlerde hangi ilaçları kullandığını aklında tutma gibi sıkıntılar ortadan kalkarken, eczacılar açısından ise iş yükünün hafiflemesi bakımından bir avantaj sağlamaktadır.

görüntü ve bilgilerin ortak bir elektronik alanda toplanması ve bu bilgilerin gizli tutulması sağlanarak, sadece ilgili hekimlerin inceleyebileceği yönde paylaşılması için güvenli ve hızlı bir elektronik ortamın oluşturulması hedeflenmiştir.

* Sağlık.NET sağlık kurumlarında elektronik ortamda üretilen verileri, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üretmek birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi arttırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformudur.

SDP kapsamında getirilen teknolojik hizmetlerden bir başkası da vatandaşların sağlık hizmetine daha kolay erişiminin sağlanması ve hastanelerin daha etkin ve verimli şekilde hizmet sunabilmesi için geliştirilen *Hastane Randevu Merkezi* projesidir. Bu doğrultuda 2009 yılında başlatılan çalışmalar 2011 yılında tamamlanarak hizmet ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Hastane Randevu Merkezi, vatandaşların ALO 182 hattını arayarak veya “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” isimli internet sitesi üzerinden, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ile ADSM’lerden muayene randevusu almalarını sağlayan bir hizmettir (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/content/Vatandas.jsp?Islem=Haber&Id=egs%2FSNy0fzqziVOrVatBdw%3D%3D>). Böylece, hastanelerde daha iyi bir kaynak planlanması yapılarak hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanelerde gereksiz bekleme sonlandırılması amaçlanmıştır. Bunun yanında, “Alo 171 Sigara Bırakma Hattı” ile sigara bırakma konusunda eğitim almış operatörler aracılığı ile 7 gün 24 saat hizmet verme, “113” numaralı telefon ve ilgili web sitesindeki bildirim formu kullanarak sağlık personeline yönelik şiddet olaylarını bildirme, “Alo SABİM 184” uygulamasıyla 7 gün 24 saat Sağlık Bakanlığı’na doğrudan ulaşabilme ve sıkıntıları bildirip çözüm alabilmeyi mümkün kılan çağrı merkezleri aracılığıyla verilmeye başlamış vatandaş odaklı hizmetler de mevcuttur.

SGK’nın da internet veya telefon aracılığıyla verdiği bazı vatandaş odaklı hizmetler mevcuttur. Bunların başında “Hastaneni Seç, Doktoruna Ulaş” hizmeti gelmektedir. Elektronik bir hizmet olan bu uygulamayla hangi şehirde hangi özel hastaneler olduğu, bu hastanelere gidildiğinde farklı branş ve tedavilerde ne kadar ilave ücret ödeneceği, hangi doktorun hangi sağlık kuruluşunda hizmet verdiği ve kişinin geçmiş tedavi giderlerinin neler olduğu öğrenilebilmektedir. Bunun yanında, e-kesinti, evrak takibi, kredi kartı ile prim ödeme ve muayene katılım payı hesaplama gibi başka bir dizi hizmet verilmektedir. Ayrıca SMS yoluyla da vatandaşlar bazı hizmetlerden faydalanabilmektedir. Vatandaşlar sağlık hak sahiplikleri olup olmadığını, muayene katılım borcunun tutarını, ne zaman optik cam ve çerçeve alabileceğini, fizik tedavi hizmetlerinden yararlanıp yararlanamayacağını ve diş protezi hakkı olup olmadığını 5502’ye atacağı SMS yoluyla öğrenebilmektedir. “170” numaralı çağrı merkezi

aracılığıyla da SGK tarafından soru, öneri, eleştiri, ihbar ve şikayetlere yanıt verilmektedir.

SGK için bir de, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sağlanan hizmetler kapsamında MEDULA sistemi başlatılmıştır. 2007 yılından itibaren SGK ile sözleşmeli tüm devlet hastaneleri, üniversite ve özel hastanelerinin taleplerini MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca bu sistemle, hastanın durumu, hasta için yapılan ödemeler ve fatura takibi yapılmaya başlanmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37-39). 2009 yılında pilot uygulamasına başlayan İlaç Takip Sistemi de 2010 yılında yurt geneline yaygınlaştırılmıştır. Bu sayede küpür yolsuzluğu diye bilinen sahteciliğin önlenmesi ve piyasada sahte ve kaçak ilaçların yok edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca piyasaya sunulmuş olan ilaçlarda, meydana gelebilecek ve toplum sağlığını tehdit edecek durumlarda hangi ilacın nerede bulunduğu noktasal olarak tespiti ve kolayca toplanması mümkün hale getirilmiştir.

Bunların dışında, kısa süre içerisinde, kişisel sağlık kayıtlarının tutulduğu e-sağlık kartı uygulaması ve e-aile hekimliği uygulaması gibi pek çok teknolojik yeniliğin hayata geçirilmesi planlanmaktadır. Eğer bu gibi benzeri uygulamalar gerçekleştirilebilirse, sağlık bilgi sisteminin daha etkin ve verimli çalışması sağlanabilecektir. Bununla beraber, sağlık bilgi sistemleri, yalnızca teknolojik yatırımlarla gerçekleştirilecek çalışmalar değildir. Ülke çapında etkin hizmet verecek sağlık bilgi sistemlerinin gerçekleştirilmesi için ulusal ve uluslararası bazı standartların tespit edilip uygulanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık personelinin bu sistemleri tam anlamıyla kullanımının sağlanması da gerekmektedir. Hatta bu gereklilikler, teknolojik yatırımlardan çok daha önemlidir.

2.4.9. Diğer Gerçekleştirilenler

SDP çerçevesinde gerçekleştirilen ve yukarıdaki başlıklar içinde yer almayan, bir kısmı da birkaç başlığı birden ilgilendiren bir dizi başka vatandaş odaklı hizmet mevcuttur. Bu hizmetler sırayla şöyledir:

- i. Ödeme yapılmadığı için hastanın hastanede rehin tutulması uygulamalarının ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmalar, 2003

yılından itibaren uygulamaya konulmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37).

- ii. Hekim seçme hakkı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılı itibariyle uygulanmaya başlamıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37). 2010 yılı sonu itibariyle de tüm hastane ve ADSM'lere yaygınlaştırılmıştır.
- iii. Hastalar artık hastaneye değil, ilgili uzmanlık dalına sevk edilmeye başlamıştır.
- iv. Sosyal güvenlik mensuplarının bir sağlık kuruluşunda muayene için vizite kağıdı, sağlık karnesi ve resmi kimlik belgesi sunmak zorunluluğu kaldırılmıştır. Artık sadece T.C. Kimlik Numarasını gösteren kimlik belgesiyle sağlık kuruluşuna gelmek yeterli hale gelmiştir.
- v. Yatağa bağımlı hastaların yaşadıkları ev ortamlarında kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmeti almasını sağlamak ve hastane yataklarının gereksiz yere kullanımının önüne geçerek sağlık hizmetlerine ait maliyetleri azaltmak için 2010 yılı itibariyle evde sağlık bakımı hizmetleri başlatılmıştır. Bu kapsamda, muayene ve konsültasyon hizmeti, hemşirelik hizmeti, laboratuvar hizmeti, sağlık kurulu raporu ile alınması gereken ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini ile rehabilitasyon, eğitim ve destek hizmetleri verilmektedir (Akdağ, 2011, s.162).
- vi. SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10'a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik 2007 yılından itibaren toplu (sabit fiyat) ödeme getirilmiştir. Ayrıca, 2007 yılı başı itibariyle, SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hastalara ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamında) ücretsiz sağlaması ve hastadan ücret alırsa cezalandırılması sistemi başlatılmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37). Eski uygulamada hastane eczanesinde bulunmayan ilaçlar serbest eczanelerden hasta veya yakınları tarafından temin edilmekteydi. Ayrıca hastanın temin ettiği tıbbi malzemelerin ödenmesinde fark çıkması halinde, bu miktar hasta tarafından karşılanmaktaydı (Sülkü, 2011, s.13). Şimdi bahsedilen düzenlemeyle, bu uygulama ortadan kalkmıştır.

- vii. Hastanelerde koğuş sisteminden, banyosu tuvaleti içinde olan oda sistemine geçilmeye başlamıştır (Akdağ, 2011, s.357).
- viii. Sürekli ilaç kullanması zorunlu olan hastalarda (kronik rahatsızlığı olan hastalarda) rapor ve reçete artık bir kez düzenlenmeye ve iki yıl süresince geçerli olmaya başlamıştır. Hastanın sadece 6 ayda bir doktora giderek ilacını yazdırması ve eczaneden alması yeterli hale gelmiştir. Daha önceki uygulamada hastalar, her üç ayda bir sağlık kuruluşuna giderek yeniden ilacını yazdırmak zorunda kalmaktaydılar Fakat 2013 yılında Sağlık Uygulama Tebliği bu durumu değiştirmiştir. Böylece hasta daha az doktora gideceği için sağlık harcamalarında bir azalma olması öngörülmüştür.
- ix. Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda, 2008 yılından itibaren tüm sigortalılar için yurtdışında tedavi olabilme imkanı getirilmiştir (Akdağ, 2011, s.362). Ayrıca, 2013 yılında yenilenen Sağlık Uygulama Tebliği ile yurt dışına tedaviye gönderilen hastaların sevke konu hastalıklarına ait bedellerin (hastalığın komplikasyonu ve acil durumlar hariç) ödenmesinin yanında, hastanın hastalığıyla ilişkili durumlar ortaya çıkması halinde de buna ilişkin tedavilerin ödenebileceği yönünde düzenleme getirilmiştir (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).
- x. Ücretsiz Kanser Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) hayata geçirilmiştir. Bu bağlamda 123 adet KETEM kurulmuş ve tarama yapılacak hedef kitlenin %20'sine ulaşılmıştır (Akdağ, 2011, s.358 ve 372).
- xi. Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan *4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun*'da değişiklik yapılarak 2008 yılında kabul edilmiştir.
- xii. Vatandaşlara SGK'ca sağlanan protez ve ortezlerin sayısı 2013 yılında Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan düzenlemeyle artırılmış ve ayrıca bazı tıbbi malzemelerin SGK tarafından karşılanması için istenen kimi belgeler kaldırılarak bürokrasi azaltılmıştır
- xiii. Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve "Tam Gün" olarak da ifade edilen yasa tasarısı 2010 yılında TBMM Genel Kurul'unda kabul edilerek kanunlaşmıştır (Sülkü, 2011, s.9). Böylece doktorun hastanede kalarak hastaya bizzat hizmet vermesi amaçlanmıştır.

Ayrıca doktorların hastanelerde tam gün çalışmasını sağlayarak vatandaşların özel muayenehanelere gitme mecburiyeti önemli oranda azaltılmıştır (Akdağ, 2011, s.357). Fakat birçok üniversite öğretim üyesinin üniversiteden ayrılması üzerine son dönemde yasa üzerinde değişiklik yapma çalışmalar başlatılmıştır.

- xiv. Gebelere 2004 yılı itibariyle ücretsiz demir ve D vitamini desteği verilmeye başlanmıştır. Ayrıca toplumun en yoksul %6'lık kesimindeki ailelere, gebe ve çocuklarının sağlık takiplerini yaptırmaları şartıyla, her gebelik ve her çocuk için nakit para yardımı uygulaması hayata geçirilmiştir (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.53-58).
- xv. Ulaşım problemi olan yerlerde anne adayları doğum öncesi misafir edilerek sağlıklı doğum yapmalarını sağlamak amacıyla "Misafir Anne Projesi" başlatılmıştır (Akdağ, 2011, s.362).
- xvi. 2003 yılından itibaren tüm çocukları aşılama yönünde kampanya başlatılmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37).
- xvii. Yeşil Kart alamadan hastalanan vatandaşların geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması sağlanmıştır (Akdağ, 2011, s.358). Ayrıca Yeşil Kartlılar için 2013 yılında değiştirilen Sağlık Uygulama Tebliği ile başka yeni haklar getirilmiştir. Önceden, üniversite hastanelerinde tedavi gören Yeşil Kartlıların, başka bir üniversite hastanesine sevk edilebilmeleri mümkün değildi. Bu kişilerin, yeniden Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneden sevk alınması gerekiyordu. Yapılan düzenleme ile hastaya ikinci bir sevk alınması uygulamasına son verilmiştir. Bunun yanında, Yeşil Kartlı vatandaşların, TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaat edebilmeleri de sağlanmıştır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013)
- xviii. Organ bağışında bulunmak isteyen vatandaşların organ bağışı için bir ilden diğer ile gitmeleri durumunda yol, gündelik ve refakatçi giderleri SGK tarafından karşılanır hale getirilmiştir. Ayrıca primi devlet tarafından karşılananlar, organ nakli ve nakil sonrası kontrolleri için doğrudan üniversite hastanelerine gidebilmeye başlamıştır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

- xix. Diyabet hastaları için SGK tarafından ödenen şeker ölçüm çubuklarının sayısı 4 kat artırılmıştır. Böylece belirli bir süre için ödenen şeker ölçüm çubuğu sayısı, 6 ayda 50 adetten, 3 ayda 100 adete çıkarılmıştır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).
- xx. 2006 yılının Temmuz ayında sağlık hizmetleri için global bütçe uygulamasına geçilmiştir. 2009 yılında itibaren de global bütçe* uygulaması Sağlık Bakanlığı hastaneleri için başlatılmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2009, s.37). Özel hastaneler içinse yapılması konusunda tartışmalar yaşanmış, fakat henüz bir uygulama başlatılmamıştır.
- xxi. Ocak 2005'ten itibaren sağlık hizmetlerinde KDV %18'den %8'e düşürülmüştür (Sülkü, 2011, s.8).
- xxii. Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedavinin verildiği, hekimini, kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmeti hedeflenmiştir. Bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda devlet hastanelerinin tamamında "Hasta Hakları Birimi" faaliyete geçirilmiştir. Ayrıca 7 gün 24 saat Sağlık Bakanlığına doğrudan ulaşabilmeyi ve sıkıntıları bildirip çözüm alabilmeyi mümkün kılan bir çağrı merkezi sistemi oluşturulmuştur (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s.73).
- xxiii. Bütün il müdürlükleri, sağlık grup başkanlıkları/toplum sağlığı merkezleri ile hastane ve ADSM'lerde; özellikle doğrudan vatandaşa hizmet sunanlara, sundukları hizmetlere yönelik standartlar getirilmeye çalışılmıştır. Böyle bir uygulama vatandaş sözleşmesi tarzı bir çalışmayı andırmaktadır (Akdağ, 2011, s.212).

* Global bütçe, en genel anlamıyla, belirlenmiş bir süre için belirlenmiş bir miktarda bütçenin, verilen hizmetin sayısı ile bağlantısı olmaksızın herhangi bir sağlık hizmeti sunucusuna tahsisi olarak tanımlanabilir. Bu sistemde politika belirleyiciler, belirledikleri (genellikle bir yıl) süre için bir harcama tavanı belirler ve bu süre içerisinde bu tavanın aşılmamasını beklerler. Bu ödeme türünün en önemli avantajı, harcamaların artış hızını yavaşlatması ve bütçe sınırları içerisinde kalmak koşulu ile hizmet sunucusuna verdiği hizmetlerde esneklik sağlaması olmuştur. Politika belirleyicilere göre, sınır aşımı durumunda, hizmet sunucusu sorumlu tutularak aşan bütçenin önemli bir bölümünü üstlenmesi gerekmektedir. Hizmet sunucusu daha az ya da daha düşük kaliteli hizmet vererek bütçe sınırları içerisinde kalma olasılığı da sıklıkla başvuru ve toplum sağlığı açısından istenmeyen sonuçlar doğuran yöntemlerden biri olabilir. Örneğin hastaneler, kurumlarına yüksek maliyete neden olacağını öngördüğü hastaları kabul etmeyebilir. Böyle bir durumda hastaların sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkilenebilir.

- xxiv. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulaması başlatılmıştır (Akdağ, 2011, s.362).
- xxv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tım sağlık tesislerinde her hekime bir muayene odası uygulaması 2003 yılı itibariyle hayata geçirilmeye başlamıştır.
- xxvi. Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin cenaze nakline ilişkin giderleri, sevkini düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere SGK'ca karşılanmaya başlamıştır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).
- xxvii. SGK �zel bir sağlık kuruluşuyla anlaşma yaparak 2505 aileye ücretsiz tüp bebek hizmeti vermeye başlamıştır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012).
- xxviii. Kaplıca tedavisi alması gerekli görülenler, Sağlık Bakanlığı'nca işletme izni verilen kaplıca tesislerine müracaat edebilme ve tedavi giderlerini SGK'dan talep edebilme hakkı elde etmişlerdir (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

3. SDP'YE YÖNELİK ELEŞTİRİLER

SDP getirdiği yenilikler yanında, pek çok noktada eleştirilere de maruz kalmaktadır. Bu eleştirilerden ilki sağlık hizmetlerini büyük olęde özelleştirdiği yönündedir. SDP ile birlikte, sağlık alanında ciddi bir yapısal değişimin hedeflendiği bir gerçektir. Bu değişim, aslında 1980'li yıllardan itibaren yürürlüğe konan neoliberal politikaların bir devamı niteliğindedir. Bu yıllarda �zelleştirme furyası içerisinde yaşama geçirilmeye ęalıřılan sağlık reformu ile hedeflenen iyileşmelerin sağlanması için SDP'nin yürürlüğe konduğu söylenbilir. Böylece, diğer tım alanlarda olduğu gibi, devletin rolünün azaltılarak sağlık hizmetlerinde özel sektörün ve piyasa kurallarının geçerli olduğu bir yapı kurulmak istendiği görülmektedir.

Buradan anlaşılacağı üzere, özerkleştirme, �zelleştirme, piyasalaştırma, piyasaya benzetme ve kamu özel ortaklıklarına dayanma gibi sağlık alanında yeni bir

yapının zamana yayılarak yaşama geçirilmesi SDP'nin temel eleştiri noktasını oluşturmaktadır. Devlet tarafından sağlık hizmeti sunumu yerine, vatandaşlar tarafından sağlık hizmetlerinin sunucudan satın alımına yönelik mekanizmalar devreye sokulmuştur. Bu kapsamda devletin rolü de hizmet sunumu yerine, piyasa düzenleyiciliğine kaydırılmıştır.

2004 yılında kabul edilen 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu bu reform çalışmasında belirleyici olmuştur. Diğer bir deyişle, SDP, 5018 Sayılı Kanun'la kamu mali yönetiminde gerçekleştirilmek istenen dönüşümün sağlık sektöründeki yansıması olmuştur. SDP ile getirilen düzenlemelerle, kıt kaynakların etkin ve rasyonel bir şekilde kullanılması sağlanarak, hizmet verimliliğinin artırılması amaçlanmıştır. Böylece topluma sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde de bir artış sağlanabileceği, kaynakların etkin ve verimli kullanılması sayesinde ise önemli bir maliyet avantajı elde edilebileceği varsayılmıştır (Pekten, 2006, s.121). Böylece sistemin piyasa kurallarına göre yönetilmesinin bir adımı atılmıştır.

SDP'nin bir diğer eleştiri noktası, getirilen yeni modelde, sağlığın herkesin kendi başına çözümleneceği bir konu durumuna indirgenmesi olmuştur. Olanaklar yetersiz ve kaynaklar kısıtlı olsa da SDP öncesinde, bir şekilde, temel olarak vatandaşın sağlığının devletin sorumluluğu ve güvencesi altında olduğu görülmektedir. Her yerde ve tüm boyutlarıyla başarılı olunmasa da yalnızca hastalıkların tanı ile tedavisi değil, vatandaşın ve toplumun sağlığının öncelendiği bilinmektedir. SDP'yle beraber, devletin sorumluluk alanının, ortaya çıkan hastalıkların "tanı ve tedavisi" için bir sistem kurmak ve o sistem içerisinde çalışan kurumları izlemek ve denetlemek şeklinde sınırlandırıldığı görülmektedir (Sütlaş, 2012, s.43). Bu temelde, arz yönlü olmaktan ziyade talep yönlü sağlık politikaları yürürlüğe konulmuştur. Maliyetleri piyasaya bırakan bu uygulamada, birinci basamak sağlık hizmetleri kısmen özelleştirilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise önemli oranda piyasalaştırılmıştır.

Neoliberal politikaların sağlık alanına yansımasına yönelik politikalar sadece Türkiye'de değil, son yıllarda dünyanın farklı ülkelerinde yürürlüğe konulmuştur. Bunun temel nedeni de bu dönüşüme yön ve destek veren uluslararası kuruluşların bakış açılarına göre şekilleniyor olmasıdır. Bu temelde SDP'ye yönelik önemli bir eleştiri de

bu programın ülke gerek ve gerçeklerinden çok IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların dayatmalarının sonucu yürürlüğe konulduğu iddiasıdır.

SDP baştan itibaren Dünya Bankası destekleri ile yürütülen bir programdır. İki “Uyarlanabilir Program Kredisi” ile desteklenmiştir. Bu kapsamda yapılan çalışmalar arasında, sağlık sistemi performansı ile ilgili olarak, Türkiye’nin küresel olarak karşılaştırıldığı ve sisteme uluslararası politika deneyimlerinin aktarıldığı bir OECD-Dünya Bankası ortak raporu yer almaktadır. Ayrıca bir sağlık sektörü değerlendirmesi de gerçekleştirilmiştir. Yapılan en son çalışmalar, mali sürdürülebilirlik ve aile hekimliği modeli üzerinde odaklanmıştır. Dünya Bankası aynı zamanda çıkarılan derslerin başka ülkeler ile paylaşılabilmesi için SDP ile ilgili uluslararası bir konferansı da desteklemektedir. Dünya Bankası’na göre; Türkiye’de uygulanan dönüşüm programı, kötü bir sağlık performansının nasıl hızlı bir şekilde tersine döndürülebileceği bakımından başka ülkeler için de bir ilham kaynağı ve örnek oluşturmaktadır (Dünya Bankası Grubu - Türkiye İşbirliği: Ülke Programının Görünümü, 2013, s.10). Bu bağlamda anlaşılmaktadır ki SDP’nin uygulamaya konmasındaki etkenlerin başında ihtiyaçtan öte Dünya Bankası gelmektedir.

SDP’nin özünü aile hekimliği oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimliği uygulamasına yönelik ciddi eleştiriler mevcuttur. En başta gelen eleştiri de bu modelin sağlık sorunlarını tedavi ederek çözmekten ziyade, piyasalaşmaya giden yolda sağlık hizmetini halka hissettirmeden özelleştirerek, şikayetleri azaltan, fakat sorunları öteleyen ve gizleyen bir mekanizma yarattığı şeklinde özetlenebilir. Aile hekimleri birer işletmeci olarak çalışır. Personelinin ve sağlık kurumunun fiziki altyapısının sağlanmasından kendisi sorumludur. Bu da aile hekimlerinin üzerinde vereceği sağlık hizmeti yanında, hem idari hem de mali bir yük oluşturmaktadır. Bunun yanında, aile hekimliği sisteminin bölge temelli olmaması niteliği ise koruyucu sağlık hizmetlerinin, ev ziyaretlerinin yapılmasına ve hizmetlerin planlanmasına zarar vermektedir (Belek, 2012, s.88-91)

Yapılan eleştiriler, aile hekimliği uygulamasının aksayan yönleri yanında sistemin özüne de yöneliktir. Ülkemizde uygulanan aile hekimliği modelinin, koruyucu sağlık hizmetlerini temel alan bir uygulama olmadığı söylenebilir. Bu hekimler çalışma

sürelerinin büyük çoğunluğu hasta muayenesine ayırmaktadır. Gebe, bebek izlemleri ile bebek aşılara yeterli zaman kalmamaktadır. Bununla beraber, aile hekimliğinin tedavi hizmetlerini bile layıkıyla yerine getiremediği ileri sürülmektedir. Bu nedenle, vatandaşların sağlık sorunlarının çözümü için birinci basamak yerine yataklı tedavi kurumlarını, yani ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını tercih ettiği önemli bir eleştiri olarak ortaya konulmaktadır (Soyer, 2009b, s.181). Bunların yanında, aile hekimliği uygulamasında vatandaş odaklı bir uygulama olarak, hastaya hekimini seçme hakkı tanınmaktadır. Aynı şekilde aile hekiminin geliri de performansa bağlı olmaktadır. Bu bağlamda, aile hekimleri hastasını kaybetmemek adına onun her türlü isteğini yerine getirdiği noktada eleştirilebilir. Elbette ilk bakışta bu durum vatandaş odaklılık adına olumlu görülebilir, oysa sağlık hizmetlerinin özelliği göz önüne alınırsa bu durumun çok da olumlu bir şey olmadığı ortaya çıkacaktır. Hekim, hastalık ve tedavi hakkında bilgi sahibi olarak hastanın isteğinden ziyade hastalığın çözümüne odaklanmalıdır. Fakat onların gözünde hasta vatandaştan çok müşteri olarak görülmeye başlamış, o yüzden onların isteklerini yerine getirerek müşteriye kaybetmemeye ve böylece performans ölçütlerinde ve gelirlerinde meydana gelecek azalışları minimize etmeye çalışmaktadırlar. Bu gelişme vatandaş odaklı hedeflerin giderek müşteri odaklılığa kaydığına önemli göstergelerinden birini oluşturmaktadır.

SDP ile sadece aile hekimleri değil, ikinci ve üçüncü basamaktaki hekimler de performans baskısı altında çalışmaktadırlar. SDP ile birlikte sağlık kurumlarının karlılık, hekimlerin de performans odaklı çalışması neticesinde müşteriye (vatandaşı) memnun etme, talebi çeşitlendirerek artırma ve böylelikle hedefi maksimize etme çabası burada da yaşanmaktadır. O yüzden müşteri odaklı anlayışa doğru kayışın, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için de geçerli olduğu söylenebilir. Bu durum ayrıca, sağlık hizmetlerinde çarpık bir piyasa oluşumuna da neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusalılığı yanında, güvene dayalı bir hizmet olması nedeniyle, ortaya çıkacak arz talep ilişkilerinin denge durumundan uzaklaşma yönünde olduğu görülmektedir. Bununla beraber, sağlık hizmetinin herkese sınırsız ulaştırılmasını arz talep mekanizmalarına terk edilmemesi gerekmektedir. Herkese eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlamak devletin temel görevi olmalıdır

Sağlık hizmeti sunucularında müşteri odaklılığın ve işletme mantığının giderek hakim olmasıyla beraber, tüm sağlık kurumları girdilerini azaltıp, çıktılarını arttırma ve maliyetlerini düşürerek gelirlerini yükseltmeye çalışacaktır. Bir sağlık işletmesinde geliri yükseltmenin en iyi yolu da, müşteri sayısını ve müşteriye sunulan hizmet çeşitliliğini arttırmaktır. Hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki asimetrik bilgi düzeyi ve özellikle hekimlere yapılan hizmet başı ödeme stratejisi düşünüldüğünde, bu yaklaşım, yapay talep yaratma demektir. Yapay talep yaratma ise yaşamın doğasını tıplaştırarak yapay hastalık üretme ve müşterinin bilgi eksikliğinden yararlanarak onu işletme ve hekim için karlı olacak pozisyona koşullandırmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009, s.41). Bu durumun sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini belirgin şekilde arttırdığı iddia edilebilir. Bu konuya ilişkin birçok örnek verilebilir. Eskiden vatandaş muayeneye gittiğinde maliyeti minimize etmek için doğru düzgün tahlil ve tetkik yapılmazken, SDP ile birlikte tahlil, analiz ve ameliyat sayısında ciddi artışlar olmuştur. En belirgin örneği ilaç tüketiminin ve sezaryenle doğum oranlarının hızla artmış olmasıdır. Sonuç olarak, bu durumda oluşan arz talep dengesi temiz bir denge olmamaktadır. Yani tam bilgiye sahip bireylerin arz ve talebinin bir sonucu değildir. Vatandaşın ve devletin cebinden haksız yere hastanelere ve hekimlere bir transfer söz konusu olmaktadır. Nitekim son yıllarda her iki konuda da düzenlemelere gitme yönünde adımlar atılmaktadır.

Vatandaş odaklılık bağlamında önemli bir uygulama da sağlık hizmetlerinin vatandaş ihtiyaç ve isteklerine göre farklılaştırılmasıdır. Fakat piyasalaşma ile birlikte düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinde piyasa yönelimli bir hizmet farklılaştırmasının olumsuz sonuçlara yol açtığı söylenebilir. SDP ile birlikte sağlık sektörü özelleşirken hizmet farklılaştırmanın da yolu açılmıştır. Bu ise hizmet sunumunda yüksek getirisi olacak hastalara daha farklı hizmetler sunulabilmesinin yolunu açmaktadır. Bunun en belirgin sonucu ise hizmete erişimde ve hizmetten yararlanmada vatandaşlar arasında yüksek gelirli lehine bir ayırım yaratabilmesidir. Sosyal adalet ve eşitlik bağlamında bu durum olumsuz sonuçlar doğurabilecektir. Bu ise sistemin sürdürülebilirliği açısından ciddi bir risk unsurudur.

SGK'nın yükünü azaltmak ve sistemin finansmanının sürdürülebilirliği için prim ödeme ve katılım payları önemli görev üstlenmektedir. Sistemin finansmanı önemli oranda prim esasına dayanmaktadır. Bunun yanında katılım payları da özellikle son yıllarda artan oranda finansmandaki payını büyütmemektedir. Devletin katkısının ise giderek küçültülmesi hedeflenmektedir. Nitekim bu katkı gittikçe küçülmektedir. Elbette burada ciddi bir risk ortaya çıkmaktadır. Genel Sağlık Sigortası ile prim ödemeden muaf olan ve açlık sınırının altında yaşayanlar hariç herkes belli oranlarda prim ödemek durumundadır. Aynı şekilde sisteme katılım payı yatırmak durumundadırlar. Buna göre daha önceden sağlık hizmetlerinden yararlanabilen bazı grupların da durumu sıkıntıya düşmektedir. Örneğin 18 yaşını doldurmuş olup liseye devam etmeyen çocuklar, lisede okuduğu halde 20 yaşını doldurmuş olanlar ve üniversite eğitime devam etseler de 25 yaşını doldurmuş olanlar ebeveyninin güvencesinden çıkarılmaktadır. Bu çocuklar kendileri için prim yatırmazlarsa ya da ebeveynleri onlar için prim yatırmazsa sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Daha önceden, üniversite eğitimi görenler eğitimlerini tamamlayana kadar ve kız çocukları da evlenene ya da bir işe girene kadar ebeveynlerinin güvencesi altındaydı (Belek, 2012, s.62). Benzer şekilde, işsizlik sigortasından yararlanamayan işsizler, kayıt dışı sektörde çalışanlar, primini ödeyemeyen esnaf ve sanatkârlar ve primini ödeyemeyen çiftçiler genel sağlık sigortasından ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinden bu kapsamda yararlanamamaktadır (Türk Tabipler Birliği, s.3). Bu uygulamalar vatandaşların sağlık hizmetlerine yönelik ceplerinden yaptıkları harcamaları giderek arttırmaktadır. Bu durumdakilere en azından ciddi maliyet gerektiren tedavi hizmetlerinin verilmemesi de sosyal adalet ve eşitlik açısından düşündürücü bir durumdur.

SDP uygulamasına yönelik diğer bir eleştiri yukarıda da belirttiğimiz gibi başlangıç aşamalarında istisnai bir ödeme biçimi olarak gösterilen “katılım payı”nın, gittikçe bir finansman biçimi haline gelmesi yönündedir. Bu durumda olan şey aslında, prim ödemeleri ve vergilere ek olarak katılım payı adı altında cepten harcamaların meşrulaştırılmasıdır (Soyer, 2009b, s.181). Katılım payı şeklindeki ödemelerin, vatandaşların sağlık hizmetlerine başvuru ve yararlanmasının önünde bir engel oluşturduğu ise yapılan araştırmalarla desteklenmiştir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü,

eğer katılım payı ödemek gibi bir zorunluluk var ise, hastanın sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu zaman sağlık birimlerine başvurma eğiliminin %40,6 ile %43,5 oranında azaldığını belirtmektedir. Aynı şekilde, yapılan çalışmalarda katılım payının poliklinik başvurularında %24 civarında azalmaya neden olduğu bulgulanmıştır. SDP benzeri reformlarda, reformun yasalaşması sonrası temel teminat paketinin içerisinde bulunan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve genişliği azalırken, katılım payının ise sürekli olarak arttığı belirlenmiştir (Elbek ve Adaş, 2009, s.38).

Hizmetlere yönelik geliştirilen performans kriterlerinin niteliği, SDP'nin eleştirilen bir diğer unsurudur. Yeniden yapılandırılan sağlık örgütlenmesinin sağlık çalışanlarınca sahiplenilmesini sağlamak ve onları yüksek motivasyon düzeyine ulaştırmak için “performans” olarak adlandırılan hizmet başı ödeme sistemi uygulamaya konulmuştur. Bununla birlikte, performans aslında tartışmalı bir konudur. Çünkü, saptanan performans kriterlerinden hiçbirisi sağlık hizmetinin niteliğini ölçmemekte ve ekip çalışmasını olanaksızlaştırmaktadır. SDP ile yürürlüğe konulan sistemin, sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğunu göz ardı ederek, hekim odaklı bir yapıyı yerleştirdiği anlaşılmaktadır. Performans ölçütü olarak, bir hekim ne kadar çok hasta muayene ederse, ne kadar çok müdahale/ameliyat yaparsa, o oranda ödüllendirilmektedir. Ancak bir hekimin çok hasta muayene etmesi veya çok ameliyat yapması aslında, hasta başına ayırdığı zamanı azalttığı anlamı taşımaktadır. Ayrıca, bu sistemin yanlış ve gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarını arttıracığı da açıktır. Öte yandan performans sisteminin en olumsuz sonucu, hastanın ihtiyacı yerine hastane ve hekimin kendi girdilerinin temel çıkış noktası olarak belirlenmesine yol açmasıdır (Elbek ve Adaş, 2009, s.38-39).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde performansın ölçütü, hastalıklardan koruma ve tedavinin başarısı değil, işlem sayısı ve elde edilen kazançtır. Konusu ve varlığı “insan” olan tıp böylece gayri-insani bir nitelik kazanmaktadır. Yüksek performans gösterenlere prim verilmesi esasının getirilmesi, hastanın meta olarak algılanmasına yol açmaktadır (Ergür, 2009, s.161). Bu bağlamda, performans kriterleri sayıya değil, hizmette sağlanan kaliteye göre belirlenmelidir. Kaç hastaya bakıldığı veya kaç ameliyat yapıldığı değil, sağlık göstergeleri dikkate alınmalıdır (Tarım, 2009, s.75).

Hekim ve kurum bazında ortaya çıkan bu performans esaslı sorun, Kamu Hastane Birlikleri ile iyice genelleştirilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri ile tüm sağlık kurumlarının, kar amaçsız fakat yüksek performanslı ve verimli sağlık işletmelerine dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Böylece performansı yetersiz olan sağlık kurumlarının kapatılarak başarılı olanları ödüllendirilmesi amaçlanmıştır. Bu uygulama ile hekim ve hastane bazında performansla ilgili ortaya çıkabilecek çarpıklıklar tüm sisteme kurumsal bazda yayılarak genelleştirilmiştir. Oysa sağlık hizmeti sadece nicel verilerle ölçülemeyecek bir özellik taşır. Sağlık, hastalık ve iyileşme gibi konular daha çok nitel ve görel bir özelliğe sahiptir. Sağlık, hastalık ve iyileşme gibi konular daha çok nitel ve görel bir özelliğe sahiptir. Bu anlamda sağlıkta performansın bu derece fetişleştirilmesi tartışılması gereken bir konudur. Hizmete erişim ve yeterli hizmet alabilmeyi sıkıntıya sokmaktadır.

SDP'nin önemli bir eleştirisi noktası kamu kaynakları aracılığıyla özel sektörün desteklendiği yönündedir. Bunun daha çok özel hastaneler ve özel görüntüleme merkezlerinde yaşandığı görülmektedir. Sağlık sektörüne yatırım yapacak özel sektöre ithalat kolaylıklarının sağlanması, arsa tahsis edilmesi, vergi avantajları sunulması ve yatırım teşviklerinin verilmesi özelleştirme sürecinde kullanılan araçlardır. Bunların yanında, kamu hastanelerinin laboratuvar ve görüntüleme gibi belirli hizmetleri kendi üretmek yerine, dışarıdan satın alır hale getirilmesi de yine bu süreci mümkün kılan uygulamalardandır (Belek, 2012, s.113-114).

SDP, sağlık hizmetlerini büyük ölçüde taşeronlaştırması yüzünden ciddi şekilde eleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde taşeronlaştırmayla beraber kamu hastanelerinde temizlik, mutfak, güvenlik hizmetleri taşeron firmalar tarafından gerçekleştirilmeye başlamıştır. Bunun yanında, kadro alamamaları nedeniyle hemşire, laborant, radyoloji teknisyeni, tıbbi sekreter, hasta bakıcı kadrosunda çalışanların da ihale yoluyla işe alındığı görülmektedir (Çerkezoğlu, 2009, s.31-32). Eskiden kadrolu memurların yaptığı işleri, artık güvencesiz, geçici sözleşme ile çalışan, düşük ücretli taşeron çalışanları yerine getirmektedir. Binlerce sağlık çalışanı taşeron şirketler aracılığıyla istihdam edilmektedir. Üniversite hastaneleriyle beraber taşeron sağlık işçisi sayısının 150 bini bulduğu öne sürülmektedir. Sağlık Bakanlığı ise, bu yolla, maliyetlerin düştüğünü, temel olmayan hizmetleri dış kaynaklardan sağlanarak klinik

hizmetler için gerekli olan kıt kaynakları daha etkin kullandıklarını iddia etmektedir. Bu şekilde, genel yönetim giderleri gibi dolaylı maliyetleri ve sermaye/yatırım giderlerini azaltabildiklerini savunmaktadır (Sönmez, M., 2011, s.95-96).

SDP ile getirilen taşeronlaştırmaya yönelik en belirgin eleştiri, sağlıkçılar tarafından meslek mensupları ile ilgili olarak ortaya çıkan sonuçlar hakkındadır. Çünkü bu modelde sağlık personelinin istihdam şekilleri, istihdam koşulları ve personel arası ilişkiler köklü şekilde değiştirilmiştir. SDP ile sağlık çalışanları büyük ölçüde sözleşmeli çalışan haline gelmiştir. Böylece, çalışma şartlarının ağırlaştırıldığı, iş güvencelerinin azaltıldığı, çalışma saatlerinin uzatılarak belirsizleştirildiği ve esnekleştirildiği görülmektedir. Bu bağlamda, çalışanlar arası ilişkiler yeniden şekillendirilmiştir.

SDP, hangi basamakta olursa olsun, sağlık çalışanlarının istihdam modelini iş güvencesinden arındırılmış sözleşmeli çalışan haline getirdiği sistem, en fazla aile hekimliğinde görülmektedir. Aile hekimliği modelinde, bir veya birkaç hekim bağımsız veya ortaklık biçiminde SGK ile sözleşme yaparak aile hekimi olma hakkına kavuşmaktadır. Daha sonra kurduğu aile hekimliği merkezinde, hemşireden temizlik görevlisine kadar tüm çalışanlarını sözleşmeli olarak istihdam etmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık işletmelerinde çalışacak sağlık çalışanları da o işletmenin veya hizmet satın alınan taşeron işletmesinin sözleşmeli elemanları olarak istihdam edilmektedirler. SDP, bu kapsamda sağlık çalışanı kimliğinde parçalanmaya neden olmaktadır. Çünkü SGK ile anlaşma yapan aile hekimi ile aile hekimi ile sözleşme yapan aile hekimliği elemanı arasında çıkar çatışması doğmaktadır. Sağlıkın ekip hizmeti olduğu düşünüldüğünde, birbirleriyle çıkar çatışmasına giren sağlık çalışanlarının rakip hale getirilerek örgütsüzleştirilmesi ve sermaye karşısında etkisizleştirilmesi kolaylaşmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009, s.41).

Sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğu ve ekip ruhunun önemi göz önüne alındığında, aile hekimliği uygulamasının sakıncası daha belirgin olarak ortaya konulabilir. Bu bağlamda, aile hekimliği uygulamasının ekip anlayışını yok ettiği söylenebilir. Sağlık hizmetleri hekim ve hekim dışı sağlık personelinin ortak ve tamamlayıcı işbölümü ile ortaya çıkar. Bu uygulamada aile hekimi ve diğerleri söz

konusudur. Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. Hekim dışı sağlık personeli ise, her biri ayrı mesleki eğitimi, görev tanımları olan çok geniş bir ekiptir. SDP, tüm bu disiplinleri yok sayarak, hepsini birden “Aile Sağlığı Elemanı” adı ile kimliksizleştirmekte ve mesleki bağımsızlıklarını yok etmektedir. Her aile hekimi yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. Genel eğilim olarak aile hekimleri, müşteri memnuniyetini gözeterek daha çok hemşire ve ebelerle sözleşme imzalamakta, sağlık memuru ve sağlık teknisyenlerini ise tercih etmemektedirler (Gül ve Ergun, 2010, s.330). Tüm bunların sonucu olarak aile hekimliği sisteminin temel eleştiri noktası, sağlık hizmeti bütüncülüğünü kaybettirmesi, hekimler dışındaki çalışanların kimliksizleştirilmesi, sosyal hakları ve çalışma koşulları zorlaştırılması olarak ifade edilebilir.

SDP ile getirilen düzenlemelere önemli bir eleştiri de sağlık piyasasında hizmet arzını genişletmek ve emek gücünü ucuzlatmak amacıyla hekim sayısının artırılması girişimleri konusundadır. Özellikle de özel hastanelerin yaygınlaşması ve büyük sermaye gruplarının sağlık hizmetlerine yönelik yatırımlarını arttırmasıyla hekime talep artarken, hekimlerin rolü ve gücü sınırlanmaya başlamıştır. Özel sektörde çalışan hekimler ücret, statü ve iş güvencesi kaybı yaşarken, patron ve piyasa baskısı ile hastaların istek ve beklentileri arasında kalmaya başlamışlardır (Demirdizen, 2009, s.51). Tıp fakültesi öğrencileri de bu sıkıntılı süreçten nasibini almaktadır. Piyasada emek girdisinin ucuzlaması için tıp fakültelerinin kontenjanları arttırılırken, tıp fakültesi öğrencileri de ileride uzman olarak çalışmayı hedefledikleri özel hastanelerde düşük ücretle ve çok sayıda nöbet tutmaktadırlar (Gören, 2009, s.97). Bu bağlamdaki düzenlemelerin sağlıkta kaliteyi ciddi oranda düşüreceği önemli bir eleştiri konusudur.

SDP'ye yönelik başka bir eleştiri de global bütçe uygulaması konusundadır. Global bütçe modelinin en çok eleştirilen yönü, performansı teşvik etme açısından diğer çıktıya dayalı geri ödeme sistemlerine göre daha zayıf olmasıdır. Hizmet sunucu birimin küçük olması durumunda; beklenmeyen harcama artışlarına karşı, hastaları ve hizmet sunucularını korumak için ihtiyaç duyulan sağlık sigortası havuzunda çatlaklar yaratabilme ihtimali de modelin eleştirilen başka bir boyutudur (Akyürek, 2012, s.125-126). Global bütçe nedeniyle, bütçe sınırları içerisinde kalma çabaları, hastaların

gerektiği gibi tedavi edilmemesi riskini de ortaya çıkarabilmektedir. Bu noktada atılacak olası adımlar, kabul sayılarının azaltılması ve olası en ucuz vaka karmasına yönelmektir (Saltman, 1994, s.288). Tüm eleştirilere rağmen uygulamaya konulan global bütçe ile maliyet tasarrufları ve etkililiğin sağlanması hedeflenmektedir. Buna karşın, Enthoven ve Kronick'in (1989, s.32) çalışmalarının gösterdiği üzere, global bütçeyi benimseyen ülkelerden hiçbiri, sağlık hizmetlerinin sunumu ve organizasyonunda etkililiği sağlama yönünde yeterli başarıyı yakalayamamıştır.

SDP'ye yönelik eleştirilerden bir diğeri de, sağlık örgütünün kırdan kente çekilerek, hizmetlerin daha çok sayıda birimde ve parçalanmış süreçlerle, karşılık potansiyeli çerçevesinde özel sektör yönelimli bir büyüme sürecine sokulduğu yönündedir (Türk Tabipler Birliği, 2011, s.29). Zaten dezavantajlı konumda olan kırsal kesimde yaşayan vatandaşlar, bu reform süreci ile birlikte sağlık alanında daha da dezavantajlı konuma gelmektedirler. Özellikle sağlık ocaklarının kapatılarak kentlerde hizmet veren aile hekimliği sistemi bu duruma yol açmaktadır. Çünkü kırsal kesimde yaşayan vatandaşlar artık aile hekiminin mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde hizmet alması neredeyse imkansız hale gelmektedir. Oysa, acil durumlar, enjeksiyon, pansuman gibi hizmetleri sunması için sağlık ocakları tatil günlerinde ve mesai saatleri dışında da hizmet sunarlardı. Ayrıca sağlık hizmetlerini büyük ölçüde gezici nitelikte alan kırsal kesimdeki vatandaşlar, gezici sağlık hizmeti almak için başka bir aile hekimine başvuramamaktadır. Başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse de, bu hekimini aile sağlığı biriminden hizmet almaktadırlar (Belek, 2012, s.88-90). Bu çerçevede herhangi bir hizmet gibi, sağlık hizmetlerinin özel yapısı dikkate alınmadan, sadece piyasa temelinde bir yapılanma ve büyüme süreci sağlık hizmetlerinin, sosyal adaletin ve toplumsal refahın gelişimi açısından endişe yaratmaktadır.

Her ne kadar “hastanede rehin kalma dönemi artık sona erdi” denilse de, katkı paylarını veya fark ücretlerini ödeyemeyecek vatandaşlar için “Adres Tespit Tutanağı” adı altında bir belge düzenlenmekte ve belirlenen tarihlerde hastaneye giderek bu tutanakta belirtilen borcu ödemeleri sağlanmaktadır. Ödeyemeyenlerin içinse haciz uygulaması başlatılmaktadır (Toprak, 2013, s.3).

Sağlık hizmetlerine yönelik şikayetleri almak için oluşturulan SABİM hattı da bazı sıkıntılara neden olmuştur. SABİM ile hastaların birçok talep ve önerisi hayata geçirilmekle birlikte, hastaların sağlık sisteminden beklentileri gereğinden çok artmış, sistemdeki herhangi bir aksamanın sağlık çalışanından kaynaklandığı izlenimini yaratmış ve bunun sonucunda sağlık çalışanlarına şiddet olayları vuku bulmaya başlamıştır (Sert, 2013, <http://sahipkiran.com/2013/05/12/sdp-sonrasi-durum-tespiti/>).

4. VATANDAŞ ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ YAKLAŞIMI OLARAK SDP'NİN KAMU EKONOMİSİ BAKIMINDAN SONUÇLARI

2000'li yılların başında Türkiye'deki sağlık sektörüne performansı, sağlık sonuçları, mali koruma ve hasta memnuniyeti penceresinden bakıldığında hem OECD ülkeleri arasında hem de Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde en alt sıralarda olduğu görülmektedir (Akdağ, 2012, s.14). 2003 yılında Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu çerçevesinde hayata geçirilen SDP'yle, tüm bu konularda iyileşmeler yapılması planlanmıştır. Bu bağlamda sağlıkta, bir yandan maliyetlerde iyileşme hedeflenirken, bir yandan da vatandaş odaklı bir sağlık hizmeti anlayışının yerleştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçların, ne kadar gerçekleştirildiği ve programın başarıya ulaşip ulaşmadığının tespiti, programın devamlılığı anlamında önemlidir. O yüzden, programın özellikle kamu ekonomisi bakımından ne gibi sonuçlar yarattığını görmek gerekmektedir. Bu bağlamda, SDP'nin kamu ekonomisine etkilerinin fizik ve sosyal sermayeden hizmetlerden memnuniyete, kaynak kullanımında etkinlikten mali alan yaratabilirliğe kadar pek çok başlıkta incelenmesi yerinde olacaktır. Bu kısımda bu ve benzer başlıklarda SDP'nin kamu ekonomisi bakımından sonuçları incelenmiştir.

4.1. Fiziki Sermaye Açısından Yarattığı Sonuçlar

SDP ile birlikte, vatandaş odaklı bir sağlık hizmeti sunumu için gerçekleştirilmesi hedeflenen konuların başında fiziki olanakların arttırılması ve iyileştirilmesi olmuştur. Bu çerçevede, özellikle sağlıkla ilgili yatırımlara daha fazla kaynak ayrılarak, daha fazla yeni yatırım ile genişletme ve yenileme yatırımı yapılması düşünülmüştür. Böylelikle hem yeni sağlık tesisleri kurulmaya hem de mevcut tesislerin

geniştirilerek ve yenilenerek modernize edilmesine çalışılmıştır. Bu durumda, cari sağlık harcamalarının arttırılması da kaçınılmaz olmuştur.

Tablo 3.1’de 2000-2012 yılları arasında kamu ve özel sektör bazında sağlık yatırım harcamalarına dair büyüklükler görülmektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere, kamu sağlık yatırım harcamaları 2000-2004 yılları arasında, yaşanan krizlerin etkisiyle bir düşüş yaşadktan sonra, 2004 yılından itibaren, 2010 yılındaki bir miktar gerilemenin dışında, giderek artmıştır. Özel sektör sağlık yatırımları ise 2008 yılına dek sürekli bir artış göstermiştir. Fakat küresel ekonomik krizin yaşandığı 2008 yılından sonra keskin bir düşüş yaşamıştır. 2008 yılında 970 milyon TL olan özel sektör sağlık yatırımları 2009 yılında 517 milyon TL’ye gerilemiştir. 2012 yılında ise 530 milyon TL olması beklenmektedir. Toplam sağlık yatırımları da özel sektör sağlık yatırımlarının seyrini izlemiştir.

Kamu ve özel sektör sağlık yatırımlarının toplam sağlık yatırımları içindeki payına baktığımızda ise SDP’nin nasıl bir etki yarattığı daha net anlaşılacaktır. Kamu sağlık yatırımlarının toplam sağlık yatırımları içindeki payı SDP’nin hayata geçtiği 2003 yılında %38,50 iken, 2008 yılında %19,37’ye gerilemiş ve daha sonra yükseliş trendine girerek 2011 yılında %28,71’e yükselmiştir. 2012 yılında ise %33 olması beklenmektedir. Özel sektör sağlık yatırımlarının toplam sağlık yatırımları içindeki payı ise 2003 yılında %61,50 iken, 2008 yılında %80,63’e yükselmiş ve sonra biraz gerileme göstererek 2011 yılında %71,29 olmuştur. 2012 yılında ise %67 olması beklenmektedir. 2008 yılından sonra görülen bu düşüş özel sağlık yatırımlarının toplam özel yatırımlar içindeki payına bakıldığında da görülmektedir. 2008 yılında bu pay %5 iken, 2011 yılında %2,4’e gerilemiştir. Tüm bunlardan anlaşılacak şudur ki, SDP’yle beraber özellikle, özel sektör sağlık yatırımları önemli bir artış göstermiştir. Sağlık yatırımlarının üçte ikisinin özel sektöre, üçte birinin devlet tarafından yapıldığı söylenebilir. Bununla beraber, 2008 yılından sonra kamunun payı artarken özel sektörün payında görülen azalma ise özel sağlık kurumlarından hizmet satın alınması gibi değişim ve dönüşüm yöntemleri ile kamu-özel sektör ortaklığı uygulamasının hayata geçirilmesi ve bu uygulamada da riskin büyük ölçüde kamu tarafından karşılamasından kaynaklandığı ifade edilebilir. Devletin topladığı vergiler ve sosyal sigorta fonlarında

toplanan kaynaklar, “sağlık harcamalarını bir sosyal hak olarak yaygınlaştırmak” gerekçesiyle ilaç endüstrisi ve özel hastanelerin kullanımına sunulduğu söylenebilir (Sönmez, M., 2011, s.21).

Tablo 3.1.

Kamu ve Özel Sağlık Yatırım Harcamaları (2000-2012)

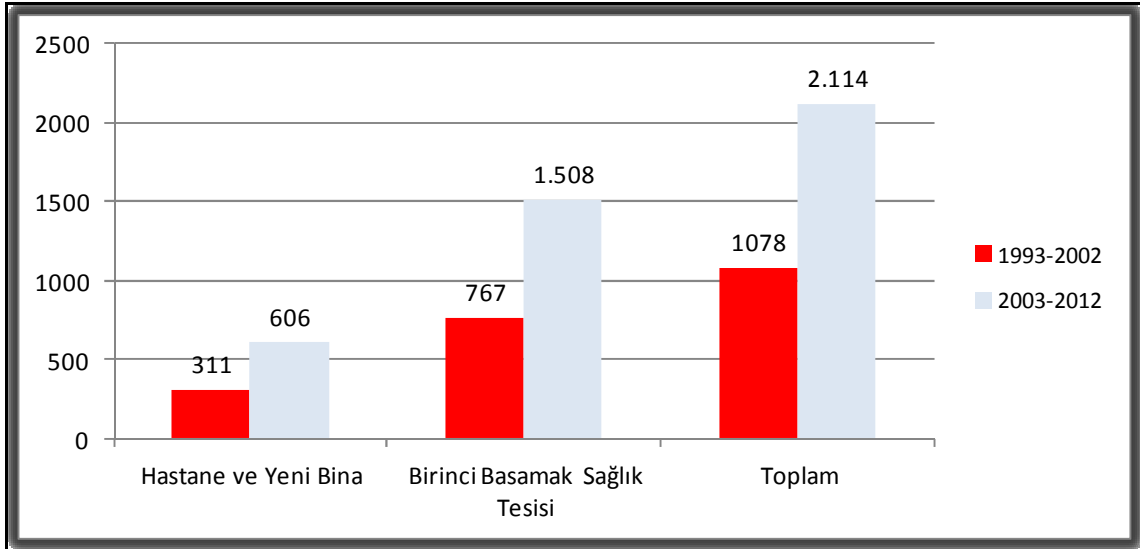
	Kamu (1998 F.Milyon TL)	Özel (1998 F.Milyon TL)	Toplam (1998 F.Milyon TL)	Kamu Sağlık Y./Kamu Y.(%)	Özel Sağlık Y./Özel Y.(%)	Toplam Sağlık Y./Toplam Y.(%)	Kamu Sağlık Y./Sağlık Y. (%)	Özel Sağlık Y./Sağlık Y. (%)
2000	184	367	551	4,5	4,2	4,3	33,39	66,61
2001	174	245	419	5,9	3,9	4,6	41,53	58,47
2002	171	238	409	5,1	4	4,4	41,81	58,19
2003	169	270	439	5,6	4	4,5	38,50	61,50
2004	140	379	519	5,1	4,1	4,3	26,97	73,03
2005	211	530	741	5,8	5	5,2	28,48	71,52
2006	212	662	875	5,7	5,7	5,7	24,23	75,66
2007	265	1.000	1.265	6,7	4,5	4,9	20,95	79,05
2008	233	970	1.203	5,6	5	5,1	19,37	80,63
2009	292	517	809	6,9	3,3	4,2	36,09	63,91
2010	236	610	846	4,8	3,1	3,4	27,90	72,10
2011	240	596	836	5	2,4	2,9	28,71	71,29
2012 (T)	261	530	791	5,1	2,2	2,8	33,00	67,00

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı. *Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2013*. <http://www.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC3E5BAE9D9B4D9529FB559C37A51C83A33DD347EA9526E428> (11 Mayıs 2013)’den yararlanılarak düzenlenmiştir.

Türkiye’de toplam sağlık yatırımların GSYİH içindeki payına baktığımızda ise 2011 yılında %0,64 olduğu görülmektedir. OECD ortalaması ise 2010 yılında %0,31 olmuştur (OECD. <http://stats.oecd.org/#>). Aynı yıl Türkiye’de sağlık yatırımlarının GSYİH içindeki payı %0,66 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’nin OECD ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir. Bu durum olumlu bir gelişme olarak görülse de, payın çoğuna özel sektörün sahip olması, sıkıntılı bir durumu ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin giderek özelleştiğinin açık bir göstergesidir.

Kamu sektöründe sağlığa yönelik yatırım harcamalarının artışı ile birlikte, 2003-2012 döneminde hastane ve sağlık tesisi sayılarında ciddi artışlar olmuştur. Sağlık

Bakanlığı bünyesinde sağlık yatırımları ile yapılan hastane ve sağlık tesisi sayılarındaki artış eğilimi karşılaştırmalı olarak Grafik 3.1’de gösterilmiştir. 1993-2002 döneminde 311 hastane ve yeni bina, 767 birinci basamak sağlık tesisi, yani toplamda 1.078 yeni sağlık tesisi yapılmışken; 2003-2012 döneminde 606 hastane ve yeni bina, 1.508 birinci basamak sağlık tesisi, yani toplamda 2.114 yeni sağlık tesisi yapılmıştır. Diğer bir ifadeyle, yapılan tesis sayısı 2 kat arttırılmıştır. Bunun yanında, 1993-2002 yılları arasında sağlık yatırımlarına 2012 fiyatlarıyla 5 milyar TL harcanarak 1,5 milyon m² kapalı alan yapılmışken; 2003-2012 yılları arasında sağlık yatırımlarına 8,5 milyar TL harcayarak 7 milyon m² kapalı alan yapılmıştır (Akdağ, 2013, s.128).



Grafik 3.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları

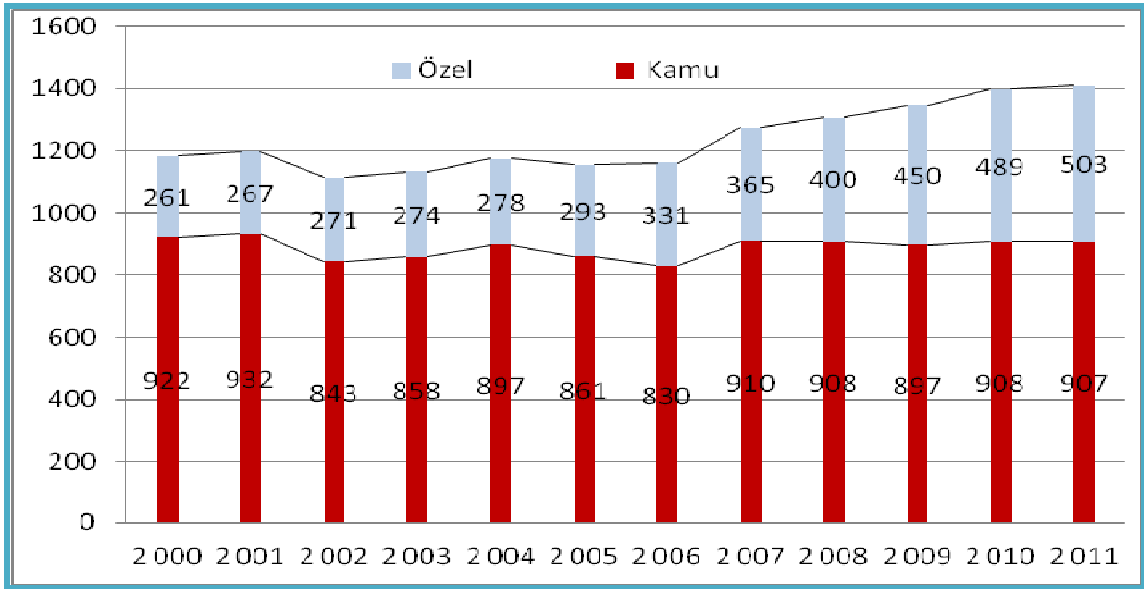
Kaynak: Akdağ, 2012, s.108

Son yıllarda kamu özel sektör ortaklığı modeli ile şehir hastaneleri ve sağlık kampüsleri yapımına yönelik adımlar atılmıştır. Hukuki zemini tamamlanarak yürürlüğe giren bu politikayla birçok yeni sağlık kampüsü yaşama geçirilecektir. Bunlardan bir kısmı bitmek üzere, çoğunluğu da proje aşamasındadır. Kamu sektörüne en az maliyetle sağlık alanında fiziki sermaye bu şekilde, ciddi olarak arttırılabilecektir. 2013 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’na yürütülen yatırım projeleri şu şekilde sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel

<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/ana-sayfa>):

- i. Ön Yeterlik İhale İlanına Çıkılan Projeler:
 - a. İstanbul Bakırköy Entegre Sağlık Kampüsü
 - b. İstanbul Üsküdar Devlet Hastanesi
- ii. Ön Yeterlik İhalesi Yapılan Projeler:
 - a. Eskişehir Şehir Hastanesi
- iii. Teklif Sürecinde Olan Projeler:
 - a. Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü
 - b. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu + Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü
- iv. Nihai Teklif Sürecinde Olan Projeler:
 - a. Bursa Entegre Sağlık Kampüsü
 - b. Isparta Şehir Hastanesi
 - c. İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü
- v. Sözleşme Aşamasında Olan Projeler:
 - a. Adana Entegre Sağlık Kampüsü
 - b. Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü
 - c. FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri
 - d. Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü
 - e. Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü
 - f. Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi
 - g. Mersin Entegre Sağlık Kampüsü
 - h. Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - i. İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü
- vi. Yapım Aşamasında Olan Projeler:
 - a. Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü
 - b. Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü
 - c. Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü

Fiziki sermayedeki değişim açısından değerlendirmemiz gereken başlıklardan bir diğeri, hastane sayısı ve oransal dağılımlarının SDP'yle beraber nasıl bir gelişim gösterdiğidir. Yatırımlara yönelik artışların, hastane sayılarını ne kadar etkilediğini görmek gerekir. Grafik 3.2'de 2000-2011 yılları arasında kamu ve özel sektördeki hastane sayılarının gelişimi gösterilmiştir. SDP'nin temellerinin atıldığı 2002 yılında kamu hastanelerinin sayısı 843 ve payı %75,67 iken, özel hastanelerin sayısı 271 ve payı %24,33'dür. 2011 yılına gelindiğinde ise kamu hastanelerinin sayısı 907 ve payı %64,33'e, özel hastaneler sayısı 503'e ve payı %35,67'ye çıkmıştır. Kamu hastanelerinin sayısı artmış, fakat özel hastanelerin sayısı daha çok arttığı için bu hastaneler payını arttırmıştır.



Grafik 3.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları (2000-2011)

Kaynak: TÜİK. *Sağlık İstatistikleri*. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 (20 Nisan.2013)'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

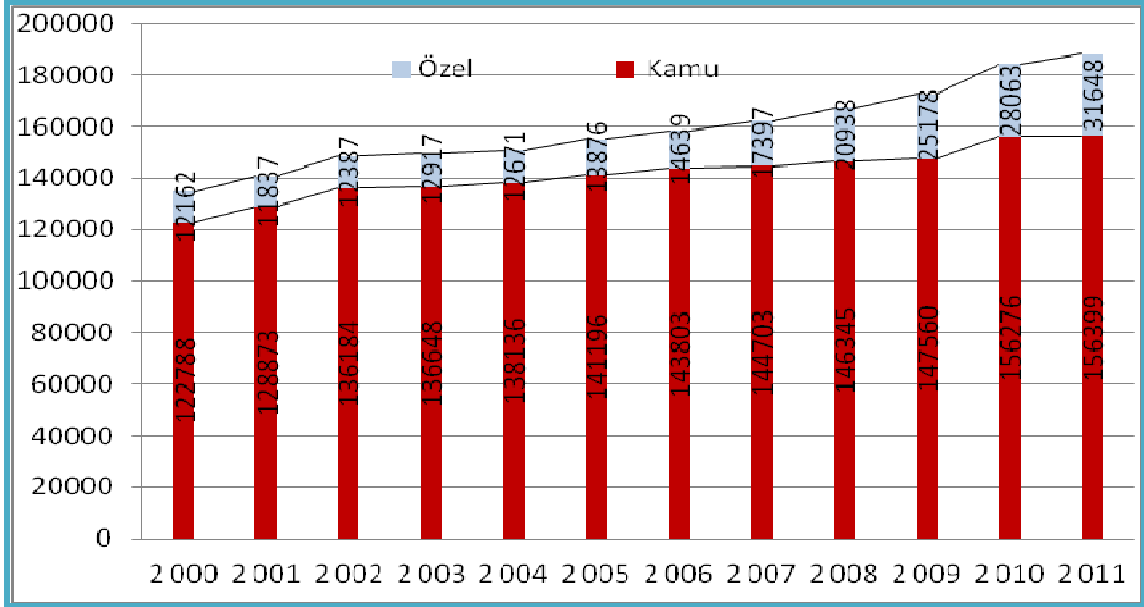
Görüleceği üzere, hastane sayıları içinde özel sektörün payı gittikçe gelişme göstermektedir. Özel hastanelerin içinde 450-500 yataklı büyük tedavi kurumları kadar, 40-50 yataklı küçük klinikler de mevcuttur. Zincir hastaneler kuran özel sağlık gruplarının bazılarının hisseleri IMKB, yani şimdiki adıyla Borsa İstanbul'da işlem görmekte ve hissedarları arasında yabancı sermaye de bulunmaktadır (Sönmez, M., 2011, s.74). Merkez Bankası verilerine göre, insan sağlığı ve sosyal hizmetlere yönelik

yabancı sermaye yatırımları 2007 yılında 176 milyon ABD Doları iken, 2012 yılında 545 milyon ABD Dolarına ulaşmıştır (T.C. Merkez Bankası, <http://evds.tcmb.gov.tr/cbt.html>). Yabancı sermaye giderek payını arttırmaktadır. Yine, Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre özel hastaneler irili ufaklı olarak ülke geneline yayılmakla birlikte, çoğunlukla büyük kentlerde faaliyet göstermektedir. Özellikle, birçoğu İstanbul'da toplanmış durumdadır. Türkiye gelirinین %40'ına yakınının tüketildiği ve gelir düzeyi en üst dilimde olan kişilerin yaşadığı İstanbul'un özel hastane yatırımlarının çoğunu toplaması şaşırtıcı değildir (Sönmez, M., 2011, s.75-76).

Elbette sadece hastaneler değil, hastaneler içerisindeki birçok hizmet de özelleştirilmektedir. Örneğin, hastane bilgi hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik hizmetleri, bakım hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri gittikçe özelleştirilerek taşeron firmalarca yürütülür hale gelmiştir. Bu taşeronlaştırma hızla devam etmektedir. Bu anlamda hem hizmetlerdeki bu taşeronlaştırma, hem de hastane sayılarında özel hastane yönlü gelişme göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerinde özel sektörün payının giderek arttırılmaya çalışıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu gelişme, SDP'yle getirilmek istenen neoliberal dönüşümün yansımasıdır. Programla beraber, özel sektörün hastane kurmasını teşvik eden çeşitli düzenlemeler getirilmiştir. Ayrıca, vatandaşların sosyal güvenceleriyle nispeten düşük katılım payları ve fark ücretleri ödeyerek bu hastanelere gidebilme fırsatının getirilmesi de bu hastanelerin önünü açan bir uygulama olmuştur. Bu durum vatandaş odaklı yaklaşım adına olumlu yönde bir gelişme olarak görülmemelidir. İlerleyen süreçte hizmete erişim, adalet ve eşitliğe zarar verme potansiyeli taşımaktadır.

Hastane sayılarındaki değişimle, hastane yatak sayılarında da gelişim olmuştur. Grafik 3.3'den görüleceği üzere 2002 yılında 148.571 olan toplam yatak sayısı (136.184 kamu, 12.387 özel), 2011 yılında 188.047'ye (156.399 kamu, 31.648 özel) yükselmiştir. SDP'nin hazırlanma sürecinin başı olan 2002 yılında yatakların %92,66'sı kamu ve %8,34'ü özel sağlık kuruluşlarındayken, bu oran 2011 yılında kamu sağlık kuruluşları için %83,17'ye gerilemiş ve özel sağlık kuruluşları içinse %16,83'e yükselmiştir. Kamu sağlık kuruluşları hala en yüksek paya sahip olmalarına rağmen, bu payın giderek

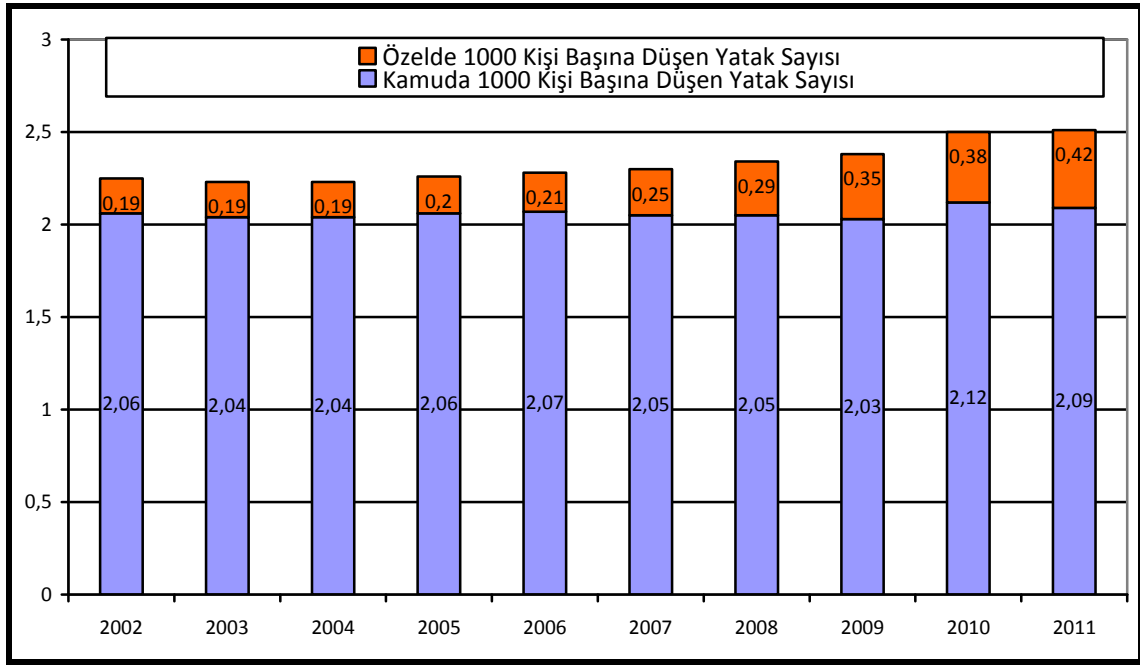
azaldığı açıkça görülmektedir. Bu durumun yukarıda bahsedildiği gibi özel hastanelerinin payının artmasının bir sonucu olduğu söylenebilir.



Grafik 3.3. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Sayıları (2000-2011)

Kaynak: TÜİK. *Sağlık İstatistikleri*. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 (20 Nisan.2013)'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

Özel sağlık kuruluşlarında hem sayı hem de yatak sayısında görülen artış, sektörler bazında kişi başına düşen yatak sayısındaki gelişime de yansımıştır. Grafik 3.4'e bakıldığında, bu durum açıkça görülmektedir. 2002 yılı başında özel sektör hizmet sunucularında 1.000 kişiye 0,19 yatak düşerken, 2011 yılında 1.000 kişiye 0,42 yatak düşer hale gelmiştir. Özel sektör açısından %55 oranında iyileşme olmuştur. Kamu sağlık hizmeti sunucularında ise 1.000 kişiye düşen yatak sayısında fazla bir değişim yaşanmamıştır. 2002 yılı başında 1.000 kişiye 2,06 yatak düşerken, 2011 yılında 1.000 kişiye 2,09 yatak düşer hale gelmiştir. Bu durum, kamu hastanelerinin toplam içindeki oranında yaşanan düşüşün bir neticesi olarak ifade edilebilir. Yine de, en büyük oran kamu hastanelerindedir.



Grafik 3.4. Sektörler Bazında Kişi Başına Düşen Yatak Sayıları (2002-2011)

Kaynak: TÜİK. *Sağlık İstatistikleri*. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 (20 Nisan.2013)'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

1.000 kişi başına düşen toplam hastane yatağında OECD ortalaması 2010 yılı için 5,08'dir (OECD, <http://stats.oecd.org>). AB (27 ülke) ortalaması ise aynı yıl 5,3 olmuştur (OECD, 2012, s.77). Türkiye ise henüz bu ortalamanın çok altındadır. 2002 yılında toplamda 1.000 kişiye 2,25 yatak düşerken, 2011 yılında 2,52 yatak düşer hale gelmiştir. Bu yüzden vatandaş odaklı sağlık hizmetini yerleştirmek adına bu konuda daha çok iyileştirme yapılması gerekmektedir.

Sağlıkta fiziki sermayenin önemli göstergelerinden biri de, sağlık hizmet sunucularında kullanılan cihaz sayılarındaki değişimdir. Tablo 3.2 de 2002-2011 yılları arasında yataklı tedavi kurumlarındaki cihaz sayıları verilmiştir. Hemen hemen her tür cihazın sayısında önemli miktarlarda artış yaşandığı görülmektedir. Bu da demek oluyor ki, daha çok vatandaşa, daha etkili ve kaliteli hizmet sunmak ve böylece vatandaş odaklı bir hizmet gerçekleştirmek adına birçok cihaz hastanelerde giderek temin edilmektedir. SDP ile birlikte bu alanda ciddi ilerlemeler sağlandığı söylenebilir. Bununla birlikte nüfus başına düşen cihaz sayısı bakımından Türkiye, henüz OECD ortalamasının oldukça altında kalmaktadır. Örneğin, 2010 yılında 1 milyon kişi başına düşen BT

cihazı sayısı Türkiye’de 14,6 iken, OECD ortalaması 22,6 ‘dır. Aynı yıl 1 milyon kişi başına düşen MR cihazı sayısı ise Türkiye’de 10,5 iken OECD ortalaması 12,5’tur (OECD, <http://stats.oecd.org>). Ayrıca, unutulmaması gereken bir noktada şudur ki, bu tür cihazların kullanımının doktorların performans göstergelerini arttırıp ilave ücret almalarını ve özellikle özel hastanelere muayene ücretinden daha fazla gelir sağlamalarını mümkün kıldığı düşünüldüğünde, bu cihazların gereksiz ve aşırı kullanımı sorunu ortaya çıkabilmektedir (Sert, 2013, <http://sahipkiran.com/2013/05/12/sdp-sonrasi-durum-tespiti/>).

Tablo 3.2.

Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları (2002-2011)

	<i>MR*</i>	<i>BT**</i>	<i>EKO***</i>	<i>Ultrason</i>	<i>Doopler Ultrason</i>	<i>Mamografi</i>
2002	58	323	259	1.005	681	461
2003	99	376	338	1.164	743	456
2004	149	446	391	1.309	805	-
2005	199	509	453	1.493	845	-
2006	310	593	518	1.699	920	-
2007	410	675	598	1.900	1.006	-
2008	517	759	689	2.117	1.095	645
2009	647	838	791	2.283	1.251	739
2010	697	904	881	2.436	1.397	793
2011	781	1.088	1.181	3.775	2.091	-

*Manyetik Rezonans

**Bilgisayarlı Tomografi

***Ekokardiyografi

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.71 ve OECD *StatExtracts Health Statistics*, <http://stats.oecd.org/#> (11 Mayıs 2013).

Sağlık sektöründeki fiziki sermayenin bir diğer önemli bileşeni olan ambulans sayıları da 2002 yılından bu yana önemli artış göstermiştir. Tablo 3.3’te bu artış açıkça görülmektedir. Özellikle kamu sektörüne ait 112 Ambulans sayısındaki hızlı yükseliş dikkat çekicidir. 2002 yılında 112 ambulans sayısı 618 iken, 2011 yılında bu sayı 2.766 ve 2012 yılında 2.841’e çıkmıştır. Bu durum, özellikle kamu sektörü sağlık hizmetlerinde iyileşme sağlamak adına getirilen SDP’nin yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmeti hedefine ulaşmaya başladığını göstermektedir. Daha çok ambulans, daha çok hastaya ve yaralıya müdahale ve bu bağlamda da daha çok vatandaş odaklı hizmet

anlamına gelmektedir. Bununla beraber, ambulans sayılarındaki artış tek başına yeterli bir gösterge değildir. Özellikle hizmet kalitesi açısından kişi başına düşen ambulans sayısında da bir artış olması gerekmektedir. Ayrıca, SDP ile birlikte kırsal yörelerdeki sağlık ocaklarının kapatıldığı ve bu yörelerdeki vatandaşların sağlık hizmetlerinden tek yararlanma olanağının haftada bir gün gelen aile hekimi muayenesi ve acil durumlarda merkezde bulunan sağlık kurumlarına yetiştirilmeleri gereği göz önüne alındığında, ambulans sayılarındaki artışın bir gereklilik olduğu, hatta yetersiz kaldığı belirtilebilir.

Tablo 3.3.

Yıllara Göre Ambulans Sayısı (2002-2012)

	112 Ambulans	Diğer Ambulans	Toplam
2002	618	2.345	2.963
2003	949	2.370	3.319
2004	1.033	2.407	3.440
2005	1.166	2.413	3.579
2006	1.470	2.401	3.871
2007	1.703	2.377	4.080
2008	2.029	2.579	4.608
2009	2.235	2.423	4.658
2010	2.547	2.130	4.677
2011	2.766	1.159	3.925
2012	2.841	-	-

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.78 ve Akdağ, 2012, s.44.

Kırsalda ve özellikle erişimi zor bölgeler veya hızla müdahale edilmesi gereken durumlar için yeni ambulans türlerinin hayata geçirildiği görülmektedir. Tablo 3.4'e bakıldığında Türkiye'de ambulans helikopterlerin, uçak ambulansların, kar paletli ambulansların ve deniz ambulanslarının 2007-2008 sonrasında temin edilip kullanıma girdiği görülmektedir. 2011 yılı itibariyle Türkiye'de 19 ambulans helikopter, 4 uçak ambulans, 224 kar paletli ambulans ve 4 deniz ambulansı mevcuttur. Bu sayede, ulaşılan ve hizmet verilen vatandaşların sayıları da artmıştır. Her ne kadar kırsalda, sağlık ocağı gibi kuruluşların kapatılması böyle bir gereksinimi yaratsa da, kaliteli, erişilebilir ve etkili hizmet adına yine de önemli bir gelişmedir.

Tablo 3.4.

Yıllara ve Ambulans Türlerine Göre Araç ve Taşınan Hasta Sayısı

		Ambulans Helikopter	Uçak Ambulans	Kar Paletli Ambulans	Deniz Ambulansı
2007	Araç Sayısı	-	-	64	4
	Nakledilen Hasta Sayısı	-	-	66	132
2008	Araç Sayısı	-	-	64	4
	Nakledilen HS	-	-	102	162
2009	Araç Sayısı	17	-	114	4
	Nakledilen HS	2475	-	130	159
2010	Araç Sayısı	17	2	114	4
	Nakledilen HS	4770	612	193	165
2011	Araç Sayısı	19	4	224	4
	Nakledilen HS	3264	1400	537	356

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.80

Sonuç olarak, ne klinik cihazlar ne de hastanelerdeki yatak sayısı hastalıkların ortadan kaldırılmasında büyük değişimler yaratan etkenlerdir (Illich, 2011, s.25). Ama tam ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmek için de vazgeçilmez unsurlardır. SDP ile birlikte kamu ve özellikle de özel sağlık yatırımlarında belirgin artışlar olmuştur. Bunun neticesinde yeni sağlık tesisleri yapılmış, sağlık cihazları ve araçları sayıca artmıştır. Bu bağlamda, fiziki sermayenin artışından bahsedilebilir. Fakat yeterli bir sağlık hizmeti adına daha çok yatırıma ihtiyaç vardır. Özellikle kırsal kesim fiziki yatırımlardan yeterince yararlanamamaktadır. Ayrıca, nüfus başına düşen yatak sayısında ciddi bir artış sağlanamamış olması da unutulmamalıdır. Bu durum ciddi bir eksiklik olarak görülebilir. Bütün bunların yanında, sağlık hizmetlerinde giderek özel sektörün ağırlığının artması ciddi sorunlar ortaya çıkarabilecektir.

4.2. Beşeri Sermaye Açısından Yarattığı Sonuçlar

Sağlık açısından beşeri sermaye, halkın daha sağlıklı hale gelmesi durumunu ifade eder. Daha sağlıklı ve daha uzun bir yaşam toplumsal açıdan önemlidir. Çünkü böyle toplumlarda beşeri sermayenin daha gelişkin ve güçlü bir duruma geldiği anlaşılmaktadır. SDP'yle gerçekleştirilmek istenen sağlıkta hizmet kalitesinin artırılması, daha kolay erişilebilir, etkin ve etkili bir hizmet oluşturulması hedefine ne kadar ulaşılabildiği, beşeri sermayeyle ilgili bazı niceliksel göstergelere bakılarak tespit

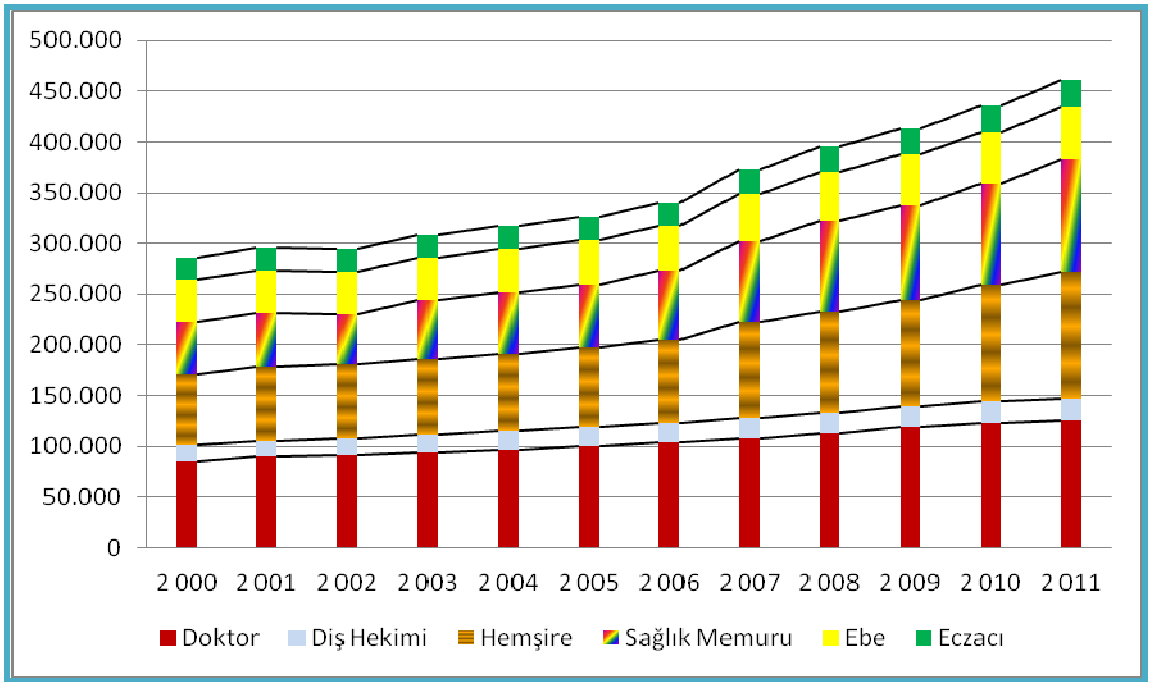
edilebilir. Sağlık hizmetlerinde yaratılmak istenen bu dönüşümün beşeri sermaye üzerinde yarattığı etki önemle ele alınmalıdır. Çünkü beşeri sermayenin gösterdiği gelişme, etkin kaynak kullanımı ve optimal kaynak tahsisi gibi kamu ekonomisi başlıklarını etkilerken, ekonomik büyüme ve kalkınmayı da önemli ölçüde belirlemektedir. Dolayısı ile toplumun daha sağlıklı hale gelmesiyle ilgili göstergeler üzerinden beşeri sermayenin gelişimi ile ilgili sonuçlar üretilebilir.

Özel ve kamu hastane sayılarının, yatak sayılarının ve cihaz sayılarının gelişimi fiziki sermaye bağlamında önemlidir. Fakat diğer yandan sağlık hizmeti sunucuları esas itibariyle sağlık personelidir. Dolayısı ile sağlık personeli sayısındaki gelişim de bu fiziki sermayenin ne kadar anlam ifade ettiği, ne kadar kullanılabilir olduğu bağlamında önem taşır. Özellikle hekim ve hemşire başına düşen kişi sayısında belirgin bir azalma gerçekleşmesi yaşamsal önemdedir. Çünkü sağlık sunucusu olarak vatandaşların muhatap oldukları kişiler daha çok bunlardır. Bu konuda SDP ile birlikte bazı gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı, YÖK ile işbirliği yaparak bir yandan tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokullarının sayıları, diğer yandan da bu okullarda okuyan öğrenci kontenjanları arttırılarak başta doktorlar olmak üzere, sağlık personeli sayısı arttırılmak istenmiştir.

Sağlık personeli sayısındaki artış ülke açısından beşeri sermayenin artması demektir. Bu iki anlamda düşünülebilir: Öncelikle nitelikli personel olarak sağlık personeli ne kadar fazla ise o ülkede beşeri sermaye o kadar güçlenmiş demektir. O ülkenin yetişmiş personel gücü artmıştır. Aynı zamanda sağlık personeli ülkedeki insanların sağlığını düzelterek olan, insanları daha sağlıklı hale getirecek olan personeldir. Nüfus başına ne kadar çok sağlık personeli düşüyorsa, o ülkedeki insanların daha sağlıklı olma olanakları gelişecek ve beşeri sermaye yükselecek demektir.

Grafik 3.5'te sağlık personeli türlerine göre, 2000-2011 yılları arasında yaşanan sayısal değişim gösterilmektedir. Doktordan, sağlık memuru ve eczacıya her çeşit sağlık personeline artış yaşandığı görülmektedir. Bu artış hızları hepsi aynı oranda olmamıştır. 2002-2011 arası dönemde %54,80'le en yüksek artış hızı sergileyen sağlık memurlarının SDP'nin hayata geçmesinin bir önceki yılı olan 2002'deki sayısı 50.106 iken, 2011 yılında 110.862 olmuştur. Sağlık memurlarını %42,27'yle hemşireler

izlemektedir. Hemşirelerin sayısı 2002 yılında 72.393 iken, 2011 yılında 124.982'ye yükselmiştir. Bu sağlık personel türündeki yüksek oranlı artış dikkat çekicidir. Bu ikisini, sırasıyla %27,04'le doktorlar, %22,04'le diş hekimleri, %20,08'le ebeler ve %14,56'yla eczacılar takip etmiştir. Bununla beraber, ağılık personeli sayısındaki bu artışın özellikle sözleşmeli personelin sayısının artırılması yoluyla olduğu unutulmamalıdır.

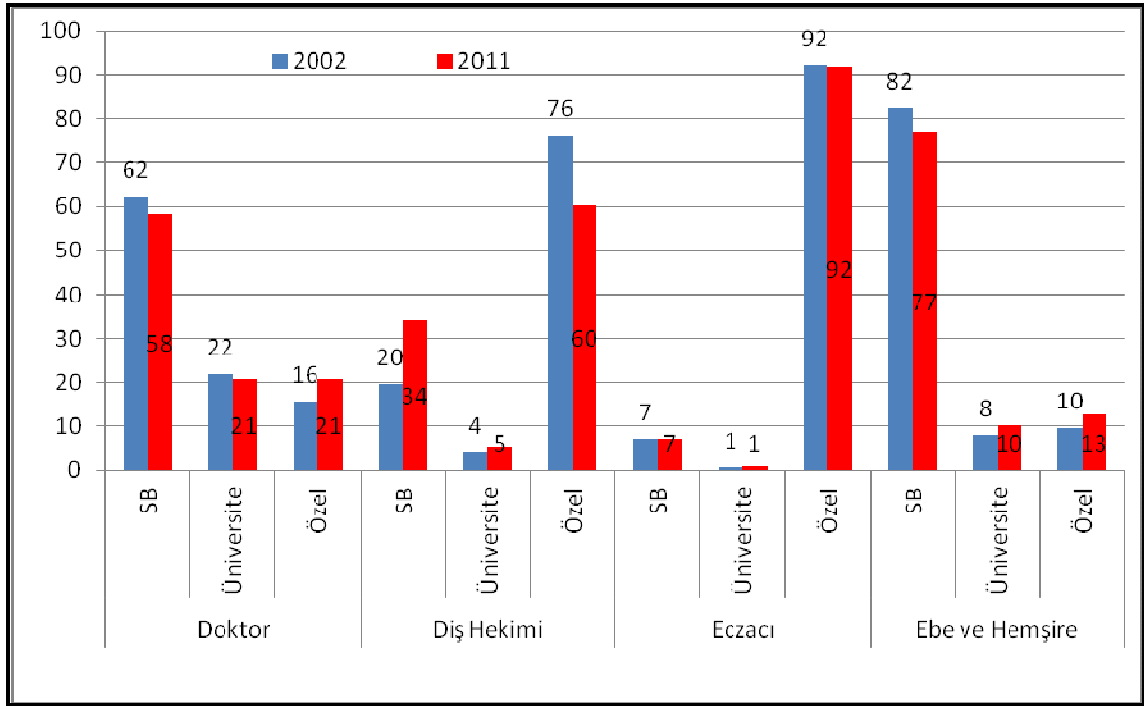


Grafik 3.5. Sağlık Personeli Sayısı (2000-2011)

Kaynak: TÜİK. Sağlık İstatistikleri http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 (20 Nisan.2013)'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

Sağlık insan gücünün sayısındaki artış kadar bu insan gücünün farklı hizmet sunucuları arasında nasıl dağıldığı da önemlidir. Bu dağılım Grafik 3.6'da gösterilmektedir. Doktorların birçoğu Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışmakla beraber, bu oran 2002 yılından bu yana azalmıştır. 2002 yılında doktorların %62,40'ı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve merkezlerde çalışırken, 2011 yılında %58,20'si bu kurumlarda çalışır hale gelmiştir. Benzer durum üniversite hastanesi doktorlarında da görülmektedir. Doktorların birçoğu özel sektöre bağlı sağlık kuruluşlarını tercih eder hale gelmiştir. Bunun arkasında, devlete bağlı sağlık

kuruluşlarında yaşanan kadro sıkıntısı, özel hastane sayısındaki artış ve özel hastanelerin sağladığı birtakım avantajlar yatmaktadır. Vatandaş odaklı sağlık hizmeti anlayışını benimsemiş bir devlet politikasında bu durum düzeltilmelidir. Vatandaşların özellikle, maddi açıdan fazla külfet getirmediği için tercih ettikleri ve nitelikli hizmet almak istedikleri Sağlık Bakanlığı kurumlarındaki doktor oranlarında görülen düşüşün tersi yöne çevrilmesi gerekmektedir. Benzer durum, ebe ve hemşireler için de geçerlidir. Fakat onların Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve merkezlerdeki oranı azalırken, sadece özel sektöre bağlı sağlık kuruluşlarındaki payı artmamış; üniversite hastanelerindeki payı artmıştır. 2002 yılında %7,90 oranında ebe ve hemşire üniversite hastanesinde ve %9,70 oranında ebe ve hemşire özel hastanede çalışırken, 2011 yılında %10,30 oranında ebe ve hemşire üniversite hastanesinde ve %12,70 oranında ebe ve hemşire de özel hastanede çalışır hale gelmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışan ebe ve hemşire oranı 2002 yılında %82,40 iken, 2010 yılında %74,50 olmuş ve 2011 yılında bir miktarla yükseliş göstererek %77 seviyesine çıkmıştır. Özel sektörden buraya bir kayış yaşanmıştır. Diş hekimlerinin oransal dağılımı ise doktor, ebe ve hemşirelerin tam tersi şekilde gelişmektedir. Giderek daha çok diş hekimi Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışmaya başlamıştır. 2002 yılında %19,60 oranında diş hekimi Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışırken, bu oran 2011 yılında %34,20'ye çıkmıştır. Ağız ve Diş hastanelerinin sayısının arttırılması bu durumun ortaya çıkmasında etkili olduğu söylenebilir. Eczacılara baktığımızda ise bunların dağılımında hemen hemen bir değişim yaşanmadığı görülmektedir. Büyük kısmı öteden beri özel sektörde faaliyet göstermektedir.



Grafik 3.6. Sağlık Çalışanlarının Kuruluşlar Bazında Yüzde Dağılımı (2002-2011)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.131-133'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

Bütün bunların yanında sadece personelindeki sayısal artışa bakmak yanıltıcı olabilir. Çünkü bir yandan nüfus da artmaktadır. O yüzden nüfus başına düşen sağlık personeli sayılarına bakmak daha sağlıklı olacaktır. Tablo 3.5'e bakıldığında, 2000-2011 yılları arasında 1.000 kişi başına düşen sağlık personeli sayısındaki değişim ayrıntılı olarak görülmektedir. Özellikle, 1.000 kişi başına düşen sağlık memuru sayısında önemli iyileşme yaşanmıştır. 1.000 kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı da düzelmeye göstermiştir. Bununla beraber, 1.000 kişi başına düşen diş hekimi, ebe ve eczacı sayılarındaki değişim ise göreceli olarak önemsizdir. 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı 2002 yılında 1,39 iken, 2011 yılında 1,69'a yükselmiştir. 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı da aynı dönemde 1,1'den 1,67'ye yükselmiştir.

Tablo 3.5.

1.000 Kişi Başına Düşen Sağlık Personeli Sayısı (2000-2011)

Yıl	Doktor	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı
2000	1,33	0,25	1,08	0,81	0,65	0,34
2001	1,38	0,25	1,11	0,81	0,64	0,34
2002	1,39	0,25	1,10	0,76	0,63	0,34
2003	1,41	0,27	1,11	0,86	0,62	0,33
2004	1,43	0,26	1,12	0,90	0,64	0,33
2005	1,47	0,26	1,14	0,90	0,64	0,33
2006	1,51	0,26	1,19	0,97	0,64	0,33
2007	1,54	0,27	1,34	1,13	0,67	0,34
2008	1,58	0,28	1,40	1,25	0,67	0,35
2009	1,64	0,28	1,45	1,29	0,68	0,35
2010	1,67	0,29	1,56	1,35	0,68	0,36
2011	1,69	0,28	1,67	1,48	0,69	0,35

Kaynak: TÜİK. *Nüfus İstatistikleri-Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri*, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=39 (30 Nisan 2013) ve TÜİK. *Sağlık İstatistikleri*, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 (20 Nisan.2013)'den yararlanılarak derlenmiştir.

Sonuç olarak, 1.000 kişi başına düşen sağlık personeli sayılarında genel olarak bir iyileşmenin başlaması önemlidir. Özellikle kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısında belirgin bir iyileşme gerçekleşmesi daha çok anlam ifade etmektedir. Çünkü vatandaşların daha çok muhatap oldukları bu kişilerdir. Bununla beraber, gelişmiş ülkelerin seviyesine ulaşılması ve vatandaş odaklı hizmet anlayışının tam manasıyla uygulanabilmesi bu rakamların ancak daha da yüksek oranlara çekilmesiyle mümkün olacaktır. OECD’de 2010 yılında 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı ortalama 3,1, diş hekimi sayısı 0,74, hemşire sayısı 8,6 ve ebe sayısı 0,74 olmuştur (OECD, <http://stats.oecd.org/#>). Türkiye’de bu rakamların tüm gelişmelere rağmen OECD ortalamalarının altında kaldığı görülmektedir. Özellikle en önemli yardımcı personeli oluşturan kişi başına düşen hemşire sayısındaki ciddi fark düşündürücüdür. Doktor başına düşen hemşire sayısına bakıldığında da bu konudaki yetersizlik görülmektedir. 2010 yılında doktor başına düşen hemşire sayısı Türkiye’de 0,9 iken, OECD’de 2,8 olmuştur (Deloitte, 2012, s.25). O yüzden, başta hemşire olmak üzere sağlık personeli sayısı daha hızlı bir şekilde ama niteliği bozmadan arttırılmalıdır.

Beşeri sermayenin güçlendirilmesi ile ilgili önemli bir gösterge de, gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma imkanlarının artırılmasıdır. 1993 yılında gebelerin %63'ü, 2002 yılı başında %70'i gebelik öncesi bakım hizmeti alıyorken, 2012 yılında bu oran %95'e yükselmiştir (Akdağ, 2012, s.61). Nerdeyse tüm gebe kadınlar artık doğum öncesi bakım hizmeti alabilmektedir. Bu da hem anne hem de çocuk açısından olası sağlık sorunlarının önceden tespiti ve ortadan kaldırılması açısından önemlidir.

Vatandaş odaklı sağlık hizmetinin beşeri sermaye üzerinde yarattığı etkiler açısından gebe, bebek, çocuk ve loğusa izlem faaliyetlerindeki değişim de incelenmelidir. Çünkü sağlıklı insan ve bu bağlamda güçlü beşeri sermaye anne karnında başlar ve devam eder. Bu değişim Tablo 3.6'da gösterilmektedir. Hepsinde, özellikle de gebe ve bebek başına izlem sayısında SDP çalışmalarının başlatıldığı 2002 yılından bu yana önemli bir artış yaşanmıştır. 2002 yılında gebe başına ortalama izlem sayısı 1,7 ve bebek başına ortalama izlem sayısı 3,5 iken, 2011 yılında gebe başına ortalama izlem sayısı 4,3 ve bebek başına izlem sayısı 8,1 olmuştur. Çocuk başına izlem sayısı ise 1,0'dan 2,0'a ve lohusa başına izlem sayısı da 0,7'den 2,0'a çıkmıştır.

Tablo 3.6.

Yıllara Göre Gebe, Bebek, Çocuk ve Loğusa İzlem Faaliyetleri (2002-2011)

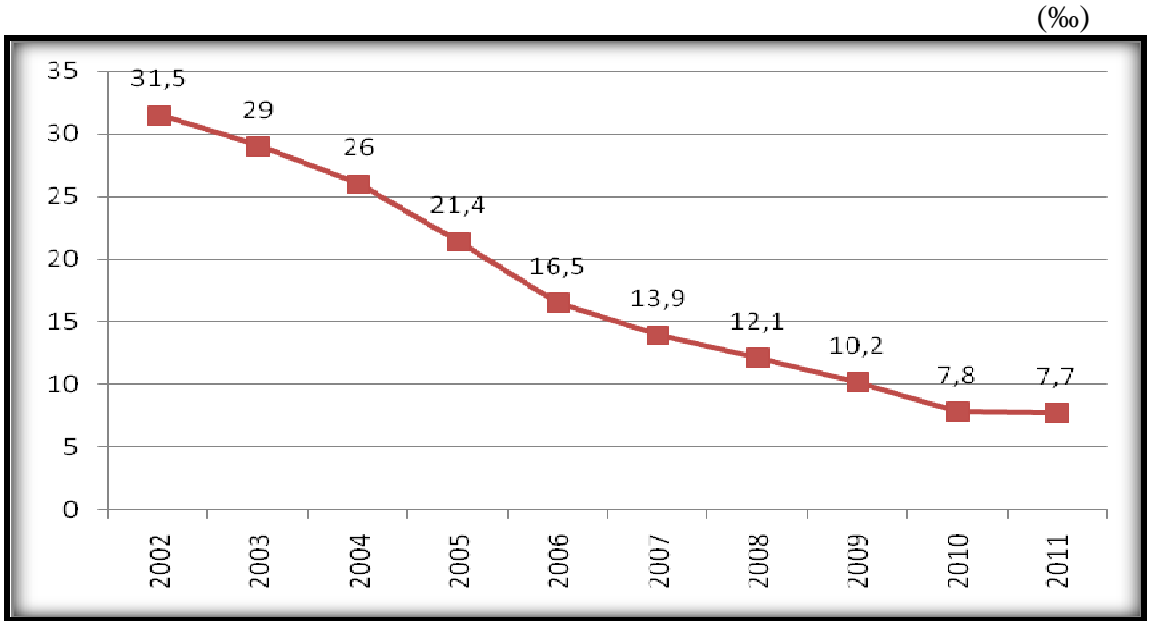
	<i>Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı</i>	<i>Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı</i>	<i>Çocuk Başına Ortalama İzlem Sayısı</i>	<i>Lohusa Başına Ortalama İzlem Sayısı</i>
2002	1,7	3,4	1,0	0,7
2003	1,8	3,3	1,0	0,7
2004	2,2	4,3	1,3	0,8
2005	2,4	4,8	1,5	0,9
2006	2,7	5,2	1,5	1,0
2007	3,1	6,0	1,6	1,1
2008	3,3	6,4	1,6	1,2
2009	3,6	6,8	1,6	1,4
2010	4,2	7,1	1,6	1,5
2011	4,3	8,1	2,0	2,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.56

Bütün bunlar göstermektedir ki; artık anneyi ve çocuğu daha çok düşünen, koruyan ve daha nitelikli bir sağlık hizmeti verme yönünde çabalar arttırılmaya başlamıştır. SDP kapsamında anneye ücretsiz demir desteği verilmesi, özel sağlık

kuruluşlarında yeni doğanlara yönelik hizmetlerden ilave ücret alınmaması, bebek dostu hastanelerin oluşturulması ve hizmet erişimi sıkıntılı olan yerlerde ikamet eden gebeler için “misafir anne” uygulamasının başlatılması da bu çabaların örneklerini oluşturmaktadır. Bütün bu çabalar koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi adına da önemli göstergelerdir..

Bu çabaların sonucunda bebek ölüm hızı da giderek azalmıştır. Grafik 3.7’den görüleceği üzere, 2002 yılı başında bebek ölüm hızı %31,2 iken, 2011 yılında %7,7’ye gerilemiştir. Demek oluyor ki, bu konuda yapılan çalışmalar etkisini göstermeye başlamıştır. Yukarıda bahsetmiş olduğumuz düzenlemeler, özellikle bebek ölüm hızındaki azalmayla etkisini göstermektedir. Bununla beraber, 2010 yılında bebek ölüm hızında OECD ortalaması %4,3 olduğu görülmektedir (OECD. *StatExtracts Health Statistics*. <http://stats.oecd.org/#>). O yüzden SDP ile bebek ölüm hızlarının düşürülmüş olması anlamlı olsa da, hala OECD ortalamasına göre bu oranın oldukça yüksek olması, çabaların henüz beklenen seviyeye çıkamadığını göstermektedir..

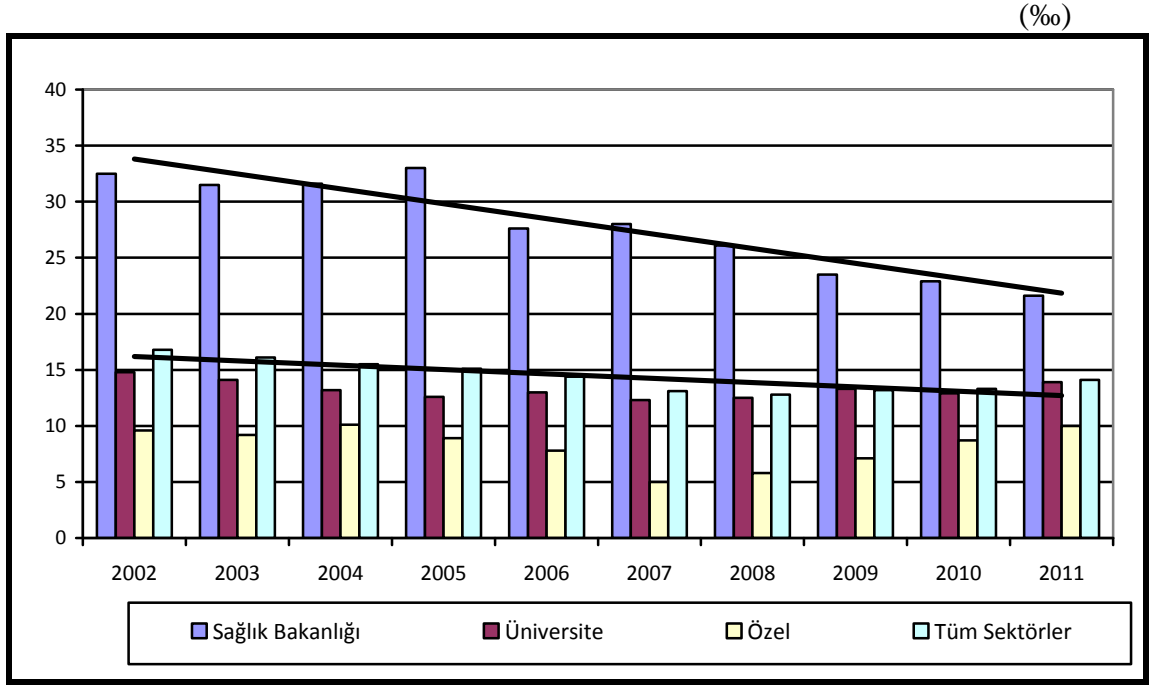


Grafik 3.7. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı (2002-2011)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.74

Aşılanan çocukların oranındaki artış da vatandaş odaklı sağlık hizmeti anlayışının ne ölçüde hayata geçirilebildiği ve beşeri sermayeyi etkilediğinin önemli göstergelerinden biridir. Tüm aşı türlerinde, aşılanan çocukların oranı 2002 yılından bu yana önemli düzeyde artmıştır. 1993 yılında aşıları çocukların tüm çocuklar içindeki oranı % 77 iken, bu oran 2002 yılında %78'e, 2012 yılında ise %97'ye yükselmiştir (Akdağ, 2012, s.59). 2012 yılı itibariyle neredeyse tüm çocuklar difteri, tetanoz, boğmaca, kızamık, kabakulak, Hepatit A ve Hepatit B gibi 13 türdeki aşının tamamını olmaktadır. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi adına da dikkate değer bir gelişmedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi demek vatandaş odaklılığın gelişmesi demektir. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha fazla vatandaş odaklılığı ifade etmektedir. Böylece beşeri sermayenin daha güçlü olması mümkün hale gelmekte, bu da kamu ekonomisini ve ekonomik kalkınmayı olumlu yönde etkilemektedir.

Beşeri sermaye açısından değerlendirilmesi gereken bir diğer konu, kaba ölüm hızındaki gelişimdir. Grafik 3.8 incelenecek olursa; tüm sağlık hizmet sunucusu türlerinde kaba ölüm hızı %16,8 iken, 2011 yılında bu oranın bir miktar azalışla %14,1'e gerilediği görülmektedir. Bu azalışın temel sebebi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ölüm hızında yaşanan gerilemeden kaynaklanmaktadır. Çünkü üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde kaba ölüm hızları 2002'den bu yana neredeyse hiç değişmemiştir. Ama Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 2002 yılında kaba ölüm hızı %32,5 iken, 2011 yılında %21,6'ya gerilemiştir. Bu da, kamu sağlık hizmetlerinin, bazı sorunların varlığına rağmen giderek düzeldiğini göstermektedir. SDP'yle fiziki ve beşeri sermayede yapılmak istenen iyileşmeler özellikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında kendini hissettirmeye başlamıştır.



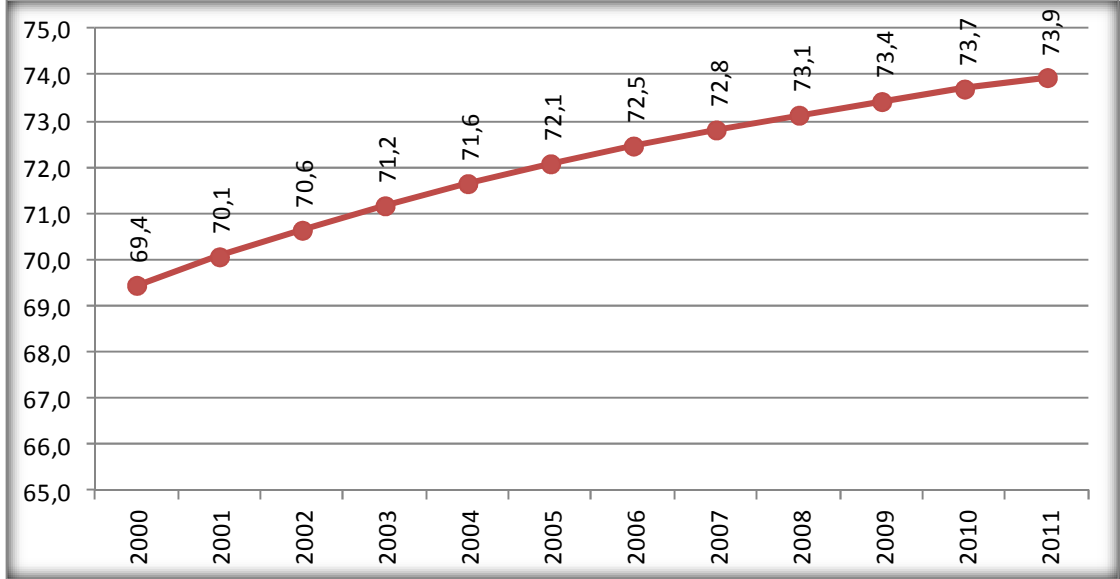
Grafik 3.8. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı* (2002-2011)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.103-104

Kaba ölüm hızındaki bu gelişmenin yanında beklenen yaşam süresinde de 2000'li yılların başından beri bir iyileşme olduğu Grafik 3.9 incelendiğinde anlaşılmaktadır. 2000 yılında beklenen yaşam süresi 69,4 yaş iken, 2002'de 70,6'ya ve 2011 yılında 73,9'a çıkmıştır. Bu durum neredeyse 5 yıl kadar beklenen yaşamın uzaması anlamına gelmektedir. Demek ki, her ne kadar bazı sıkıntılar tam manasıyla çözülemeyip devam etse de, genel olarak sağlık hizmetlerinde bir düzelme yaşanmaya ve insanların da sağlık hizmetlerine daha umutla bakmaya başladığı söylenebilir. Bu bağlamda beklenen yaşam süresinde yaşanan artış, beşeri sermayenin güçlendiği ve sağlık hizmetlerinin giderek vatandaş odaklı anlayışla sunulmaya çalışıldığını gösteren önemli gelişmelerden biri olduğu ifade edilebilir. Aslında SDP'den bağımsız olarak ekonomik gelişmeyle birlikte, ülkemizde ortalama insan ömrünün sürekli bir artış eğiliminde olduğu da unutulmamalıdır. O yüzden bu iyileşmeyi sadece SDP'ye

* Belli bir yıl içinde her 1.000 kişi başına düşen ölüm sayısıdır

bağlamak yanıtıcı olabilir. Bununla birlikte, 2010 yılında beklenen yaşam süresinde OECD ortalamasının %79,8 olduğu düşünüldüğünde (OECD. <http://stats.oecd.org/#>) sürekli ilerlemeye rağmen hala ülkemizde ortalama yaşam beklentisinin OECD ortalamasının altında seyrettiği anlaşılmaktadır.



Grafik 3.9. Beklenen Yaşam Süresi (2000-2011)

Kaynak: The World Bank. *WorldDataBank Health Nutrition and Population Statistics*, <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> (15 Nisan 2013)'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

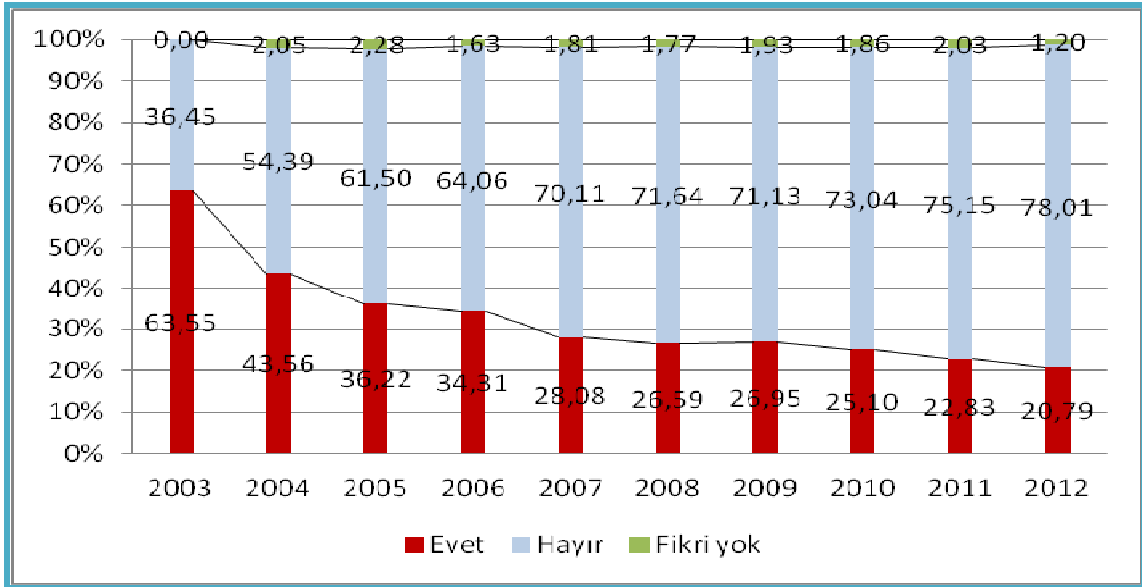
SDP'yle birlikte Türkiye'de, sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişimlerle bir yandan beklenen yaşam süresi uzamış, bir yandan kaba ölüm ve bebek ölüm hızı düşmüştür. Hamilelikten itibaren anne ve çocuk sağlığı ile ilgili ilerlemeler de kayda değer niteliktedir. Sonuç itibariyle SDP ile birlikte beşeri sermayenin güçlenmesine yönelik ilerlemeler yaşandığı söylenebilir. Ama hala kişi başına düşen sağlık personeli sayısında yeterli iyileşme sağlanamamış olması ise bu ilerlemeye sekte vurmaktadır.

4.3. Sosyal Sermaye Açısından Yarattığı Sonuçlar

Sosyal sermaye, toplumu oluşturan fertler, sivil toplum örgütleri ve kamu kurumları arasındaki koordinasyon faaliyetlerini kolaylaştırarak toplumun üretkenliğini arttıran, güven, norm ve iletişim ağı özelliklerini (Temple, 2000; 23) ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine SDP'yle yerleştirilmek istenen vatandaş odaklı yaklaşım, sosyal

sermaye açısından da bazı sonuçlar doğurmaktadır. Bu dönüşüm programının sağlık hizmetleri için sosyal sermayeyi ne ölçüde etkilediği, doktor, hemşire, hastabakıcı ve sosyal güvenlik kuruluşlarında çalışan personel ile vatandaşlar arasındaki ilişkilerin gösterdiği iyileşmeye bakılarak anlaşılabilir. Vatandaşların sağlık sunucusu birey ve kuruluşlara güven duyması, sosyal güvenin ve ilişkiler ağının gelişmesi, iletişimin yaygınlaşması ve bunların norm haline gelmesi sosyal sermayeyi geliştirecektir.

Sosyal sermayeyi şekillendiren bu ilişkilerden ilki, doktorların hastalara karşı tutumlarında görülen değişimdir. Bu değişimin ne ölçüde gerçekleştiği, vatandaşlara TÜİK tarafından yapılan anketlerin sonucundan anlaşılmaktadır. Grafik 3.10'da bu sonuçlar görülmektedir. 2003 yılında vatandaşlara, “doktorların size karşı davranışlarında sorun var mı?” diye sorulduğunda %63,55 oranında vatandaş, “evet, sorun var” yanıtını vermişken; 2012 yılında %20,79 oranında vatandaş, “evet, sorun var” yanıtını vermiştir. Bu durum, doktorların hastalara karşı tutumlarında önemli düzeyde iyileşmenin olduğunu göstermektedir. Bu iyileşmenin arkasında, denetim mekanizmasının güçlendirilmesi ve performansa yönelik ek ödeme sistemine geçilmesi gibi pek çok neden sayılabilir.



Grafik 3.10. Doktorların Hastalara Davranışında Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Benzer bir durum sağlık hizmeti sunucuları bazında bakıldığında da görülmektedir. Tablo 3.7'ye bakıldığında, tüm sağlık hizmeti sunucusu türlerinde, doktorların davranışlarında sorun görme oranının sistemli olarak düştüğü görülmektedir. Özellikle, devlet hastanesi doktorları, kurum doktorları ve özel poliklinik doktorlarının davranışlarında sorun gören vatandaşların oranında önemli miktarda azalma meydana gelmiştir. Devlet hastanesi doktorları açısından görülen iyileşme, sosyal sermayeyi güçlendirdiği ve reformun başarıya ulaşmaya başladığını göstermesi adına önemlidir. Ama yeterli de değildir. Çünkü, hala devlet hastanesi ve üniversite hastanesi doktorları için bu oran, diğer hizmet sunucularına göre yüksektir.

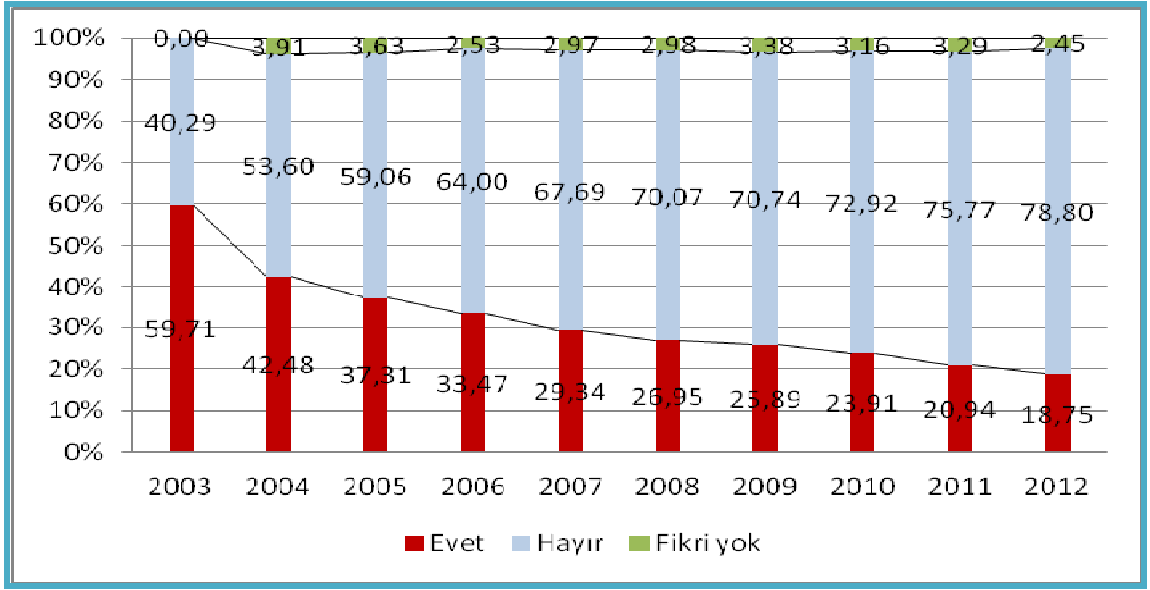
Tablo 3.7.

Doktorların Hastalara Davranışında Sorun Görenler (%)

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik
2003	30,10	36,60	22,30	32,30	-	-
2004	-	45,90	30,30	42,80	46,30	37,50
2005	-	37,80	22,94	37,13	39,93	38,02
2006	28,66	36,89	28,53	30,03	32,97	21,72
2007	28,80	29,90	25,30	32,50	23,10	30,90
2008	21,23	28,30	22,41	24,09	32,45	27,07
2009	27,81	27,29	21,70	28,04	34,19	31,17
2010	28,20	26,30	21,30	24,40	33,30	20,70
2011	24,30	24,30	18,20	29,00	17,50	33,20
2012	25,60	23,20	19,30	-	13,90	17,20

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri*
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013)

Doktorlarınkine benzer bir durum, hemşire ve hasta bakıcılar için de geçerlidir. Grafik 3.11'e bakıldığında, 2003 yılında %59,71 oranında vatandaş, hemşire ve hastabakıcıların kendilerine davranışlarında sorun görürken, 2012 yılında sadece %18,75 oranında vatandaş bu konuda sorun görür hale gelmiştir. Bu gelişmenin altındaki nedenler doktorlar için bahsettiklerimizle paralellik göstermektedir.



Grafik 3.11. Hemşirelerin ve Hastabakıcıların Hastalara Davranışında Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sağlık hizmeti sunucuları bazında incelendiğinde de benzer eğilimler görülmektedir. Tablo 3.8'e bakıldığında, tüm hizmet sunucuları türlerinde vatandaşların gözünde, hemşire ve hastabakıcıların davranışlarında bir iyileşme gerçekleşmiştir. Özellikle kurum doktoru ve devlet hastanelerinde, bu iyileşme daha yüksek oranda gerçekleşmiştir. Ama devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve hastabakıcılar için bu oran, diğer hizmet sunucularında çalışanlara göre yüksek olsa da, bu kuruluşların hizmetlerinin içeriği düşünüldüğünde yine de yeterli değildir.

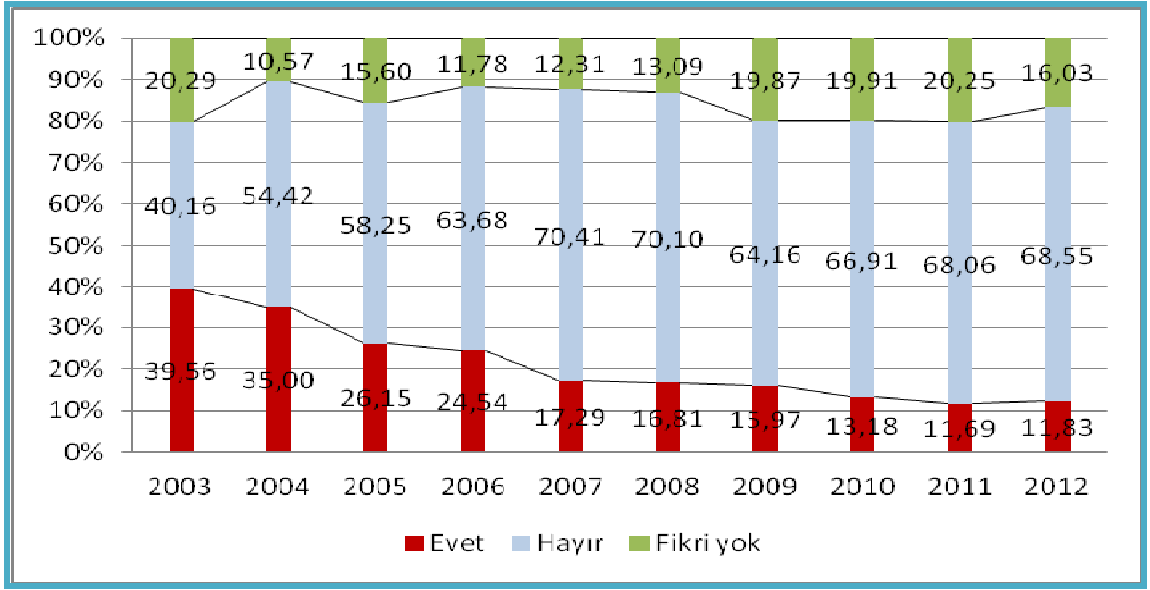
Tablo 3.8.

Hemşirelerin ve Hastabakıcıların Hastalara Davranışında Sorun Görenler(%)

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik
2003	33,80	41,60	26,30	34,40	-	-
2004	-	45,60	28,50	39,80	43,90	29,80
2005	-	39,64	25,12	35,82	40,83	44,06
2006	26,70	35,36	25,14	31,31	36,19	26,57
2007	30,80	31,20	25,80	26,50	24,60	31,00
2008	24,02	27,90	23,93	24,59	34,40	27,27
2009	25,63	26,36	20,65	27,17	32,27	27,44
2010	25,50	25,10	21,00	23,70	32,30	19,80
2011	23,80	22,00	17,00	23,40	26,50	23,50
2012	25,00	20,70	16,70	-	9,50	14,20

Kaynak: TÜİK. Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

Sağlık hizmetlerinde sosyal sermayenin ne kadar güçlendirildiğini gösteren bir diğer gelişme ise sosyal güvenlik kuruluşlarında çalışan personelin vatandaşlara karşı tutumlarındaki iyileşmedir. Bu iyileşme, Grafik 3.12 incelendiğinde anlaşılmaktadır. 2003 yılında TÜİK’in yapmış olduğu ankette vatandaşlara sosyal güvenli kuruluşlarında çalışan personelin davranışlarında sorun var mı? diye sorulduğunda; vatandaşların %39,56’sı “evet, sorun var” demişken, 2012 yılında sadece %11,83’ü “evet, sorun var” yanıtını vermiştir. Ama şunu da unutmamak gerekir; her ne kadar “sorun var” diyenlerin oranında bir gerileme yaşanmış olsa da, bu daha çok “sorun, yok” diyenlerin oranındaki artıştan değil, “fikrim yok” diyenlerin oranındaki artıştan kaynaklanmaktadır. Bu da memnuniyet artışının henüz yeterli seviyeye ulaştırılmadığını bir göstergesidir.



Grafik 3. 12. Sosyal Güvenlik Kuruluşunda Çalışan Personelin Davranışlarında Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sonuç olarak denilebilir ki, SDP ile birlikte vatandaşların sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire, hastabakıcı ve SGK personelinin hizmet sunarken kendilerine karşı davranışlarından memnuniyetsizlikleri önemli oranda azalmıştır. Elbette bütün hizmet sunucuları bazında iyileşme oranları eşit değildir. Bununla birlikte, vatandaşın hizmet sunanlardan memnuniyetsizliğindeki azalış ve hizmet sunanlara karşı olumlu bakışı, karşılıklı güveni artırarak sosyal sermayenin artışına katkı sunmaktadır. İktisatta bir “güven malı” olan sağlık alanında bu güvenin artmış olması, bu bağlamda kayda değer bir gelişmedir. Sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet artışları ile birlikte düşünüldüğünde bu gelişim daha büyük önem taşır.

4.4. Kaynak Kullanımında Etkinlik ve Verimlilik Açısından Yarattığı Sonuçlar

Sağlık hizmetlerinde SDP’yle gerçekleştirilmek istenen vatandaş odaklı dönüşüm, kaynak kullanımında etkinlik ve verimlilik açısından da bazı sonuçlar yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, genellikle performansla eş anlamda

kullanılır ve pratik sonuçları itibariyle sorgulamaya da oldukça açık bir konudur. Dar anlamda maliyet verimliliği ile sınırlıdır. Bu anlamda sadece sistemin işleyişine odaklanır. Geniş anlamda ise kaynak tahsisi verimliliğini ve uzun vadede toplum sağlığına yapılan katkıları ifade eder.

Müracaat sayılarındaki değişim, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı gibi bazı göstergelerde 2002 yılından bu yana meydana gelen değişim, sağlık hizmetlerinde kaynak israfının ne kadar önlendiği, kaynakların ne ölçüde doğru yerde kullanıldığı ve en yüksek çıktının elde edilip edilmediğini değerlendirmeye yardımcı olur. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımında etkinliğin ne kadar sağlanabildiğinin en önemli göstergelerinden birisi, hekime müracaat sayılarındaki değişimdir. Tablo 3.9’da yıllara göre hizmet sunucuları bazında toplam ve kişi başı hekime müracaat sayıları verilmiştir. Toplam olarak baktığımızda, aile hekimliği uygulamasına dahil edilmelerinden dolayı sağlık ocağı ve AÇSAPM’lere başvurularda son iki yılda giderek azalma yaşanmıştır. Bunun yanında, 2011 yılında özel tıp ve dal merkezleri ile özel polikliniklerde çalışan hekimlere toplam müracaat sayısının azaldığı görülmektedir.

Tablo 3.9.

Yıllara Göre Kurum ve Kuruluşlarda Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları (2002-2011)

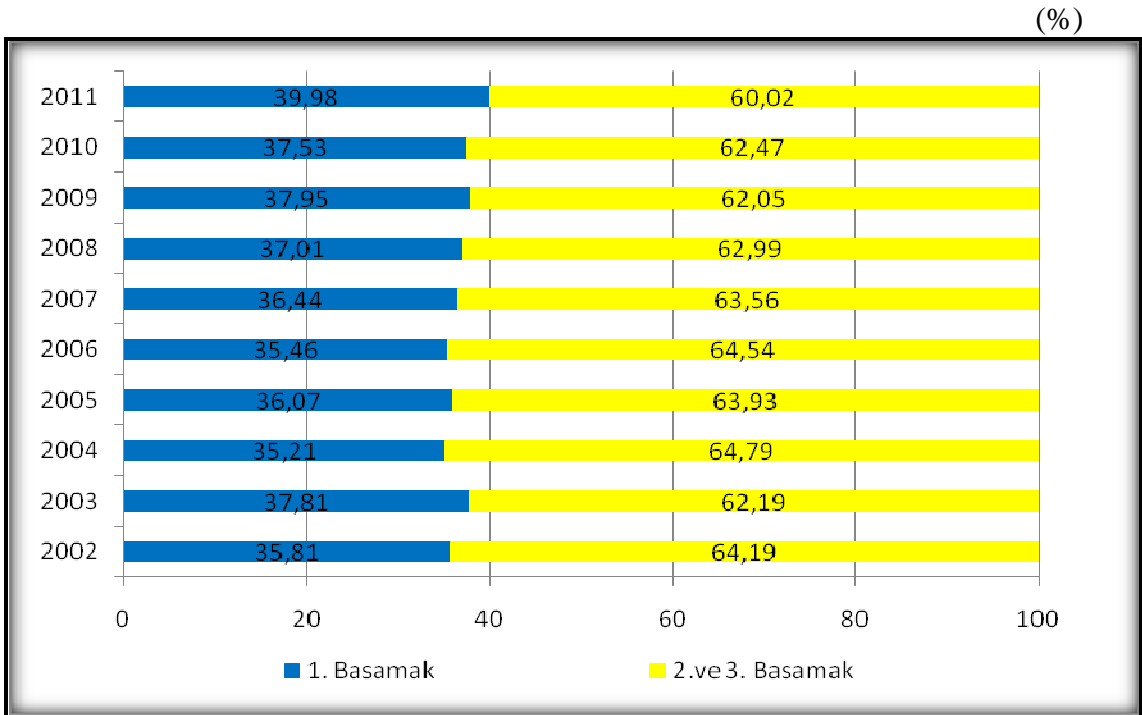
	Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği	Verem Savaş D	AÇSAPM	Özel P.	1.Basamak Toplam	1. Basamak Kişi Başı Müracaat	Özel Tıp ve Dal M.	Hastaneler	2. ve 3. Basamak Toplam	2. ve 3. Basamak Kişi Başı Müracaat	Genel Toplam	Toplamda Kişi Başı Müracaat
2002	69.103.517	-	2.012.458	2.980.481	731.132	74.827.588	1,1	9.824.802	124.313.659	134.138.461	2,0	208.966.049	3,1
2003	79.163.271	-	2.332.915	3.468.145	856.800	85.821.131	1,3	11.513.512	129.644.628	141.158.140	2,1	226.979.271	3,4
2004	82.153.024	-	2.380.166	4.162.022	896.151	89.591.363	1,3	12.042.303	152.848.409	164.890.712	2,4	254.482.075	3,7
2005	105.482.440	-	3.108.694	5.289.858	1.251.536	115.132.528	1,7	16.817.890	187.230.118	204.048.008	3,0	319.180.536	4,7
2006	121.101	-	3.034.844	4.593.339	1.439.183	130.168.522	1,9	19.339.461	217.540.425	236.879.886	3,4	367.048.408	5,3
2007	146.161.943	-	2.818.945	5.992.171	1.807.718	156.780.777	2,2	24.291.760	249.141.099	273.432.859	3,9	430.213.636	6,1
2008	121.441.948	45.111.103	2.781.992	5.841.810	2.078.721	177.255.574	2,5	27.933.434	273.702.825	301.636.259	4,2	478.891.833	6,7
2009	123.851.458	65.716.898	2.557.787	5.707.593	2.387.515	200.221.251	2,8	32.082.953	295.262.190	327.345.143	4,5	527.566.394	7,3
2010	84.629.163	108.976.049	2.378.998	3.831.859	2.497.352	202.313.421	2,7	33.788.328	302.984.218	336.772.546	4,6	539.085.967	7,3
2011	-	240.298.753	2.219.534	944.842	882.973	244.346.102	3,3	29.040.707	337.849.556	366.890.243	4,9	611.236.345	8,2

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.85

Toplam müracaat sayısındaki değişimden çok, kişi başı müracaatlardaki değişim önemlidir. Kişi başı hekime müracaat oranlarına baktığımızda ise hem toplamda hem de birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak da kişi başı hekime müracaat sayılarının arttığı görülmektedir. 2002 yılında birinci basamakta 1 kişi 1,1 defa hekime başvuruyorken, 2011 yılında 3,3 defa başvurur hale gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlere başvuru 3 kat artmıştır. Bu durum SDP'yle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmeye ve erişiminin kolaylaştırılmaya çalışıldığı düşünüldüğünde oldukça önemlidir. Burada özellikle SSK'luların birinci basamağı kullanmalarına izin verilmesinin etkisi göz ardı edilmemelidir. Benzer gelişme ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlere kişi başı müracaatlarda da görülmektedir. 2002 yılında 1 kişi 2 defa ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekime başvururken, 2011 yılında 4,9 defa başvurur hale gelmiştir. Bunların sonucu olarak toplamda 2002 yılında 1 kişi 3,1 defa hekime başvuruyorken, 2011 yılında 8,2 defa hekime başvurmaya başlamıştır. Bu da demek oluyor ki; vatandaşlar sağlık hizmetlerine eskiye göre daha kolay ulaşabilmekte ve aldığı hizmetten de memnun kalmaktadır. Yapılan memnuniyet anketlerinden de bu durum açıkça görülmektedir. Bu gelişme aynı zamanda etkin kaynak kullanımını da yansıtmaktadır. Mevcut kaynaklar artık daha etkin olarak kullanılmaktadır. Bunun yanında, toplam hekime müracaat sayısında Türkiye ortalaması, OECD ortalamasının da üzerindedir. Toplamda kişi başı hekime müracaat sayısının OECD ortalaması 2010 yılında 6,4'tür (OECD. *StatExtracts Health Statistics*. <http://stats.oecd.org/#>). Hekime erişebilirlik anlamında olumlu yorumlanabilecek bu gelişme, genel sağlıklılık anlamında olumsuz olarak değerlendirilebilir. Acaba hastalar, eskiye göre daha çok kere mi, hekime gitmeye ihtiyaç duymaktadırlar? İnsanlar eskiye göre hastalıklardan daha mı müzdarip hale gelmiştir? Doktorlar, performans kaygısıyla hastaları daha çok kere mi kendilerine başvurmaya mecbur etmektedirler? Bu gibi soruların cevaplarının daha çok "evet" olabilme ihtimali müracaatlardaki artışı, özellikle tıbbi etkinlik adına olumsuz yorumlamamıza yol açmaktadır.

Hekime müracaat oranlarının birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında nasıl dağıldığını görmek özellikle Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme ve teşvik çabalarının olduğu bir süreçte

önemlidir. Grafik 3.13 incelendiğinde, bu yöndeki çabaların boşa gitmediği görülmektedir. 2002 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere müracaat %35,81 iken 2011 yılında bu %39,98'e çıkmıştır. Bu doğrultuda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere müracaatın oranı da %64,19'dan %60,02'ye gerilemiştir. Artık vatandaşlar sorunlarının birinci basamak hekimleri tarafından çözüleceğine daha çok inanmaktadırlar. Ayrıca, bu kuruluşlarda hekimlerin niteliği ve tutumları da iyileşiyor demektir. En azından algı bu yöndedir. Bunun yanında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi de bu artışın yaşanmasında etkili olduğu söylenebilir. O yüzden bu oransal dönüşüm hem vatandaşa daha iyi sağlık hizmeti hem de sağlık harcamalarında etkinlik açısından önemli bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak bu oran, düşük bir seviyede kalmaya devam etmektedir. Gerçekten birinci basamak sağlık hizmeti odaklı bir sistemde, birinci basamağa ikinci veya üçüncü basamaktan daha fazla ziyaret yapılması beklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2012, s.32).



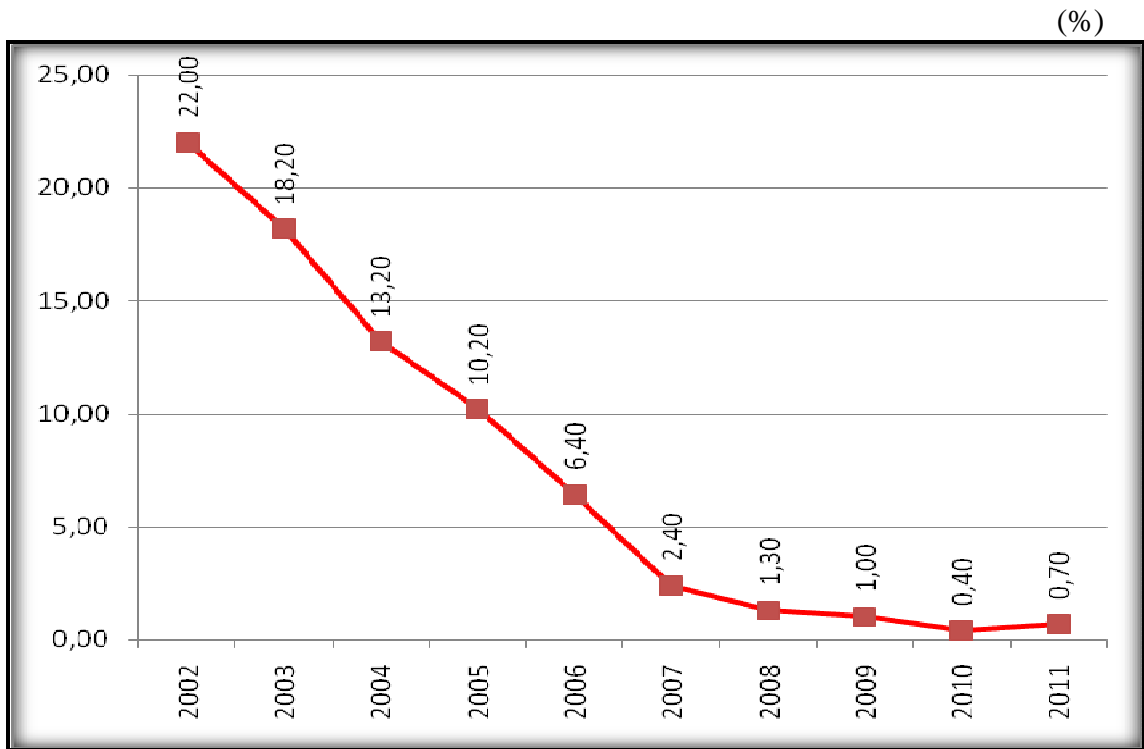
Grafik 3.13. Yıllara Göre Kurum ve Kuruluşlarda Hekime Müracaat Dağılımı (2002-2011)

Kaynak: Tablo 3.8'den yararlanılarak derlenmiştir.

Hastanelere müracaatların oransal dağılımına bakacak olursak ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarını tercih oranı giderek azalır ve üniversite hastanelerini tercih oranı neredeyse aynı kalırken, özel hastaneleri tercih oranı önemli ölçüde artmıştır. 2002 yılında müracaatların %4,58'i özel hastaneleriyken 2011 yılında %17,48'i özel hastanelere yapılmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan müracaat oranı ise 2002 yılında %88,32 iken 2011 yılında %75,28'e gerilemiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.88). Sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlığını arttırma çabalarının, hastaların da giderek bu hastaneleri tercih etmeye başlamasıyla başarıya ulaşma yolunda ilerleme gösterdiğini ifade etmektedir. Bu gelişmede, vatandaşların bu hastanelere sosyal güvenceleriyle ve görece daha düşük bedeller ödeyerek gidebilmelerinin etkisi büyük olmuştur.

Müracaat oranlarındaki değişim sevk oranlarındaki değişime de yansımıştır. Grafik 3.14'e bakıldığında birinci basamak hekimlerinin hastalarını ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk etme oranının giderek azaldığı görülmektedir. 2002 yılı başında birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların %22'si ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmişken, 2011 yılında sadece %0,70'i sevk edilmiştir. Bu durum, SDP'yle beraber birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin eskiye göre daha donanımlı hale gelip, daha iyi tedavi hizmeti sundukları ve vatandaşların da bundan memnun olmaya başladıkları anlamında yorumlanabilir. Bununla beraber eğer, vatandaş ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunucularına gitmeyi tercih ederse de katılım payı adı altında bir ücret ödemek durumunda kalmaktadır. Böylece ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurular azaltılabilmekte ve maliyetler açısından tasarruf sağlanabilmektedir. Vatandaş açısından zaman ve hizmete erişebilirlik anlamında bir artı sağlarken, devlet açısından da kaynakların israfını önleyip etkin kaynak kullanımını sağlayabilmektedir. Fakat bu kadar düşük sevk oranı gerekli sevklerin yapılmadığını ya da başvuruların tanı–tedavi amaçlı değil, reçete tekrarı amaçlı olduğunu da akıllara getirmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2011, s.50). Zaten birinci basamakta görev yapan aile hekimleri de performans göstergelerinde ve ücretlerinde yaratacağı azalış nedeniyle sevk yapmayı fazla tercih etmemektedir.

Burada unutulmaması gereken bir nokta da şudur: yukarıda da bahsettiğimiz gibi hastaların hala çoğunluğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Aslında birinci basamakta çözülebilecek sorunların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurularak çözülmeye çalışılması, ileri tanı ve tedavi amacı ile yola çıkan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ciddi hastalar için gerekli olan vakit, dikkat ve enerjinin ayrılamamasına yol açmaktadır. Etkin ve kapsamlı bir aile hekimliğinin kurulması için bu kadar ödenek, zaman ve enerji harcanmışken, yapabileceklerinin çok daha altında performansla çalıştırılmaları sistemde etkinliğe zarar vermektedir (Sert, 2013, <http://sahipkiran.com/2013/05/12/sdp-sonrasi-durum-tespiti/>). Bununla beraber, hastaneler kendi döner sermaye gelirlerinin azalması açısından sevk uygulamasına karşı çıkmaktadır. Fakat, Dünya Bankası ve SGK sağlık harcamalarında gereksiz artışlara neden olması ve sağlık sisteminde katastrofik etkiler yaratabilecek olması sebebiyle sevk sisteminin uygulanmasını istemektedirler (Belek, 2012, s.73).



Grafik 3.14. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı (2002-2011)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.88

Sağlık hizmetlerinde kaynakların ne kadar etkin ve verimli kullanıldığını değerlendirmeye yardımcı olacak bir diğer unsur yatak doluluk oranlarındaki değişimin nasıl olduğudur. Tablo 3.10'a bakılacak olursa, her hizmet sunucusu türünde ve tüm sektörlerde, yatak doluluk oranlarında bir artış yaşandığı görülmektedir. 2002 yılında tüm sektörlerde yatak doluluk oranı %59,40 iken, 2011 yılında %65,60'a çıkmıştır. Bu artışın daha yukarıya çekilmesi hastane yataklarının etkin kullanıldığının ve atıl kalmadığının en önemli göstergesidir. Aynı zamanda, hastalanan vatandaşların daha iyi tedavi görebilmesi adına önemlidir. Öyleyse, doktorların hastalara daha nitelikli hizmet vermek için hastanın yatarak tedavi edilmesi ihtiyacı doğduğunda bunu göz arda etmediği ve hastaların detaylı olarak incelenip tedavi edildiği anlamına gelebilir. Vatandaş odaklı sağlık hizmeti adına bu oldukça önemlidir. Bununla beraber, doktorların yatan hastalardan performansa göre ek bir ücret alıyor olması da yatak doluluk oranındaki bu artışın bir nedeni olabilir. Eğer, temel neden bu ise kaynak israfının söz konusu olduğu söylenebilir.

Tablo 3.10.

Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, Yatak Devir Hızı ve Ortalama Kalış Günü (2002-2011)

	<i>Sağlık Bakanlığı</i>			<i>Üniversite</i>			<i>Özel</i>			<i>Tüm Sektörler</i>		
	Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ort. Kalış Günü	Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ort. Kalış Günü	Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ort. Kalış Günü	Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Ort. Kalış Günü
2002	60,6	38,8	5,7	69,8	29,7	8,6	32,0	37,5	3,1	59,4	37,1	5,8
2003	61,4	39,7	5,6	72,9	31,5	8,5	33,1	40,8	3,0	60,6	38,3	5,8
2004	68,2	44,8	5,6	74,7	32,9	8,3	35,1	46,2	2,8	66,2	42,7	5,7
2005	65,2	45,8	5,2	79,2	35,3	8,2	42,0	57	2,7	65,5	45	5,3
2006	67,5	47,9	5,2	79,7	37,4	7,8	48,0	74,3	2,4	67,9	48,5	5,1
2007	64,8	50,7	4,7	76,5	40,8	6,9	46,0	93,4	1,8	64,8	53,8	4,4
2008	63,8	52,1	4,5	84,4	46,4	6,6	50,7	101,9	1,8	65,7	57,9	4,1
2009	65,0	51,4	4,6	80,7	48,6	6,1	50,3	92,1	2,0	65,5	57,3	4,2
2010	64,3	52,9	4,4	72,9	43,1	6,2	50,8	91,1	2,0	63,8	57,1	4,1
2011	66,4	55,9	4,3	73,6	46,2	5,8	53,6	95,6	2,0	65,6	60,8	3,9

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.96-101

Vatandaş odaklı sağlık hizmetinin kaynak kullanımı üzerindeki etkisi adına incelenmesi gereken bir diğer sağlık göstergesi, hastanelerde yatan hastaların ortalama

kalış günüdür. Hem her bir sağlık hizmeti sunucusu bazında hem de tüm sektörler bazında yatan hastaların ortalama kalış gününde bir azalma yaşanmıştır. Tablo 3.10'da bu durum açıkça görülmektedir. Örneğin, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'nda bir hasta ortalama 5,7 gün hastanede yatarken, 2011 yılında 4,3 gün yatar hale gelmiştir. Üniversite hastanelerindeki azalış daha da dikkat çekicidir. Üniversite hastanesine yatan bir hasta 2002 yılında hastanede ortalama 8,6 gün kalırken, 2011 yılında 5,8 gün kalır hale gelmiştir. Aşağı yönlü eğilim özel hastanelerde de görülmektedir. Orada da aynı dönem arasında oran 3,1'den 2,0'a gerilemiştir. Özel hastane yataklarının payındaki artış ve kişi başına düşen yatak sayısındaki artışa rağmen özel hastanelerde ortalama kalış gününde görülen bu azalma ilginçtir. Bununla beraber, tüm sektörler bazında da baktığımızda sonuç aynıdır. 2002 yılında bir hasta herhangi bir hastanede ortalama 5,8 gün yatarak tedavi olurken, 2011 yılında 3,9 gün yatarak tedavi olmaya başlamıştır. Yatan hasta ortalama kalış gününde azalma olumlu ele alınırsa hastaların artık daha kısa sürede tedavi edilebildiği anlamına gelmektedir ki, bu da vatandaş odaklı hizmet anlayışı adına oldukça önemlidir. Fakat 2010 yılı AB ortalaması 6,9 ve OECD ortalaması 7,1 gün iken durumu böyle ele almak pek gerçekçi olmayacak gibidir (OECD, <http://stats.oecd.org/#>; OECD, 2012, s.81). Öncelikle Türkiye'deki ortalama kalış süresinin kısalığı hizmetin iyiliği ve hızına işaret etmemekte, hizmet kapasitesinin yetersiz olmasından kaynaklanmakta ve sisteme ek maliyetler getirmektedir (Deloitte, 2012, s.26). Ayrıca, talep artışına cevap verebilmek için hastaların giderek kısalan sürelerde tedavisi tamamlanıp taburcu etmeye yöneldiği anlaşılmaktadır. Bununla beraber, daha çok hastayı yatırarak tedavi etmek doktor için daha çok ek ücret anlamına gelmektedir. Bu da hastaların tam hizmet alamaması anlamına gelmekte ve vatandaş odaklı hizmet anlayışını zedeleyici bir durum yaratmaktadır.

Bu durum, yatak devir hızlarına bakıldığında daha iyi anlaşılmaktadır. Her hizmet sunucusunda yatak devir hızı artmıştır. Bu da, hastaların giderek kısalan sürelerde tedavilerinin sonuçlandırılıp yerine hemen yeni hastaların yatırıldığı anlamına gelmektedir. Bir yandan tedavi sürelerinin kısalması olumlu yönde değerlendirilebilirken, bir yandan ihtiyaç/talep artması ama artan bu ihtiyaca yetecek düzeyde yatak sayısının, özellikle de kamuda, arttırılamaması sonucu yatak devir hızındaki bu artışı olumsuz yönde değerlendirilmektedir. Bununla beraber, özel

hastanelerde yatak konusunda önemli iyileşme yaşanmasına rağmen hem ortalama kalış gününde bir azalış olması hem de yatak devir hızında oldukça yüksek bir artış olması yine burada akıllara daha önce merak ettiğimiz benzer soruyu getirmektedir: Acaba daha çok para kazanmak için yatak devir hızı bu hastanelerde yüksek mi tutuluyor? Ya da yüksek maliyetler nedeniyle hastalar özel hastanelerde mümkün olduğunca az yatmayı mı tercih ediyor? Her ikisini de doğru diye sanırım yanlış olmayacaktır.

Üzerinde düşünülmesi gereken bir konu da üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatak devir hızlarının yükselmekte oluşudur. Hasta sirkülasyonunun artmasıyla birlikte, üniversite hastanelerinde, uzmanlık eğitimi alan öğrencilerin hastalarla uzun süre temas edebilmesi, hastayı gözleyip müdahil olabilmesi olanakları da kısıtlanmaktadır. Elbette araştırma hastaneleri anlamında bu sonuç düşündürücüdür. Bununla beraber, sadece ülkemizde değil, tüm dünya da sağlık hizmetlerindeki özelleştirme uygulamalarının sonucu olarak hastanelerde yatak devir hızı hızla artmaktadır. Buna bağlı olarak da özellikle son 10 yılda OECD ve AB ülkelerinde, hastaların hastanelerde kalış sürelerinin belirgin şekilde azaldığı görülmektedir (OECD, <http://stats.oecd.org/#>; OECD, 2012, s.81).

Kaynak kullanımında etkinlik ve verimlilik açısından yıllara göre Sağlık Bakanlığı birinci basamak hizmetlerinde hekim verimliliğinin değişimi de önemli göstergelerden birisidir. Çünkü, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile sağlığı merkezleri SDP kapsamında sağlık ocaklarının yerine getirilmiş ve vatandaşa daha özel ve nitelikli hizmet verilmesi hedeflenmiştir. Bu yüzden, bu basamakta hekim verimliliğinde nasıl bir gelişim gösterdiğini görmek önemlidir.

Tablo 3.11’de 2002-2012 döneminde hekim verimliliği görülmektedir. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim sayısı 17.800 iken 2012 yılında 23.600’e, muayene odası sayısı ise 6.076 iken, 2012 yılında 23.600’e yükselmiştir. Her hekime bir oda düşmesi sağlanmıştır. Bu artışlarla beraber muayene sayısı da %248 oranında artarak 69 milyondan 240 milyona çıkmıştır. Bununla yanında, hekim başına ortalama günlük hasta ise 45’ten 40’a gerilemiştir. Bu gelişme, hizmet sayısı ve niteliğinde bir iyileşmeyi ifade ettiği gibi, kaynakların daha verimli

kullanıldığını da gösterilmektedir. Hekim sayısı artmış ama muayene sayısı daha da çok artmış ve de hekim başına düşen hasta sayısı azalmıştır.

Tablo 3.11.
Hekim Verimliliği

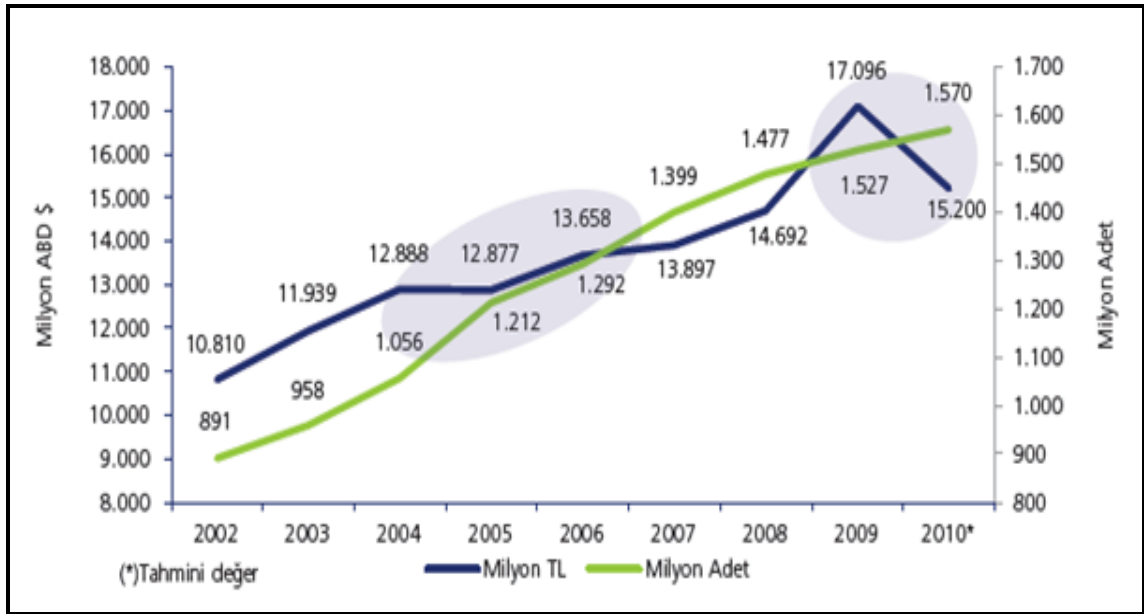
		2002	2012	% Değişim
Hekim Sayısı	<i>1. Basamak</i>	17800	23600	33
	<i>Hastane Hizmetleri</i>	14225	24232	70
Muayene Odası Sayısı	<i>1. Basamak</i>	6076	23600	288
	<i>Hastane Hizmetleri</i>	6643	24232	265
Muayene Sayısı	<i>1. Basamak</i>	69.000.000	240.000.000	248
	<i>Hastane Hizmetleri</i>	100.000.000	192.000.000	92
Hekim/Klinisyen Başına Ortalama Günlük Hasta	<i>1. Basamak</i>	45	40	-10
	<i>Hastane Hizmetleri</i>	60	31	-47

Kaynak: Akdağ, 2012, s.124-125

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı hastanelerinde de hekim verimliliği yükselmiştir. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde toplam hekim sayısı 14.225 iken 2012 yılında 24.232 olmuş, muayene oda sayısı ise 6.643 iken, 24.232 olmuştur. Yine, burada da her hekime bir oda düşmesi sağlanmıştır. Bu artışların yanında muayene sayısı da %92 oranında artarak 100 milyondan 192 milyona çıkmıştır. Bununla beraber, hekim başına ortalama günlük hasta ise yarı yarıya düşmüştür. 2002 yılında hekim başına ortalama günlük 60 hasta düşerken, 2012 yılında 31 hasta düşer hale gelmiştir. Sonuç olarak, bu hastanelerde de sağlık hizmetleri niceliksel olarak iyileşmeye ve bu hizmetlere yönelik kaynaklar da daha verimli ve etkin kullanılmaya başlamıştır. Vatandaş odaklı sağlık hizmeti sağlanması adına bu oldukça önemlidir.

Sağlık sistemi içerisinde önemli bir yer tutan ilaç kullanımı ve ilaç harcamaları da verimlilik bağlamında üzerinde durulması gereken bir konudur. Çünkü eskiden beri ülkemizde ilaç kullanımı çok yaygın ve ilaç harcamaları da sürekli artma eğilimindedir. Genel Sağlık Sigortası'nın yaygın olmasından ötürü de ilaç harcamaları büyük çoğunlukla kamu tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle, ilaç kullanımında ilaç kutu miktarı ile ilaç harcamalarının değişimi, ilaç kullanımındaki verimlilik bağlamında önem taşır. Grafik 3.15'te ülkemizde 2002-2010 döneminde kullanılan ilaç kutu miktarı

ve kamu ilaç harcamalarının gelişimi gösterilmiştir. Görüleceği üzere son yıllarda, satılan kutu adedinde sürekli ve ciddi artış olmasına rağmen, kamu ilaç harcamaları aynı şekilde artmamıştır. Bu, ilaç konusundaki fiyatlandırma ve geri ödeme konusundaki stratejilerle açıklanabilir. Global bütçe uygulaması ile de ilaç harcamaları belirli bir sınırdan tutulmaktadır. İlaçta referans fiyat uygulaması, eşdeğer ilaç uygulaması ve ilaçta KDV oranlarının düşürülmesi gibi gelişmelerin sonucu olarak, ilaç harcamalarında ciddi bir verimlilik artışı sağlanmıştır. Burada unutulmaması gereken bir noktada şudur ki ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelere bile fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde %10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksektir. Sağlık Harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı %40'ları bulmaktadır.

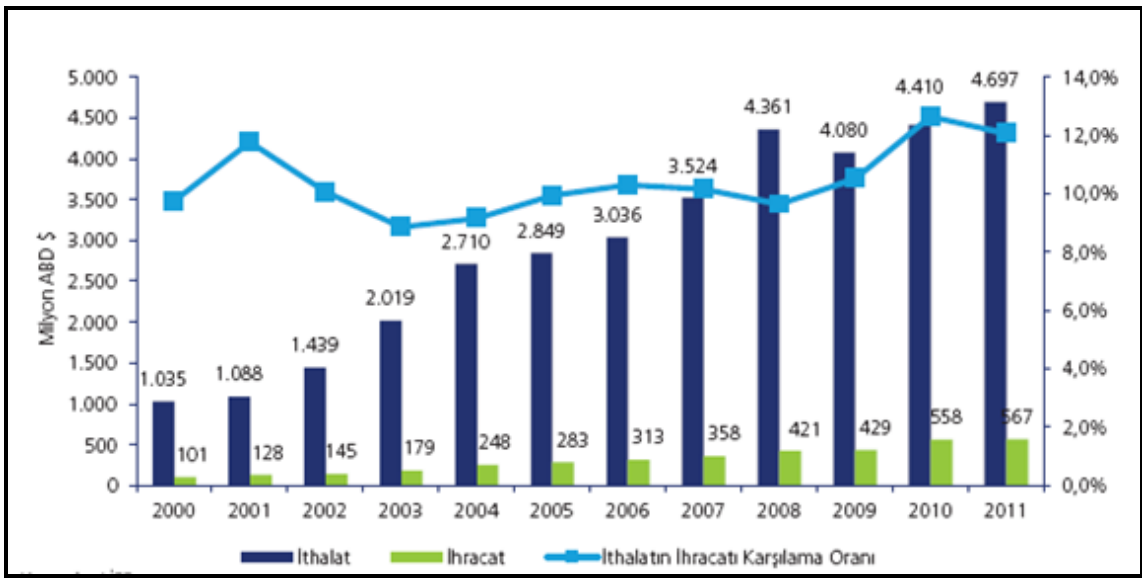


Grafik 3.15. Türkiye’de Kamu İlaç Harcamalarının Gelişimi (2002-2010)

Kaynak: Deloitte, 2012, s. 72

İlaç kullanımındaki ve ilaç fiyatlarındaki bu gelişmeler elbette ülkemizin dış ticaret verileri üzerinde de etkili olmuştur (Grafik 3.16). Türkiye’nin ilaç ihracatı 2000 – 2011 döneminde 101 Milyon ABD Dolarından 567 Milyon ABD Dolarına yükselmiştir. Her ne kadar toplam tutar, ilaç sanayi çerçevesinde düşük olsa da, ihracat rakamlarında sürekli bir artış gözlemlenmektedir. Aynı dönemde Türkiye’nin ilaç ithalatı da artarak 1

Milyar ABD Dolardan 4,7 Milyar ABD Dolarına yükselmiştir. Bu durum neticesinde ilaçta cari açığın arttığı ve mevcut durumda ihracatın ithalatı karşılama oranının %12 seviyesinde olduğu gözlemlenmektedir. Zaten ciddi cari açığa uğraşan bir ülke olarak ülkemizin bu konuda da cari açığının artmış olması düşündürücüdür. Özellikle de ilaç kullanımındaki gereksiz ve atıl (alınıp kullanılmayan ilaç) kullanım göz önüne alındığında bu durum ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkar. Ülke kaynaklarının gereksiz yere dış ülkelere kullandırılması anlamında bu konuda gerekli önlemler alınmalıdır.

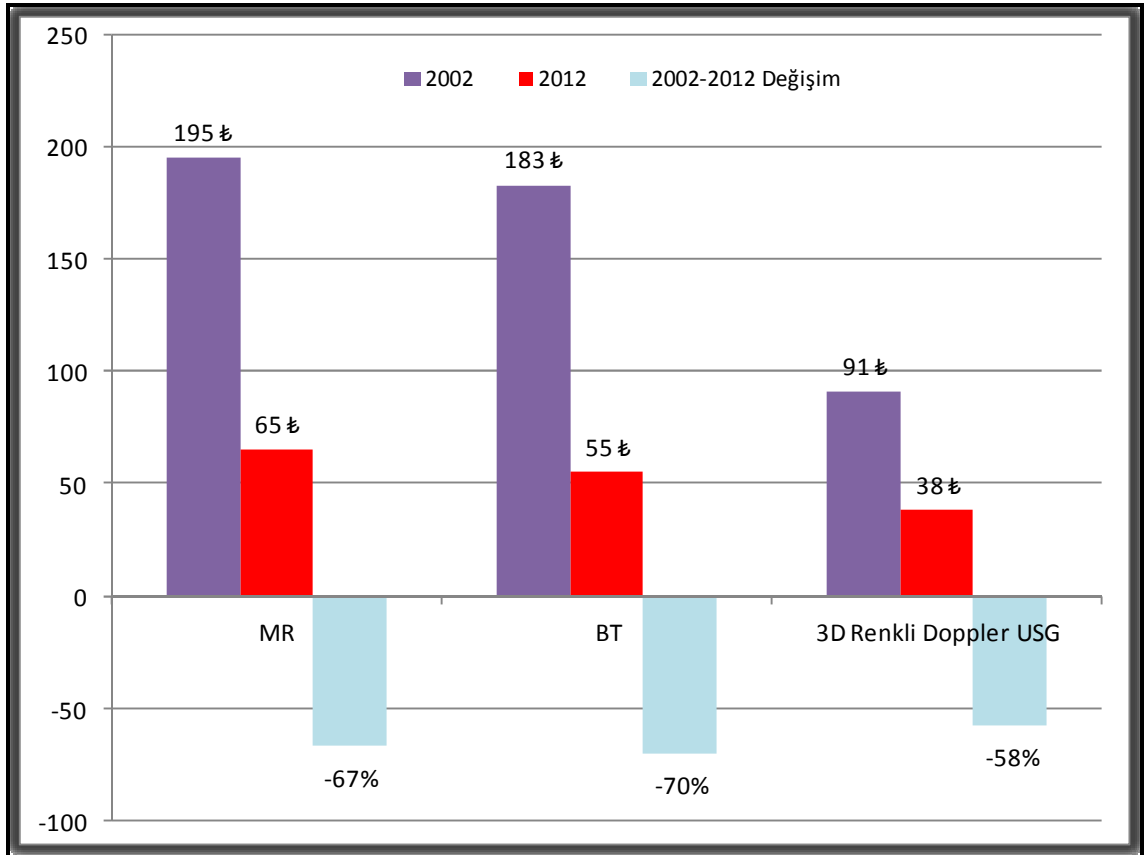


Grafik 3.16. Türkiye İlaç Pazarında Dış Ticaret Verileri (2000-2011)

Kaynak: Deloitte, 2012, s. 69

Vatandaş odaklı veya hasta odaklı olarak nitelendirebileceğimiz bir sağlık hizmeti anlayışını hayata geçirme çabalarının belki de en önemli boyutu teknolojik imkanlardan yararlanabilmedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde bu tür teknolojik araçlar kullanılmaya ve zamanla da yaygınlaştırılarak vatandaşa daha az maliyetle sunulmaya başlamıştır. Bu araçların bazı örnekleri ve bunlarda yaşanan fiyat/maliyet değişimleri Grafik 3.17’de görülmektedir. 2002 yılı başında MR bedeli 195TL, BT bedeli 183TL ve 3D renkli doppler USG bedeli 91TL iken, 2012 yılında bunlar sırasıyla 65TL, 55TL ve 38TL’ye düşürülmüştür. Buradan da anlaşılmaktadır ki, radyolojik görüntüleme fiyatlarında 2002-2012 yılları arasında reel olarak %70’e varan oranlarda

azalma olmuştur. Vatandaşların hizmetlere daha düşük maliyetle ve kolayca erişebilmesi adına bu önemli bir gelişmedir. Sağlık gibi yaşamsal bir konuda teşhis ve tedavinin güvenilirliği adına bu gelişme elbette önemlidir.



Grafik 3.17. Teknoloji Kullanımında Verimlilik

Kaynak: Akdağ, 2012, s.127

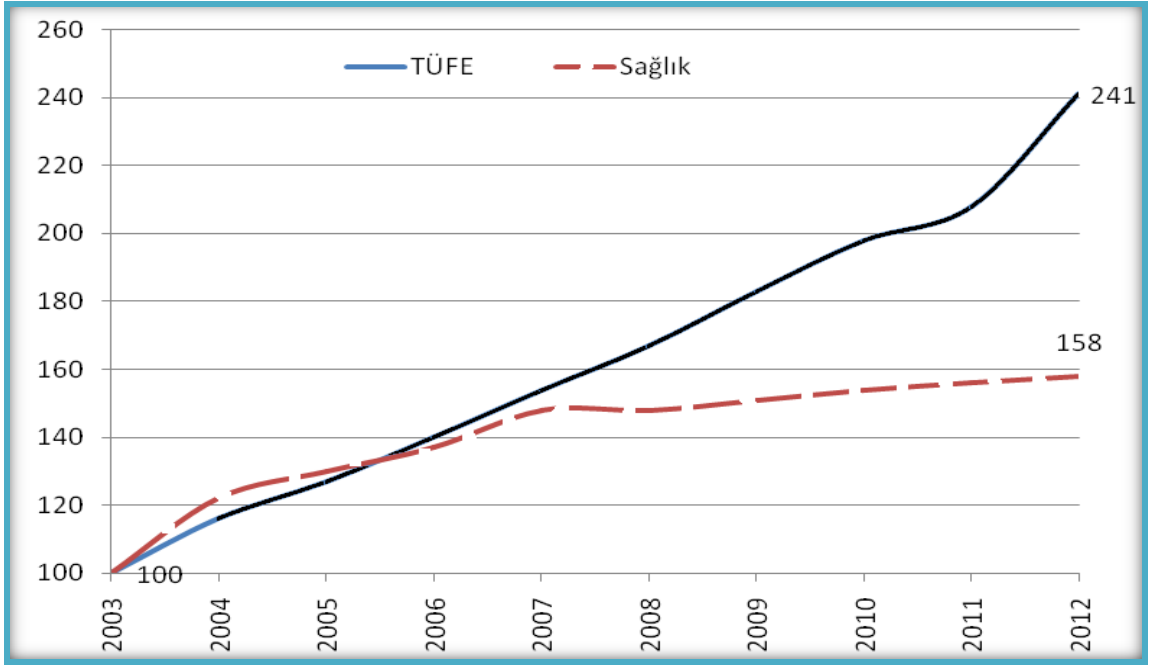
Bu iyileşmelerle beraber, şu da unutulmaması gereken bir gerçektir: başta her geçen gün sayıları artan özel sağlık kuruluşları olmak üzere sağlık hizmetlerinde gereksiz teknoloji yatırımları ile tıbbi teknolojinin verimsiz, gereksiz ve kötüye kullandığı görülmektedir. Bu durum kaynak israfına yol açmaktadır (Demirdizen, 2009, s.53). Daha çok performans, daha çok ücret ve daha çok kar adına bu tür teknolojik araçlar, hasta üzerinde yaratacağı yan etkiler düşünülmezsizin kullanılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki tedavi hizmetlerinde bu tür araçların fazlaca tercih edilmediği görüldüğünde, bizdeki yüksek kullanımın nedeninin çok iyi niyetli olduğu söylenemez. Örneğin, MR kullanımında OECD ortalaması 2011 yılı itibariyle 1.000 kişi

başına 46,3 iken, Türkiye’de 79,5’tur (OECD, <http://stats.oecd.org/#>). Türkiye’nin OECD ortalamasının oldukça üzerinde olduğu görülmektedir.

Teknoloji yoğunlaşmasında öne çıkan bir başka nokta da özel sektörün hakimiyetidir. SGK, görüntüleme ve laboratuvar gibi işlemleri giderek daha çok dışarıdan satın alırken, karşılıklarına hizmeti üreten aktör olarak özel sektör çıkmaktadır. Bu bağlamda, teknoloji artışı da kamu finansman kurumları yoluyla özel hizmet üreticilerini besleyen bir işlev görmektedir (Belek, 2012, s.195).

Bütün bunların yanında, kamu sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarının maliyet ve fiyat göstergeleri de birbirinden oldukça farklıdır. Bu bağlamda, özel sektörde sağlık hizmetlerinin genel olarak kamuya göre oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Nihayet özel sektör kamu sektörüne göre; kişi başına maliyetler açısından ayakta tedavi hizmetlerinde %14,3, yatarak tedavide %61,2, gününbirlik tedavide %552,8 ve toplamda ise %60,7 daha pahalı hizmet sunmaktadır (Çiçeklioğlu, http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/meltem_ciceklioglu.pdf).

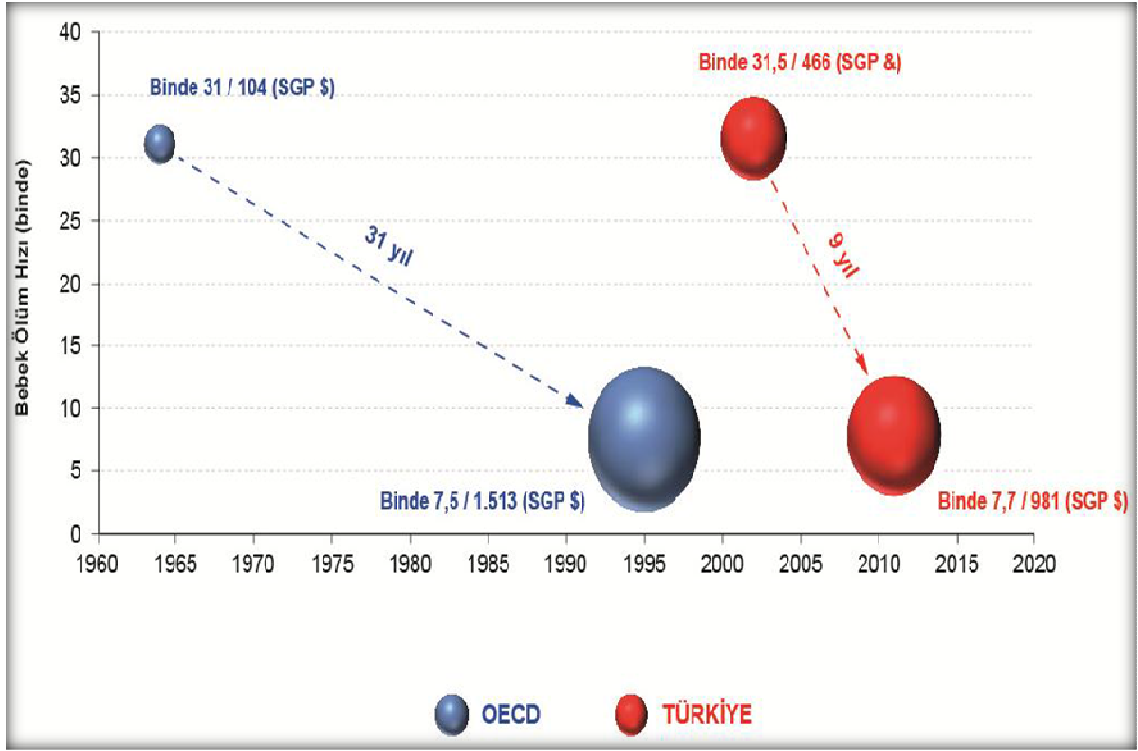
Sağlık harcamalarında etkinliğin ve sürdürülebilirliğin sağlanmaya başlandığının önemli bir göstergesi sağlık fiyat endeksindeki değişimdir. Grafik 3.18’de bu değişim görülmektedir. Ocak 2003’de 100 olan sağlık ürün ve hizmetinin fiyatı Ekim 2012’de 158 olmuştur. Aynı yılın Ekim ayında genel fiyatlar düzeyi 241 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemde sağlık ürün ve hizmetlerindeki fiyat artışı genel fiyat artışının %41’i düzeyinde kalmıştır. Bu iyileşme son derece sevindiricidir. Sağlık hizmetlerinin fiyatlarındaki artış, genel fiyat düzeyindeki artıştan oldukça aşağıda seyretmiştir. Kısaca, sağlık hizmetlerinin fiyat artışı enflasyonun altında kalmıştır. Yani sağlık hizmetleri görece ucuzlamıştır.



Grafik 3.18. Genel Tüketici ve Sağlık Fiyat Endeksi (2003-2012)

Kaynak: Akdağ, 2012, s.148

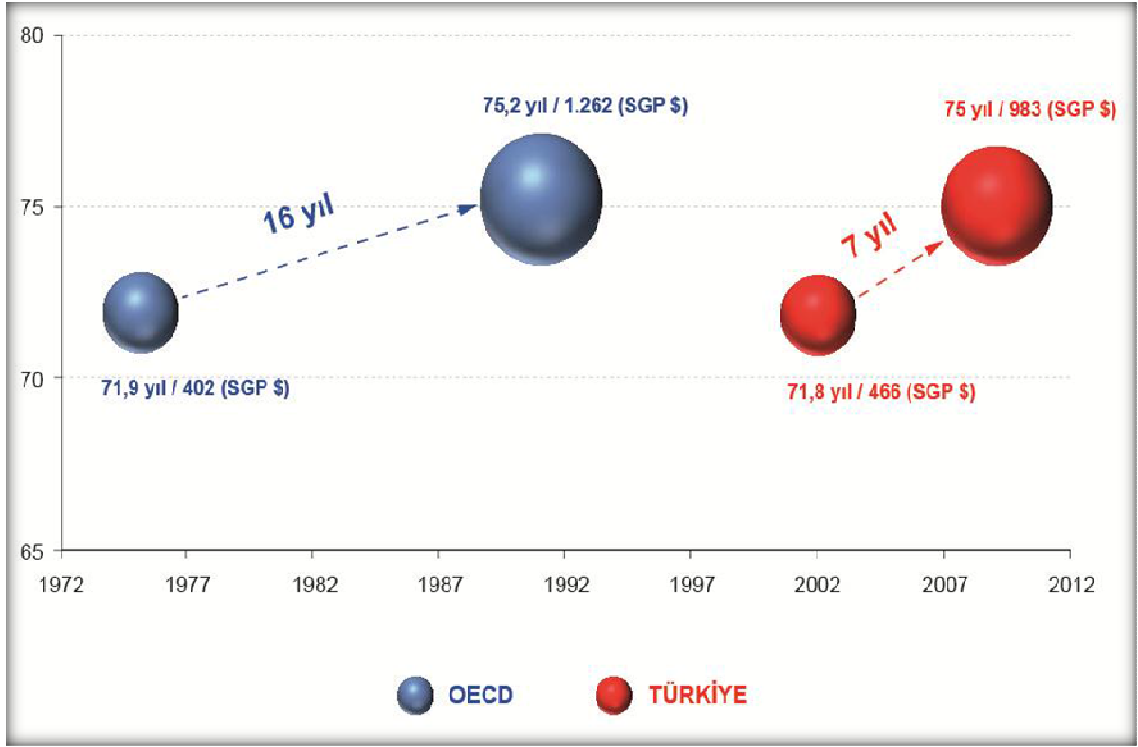
SDP'yle getirilmek istenen vatandaş odaklı dönüşümün ne kadar etkili olduğunun anlayabilmenin yollarından biri bebek ölüm hızı ve sağlık harcamalarındaki ilişkiyi ve gelişmeyi OECD ortalamasıyla karşılaştırmakta yatmaktadır. Buna göre, Grafik 3.19 incelendiğinde, Türkiye'de bebek ölümlerinin sağlık harcamasını 2 kat artırarak 9 yılda % 7,7'ye düşürüldüğü görülmektedir. OECD ülkelerinde ise bu orana ulaşmak için sağlık harcamasının 15 katına çıkarıldığı ve 31 yıl beklendiği görülmektedir. Bu bağlamda, Türkiye'de kısa bir sürede ve daha az maliyetle önemli bir iyileşme sağlandığı anlaşılmaktadır. Dolayısı ile sağlık harcamalarının en azından, bebek ölüm hızını düşürmede daha etkili olarak kullanıldığı ileri sürülebilir.



Grafik 3.19. Bebek Ölüm Hızı ve Sağlık Harcaması

Kaynak: Akdağ, 2012, s.132

Sağlık hizmetlerinde etkililiğin sağlandığını görebilmenin yollarından bir diğeri ise doğumda beklenen yaşam süresi ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi ve gelişmeyi OECD ortalamasıyla karşılaştırmakta yatmaktadır. Bu bağlamda, Grafik 3.20 incelendiğinde Türkiye’de 7 yılda sağlık harcamasının 2 katına çıkarken, doğumda beklenen yaşam süresinin de 75 yıla ulaştığı görülmektedir. OECD ülkeleri, bu rakama ulaşmak için sağlık harcamasını 3 katına çıkarmış ve 16 yıl beklemişlerdir. Türkiye bu konuda da önemli bir ilerleme sağlamıştır. Sağlık harcamaları daha etkili kullanılarak daha az sürede ortalama ömür yukarı çekilebilmiştir.



Grafik 3.20. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ve Sağlık Harcaması

Kaynak: Akdağ, 2012, s.130

Sonuç olarak, SDP ile kaynak kullanımında etkinliğin artışı yönünde göstergeler mevcuttur. Hasta sevk oranları ve dolayısıyla hastanın hastane hastane gezmesi ve sevk işlemlerinin azalması ile zaman ve maliyet kaybı önlenmiştir. Kişi başı müracaat sayıları artmış, yatak devir hızı yükselmiş, yatak doluluk oranları artmış, hekim verimliliğinde yükseliş sağlanmış, ilaç harcamalarında ve teknoloji kullanımında verimlilik artmış ve nihayetinde sağlık harcamalarında etkililik artışı sağlanmıştır. Kısaca söylemek gerekirse; sağlıkta SDP ile birlikte etkinlik, verimlilik ve etkililik artışı sağlanarak kaynak kullanımında etkinlik anlamında iyileşmeler sağlanmıştır. Elbette verimlilik konusundaki bu gelişmelerin kalite ile birlikte değerlendirilmesi gerekir. Verimlilik göstergeleri, kalite göstergelerini gizlememelidir. Diğer yandan sağlık konusunda verimlilikten ziyade sağlık işlemlerinin etkin ve etkililiği daha önemlidir. Bununla beraber, unutulmaması gereken şudur: sağlıkta bu neoliberal reformun temel gerekçesini “tahsiste verimlilik” sağlama oluşturmaktadır. Bu bağlamda, hasta başına ayrılan süreler, oda, yatak, ilaç, gereç vb. girdiler hesaplanmakta, “verimlilik” amacıyla

birim zaman içinde sözümlerine ona “üretim bandındaki” hastaya ne kadar zaman, ne kadar ilaç-malzeme harcanacağı hesaplanmakta ve bunun birim hasta için en az zaman ve maliyetle yerine getirilmesinin hesapları yapılmaktadır. Hekimden, birim zaman içinde en az “ürüne (hastaya)”, bunu yaparken en az araç-gereç, ilaç harcaması ve olguyu en az maliyetle banttandır indirilmesi istenmektedir. 20. yüzyılın başlarında fabrikalarda uygulanan bu yöntem, yani Taylorizm, artık sağlık sektöründe uygulanmaktadır (Sönmez, M., 2011, s.92).

4.5. Devlet Bütçesi Açısından Yarattığı Sonuçlar

Neoliberal politikalarla kamu harcamaları içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, sermayenin yatırım alanı içine çekilmeye başlanmıştır. Böylelikle, devletin üstünden, mali getirisi olmayan bir yükün kaldırılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda, SDP’yle beraber getirilmek istenen vatandaş odaklı sağlık hizmeti yaklaşımının beşeri ve sosyal sermayeyi ne kadar güçlendirdiği veya adaleti ve eşitliği ne kadar sağladığının yanında hem devlet hem de vatandaş için harcamalarda ne gibi değişimlere neden olduğu da önemlidir. Çünkü sağlık harcamaları ve finansmanında meydana gelebilecek bir değişim, mevcut sistemin sürdürülebilirliğini belirler. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde kaynakların optimal tahsisi ile etkin, ekonomik ve verimli kullanımı konularının değerlendirilebilmesi için de önem arz eder. Kamu bütçesinin sürdürülebilirliği bağlamında sağlık hizmetlerinin devlete yüklediği mali yükün gelişimi ortaya konulmalıdır. Vatandaş odaklı bir yaklaşımın bütçeyi rahatlatmak gibi bir temelden hareketle ortaya çıktığı düşünülürse, bu amaca ne yönde katkı sunduğu analiz edilmelidir.

Tablo 3.12’de 2000-2011 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamaları gösterilmektedir. Tablo’dan görüleceği üzere, kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının hem toplamda hem de alt kalemler bazında sürekli arttığı görülmektedir. Reformun uygulamaya geçtiği 2003 yılında kişi başı kamu sağlık harcaması 338 ABD Doları iken, 2011 yılında 870 ABD Dolarına çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde vatandaşa daha nitelikli hizmet sunmak ve harcamalarda etkinliği sağlamak için yapılan reformlar, kişi başı kamu sağlık harcamalarının artış yönlü seyrini devam ettirmiştir. Bunun yanında, cepten yapılan sağlık harcamalarında 2003’e kadar görülen düşüş eğilimi, SDP

ile birlikte 2003 yılından itibaren yükselişe geçmiştir. 2011 yılında kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması 187 ABD Doları ve kişi başı özel sağlık harcaması 291 ABD Doları olmuştur. Kişi başı toplam sağlık harcamasına baktığımızda ise yükselişin burada da geçerli olduğu görülmektedir. 2002 yılında kişi başı toplam sağlık harcaması 464 ABD Doları iken, sürekli artışla 2003'te 469 ABD Dolarına ve 2011 yılında da 1.161 ABD Dolarına çıkmıştır.

Özetle, reform süreci vatandaşların çoğunun cepten yaptıkları özel sağlık harcamalarını ve kişi başı kamu sağlık harcamalarını sürekli arttırmıştır. Performansa dayalı ödeme sistemine geçilmesi, sosyal güvenlik sistemlerinin uyumlaştırılması, özellikle yeşil kartlılara yönelik iyileştirmeler yapılması ve devlet hastanelerinin daha nitelikli hale getirilmeye çalışılması kişi başı kamu sağlık harcamalarındaki artışta etkili olmuştur. O yüzden, kişi başı kamu sağlık harcamalarındaki artış vatandaş odaklı hizmetlerin hayata geçirilmesi için meydana geldiğinden makul görülebilir. Bununla beraber, sağlık harcamalarının ne kadarının ihtiyaçtan ne kadarının kısıktırılmış harcama olduğunu sorgulamak gerekmektedir. Sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetine erişimi olmayan ya da az olanlara yönelik bir iyileştirme yapıldığı anlamına gelmeyebilir. Sağlık harcamalarının artması, bir "sağlıksızlık" olarak da okunabilir (Sönmez, M., 2011, s.100). Ayrıca, çeşitli ilaç faturaları, tedavinin belli aşamalarını satın alma, bazı laboratuvar harcamalarını üstlenme, bazı tedavilerin faturasının tamamını ödeme şeklinde gerçekleşen cepten ödemelerin artışı da ayrı bir kaygı verici durum yaratmaktadır. Vatandaşlar artık vergiler ve sigorta primleri dışında, ceplerinden daha çok harcama yaparak da sağlık harcamalarını finanse etmek durumunda kalmaktadır (Sönmez, M., 2011, s.27-28).

Tablo 3.12.

Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2000-2011)

(Satın Alma Gücü Paritesiyle ABD Doları)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toplam Sağlık Harcaması	454	444	464	469	546	621	750	839	912	972	1.039	1.161
Kamu Sağlık Harcaması	286	302	328	338	389	421	512	569	666	731	777	870
Sağlık Bakanlığı	63	65	75	71	76	111	139	164	185	203	216	241
SGK	159	165	189	202	237	236	290	310	380	417	443	496
Diğer	64	72	64	65	76	74	83	95	101	111	118	133
Özel Sağlık Harcaması	168	142	136	132	157	200	237	270	246	242	262	291
Cepten Yapılan Harcamalar	125	102	92	87	105	141	165	183	159	156	169	187
Diğer	43	40	44	45	52	58	73	87	88	86	93	103

Kaynak: The World Health Organization. *Global Health Expenditure Database* <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?ws=5&d=1&source=&fromde=1> (15 Nisan 2013)

OECD ortalamasına bakacak olursak ise, 2010 yılında Türkiye’de kişi başı toplam sağlık harcaması Satın Alma Gücü Paritesiyle 1.039 ABD Doları iken, OECD’de 3.265 ABD Doları olmuştur. Bunun yanında, kişi başı kamu sağlık harcaması Türkiye’de yine Satın Alma Gücü Paritesiyle 777 ABD Doları iken, OECD’de 2.378 ABD Doları olmuştur. Kişi başı özel sağlık harcaması ise Türkiye’de 2010 yılında 262 ABD Doları iken, OECD’de 1.339 ABD Doları’dır (The World Health Organization. <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?ws=5&d=1&source=&fromde=1>; OECD, <http://stats.oecd.org/#>). Görüldüğü üzere, gerek kamu gerekse özel kişi başı sağlık harcamalarında Türkiye OECD ortalamasının oldukça altında kalmaktadır. Tıpkı kişi başı gelir karşılaştırmasında olduğu gibi, bir ülkede kişi başına gelirin ne kadar olduğu kadar o ülkede kişi başı sağlık harcamaları da kalkınma ve refah göstergesi olarak büyük önem taşır. Bu anlamda Türkiye henüz OECD ortalamasından oldukça geridedir.

2000’li yıllarda Türkiye’de sağlık harcamaları mutlak olarak artarken, aynı zamanda sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı da artmıştır. Tablo 3.13’de

sağlık harcamalarının 2000-2011 yılları arasında GSYİH içindeki payları gösterilmektedir. Tablodan görüleceği üzere, kamu sağlık harcamalarının hem toplamda hem de alt kalemler bazında GSYİH içindeki payının 2009'a kadar sürekli olarak arttığı görülmektedir. Bu artışın nedeni ilaç ve hastanecilik hizmetlerinin kullanımıyla ilişkilidir. Talep yönlü maliyet sınırlayıcı önlemlerin alınamamış olması sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmıştır (Belek, 2012, s.46). Bununla beraber, 2009 sonrası kamu sağlık harcamalarındaki bu artışın gerilemeye başladığı, en azından duraksadığı görülmektedir. 2000 yılında kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %3,1 iken, 2009 yılında %5,5, 2011 yılında ise %5 olmuştur. Kamu sağlık harcamaları içinde de en büyük paya sahip olan SGK'dır. SDP'nin uygulamaya konduğu 2003 yılı başında SGK harcamalarının GSYİH'ya oranı %2,3 iken, 2011 yılında %2,8'e çıkmıştır. SGK'nın hizmet satın alan aktör konumuna getirilmesi ve özel sağlık hizmetlerine önemli kaynak sağlaması bu artışı açıklayabilir.

Özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakacak olursak, 2000 yılından itibaren 2004 yılına dek cepten yapılan harcamalardaki azalmaya paralel olarak bir düşüş yaşandığı; 2005'ten 2007 yılına kadar, bir miktar yükselişe geçtikten sonra tekrar aşağı yönü bir seyir izlediği görülmektedir. Hem küresel krizin yarattığı daralma hem de özel hastanelerde birçok hizmetin düşük bedelle veya ücretsiz hale getirilmesi özel sağlık harcamalarının payındaki bu azalışı açıklayabilir. Toplamda ise kamu sağlık harcamaları trendine benzer bir seyir gösterdiği anlaşılmaktadır. SDP'nin hayata geçirildiği 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %5,3 iken, 2011 yılında %6,7 olmuştur. Özellikle 2009 sonrası toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı sabit kalmıştır. Sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklılığın gereği olan etkinlik ve verimliliğin sağlanması adına bu gelişme önem arz etmektedir.

SDP'nin uygulamaya geçirildiği ilk yıllarda sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı sürekli artarken, sistem oturdukça, son yıllarda bu oran düşüş göstermiştir. Bu durum devam ederse, sağlık harcamaları bağlamında devlet bütçesinde bir rahatlama sağlanacağı öngörülebilir. Ama devlet bütçesinde rahatlama sağlama adına sağlık harcamalarında kaliteden ve genel sağlıktan ödün vermek adına kısıntıya gidilmemelidir. Toplumsal gelişmişliğin önemli göstergelerinden bir olan sağlık

hizmetlerinde niteliğinin zarar görme ihtimaline karşın sağlık harcamalarında düşüşe sevinmek çok da doğru değildir. Fakat bu harcamaların nasıl ve ne şekilde harcandığı ile nasıl finanse edildiği de önemlidir. Gereksiz, etik dışı ve adaletsizliği bozucu yöndeki bir harcama artışının da savunulması mümkün değildir. Özellikle kamu sağlık harcamalarındaki artışın arkasında yatan nedenin sağlık piyasasının oluşturulması olduğu düşünülürse bu konudaki kaygılar artmaktadır. Özel sektörün karının arttırılması için kamu kaynaklarının aktarıldığı görülmektedir. Böylece olası riskler devletçe üstlenilerek özel sermaye için bir çekim alanı yaratılmaktadır (Soyer, 2009a, s.8).

Tablo 3.13.

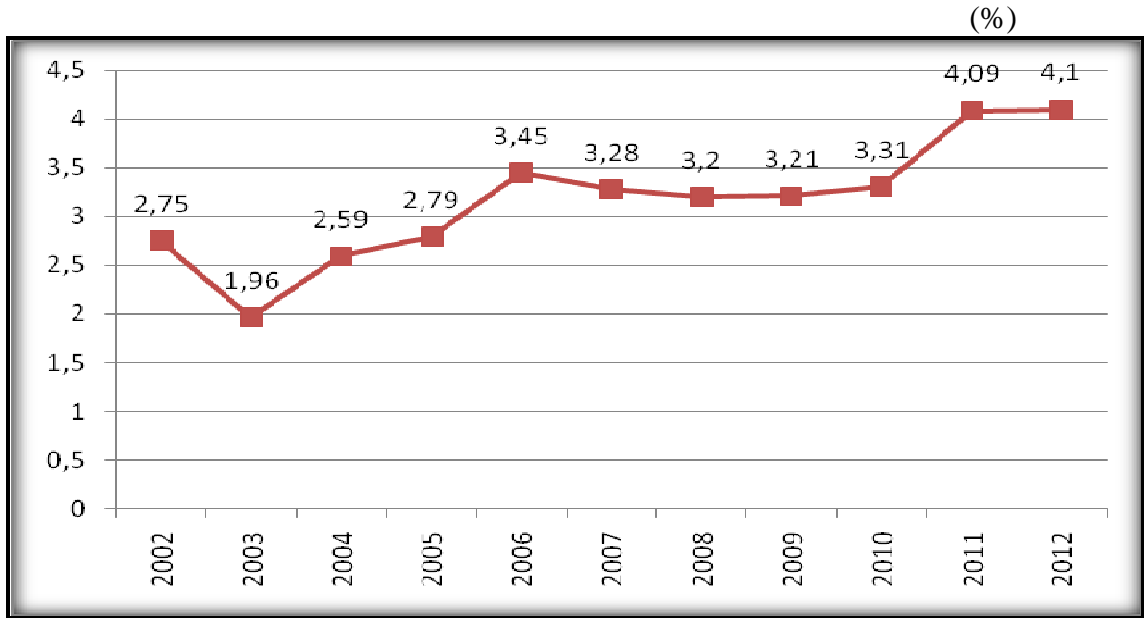
Türkiye’de Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı (2000-2011)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toplam Sağlık Harcaması	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,8	6,7	6,7
Kamu Sağlık Harcaması	3,1	3,5	3,8	3,8	3,8	3,7	4,0	4,1	4,4	5,1	5,0	5,0
<i>Sağlık Bakanlığı</i>	0,7	0,8	0,9	0,8	0,7	1,0	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,4
<i>SGK</i>	1,7	1,9	2,2	2,3	2,3	2,1	2,2	2,2	2,5	2,9	2,8	2,8
<i>Diğer</i>	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
Özel Sağlık Harcaması	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5	1,8	1,8	1,9	1,6	1,7	1,7	1,7
<i>Cepten Yapılan Harcamalar</i>	1,4	1,2	1,1	1,0	1,0	1,2	1,3	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1
<i>Diğer</i>	-	-	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Kaynak: The World Health Organization. *Global Health Expenditure Database* <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?ws=5&d=1&source=&fromde=1> (15 Nisan 2013).

Türkiye, genel yönetim harcamaları içinde sağlığa ayırdığı payda AB ortalamasına epeyce yaklaşmış durumdadır. Ancak kişi başı harcamalarda, özellikle de koruyucu sağlık harcamalarında Türkiye'nin sırası bu ülkelerin epey gerisinde kalmaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında OECD ortalaması ise 2010 yılı için toplamda %9,5 iken, kamu sağlık harcamalarında %6,7 ve özel sağlık harcamalarında %2,7 olmuştur. (OECD, 2013, http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en). Türkiye henüz bu konuda da OECD ortalamalarının altında göstergelere sahiptir.

Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe içindeki payı da SDP'nin hayata geçmesinden bu yana yükselmiştir. Grafik 3.21'de 2002-2012 yıllarında bu pay değişimi gösterilmektedir. Görüleceği üzere, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe içerisindeki payı %1,96 iken, bu pay 2012 yılında %4,10'a çıkmıştır. Bu artışın arkasındaki nedenler, daha fazla hastane kurma, hastaneleri daha nitelikli hale getirme, daha çok tıbbi cihaz alma ve personele performansa dayalı ek ödemede bulunma olarak ifade edilebilir. Bakanlığın sağlık hizmetlerini iyileştirmeye yönelik bu çabaları bütçeden daha fazla pay ayrılmasını zorunlu kılmıştır. Özellikle 2004-2006 yılları arasındaki yükseliş SDP'nin yaşama geçirildiği yıllar olarak kayda bir değer artış yaratmıştır. 2011 yılındaki artış ise, Genel Sağlık Sigortasına geçişle açıklanabilir.



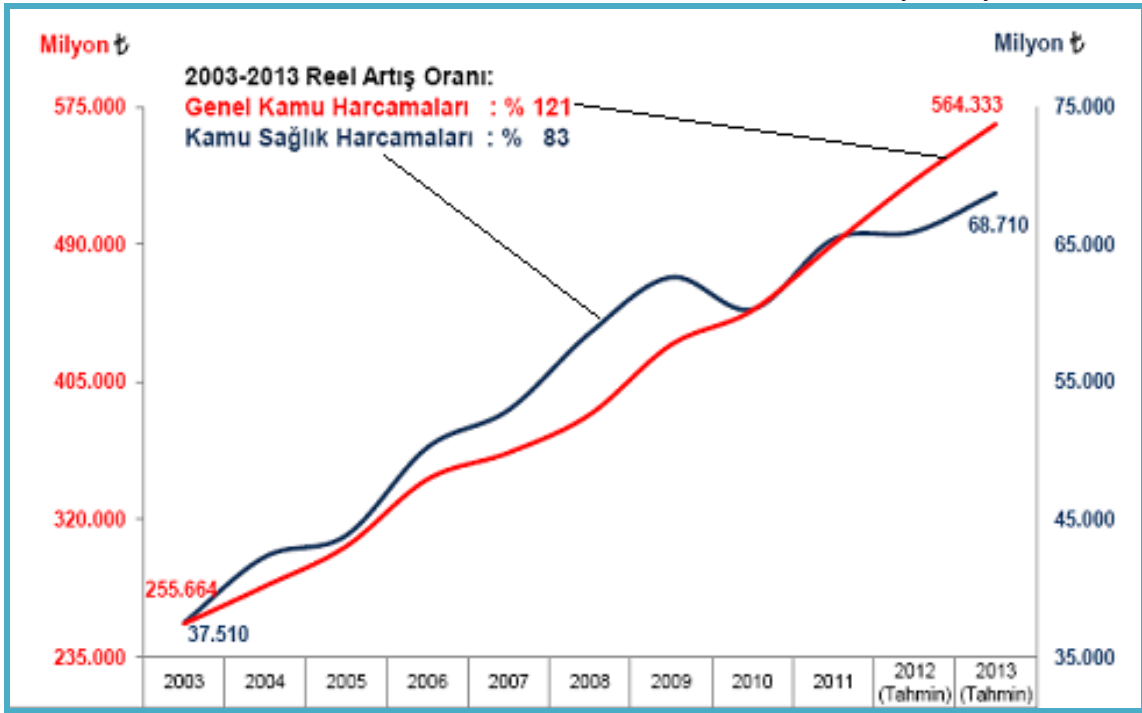
Grafik 3.21. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Payı (2002-2012)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.61 ve T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. *Bütçe Büyüklükleri ve Gerçekleşmeleri* <http://www.bumko.gov.tr/TR,4128/2012.html> (23 Nisan 2013).

Faiz dışı genel kamu harcamalarının ve kamu sağlık harcamalarının birlikte değişimi göz önüne alındığında, sağlık harcamalarının genel kamu harcamaları içerisindeki payının nasıl bir gelişim gösterdiği daha iyi görülebilir. Grafik 3.22'de bu durum gösterilmiştir. 2003-2012 döneminde reel kamu harcamaları %121 artarken, reel sağlık harcamaları % 83 artmıştır. Kısaca, kamu sağlık harcamalarının artış hızı, genel

kamu harcamalarının artış hızından daha düşüktür. Yalnız dönem içinde bu oranın gelişimi iki kısma ayrılabilir: 2003-2009 arası dönemde, kamu sağlık harcamaları, genel kamu harcamalarından daha hızlı artarken, 2010-2013 döneminde ise kamu sağlık harcamalarının 2010 yılındaki düşüşün ardından nerdeyse 2009 yılındaki payını koruduğu görülmektedir. 2010-2013 döneminde kamu sağlık harcamalarındaki artış oranı, genel kamu harcamalarına göre oldukça düşük seyretmiştir. Buradan şu sonuç çıkarılabilir: SDP'nin uygulamaya konulduğu ilk yıllarda kamu sağlık harcamaları hızlı bir yükseliş gösterirken, sistemin oturmasıyla birlikte son yıllarda kamu sağlık harcamalarının artış hızı düşmüştür.

(2013 Fiyatlarıyla)



Grafik 3.22. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri (2003-2013)

Kaynak: Akdağ, 2012, s.149.

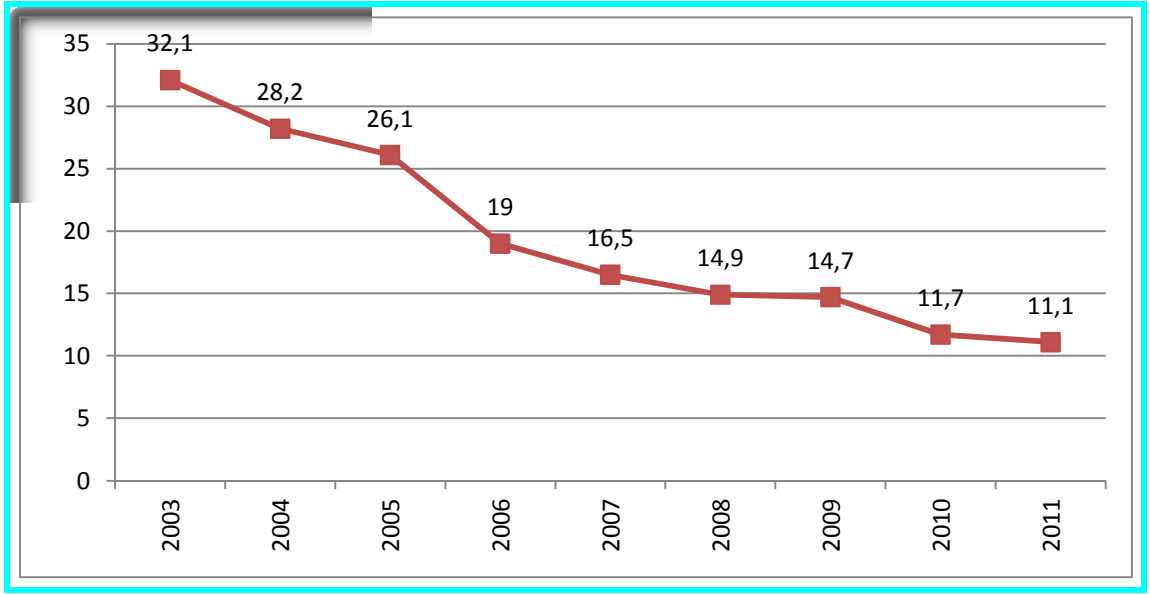
Sonuç olarak, SDP'nin uygulanmaya başlandığı 2003 yılından 2009 yılına dek sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payında sürekli bir artış olmuştur. Özellikle kamu sağlık harcamalarının milli gelir içerisindeki oranı yükselmiştir. Aynı şekilde, kişi başına kamu sağlık harcamaları da benzer yönde seyir göstermiştir. Sonuç itibarıyla, bu

gelişme, bütçeye de yansımıştır. Bütçe içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın payı 2003'ten bu yana yükseliş göstermiştir. Fakat bu yükseliş sürekli olmadığı gibi sürdürülemez boyutta da değildir. Henüz gelişmiş ülkelerin gerisinde kalan sağlık harcamalarının milli gelir ve bütçe içerisindeki payı, daha da yükselmelidir. Daha yüksek refaha sahip bir toplum için kalkınma carisi de denilen sağlığa daha fazla kaynak ayrılmalıdır. Bunun için ek mali alan yaratılması da sürdürülebilirlik adına sağlanmalıdır.

4.6. Mali Alan Açısından Yarattığı Sonuçlar

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için ek mali alan yaratma gereği kadar, SDP ile sağlık hizmetlerinde meydana gelen dönüşümün mali alan yaratıp yaratmadığı da kamu ekonomisi açısından oldukça önemlidir. Yapılan düzenlemeler devlet için, kullanabileceği ek bir kaynak yaratıyorsa kamu maliyesi oldukça rahatlıyor demektir. SDP'nin mali alan yaratıp yaratmadığı bazı göstergelere bakılarak dolaylı şekilde de olsa anlaşılabilir. Bu göstergeler aşağıda sırasıyla açıklanmaktadır.

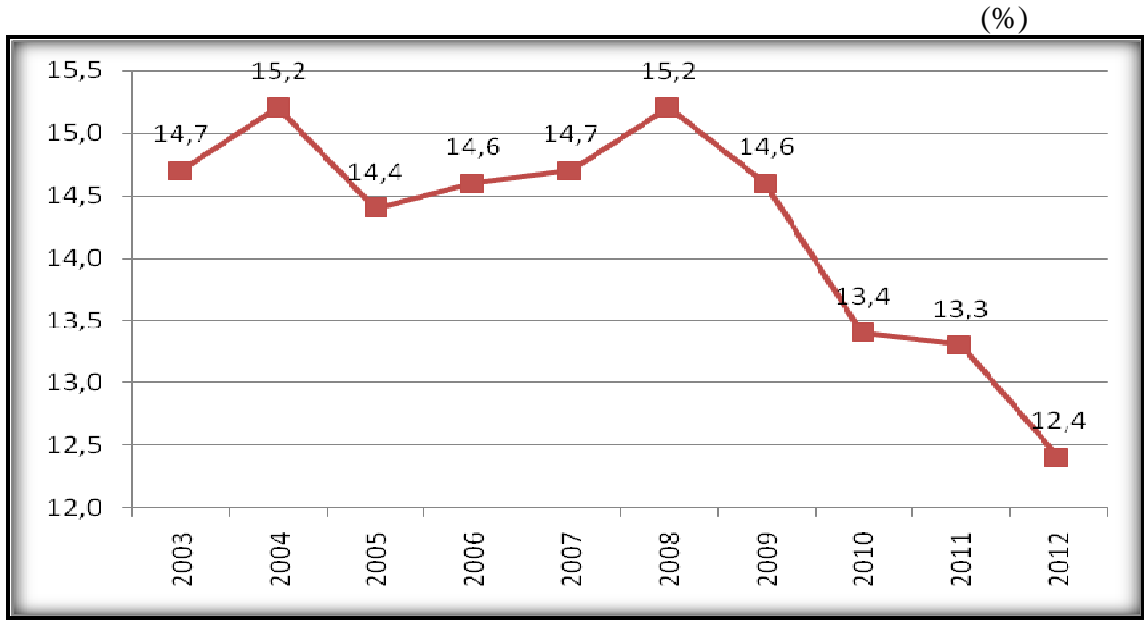
İlaç ve tedavi masraflarını kendisi karşılayan vatandaşların oranındaki değişim, sağlık hizmetlerinde mali alan yaratma olanağı olduğuna dair önemli bir göstergedir. Bu gösterge, ayrıca devletin SDP'yle mali alan yaratıp yaratmadığı konusunda da fikir vermektedir. Grafik 3.23, 2003-2011 yılları arasında ilaç ve tedavi masraflarını kendi karşılayanların oranını göstermektedir. 2003 yılı başında vatandaşların %32,1'i ilaç ve tedavi masraflarını kendi karşılarken, 2011 yılında %11,1'i kendi karşılar hale gelmiştir. Özellikle vatandaşların tamamının Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması, Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masraflarının sigorta tarafından karşılanır hale getirilmesi ve yatan hastalar için ilaçların ücretsiz yapılması gibi çalışmalar bu azalışta önemli etken olmuşlardır. Buradaki azalış aynı zamanda devlet için bir mali alan yaratılmış olması anlamına gelmektedir. Devlet, ilaç ve tedavi masrafı olarak vatandaşlardan almadığı parayı vergi veya borç gibi farklı kanallarla kullanabilir ki bu, yeni mali alan yaratma demektir. Bu durum devletin ilaç ve tedavi masraflarını düşürebilmesine bağlıdır. Aksi takdirde bir değişim yaşanmayacak, vatandaş yerine bu sefer harcayan devlet olacaktır.



Grafik 3.23. İlaç ve Tedavi Masraflarını Kendi Karşılایanların Oranı (2003-2011)

Kaynak: Akdağ, 2012, s.99

Kamu sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payına bakacak olursak önemli bir iyileşmenin yaşandığı görülmektedir. Bu durum Grafik 3.24'e bakıldığında anlaşılmaktadır. SDP'nin hayata geçtiği 2003'ten 2008'e kadar kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı çok fazla değişmemiştir. Bu payın %14-15 civarında gidip geldiği görülmektedir. 2008 yılından sonra ise kamu harcamaları içindeki payının giderek azaldığı görülmektedir. 2008 sonrası görülen bu istikrarlı durum, harcamaların giderek kontrol altına alındığını, mali disiplin ve verimliliğin sağlanmaya başladığını göstermektedir. Harcamalardaki bir azalış kadar ek mali alan kullanılabilir hale gelmiştir. Kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payındaki azalış kadar, devletin diğer hizmetlere ayıracağı olanak artmıştır.



Grafik 3.24. Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payları (2003-2012)

Kaynak: Akdağ, 2012, s.150

Özel sağlık harcamalarının diğer kategorisi içerisinde daha çok özel sağlık sigortası harcamaları yer tutmaktadır. Özellikle son 10 yılda oldukça yaygınlaşan özel sağlık sigortası uygulamasına ilişkin veriler Tablo 3.14’de gösterilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere, hem toplamda hem de kişi başına özel sağlık sigortası 2004’ten bu yana artış göstermiştir. Özel hastanelerin sayısının giderek artması, hastanelere erişiminin kolaylaşması, yeni ilaçlar ile gerçekleştirilen tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması gibi etkenler bu artışta etkili olmuştur. Aynı durum toplam sağlık harcamaları içindeki payına bakıldığında da anlaşılmaktadır. 2004 yılı başında özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %1,62 iken, 2011 yılında %1,83 olmuştur. Bununla beraber, özel sağlık sigortasındaki artışın getirilen kolaylıklara rağmen yeterli düzeyde olmadığı ifade edilebilir. Özel sağlık sigortasına yönelik devletin %25 oranında katkısı bulunmaktadır. Bu düzenlemeyle birlikte, orta ve uzun vadede özel sağlık sigortasının payında ciddi artışlar beklenebilir. Özel sağlık sigortasındaki gelişmeler, sonuçta kamu sağlık harcamalarının daha düşük olmasına yol açarak, hükümet açısından bu azalış kadar kullanılabilir yeni mali alan yaratabilir. Bütün bunların yanında, özel sağlık sigortası kar amaçlı olduğu için primlerin, sigorta

şirketlerince arttırılabildiği ve tedavi masrafları ve riskleri yüksek hastaların kapsam dışına çıkarılabildiği unutulmamalıdır. Bu nedenle de özel sağlık sigortasının sistemdeki rolü ağırlıklı olmamalıdır (Tarım, 2009, s.75).

Tablo 3.14.

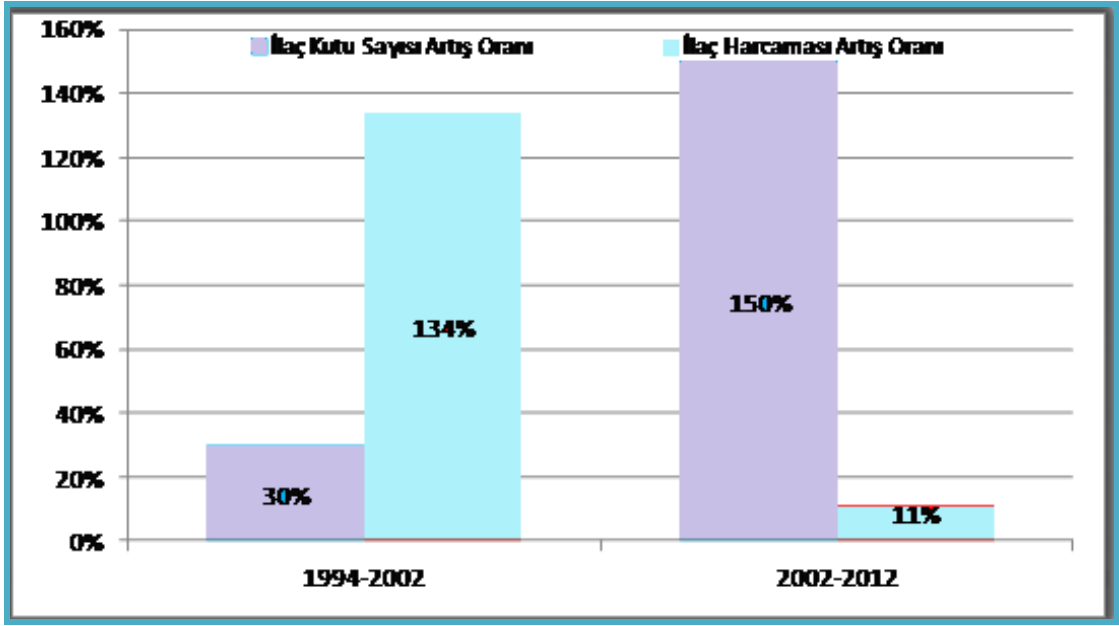
Özel Sağlık Sigortası Verileri (2004-2011)

(2005 Yılı Fiyatlarıyla)

<i>Yıl</i>	<i>Özel Sigorta (Milyon TL)</i>	<i>Kişi Başı Özel Sigorta (TL)</i>	<i>Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı</i>
2004	194	2,86	1,62
2005	672	9,80	1,90
2006	765	11,02	1,90
2007	320	4,56	1,96
2008	326	4,58	1,97
2009	317	4,40	1,82
2010	347	4,75	1,84
2011	373	5,05	1,83

Kaynak: World Health Organization. *Global Health Expenditure Database* <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?ws=5&d=1&source=&fromde=1> (15 Nisan 2013).

Daha önce de bahsettiğimiz gibi, SDP'yle sağlanan en büyük değişimin kamuda ilaç tüketimi harcamalarındaki değişim olduğu söylenebilir. Bu değişim, Grafik 3.25'e bakıldığında anlaşılmaktadır. 1994-2002 yılları arası tüketilen ilaç kutu sayısı %30 ve ilaç harcaması %134 artarken, 2002-2012 döneminde tüketilen ilaç kutusu sayısı %150 ve ilaç harcaması da %11 artmıştır. Bu gelişim oldukça önemlidir. Demek oluyor ki, ilaçta referans fiyat sistemi ve eşdeğer ilaç düzenlemeleri gibi uygulamalarla kamu ilaç harcamalarının artışı büyük ölçüde azaltılarak kaynak tasarrufunda bulunulmuştur. Burada sağlanan tasarrufun da Yeşil Kartlıların ayakta tedavide ilaç masraflarının karşılanması, hem Yeşil Kartlılar hem de SSK mensuplarının serbest eczanelerden ilaç alma hakkı elde etmesi ve mobil eczane uygulaması gibi yollarla vatandaşların ilaca erişimini kolaylaştırmak için kullanıldığı söylenebilir.



Grafik 3.25. Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamalarındaki Değişim

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.102 ve Akdağ, 2012, s.126

Kamu ilaç harcamasındaki iyileşme, kutu başına kamu ilaç harcamasına bakıldığında da görülmektedir. 1994'ten 2002 yılına kadar kutu başına kamu ilaç harcaması 10,6 TL'den 19,12 TL'ye çıkmışken, yukarıda bahsetmiş olduğumuz düzenlemeler sayesinde 2012 yılında tekrardan 8,4 TL'ye gerilemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.102 ve Akdağ, 2012, s.126).

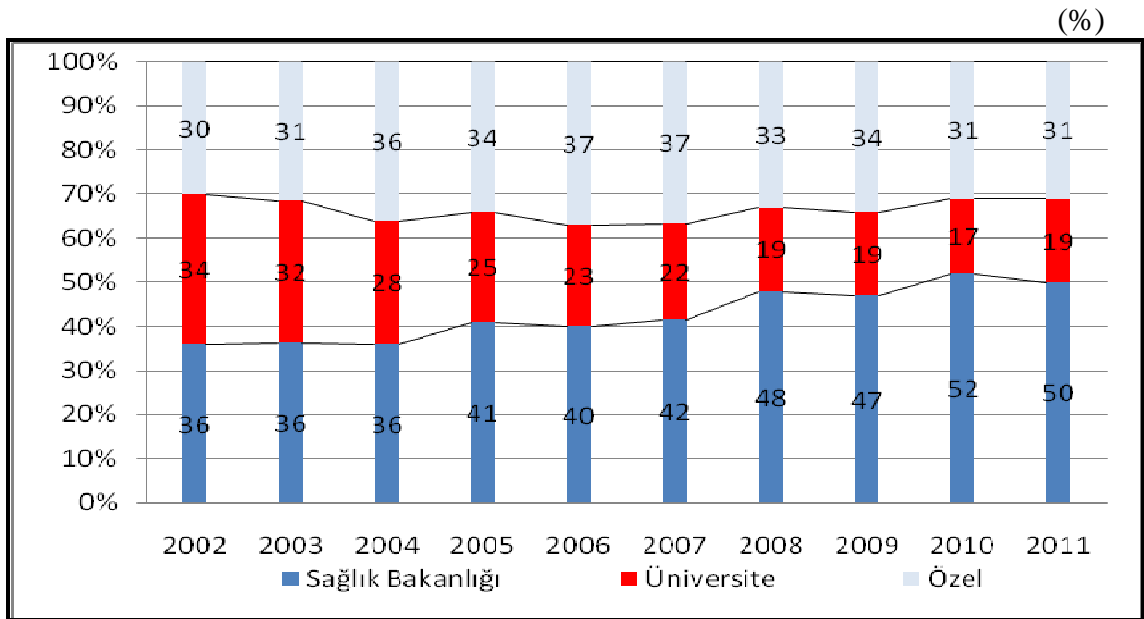
Burada bir konunun altı özellikle çizilmelidir. SDP ile birlikte, kutu bazında ilaç kullanımı ciddi olarak yükselirken toplam ilaç harcamaları da yükselmiştir. Bununla birlikte ilaç harcamalarındaki yükseliş kullanılan ilaç kutusundaki artışa göre oldukça zayıf kalmıştır. Kutu başına ilaç masrafının düşürülmüş olması bu gelişimin temel nedenidir. Fakat son yıllarda ilaç kullanımı ve kullanılan ilaç sayısını azaltmaya yönelik çabalar henüz yeterli sonuç üretememiştir. Eğer bu konuda ciddi bir iyileşme sağlanabilirse, sağlık harcamaları içerisinde ilaç masrafları da ciddi olarak düşürülebilir. Bu yapılabilirse, düşen ilaç masrafları kadar ek mali alan ortaya çıkabilecektir.

4.7. Hizmet Kalitesi Açısından Yarattığı Sonuçlar

SDP'nin ana hedeflerinden birisi de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan *Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme* çalışması ile SDP'ye kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmeye çalışılmıştır. 2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen *Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme* çalışmasının en önemli parametresini *kalite kriterleri* oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri, *Hizmet Kalite Standartları* adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan *Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları* hazırlanarak yayınlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011, s.3).

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi, sağlık durumu iyileşmeleri ve hasta memnuniyeti ile ölçülmektedir. Vatandaş odaklı dönüşümün en önemli unsurlarından biri olan hizmette kalitenin ne ölçüde sağlanabildiğinin göstergelerinden birisi de, nitelikli yataklarda (tuvaleti banyosu içinde olan ve bir odayı 2-3'den fazla hastanın paylaşmadığı türler) yaşanan artıştır. Grafik 3.26'da sağlık hizmet sunucuları bazında nitelikli yatakların dağılımı gösterilmiştir. Nitelikli yatakların oranı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde artmaya başlamıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tüm hastaneler içinde nitelikli yatakların %36'sına sahipken, 2011 yılında %50'sine sahip hale gelmiştir. Bu sayede Sağlık Bakanlığı hastanelerinde vatandaş odaklı sağlık hizmeti anlayışının bir unsurunun önemli ölçüde gerçekleştirilmeye başladığı söylenebilir. Bununla beraber, bu iyileşme üniversite hastanelerinde sekteye uğramaktadır. Aslında bu bir azalıştan çok, durumlarının sabit kalmasını ifade

etmektedir. Çünkü Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri toplamı kamu hastanelerini ifade ettiği düşünüldüğünde, toplam kamu hastanelerindeki nitelik yatak payı 2002’den bu yana pek fazla değişmezken. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde bu konuda bir artış yaşandığı için üniversite hastanelerinin payında aslında fazla bir değişim olmadığı söylenebilir. Bununla beraber, özel hastanelerin nitelikli yatağa sahip olmadaki payları 2002’den bu yana neredeyse hiç değişim göstermemiştir. 2002 yılında nitelikli yatakların %30’una sahipken, 2004-2007 yılları arasında payını %37’lere kadar çıkarmış ve bu yıldan sonra gerileyerek 2011 yılında payını tekrardan %31’e düşürmüştür. Bahsedilen yıllar arasındaki değişim de muhtemelen o yıllarda kamuda nitelikli yatak oranlarında üniversite hastanelerinin durumuna bağlı olarak görülen düşüş ve özel hastanelerinse bu dönemde bu konuda daha çok iyileştirme çabasına girmelerinden kaynaklanmaktadır.



Grafik 3.26. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Dağılımı (2002-2011)

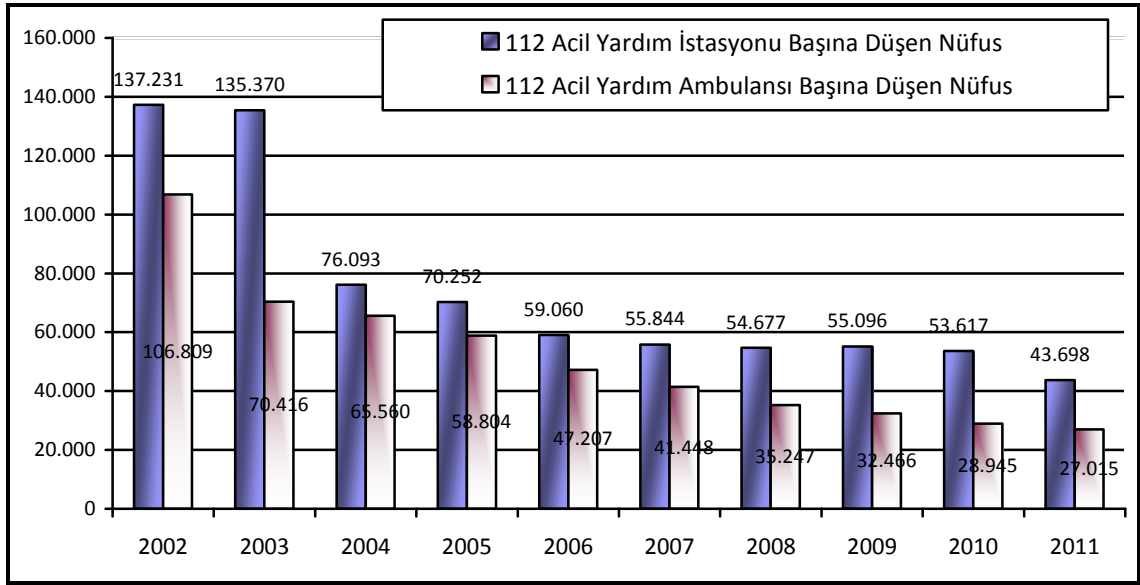
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.65

Vatandaş odaklı bir diğer sağlık hizmeti olarak *bebek dostu hastaneler* (temel amacı ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve altıncı aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesi olan ve bu kapsamda doğum yapılan hastaneler) giderek yaygınlaşmıştır. 1993 yılı başında sadece 13 bebek dostu hastane

varken, 2002 yılında bu sayı 141 çıkmış ve bu yıldan sonra, SDP'nin uygulamaya konmasının hemen arkasından büyük bir artışla sayıları 2012'de 913'e yükselmiştir (Akdağ, 2012, s.62). Kamuya ait her hastane bebek dostu ünvanına sahip olmuştur. Böylelikle, artık aileler daha kaliteli bir doğum öncesi ve sonrası hizmet alma şansına sahip olmaya başlamışlardır.

SDP'yle beraber, muayene sayısında artış yaşanmasının yanı sıra, ortalama muayene süresi de artmıştır. 2002 yılı başında muayene süresi 4,5 dakika iken, 2012 yılında 9,5 dakikaya çıkmıştır (Akdağ, 2012, s.104). Demek oluyor ki, doktor hastasına daha çok zaman ayırmaya ve sorununu daha detaylı incelemeye başlamıştır. Bu, sağlık hizmetinde kalite artışı adına önemli bir göstergedir.

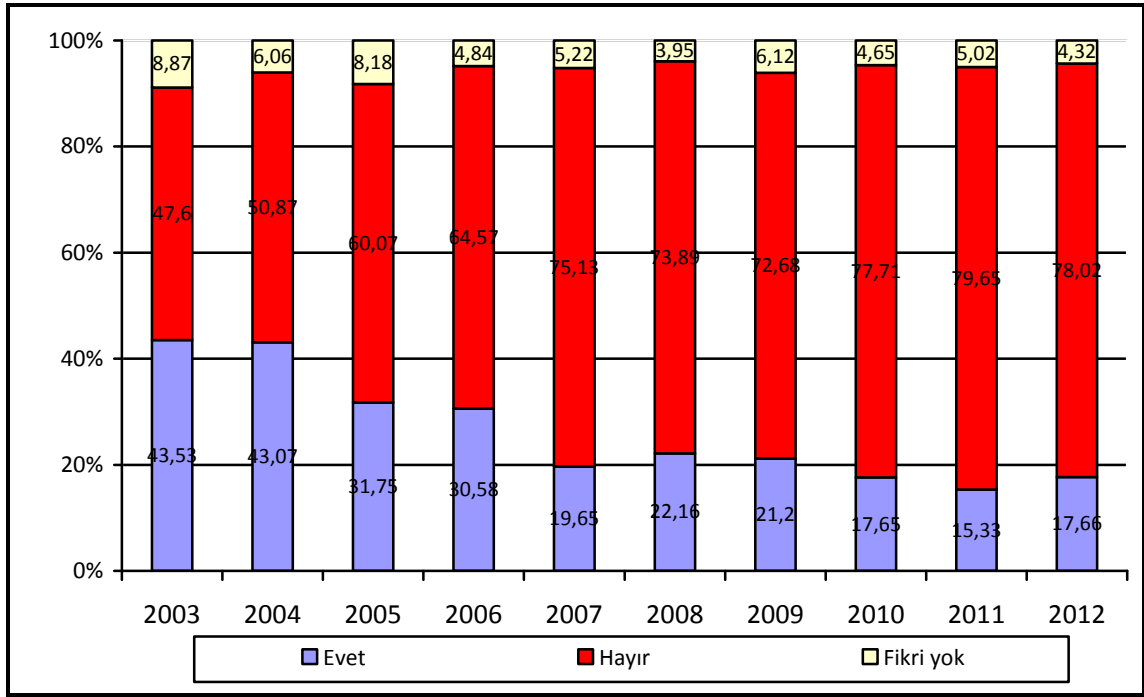
Ambulans sayı ve niteliğinde iyileşme olmakla beraber, bu iyileşmenin ne kadar vatandaşa yansıdığı; diğer bir ifadeyle, ne oranda vatandaş odaklılığı gerçekleştirdiği ve hizmet kalitesini iyileştirip iyileştirmediği de tespit edilmelidir. Eğer 112 acil yardım istasyonu ve 112 acil yardım ambulansı başına düşen nüfusta bir değişim yoksa, bunların sayısının artmasının bir anlamı da yoktur. Bu bağlamda, Grafik 3.27 incelenecek olursa, 2002 yılında 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus 137.231 ve 112 acil yardım ambulansı başına düşen nüfus da 106.809 iken, 2011 yılında bu sayılar sırasıyla 43.698 ve 27.015 olmuştur. Ambulans ve istasyon başına düşen nüfus sayılarındaki bu büyük azalış daha çok vatandaşa ulaşılabildiğini göstermektedir. Acil yardım hizmetleri konusunda hem daha kolay erişilebilir hem de daha kaliteli bir hizmet almak mümkün hale gelmiştir.



Grafik 3.27. Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu ve 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus (2002-2011)

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, 2012, s.77 ve 79

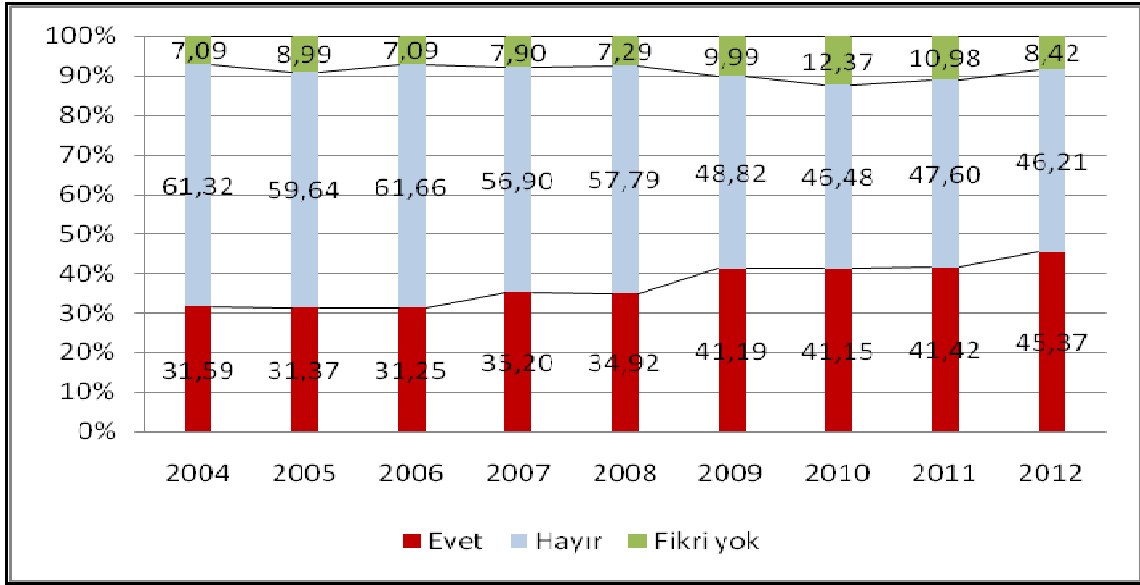
2003 yılından bu yana bu programın sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir değişim yaratıp yaratmadığını tespit etmenin yollarından biri vatandaşların bu konudaki düşüncelerini öğrenmektir. Bu bağlamda, Grafik 3.28'den görüleceği üzere TÜİK tarafından yapılan ankette 2003 yılında vatandaşların %47,60'ı sağlık hizmetlerinin kalitesinde "sorun yok" demişken, 2012 yılında bu oran %78,02'ye yükselmiştir. Bu sonuç sağlık hizmetlerinin kalitesinde önemli bir iyileşme olduğunun göstergelerinden biridir.



Grafik 3.28. Sağlık Hizmetlerin Kalitesinde Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)*, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

SDP'yle sağlık hizmetlerinde kalitenin ne kadar sağlanabildiğinin bir diğer göstergesi, vatandaşların sağlık personeli sayısını yeterli görüp görmediğidir. Kişi başına düşen sağlık personeli sayılarında önemli iyileşme olduğu bilinmektedir. Fakat vatandaş açısından bunun ne ölçüde yeterli olduğu ve hizmete nasıl yansıdığı daha önemlidir. Böylece, bir yandan beşeri sermaye güçlenirken bir yandan da hizmet kalitesinin iyileştiği anlaşılmaktadır. Bu durum TÜİK'in vatandaşlara yaptığı anketlere verilen cevaplarda görülmektedir. Grafik 3.29'dan görüleceği üzere, TÜİK vatandaşlara "doktor ve sağlık personeli sayısı yeterli mi?" diye sormuştur. 2004 yılında %31,59 oranında vatandaş "evet, yeterli" yanıtını verirken, 2012 yılında %45,37 oranında vatandaş "evet, yeterli" yanıtını vermiştir. Doktor ve sağlık personeli sayısının yeterli olmadığını düşünenler de 2004 yılında %61,32 iken 2012 yılında %46,21'e gerilmiştir. Buradan çıkan sonuç şudur ki; kişi başına düşen sağlık personeli sayısındaki iyileşme vatandaşlara olumlu yansıyor ve vatandaşlar bunun sunulan hizmetin kalitesini etkilediğini düşünüyorlar.



Grafik 3.29. Doktor ve Sağlık Personeli Sayısı Yeterli mi? (%)

Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)*, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sağlık personelinin sayısını sorun görmedeki iyileşme, hizmet sunucuları bazında bakıldığında da görülmektedir. Özellikle üniversite hastanelerinde ve devlet hastanelerinde bu değişimin daha büyük olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin, Tablo 3.15'den görüleceği üzere, 2006 yılında üniversite hastanelerinde vatandaşların %63,96'sı, devlet hastanelerinde %61,60'ı doktor ve sağlık personeli sayısının yeterli olmadığı ve sorun yarattığını ifade ederken; 2012 yılında bu oran üniversite hastaneleri için %47,60 ve devlet hastaneleri içinse %42,90'a gerilemiştir. Bununla beraber, 2012 yılında 2011 yılına göre tüm hizmet sunucuları bazında sorun görenlerin oranında bir artış yaşandığı görülmektedir. Bu konuda bir iyileşme yaşandığı açıktır. Ama kısa sürede yüksek bir iyileşmenin sağlanması pek de mümkün değildir. Sonuçta, insana yapılan yatırım ve düzenlemeler biraz daha uzun vadede etkisini göstermektedir.

Tablo 3.15.

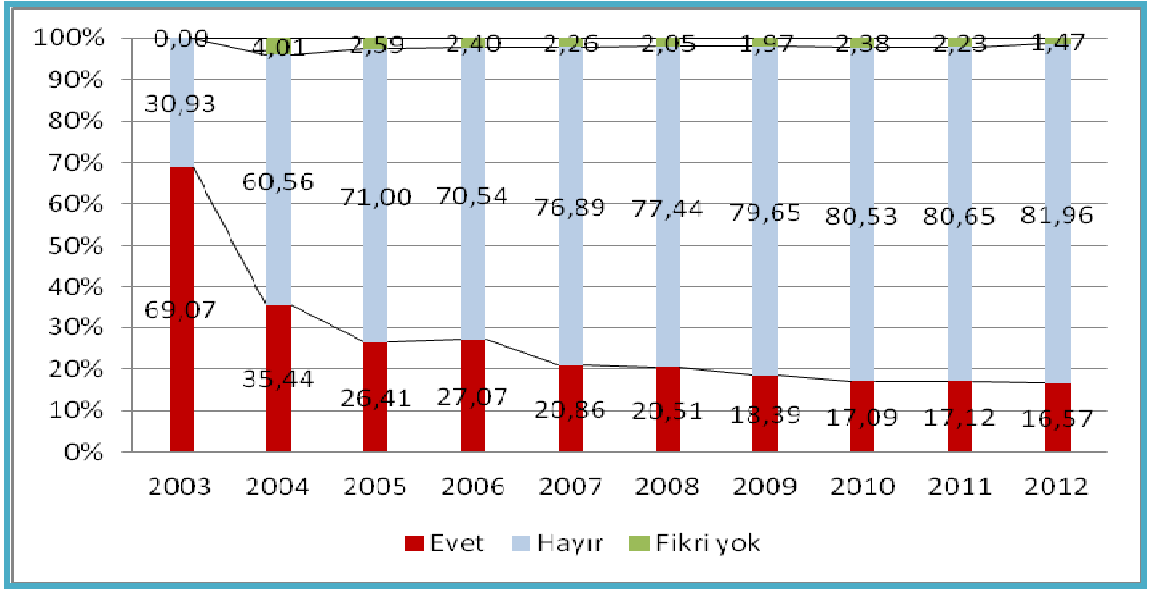
Doktor ve Sağlık Personeli Sayısını Sorun Görenler (%)

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru
2004	-	61,90	59,00	59,30	69,30
2005	-	59,63	58,95	60,11	72,50
2006	63,96	61,60	68,56	59,65	64,14
2007	56,70	57,00	53,90	87,70	60,00
2008	65,43	57,76	57,80	55,98	68,46
2009	45,35	49,63	44,25	48,47	70,04
2010	53,90	46,80	45,10	41,30	40,20
2011	40,40	39,50	46,10	41,50	45,20
2012	47,60	42,90	54,30	-	48,00

Kaynak: TÜİK.. Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

Kalite açısından bir diğer önemli gösterge olan sağlık kuruluşlarındaki temizlik konusunda, vatandaş memnuniyetinde önemli bir artış yaşanmıştır. Grafik 3.30'da bu durum açıkça görülmektedir. SDP'nin uygulamaya girdiği 2003 yılında temizlik konusunda sorun görenlerin oranı %69,07 iken, hemen bir yıl sonrasında keskin bir düşüşle %35,44'e gerilemiş ve 2012 yılında %16,57 olarak gerçekleşmiştir. Artık vatandaşların %80'den fazlası sağlık kuruluşlarındaki temizlik hizmetlerinden oldukça memnun hale gelmişlerdir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde kalitenin bu konuda yükselmeye başladığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerine yönelik şikâyetlerin ne kadar çözülebildiği de kalite açısından önemli bir göstergedir. 2004 yılından bu yana hasta şikâyetlerinin çözüme kavuşturulmasındaki iyileşme, %85'i bulmuştur. Bu durum, hasta hakları konusunda farkındalığın yükselmesi ve şikâyet mekanizmalarına daha kolay erişim ile açıklanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2012, s.30).



Grafik 3.30. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Temizlikte Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)*. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sonuç olarak, vatandaş odaklılık bağlamında sunulan hizmet miktarı kadar bu hizmetin kalitesi de önemlidir. Elbette kalite, niteliksel bir özellik gösterir. Bununla birlikte, bazı nicel göstergeler ve hizmet alanların hizmet kalitesine yönelik algıları, hizmet kalitesindeki değişim hakkında bir fikir verebilir. Bu bağlamda, özellikle TÜİK memnuniyet anketlerinin gösterdiği sonuç şudur ki; SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinde ciddi bir kalite artışı sağlanmıştır. Bununla beraber memnuniyet anketlerinin kaliteyle ilgili ne kadar güvenilir bir gösterge olduğu da tartışmalı bir konudur. Özellikle klinik hizmetlerinde kalite standartlarının daha da geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı çalışmalar yapmaktadır. Haziran 2013'te Sağlık Bakanlığına bağlı bütün hastanelerde şeker hastalığı, diş protezi ve gebelik/doğum için klinik kalite ölçümlerine başlanması hedeflenmektedir.

Sağlık kuruluşlarında kalite algısı, hasta tatminini ve sağlık işletmesinin başkalarına tavsiye edilmesi durumunu etkilemektedir. Bu nedenle, hasta tatmini ölçüm sonuçları hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde çoğunlukla etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Diğer taraftan, sağlık işletmelerinin uzun dönemli bir başarı elde etmesinin temel anahtarından birisi de hizmet kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi ve

değerlendirilmesidir (Devebakan, 2005, s.19). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Çünkü, kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır. Daha sağlıklı ve daha mutlu olan insanlar ise, hem hükümetlerin seçimlerde tekrar oy alabilmelerine hem de sağlık harcamalarını azaltabilmelerine imkan sağlayacaktır (Varinli, İlkay ve Erdem, 1999, s.249). Bu bağlamda Türkiye’de sağlık işletmelerinin ve yönetimlerin kalite konusuna daha çok odaklanmaları hem kendileri hem de vatandaşlar ve nihayetinde ülke yararına olacaktır

4.8. Kaynak Tahsisinde Optimalite Açısından Yarattığı Sonuçlar

Optimal kaynak tahsisi, kamu ekonomisinin odaklandığı temel konulardan birisidir. Kamusal kaynakların programlara tahsisinde, en öncelikli alanlardan başlayarak dağıtımını esas alır. Öncelik sırası, elbette hizmet alanının toplum açısından en çok ihtiyaç duyulan, en çok tercih edilen, kamusalılığı en fazla olan ve hizmetten beklenen sonuca ulaşmak adına en verimli olacak alanlara tahsisini içerir. Bu bağlamda sağlık harcamalarının da bu temelde optimal tahsisi önem taşır. SDP ile birlikte hedeflenen bir amaç da optimal kaynak tahsisidir. Böylelikle kıt kaynaklar rasyonel kullanılmış olacaktır. Bu hedefe ne kadar yaklaşıldığını belirlemek için sağlık harcamalarının fonksiyonel sınıflandırılması ile Türkiye’deki bölgesel dengesizlikler temelinde sağlıkla ilgili kaynakların bölgesel dağılımındaki gelişim bir fikir verebilir.

Genel bütçe içerisindeki sağlık harcamalarının özellikle 2004 yılı sonrasında nasıl gelişim gösterdiği SDP’nin optimal kaynak tahsisi hedeflerine ne kadar ulaştığını değerlendirmek açısından önemlidir. Tablo 3.16’da 2004-2012 yıllarında genel bütçe harcamaları içerisinde fonksiyonel sınıflandırmaya göre sağlık harcamalarının paylarının gelişimi verilmiştir. Halk sağlığı hizmetleri hariç hem toplam sağlık harcamaları hem de alt kalemler bazında sağlık harcamalarının oranı 2003’ten 2011’e kadar artmışken, 2012 yılında azalmıştır. Sadece halk sağlığı hizmetlerinde 2012 yılı itibariyle görülen hızlı artış dikkat çekicidir. Bunun yanında, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri için de artış trendi geçerlidir. Bu gelişmenin arkasında, hastanecilik hizmetlerinin, özellikle de özel hastanecilik hizmetlerinin artmasının ve yeşil kartlıların ayakta tedavi hizmetlerinin kapsam içine alınmasının olduğu söylenebilir. Bunu yanında

halk sağlığı hizmetleri için yapılan harcamaların artmaya başlaması olumlu bir gelişmedir. Toplum sağlığını korumaya yönelik olarak daha fazla kaynak tahsisi ileride diğer sağlık harcamalarını azaltıcı etkide bulunabilecektir. Aksi takdirde, daha çok tedaviye, hastanelere ve gereksiz işlemlere yönelik sağlık harcaması sistemin performansını olumsuz etkileyecektir.

Tablo 3.16.

2004-2012 Yıllarında Genel Bütçe İçerisinde Sağlık Harcamalarının Payları
(Fonksiyonel Sınıflama)

Yıl	Sağlık Hizmetleri	Tıbbi Ürünler, Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	Hastane İşleri ve Hizmetleri	Halk Sağlığı Hizmetleri	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Araştırma ve Geliştirme Hizmetleri	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri
2004	3,52	0,00	0,94	2,33	0,18	0,02	0,04
2005	5,02	0,00	1,02	3,69	0,20	0,02	0,08
2006	4,89	0,00	0,99	3,64	0,18	0,02	0,06
2007	5,24	0,00	1,13	3,85	0,17	0,02	0,06
2008	5,45	0,00	1,23	3,57	0,17	0,02	0,45
2009	5,60	0,00	1,22	3,76	0,28	0,02	0,32
2010	5,15	0,00	1,31	3,47	0,22	0,02	0,13
2011	5,65	0,01	1,61	3,75	0,19	0,02	0,07
2012	4,06	0,00	1,18	2,11	0,73	0,01	0,03

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. *Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri*. <https://portal.muhasabat.gov.tr> (29 Nisan 2013).

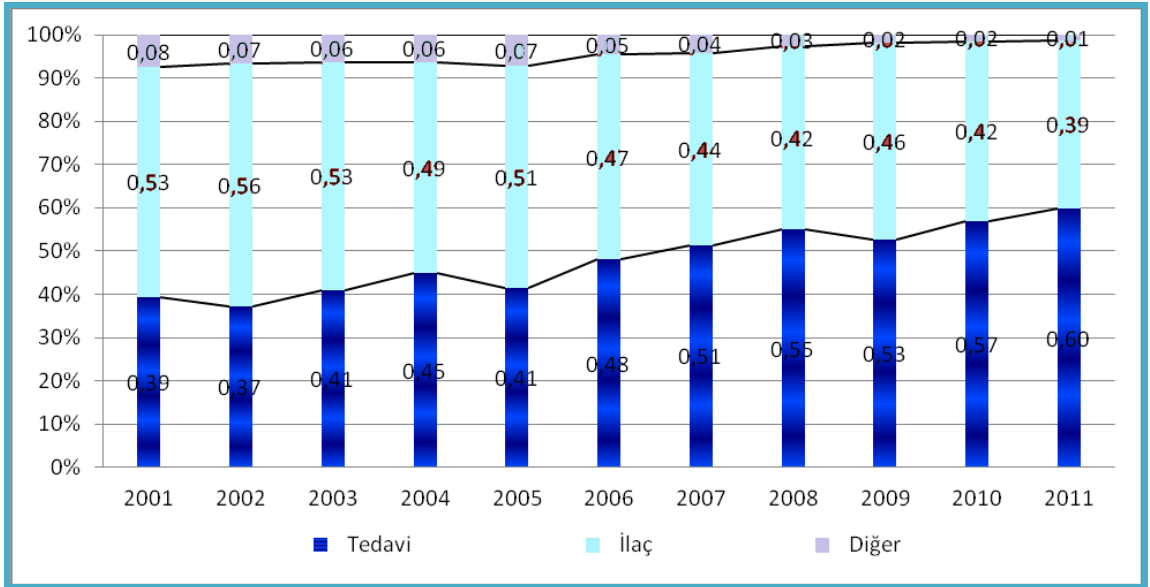
Sağlık hizmetleri; koruyucu (önleme amaçlı) sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağladığı faydanın tüm toplumu kuşatması, aynı zamanda finansmanının kamu ekonomisine karşılanması gibi nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerinin “salt kamusal mal” olduğu söylenebilir (Altay, 2007, s.36). Bu kapsamda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi gerekir. Bu hizmetlerin temel özelliği, hastalık daha ortaya çıkmadan engellemeyi hedeflemesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarınca görülmektedir. Bu kuruluşlar, aile hekimleri (koruyucu hekimler), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri gibi müesseselerdir.

Sağlık harcamalarının, birinci basamak ve koruyucu hizmetlere değil de, hastanelere ve tedavi hizmetlerine ağırlıklı olarak gitmesi tahsisat verimsizliği olarak adlandırılmaktadır. Bu anlamıyla tahsisat verimsizliği, ülkemizde öteden beri önemli bir sorundur. Kaynakların verimli kullanılabilmesi için, birinci basamak ve koruyucu hizmetlere öncelik verilmelidir. Bu ise ciddi bir değişim gerektiren bir konudur (Soyer, 2009b, s.181).

Sağlık Bakanlığı 2002-2012 döneminde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayırdığı bütçeyi önemli oranda arttırmıştır. 1993 yılında koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe 2,291 Milyar TL iken, 2002 yılına gelindiğinde bu rakamda fazla bir artış olmamış ve 2,378 Milyar TL'ye çıkmıştır. Fakat 2012 yılına gelindiğinde nerdeyse 3 katı artışla koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe 6,652 Milyar TL'ye çıkmıştır. 2013 yılında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe 7 Milyar 339 milyon olarak ifade edilmiştir (Akdağ, 2012, s.141). Vatandaş odaklı sağlık hizmetinin gerçekleştirilebilme adına, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerindeki bu artış önemlidir. Sağlık harcamalarında halk sağlığı ile koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine giderek daha fazla kaynak tahsisi, olumlu olarak nitelenebilir. Yalnız, bu konudaki gelişmelerin hala yetersiz olduğu da belirtilmelidir. Bazı düzelmelere rağmen bu konuda tahsisat verimsizliği tam manasıyla düzeltilememiştir. Özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik harcamalar düşük düzeyde kalmaktadır. Bununla beraber, koruyucu sağlık hizmetlerinin göz arda edilmesinde belirleyici gücün özel sektör olduğu söylenebilir. Çünkü özel sektör koruyucu hekimlikten para kazanamayacağını fark ettiği için tedavi edici hekimliği öne çıkarmaktadır. İlaç sektörü başta olmak üzere tüm sektör tedavi edici sağlık hizmetlerini teşvik etmektedir (Aktan, 2009, s.142). Fakat şu da unutulmamalıdır ki dünyanın çoğu yerinde de sağlık bütçesinin %70 ya da %80'i halk sağlığı kurumlarına ve koruyucu sağlık hizmetlerine değil de, bireylerin tedavi ve bakım masraflarına gider (Illich, 2011, s.45).

SDP reformlarının kaynak tahsisinde etkili olup olmadığı, SGK'nın sağlık harcamalarının fonksiyona göre dağılımı incelendiğinde, daha iyi anlaşılabilir. Grafik 3.31'de SGK sağlık harcamalarının 2000-2011 döneminde türler bazında dağılımı verilmiştir. SGK harcamalarının ilaç, tedavi ve diğer (tıbbi cihaz, optik malzeme vb)

harcamalar arasındaki yüzde dağılımı SDP ile birlikte ciddi şekilde değişmiştir. İlaç harcamalarının payı, 2002 yılında % 56'dan, 2011 yılında % 39'a gerilemiştir. Tedavi harcamalarının payı ise 2002 yılında % 37'den, 2011 yılında % 60'a yükselmiştir. Tedavi hizmetlerinde yapılan iyileştirmelerle tedavi harcamalarının payındaki bu artış anlamlıdır. Kaynak tahsisinde optimalite açısından sağlık hizmetlerinde tedavi harcamalarına daha fazla, ilaç harcamalarına ise daha az kaynak ayrılması önem taşır. Çünkü asıl olan koruyucu sağlık hizmetlerinden sonra, tedavi hizmetleridir. Tedavi masraflarının oranı artarken, ilaca daha az kaynak ayrılmaya başlanmış olması bu bakımdan iyi bir gelişmedir.



Grafik 3.31. SGK Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payları (2001-2011)

Kaynak: SGK, *Sosyal Güvenliğe İlişkin Temel Göstergeler*, Ocak 2013, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler> (1 Mayıs 2013); TÜİK *Ulusal Hesap İstatistikleri*, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=57 (23 Nisan 2013)'den yararlanılarak hesaplanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kaynakların ne kadar optimal dağıldığını görmenin yollarından birisi de bölgesel bazda bazı beşeri ve fiziki sermaye unsurlarının gelişimini incelemektir. Bu sermaye unsurları her bölge için ihtiyaçlar doğrultusunda dağılmaya başladıysa, kaynak tahsisinde optimalite giderek sağlanıyor demektir.

Tablo 3.17’de bölgeler düzeyinde (İBBS-1’e göre) 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı dağılımı ve Türkiye ortalamasına göre bölgesel farklılıklardaki gelişmeler gösterilmiştir. Türkiye ortalamasında 2002 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, 139 iken, 2011 yılında bu sayı 169’a yükselmiştir. Bununla beraber bölgeler arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Genellikle Ege, Batı Anadolu ve İstanbul gibi görece gelişmiş bölgelerde bu sayı Türkiye ortalamasının üzerinde iken, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu gibi görece geri kalmış bölgelerde ise Türkiye ortalamasının altındadır. İstanbul hariç, tüm bölgelerde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı bu dönemde artış göstermiştir. İstanbul’da ise 2002 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, 228’den 188’e gerilemiştir. En çok artış gösteren bölge ise Doğu Karadeniz olmuştur. 2002 yılında Doğu Karadeniz’de 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 91 iken, 2011 yılında 160 olmuştur. Doğu Karadeniz’i sırasıyla Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu izlemektedir. SDP uygulamaları sonucunda 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı bakımından gelişmiş ve geri kalmış bölgeler arasındaki farkların 2002 yılından 2011 yılına ciddi bir düzelme gösterdiği görülmektedir. Geri kalmış bölgelerde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, Türkiye ortalamasına göre bir iyileşme gösterirken, gelişmiş bölgelerde ise Türkiye ortalamasına göre bir gerileyiş görülür. Buradan çıkan sonuç şudur: Türkiye’de SDP ile 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı bakımından bölgeler arasındaki farklılıklar 2002 yılından 2011 yılına ciddi bir düzelme göstermiştir.

Tablo 3.17.

Hekim Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar: (2002-2011)

(100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı)

	2002			2011			Oransal Değişim
	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	
Güneydoğu Anadolu	69	0,50	-0,50	116	0,69	-0,31	0,19
Kuzeydoğu Anadolu	78	0,56	-0,44	142	0,84	-0,16	0,28
Batı Marmara	108	0,78	-0,22	147	0,87	-0,13	0,09
Ortadoğu Anadolu	89	0,64	-0,36	147	0,87	-0,13	0,23
Akdeniz	121	0,87	-0,13	152	0,90	-0,10	0,03
Batı Karadeniz	113	0,81	-0,19	153	0,91	-0,09	0,09
Doğu Marmara	116	0,83	-0,17	155	0,92	-0,08	0,08
Orta Anadolu	107	0,77	-0,23	156	0,92	-0,08	0,15
Doğu Karadeniz	91	0,65	-0,35	160	0,95	-0,05	0,29
Türkiye	139	1,00	0,00	169	1,00	0,00	0,00
Ege	159	1,14	0,14	179	1,06	0,06	-0,08
İstanbul	228	1,64	0,64	188	1,11	0,11	-0,53
Batı Anadolu	224	1,61	0,61	260	1,54	0,54	-0,07

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.127'den yararlanılarak düzenlenmiştir

Tablo 3.18'de bölgeler düzeyinde (İBBS-1'e göre) 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı dağılımı ve Türkiye ortalamasına göre bölgesel farklılıklardaki gelişmeler gösterilmiştir. Türkiye ortalamasında 2002 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı, 173 iken, 2011 yılında bu sayı 237'ye yükselmiştir. Bununla beraber burada da bölgeler arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Ege, Batı ve Doğu Marmara, Batı ve Doğu Karadeniz, Orta Anadolu gibi gelişmişlik açısından farklılıklar gösteren bölgelerde bu sayı Türkiye ortalamasının üzerinde iken, Güneydoğu Anadolu, İstanbul ve Akdeniz gibi yine gelişmişlik açısından farklılık arz eden bölgelerde ise Türkiye ortalamasının altındadır. Tüm bölgeler bazında bakıldığında 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısında bu dönemde artış yaşandığı görülmektedir. En çok artış gösteren bölgeler ise Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu olmuştur. 2002 yılında Doğu Karadeniz'de 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı 194 ve Kuzeydoğu Anadolu'da 123 iken, 2011 yılında Doğu Karadeniz'de 330 ve Kuzeydoğu Anadolu'da ise 233 olmuştur. Bu bölgeleri sırasıyla, Ortadoğu Anadolu, Orta Anadolu ve Güneydoğu Anadolu izlemektedir. Türkiye ortalamasına göre en düşük iyileşme ise sırasıyla Batı Marmara, Ege ve

Akdeniz’de olmuştur. SDP uygulamaları sonucunda geri kalmış bölgelerde 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı, Türkiye ortalamasına göre bir iyileşme gösterirken, gelişmiş bölgelerde ise Türkiye ortalamasına göre bir gerilemiş görülmüştür. Buradan çıkan sonuç da yine aynıdır: Türkiye’de SDP ile 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısı bakımından bölgeler arasındaki farklılıklar 2002 yılından 2011 yılına ciddi bir düzelme göstermiştir.

Tablo 3.18.

Hemşire ve Ebe Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011)

(100.000 Kişiyeye Düşen Ebe ve Hemşire Sayısı)

	2002			2011			Oransal Değişim
	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	
Güneydoğu Anadolu	103	0,60	-0,40	179	0,76	-0,24	0,16
İstanbul	130	0,75	-0,25	187	0,79	-0,21	0,04
Akdeniz	189	1,09	0,09	226	0,95	-0,05	-0,14
Kuzeydoğu Anadolu	123	0,71	-0,29	233	0,98	-0,02	0,27
Türkiye	173	1,00	0,00	237	1,00	0,00	0,00
Ortadoğu Anadolu	138	0,80	-0,20	241	1,02	0,02	0,22
Doğu Marmara	181	1,05	0,05	249	1,05	0,05	0,00
Ege	225	1,30	0,30	259	1,09	0,09	-0,21
Batı Marmara	231	1,34	0,34	259	1,09	0,09	-0,24
Orta Anadolu	161	0,93	-0,07	259	1,09	0,09	0,16
Batı Karadeniz	191	1,10	0,10	273	1,15	0,15	0,05
Batı Anadolu	202	1,17	0,17	287	1,21	0,21	0,04
Doğu Karadeniz	194	1,12	0,12	330	1,39	0,39	0,27

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.127’den yararlanılarak düzenlenmiştir

Sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklı yönde yapılmak istenen dönüşümün Türkiye’de bölgeler arasında kaynakların dağılımını ne yönde etkilediğinin göstergelerinden bir diğeri de kişi başına düşen hastane yatağı sayısının bölgeler bazında gelişimidir. Bu doğrultuda Tablo 3.19’da bölgeler düzeyinde (İBBS-1’e göre) 100.000 kişiye düşen toplam hastane yatağı sayısı, dağılımı ve Türkiye ortalamasına göre bölgesel farklılıklardaki gelişmeler gösterilmiştir. Türkiye ortalamasında, 2002 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hastane yatağı sayısı, 24,9 iken; 2011 yılında bu sayı 26’ya yükselmiştir. Bununla beraber, bölgeler arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Ege, Batı Anadolu, Batı ve Doğu Karadeniz, Orta Anadolu ve Ortadoğu Anadolu gibi gelişmişlik açısından farklılıklar gösteren bölgelerde bu sayı Türkiye

ortalamasının üzerinde iken, Güneydoğu Anadolu, İstanbul ve Akdeniz gibi yine gelişmişlik açısından farklılık arz eden bölgelerde ise Türkiye ortalamasının altındadır. İstanbul hariç, tüm bölgelerde 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı bu dönemde artış göstermiştir. İstanbul'da ise 2002 yılında 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı, 28,6'dan 22,2'ye gerilemiştir. En çok artış gösteren bölge ise yine Doğu Karadeniz olmuştur. 2002 yılında Doğu Karadeniz'de 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 22,9 iken, 2011 yılında 31,9 olmuştur. Doğu Karadeniz'i sırasıyla Ortadoğu Anadolu Kuzeydoğu Anadolu, Orta Anadolu ve Güneydoğu Anadolu izlemektedir. SDP uygulamaları sonucunda 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı bakımından gelişmiş ve geri kalmış bölgeler arasındaki farkların 2002 yılından 2011 yılına ciddi bir düzelme gösterdiği görülmektedir. Geri kalmış bölgelerde 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı, Türkiye ortalamasına göre bir iyileşme gösterirken, gelişmiş bölgelerde ise Türkiye ortalamasına göre bir gerilemiş görür. Çıkan sonuç yine değişmemektedir: Türkiye'de SDP ile 100.000 kişiye düşen toplam hastane yatağı sayısı bakımından bölgeler arasındaki farklılıklar 2002 yılından 2011 yılına ciddi bir düzelme göstermiştir.

Tablo 3.19.

Kişi başına Düşen Hastane Yatağı Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011)

(100.000 Kişiye Düşen Yatak)

	2002			2011			Oransal Değişim
	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	
Güneydoğu Anadolu	12,8	0,51	-0,49	17,8	0,68	-0,32	0,17
İstanbul	28,6	1,15	0,15	22,2	0,85	-0,15	-0,29
Akdeniz	19	0,76	-0,24	23,5	0,90	-0,10	0,14
Doğu Marmara	20,7	0,83	-0,17	24,5	0,94	-0,06	0,11
Kuzeydoğu Anadolu	17,3	0,69	-0,31	24,8	0,95	-0,05	0,26
Batı Marmara	24,3	0,98	-0,02	25,8	0,99	-0,01	0,02
Türkiye	24,9	1,00	0,00	26	1,00	0,00	0,00
Ortadoğu Anadolu	18,3	0,73	-0,27	26,2	1,01	0,01	0,27
Ege	24	0,96	-0,04	26,4	1,02	0,02	0,05
Orta Anadolu	21,4	0,86	-0,14	27,9	1,07	0,07	0,21
Batı Karadeniz	26,7	1,07	0,07	29,4	1,13	0,13	0,06
Doğu Karadeniz	22,9	0,92	-0,08	31,9	1,23	0,23	0,31
Batı Anadolu	28,3	1,14	0,14	32,8	1,26	0,26	0,12

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.66'dan yararlanılarak düzenlenmiştir

SDP ile birlikte sağlık alanında yaşanan dđnüşümler optimal kaynak tahsisi açısından ele alındığında, genel olarak bir iyileşmeden bahsedilebilir. Hekim, hemşire/hastabakıcı ve hastane yatağı sayısı bakımından bölgeler arası dengesizlik önemli ölçüde giderilmiştir. Diğer yandan, halk sağlığı ile koruyucu ve toplum sağlığına yönelik alanlara daha çok kaynak tahsis edilmeye başlanmıştır. Buna rağmen, halk sağlığı ile temel sağlığa yönelik koruma faaliyetlerine kaynak tahsisi hala çok yetersizdir. Bu alanlara daha çok kaynak ayrılmalıdır. Tüm bunların yanında tedavi hizmetlerine ayrılan pay artarken, ilaç harcamalarının payının düşürülmüş olması, optimal kaynak tahsisi açısından önemlidir.

4.9. Adalet ve Eşitlik Açısından Yarattığı Sonuçlar

Adalet ve eşitliğin sağlanması adına da sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklı dđnüşüm çeşitli etkiler yaratmıştır. Bu etkiler hem bölgesel bazda adalet ve eşitlik hem de farklı sosyal sınıflar arasındaki adalet ve eşitliğin sağlanmasında görülmüştür. Farklı bölgelerde yaşayanlar veya farklı sosyal güvenceye sahip olan kişilerin aynı kapsam ve nitelikte sağlık hizmetlerine erişimi, çeşitli düzenlemeler yardımıyla sağlanmak istenmiştir.

4.9.1. Bölgesel Bazda Adaletin Sağlanması Açısından Yarattığı Sonuçlar

Bölgesel bazda adaletin değerlendirilmesinde bazı göstergeler oldukça açıklayıcı nitelik taşımaktadır. Bunlar, kaynak tahsisinde optimalite analiz edilirken bahsedilen, bölgelere göre kişi başına düşen hekim sayısı, kişi başına düşen ebe ve hemşire sayısı ve kişi başına düşen yatak sayısıdır. Tüm bu göstergeler incelendiğinde dezavantajlı durumda olan Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde önemli iyileşmelerin yaşandığı görülmektedir. Bu bölgeler Türkiye ortalamasına yakınlaşmışlardır. Görece daha az gelişmiş olan bölgelerde meydana gelen düzelme, bölgelerarası adalet ve eşitliğin sağlanması adına önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklı yönde yapılmak istenen dđnüşümün Türkiye’de bölgeler arasında adaletin ne ölçüde sağladığının göstergelerinden biri, kişi başi hekime müracaat sayısının bölgeler bazında gelişimidir. Bu doğrultuda Tablo 3.20’de bölgeler düzeyinde (İBBS-1’e göre) kişi başi hekime müracaat sayısı, dağılımı

ve Türkiye ortalamasına göre bölgesel farklılıklardaki gelişmeler gösterilmiştir. Türkiye ortalamasında 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken, 2011 yılında bu sayı 8,2'ye yükselmiştir. Bununla beraber bölgeler arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Ege, Akdeniz, Batı ve Doğu Marmara, Batı ve Doğu Karadeniz, Orta Anadolu gibi gelişmişlik açısından farklılıklar gösteren bölgelerde bu sayı Türkiye ortalamasının üzerinde iken, Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve İstanbul gibi yine gelişmişlik açısından farklılık arz eden bölgelerde ise Türkiye ortalamasının altındadır. Bununla beraber, tüm bölgelerde kişi başı hekime müracaat sayısı bu dönemde artış göstermiştir. En çok artış gösteren bölge ise Kuzeydoğu Anadolu olmuştur. 2002 yılında Kuzeydoğu Anadolu'da kişi başı hekime müracaat sayısı 2,1 iken, 2011 yılında 6,5'e olmuştur. Kuzeydoğu Anadolu'yu sırasıyla Güneydoğu Anadolu, Orta Anadolu, İstanbul ve Doğu Karadeniz izlemektedir.

Tablo 3.20.

Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Bölgesel Dağılımında Türkiye Ortalamasına Göre Farklılıklar (2002-2011)

	2002			2011			Oransal Değişim
	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	Sayı	%	Ortalamaya Göre Fark	
Ortadoğu Anadolu	2,4	0,73	-0,27	6,4	0,72	-0,28	-0,01
Kuzeydoğu Anadolu	2,1	0,64	-0,36	6,5	0,73	-0,27	0,09
Güneydoğu Anadolu	2,3	0,70	-0,30	6,9	0,78	-0,22	0,08
İstanbul	2,7	0,82	-0,18	7,6	0,85	-0,15	0,04
Türkiye	3,2	0,97	-0,03	8,2	0,92	-0,08	-0,05
Doğu Marmara	3,3	1,00	0,00	8,3	0,93	-0,07	-0,07
Batı Anadolu	3,4	1,03	0,03	8,5	0,96	-0,04	-0,08
Orta Anadolu	3	0,91	-0,09	8,6	0,97	-0,03	0,06
Batı Marmara	4,1	1,24	0,24	8,7	0,98	-0,02	-0,26
Akdeniz	3,3	1,00	0,00	8,9	1,00	0,00	0,00
Batı Karadeniz	3,7	1,12	0,12	9	1,01	0,01	-0,11
Ege	4	1,21	0,21	9,1	1,02	0,02	-0,19
Doğu Karadeniz	3,3	1,00	0,00	9,2	1,03	0,03	0,03

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.86'dan yararlanılarak düzenlenmiştir.

SDP uygulamaları sonucunda geri kalmış bölgelerde kişi başı hekime müracaat sayısı, Türkiye ortalamasına göre bir iyileşme gösterirken, gelişmiş bölgelerde ise Türkiye ortalamasına göre bir gerileme meydana gelmiştir. Bu konuda bölgeler arasındaki farklılıklar 2002 yılından 2011 yılına ciddi bir düzelme göstermiştir. Adaletin sağlanması adına bu gelişme oldukça önemlidir.

Nitelik yatak sayısı açısından da bölgeler arası dengesizliklerin kısmen azaltıldığı söylenebilir. 2008 yılında, nitelikli yatak sayısı en düşük ve en yüksek olan bölgelerdeki oranlar % 18,7 ve % 43,5 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılına gelindiğinde ise en düşük ve en yüksek nitelikli yatak sayısına sahip bölgeler arasındaki fark sırasıyla en az %31.2 ve en çok % 47.5 olmak üzere önemli ölçüde azalmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2012, s.34).

Benzer yönde iyileşmeler yatak devir hızı, yatak devir aralığı ve aşılma oranları gibi konularda da görülmektedir. Güneydoğu, Doğu Anadolu ve Doğu Karadeniz gibi görece daha geri kalmış bölgelerde bir düzelme yaşanmıştır. Tüm bu iyileşmelerin yanında, bazı konulardaki bölgesel adaletsizlikler hala tam manasıyla çözülebilmemiş değildir. Örneğin, cihaz sayılarına bakacak olursak, görece geri kalmış bölgelerde dezavantajlı bir durum mevcuttur. 2011 yılında yataklı tedavi kurumlarında 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısının Türkiye ortalaması 10,5 iken; Kuzeydoğu Anadolu 7,2 ve Güneydoğu Anadolu 6,8 ile en geri kalan iki bölgedir. Benzer durum, bilgisayarlı tomografi için de geçerlidir. 2011 yılında yataklı tedavi kurumlarında 1.000.000 kişiye düşen bilgisayarlı tomografi cihazı sayısının Türkiye ortalaması 14,6 iken; yine, Kuzeydoğu Anadolu 10,8 ve Güneydoğu Anadolu 10,2 ile en geri kalan bölgeler olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.72-73). Doppler ultrason, EKO gibi cihazlarda da durum çok farklı değildir. Bu bölgeler, yine listenin sonlarında yer almaktadır. Bunların yanında, anne ölüm hızı ve bebek ölüm hızlarında da Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Orta Anadolu gibi bölgeler Türkiye ortalamasının üzerinde kalmaktadır. Örneğin, 2011 yılında Türkiye’de bebek ölüm hızı 7,7 iken Ortadoğu Anadolu’da 16,1, Güneydoğu Anadolu’da 14,4 ve Kuzeydoğu Anadolu’da 8,8’dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s.14). Bu bağlamda, bölgesel adaletin sağlanması adına daha çok adım atılması gerektiği görülmektedir.

4.9.2. Sosyal Sınıflar Arasında Adaletin Sağlanması Açısından Yarattığı Sonuçlar

SDP ile sosyal sınıflar arasında adaletin sağlanması kapsamında getirilen en önemli uygulama Genel Sağlık Sigortası olmuştur. Bu sigorta sistemiyle, tüm vatandaşların hakkaniyete dayalı olarak, eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmetine

erişimini sağlama amacı güdülmüştür. Bu bağlamda, tüm vatandaşlar için sağlık hizmetlerinin kapsamı Emekli Sandığı sigortalılarına sunulan seviyeye yükseltilmiş ve ayrıca süreç içerisinde Emekli Sandığı da dahil tüm sigortalıların hakları daha da genişletilmiştir. Özellikle bu süreçte dezavantajlı konumda olan SSK ve Bağ-Kur'lulara verilen haklarla, 2012 yılında Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınan Yeşil Kartlılara verilen haklar önemlidir. Verilen haklar yıllar itibariyle Tablo 3.21'de gösterilmiştir.

Tablo 3.21.
Bağ-Kur, SSK ve Yeşil Kartlılara Verilen Haklar

Yıl	Bağ-Kur (4/b) ve SSK'lılara(4/a) Verilen Haklar	Yeşil Kartlılara (Gelir Testi Yaptıranlar) Verilen Haklar
2004	-	<ul style="list-style-type: none"> • Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi kapsamına alınmıştır. • Yeşil kart alamadan hastalanan vatandaşların geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması sağlanmıştır.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilerek, SSK'lıların kamu hastanelerinden hizmet alması sağlanmıştır. • Bağ-Kur ve SSK'lılara istedikleri eczanelerden ilaç alma hakkı verilmiştir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yeşil Kartlıların tıpkı diğer sigortalılar gibi kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini ve ilaçlarını istedikleri eczanelerden alabilmeleri sağlanmıştır.
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal güvenlik kurumlarının entegrasyonu uygulaması başlatılmıştır. 	-
2007	<ul style="list-style-type: none"> • SSK ve Bağ-Kurlulara sevsiz üniversite hastanelerine ve özel hastanelere gidebilme hakkı verilmiştir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yeşil Kartlıların ayakta tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderleri ödeme kapsamına alınmıştır.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • SSK ve Bağ-Kurlu'ların sağlık hizmeti alabilmek için prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir. • Her iki kurum Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. 	-
2010	-	<ul style="list-style-type: none"> • Yeşil Kartlı vatandaşların dış kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanması sağlanmıştır. • Yeşil Kartlılar acil ve yoğun bakım hallerinde kamu hastanelerinde gerekli ve yeterli tedavinin olmaması durumunda özel veya vakıf üniversitesi hastanelerine sağlık kuruluşu tarafından belgelendirilmek kaydıyla (2013 yılında Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan düzenlemeyle belgelendirme zorunluluğu kaldırılmıştır) gidebilir hale gelmişlerdir. Ayrıca bu hizmetler ücretsiz vermeye başlamıştır.
2011	-	<ul style="list-style-type: none"> • Üniversiteler ile ortak kullanımda bulunan hastanelere doğrudan müracaat eden Yeşil Kart sahibi hastalardan herhangi bir sevk istenilmemesi ve bu hastanelere doğrudan başvuru yapan yeşil kartlı hastaların muayene, teşhis ve tedavilerinin herhangi mağduriyete meydan verilmeksizin sağlanmasına imkan verilmiştir.
2012	-	<ul style="list-style-type: none"> • Yeşil Kartlılar GSS kapsamına alınmıştır.
2013	-	<ul style="list-style-type: none"> • Üniversite hastanelerinde tedavi gören yeşil kartlı vatandaşlar, gerekli görülmesi halinde başka bir üniversite hastanesine sevk edilebilir hale gelmiştir. • Yeşil kartlı vatandaşlara, TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaat edebilme hakkı verilmiştir. • Yeşil Kartlılar, kadavradan organ nakli içinse özel sağlık hizmeti sunucularına doğrudan başvurabilecektir.

Görüleceği üzere SSK ve Bağ-Kur ile Yeşil Kartlıların mağduriyetleri büyük ölçüde giderilmiştir. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile birlikte sağlık hizmetlerinin kapsamı, tüm vatandaşlar için eşit ve adil bir duruma getirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası'yla sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı şöyle sıralanabilir (5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Madde 63):

- i. Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- ii. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler,
- iii. Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri,
- iv. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin Kanunda belirlenen tutarı,
- v. Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının; kanunda belirtilen şartların birlikte

gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri,

- vi. Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri,
- vii. Hasta ve bir refakatçinin yol parası ve zaruri masrafları, 18 yaşının altında ve 65 yaşının üstünde olan kimselerin yatarak tedavileri sırasında bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçi giderleri,
- viii. Geçici veya sürekli görevle yurtdışında bulunanlarla Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin (Bağ-Kur, isteğe bağlı sigortalı ve Yeşil Kartlılar hariç) sağlık hizmetlerinin yurt dışında sağlanması.

Getirilen bütün bu düzenlemeler sonucunda, sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun yıllar ve farklı sigorta türleri itibariyle nasıl değiştiğini görmek yapılanların ne kadar başarıya ulaştığını tespit etmek adına önemlidir. Bu bağlamda Tablo 3.22'de 2002'den bu yana farklı sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun toplam nüfus içindeki payı gösterilmiştir.

Tablo 3.22.

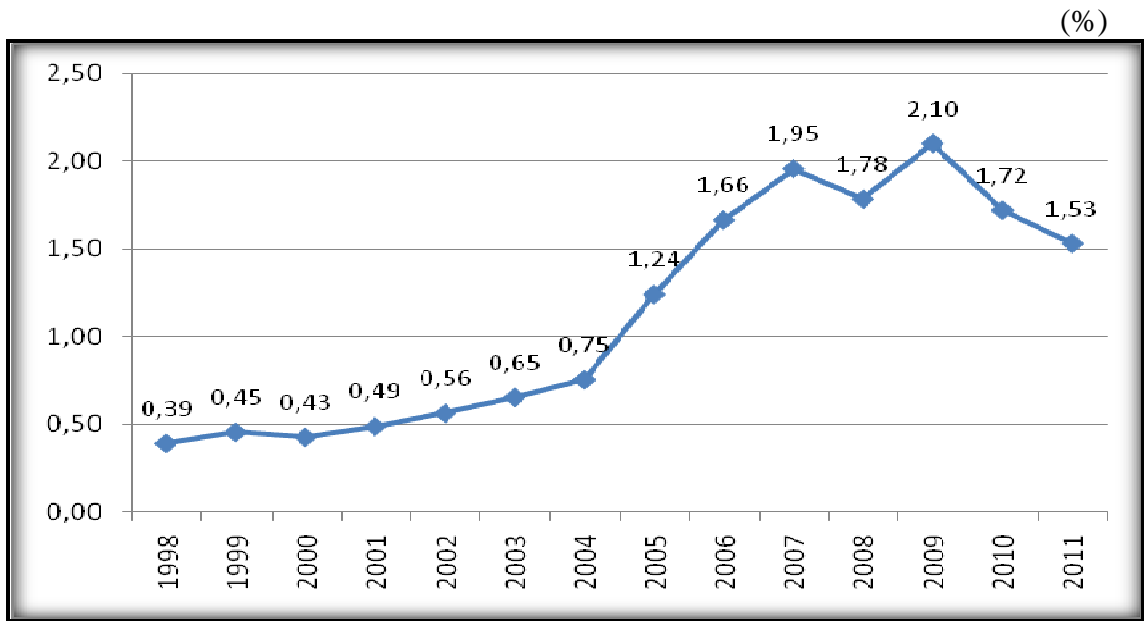
Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Payları (2002-2012)

	4/a	4/b	4/c	Özel Sandık	SGK Toplam	Yeşil Kart	Genel Toplam	Kapsam Dışı
2002	36,33	21,13	12,22	0,49	70,17	19,70	89,87	10,13
2003	37,84	21,31	12,33	0,44	71,92	19,88	91,80	8,20
2004	39,78	21,48	12,33	0,45	74,03	10,12	84,15	15,85
2005	42,80	20,84	12,32	0,45	76,41	10,58	86,99	13,01
2006	44,86	21,11	12,37	0,43	78,78	11,93	90,71	9,29
2007	46,26	20,87	12,36	0,44	79,94	13,25	93,19	6,81
2008	46,95	20,37	12,40	0,45	80,17	13,06	93,23	6,77
2009	47,58	20,27	12,44	0,46	80,75	13,30	94,04	5,96
2010	49,94	20,59	12,47	0,46	83,46	12,74	96,20	3,80
2011	51,32	20,60	13,38	0,47	85,77	11,86	97,63	2,37
2012	48,94	20,08	13,68	0,47	83,17	15,02	98,19	1,81

Kaynak: SGK. Sosyal Güvenliğe İlişkin Temel Göstergeler Ocak 2013, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler> (1 Mayıs 2013); TÜİK. Nüfus İstatistikleri-Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=39 (30 Nisan 2013) ve Hamzaoğlu, O. ve U. Özcan, 2005.

Toplumun neredeyse tamamı SDP ile sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. 2002 yılında toplumun %89,87'si sosyal güvenlik kapsamındayken, 2012 yılında %98,19'u sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. Bu da demek oluyor ki, artık vatandaşlar sağlık hizmetlerini büyük ölçüde sosyal güvenceleriyle karşılar hale gelmişlerdir. Burada özellikle Yeşil Kartlıların oranındaki değişim ilgi çekicidir. 2002 yılında Yeşil Kartlıların oranı vatandaşların %19,70 iken 2004 yılında bu oran %10,12'ye gerilemiştir. Bu hızlı düşüşün nedeni, haksız yere Yeşil Kart aldığı tespit edilen vatandaşların kartlarının iptal edilmesidir. 2004 yılından sonra Yeşil Kartlıların oranı tekrar yükselişe geçmiş ve 2012 yılında %15,02'ye ulaşmıştır. Aynı yükseliş 4/a'luların yani SSK'luların artışına bağlı olarak SGK'luların toplam nüfus içindeki oranında görülmektedir. 2002 yılında bu oran %70,17 iken bugün %83,17'ye yükselmiştir. Özellikle SSK ve Yeşil Kartlılara yukarıda bahsettiğimiz iyileşmeler yapılırken aynı zamanda birçok vatandaşın da bu sosyal güvenceler kapsamına alındığı görülmektedir. Gelir düzeyi düşük grupların oluşturduğu bu sosyal güvenlik türlerinde görülen hem nitel hem de nicel bu iyileşmeler adalet ve eşitliğin sağlanması adına oldukça önem arz etmektedir.

Genel Bütçe içerisindeki sağlık hizmetlerinde mal ve hizmet alımlarının payı bir artış trendi içerisinde olmuştur. İşte bu artış trendinin en büyük nedeni Yeşil Kart harcamalarındaki artıştır. Yeşil kartlılara sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesi bu harcamalarda artış yaratmıştır. Grafik 3.32 incelendiğinde bu artış açıkça görülmektedir. Yeşil Kart harcamalarının payı 2009 yılına dek neredeyse sürekli artmıştır. 1998 yılında %0,39, SDP'nin uygulamaya konduğu 2003 yılı başında %0,63 iken, 2009 yılında yüksek bir artışla %2,10'a ulaşmıştır. Fakat 2012 yılına gelindiğinde bu payın %1,53 seviyesine gerilediği görülmektedir. Bu gerilemenin nedeni yeşil kart uygulamasının Genel Sağlık Sigortası'na devredilmesi olarak ifade edilebilir. Bu kapsamdaki vatandaşlar gelir testi aracılığıyla Genel Sağlık Sigortası'na geçmeye yönlendirilmişlerdir.



Grafik 3.32. Yeşil Kart Harcamalarının Genel Bütçe Harcamaları İçindeki Payları (1998-2011)

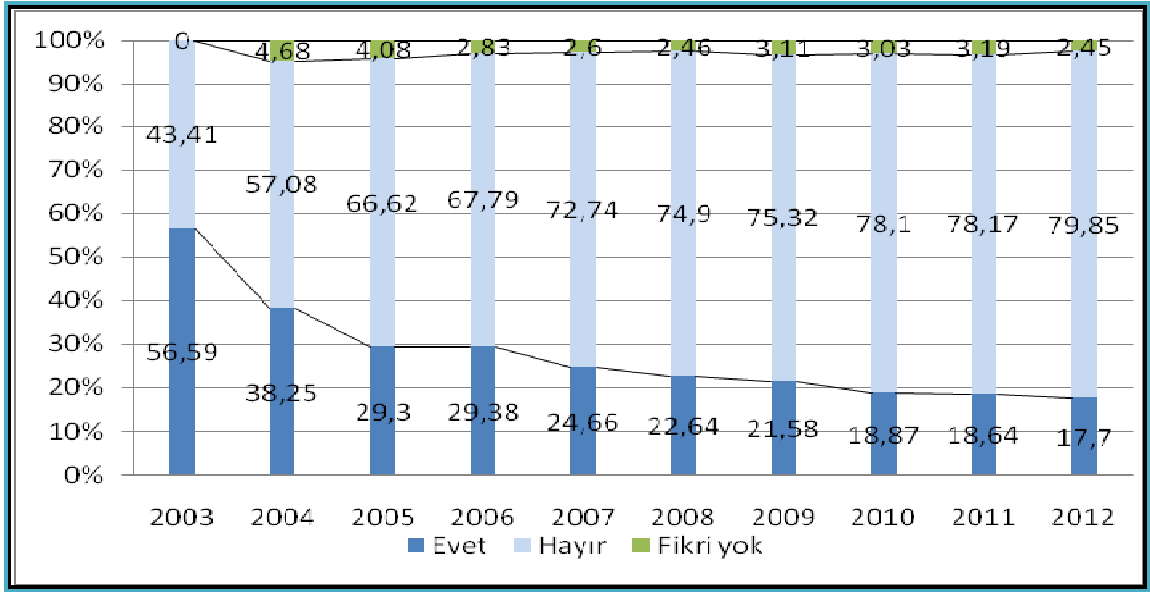
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.60; SGK. *Aylık İstatistik Bültenleri-Primsiz Ödemeler İstatistikleri Aralık 2011*, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler?CSRT=13543249424534248307> (1 Mayıs 2013) ve T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. *Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri*. <https://portal.muhasebat.gov.tr> (29 Nisan 2013).

Sonuç olarak, SDP ile birlikte sağlık hizmetleri alanında bölgesel farklılıkların azaldığı söylenebilir. Türkiye'deki bölgesel gelişmişlik farkları göz önüne alındığında,

bir gelişmişlik göstergesi olarak sağlık hizmetlerinin daha dengeli ve adaletli sunumu bölgesel dengesizlikleri önlemek bağlamında önemlidir. Bu bölgesel adaletin sağlanması demektir. Ama hala, bazı sağlık göstergelerine yönelik daha çok adım atılması gerekmektedir. Bununla beraber, SDP ile sadece bölgesel adalet değil, sağlık hizmetlerinin sosyal gruplar arasında dengeli dağılımı ile ilgili olarak da iyileşme sağlanmıştır. Özellikle farklı sigorta paketleri arasındaki sağlık hizmetleri eşitlenerek ve daha zayıf konumdaki sosyal grupların sağlık güvenceleri artırılarak bu konuda iyileştirme sağlandığı söylenebilir. Bununla birlikte, özelleştirmelerin giderek artması ve prim sisteminin yerleştirilmesi ile önümüzdeki yıllarda sağlık alanında adalet konusu tartışmalı ve ilginç bir hal alacaktır.

4.10. Hizmete Erişim Açısından Yarattığı Sonuçlar

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde SDP’yle gerçekleştirilmek istenen vatandaş odaklı yaklaşımın etkilediği başlıklardan bir diğeri, hizmete erişimi iyileştirip iyileştirmediğidir. Daha önceki bölümde söz edildiği üzere, kamusal hizmetlerde vatandaş odaklı yaklaşımın en önemli unsurlarından biri, hizmete erişimi kolaylaştırmadır. SDP’yle vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin ne kadar kolaylaştığını tespit etmek gerekir. Bu bağlamda, bu kısımda farklı konularda sağlık hizmetlerine erişimin ne kadar düzeldiği, TÜİK’in yapmış olduğu anketlere dayalı olarak incelenmiştir.



Grafik 3.33. Muayene ve Tahlil İçin Randevu Almada Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Hizmete erişim açısından düzelme gösteren konulardan biri muayene ve tahlil için randevu almaktır. Grafik 3.33 incelendiğinde, durumun böyle olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü konuyla ilgili 2003 yılında vatandaşlara “muayene ve tahlil için randevu almada sorun var mı?” diye sorulduğunda, %56,59’u “evet, sorun var” demişken, 2012 yılında sadece %17,70’i “evet, sorun var” demiştir. Bu sorun 2003’ten bu yana sürekli gerileme göstererek düzelmeye başlamıştır. Bu düzelişin arkasında randevu almak için çağrı merkezlerinin kurulması, telefon ve internet üzerinden randevu alma olanağının getirilmesi ile herkese istediği hastaneye gidebilme imkanının verilmesi ve doktor sayılarının arttırılmaya başlanması etkili olmuştur.

Tablo 3.23.

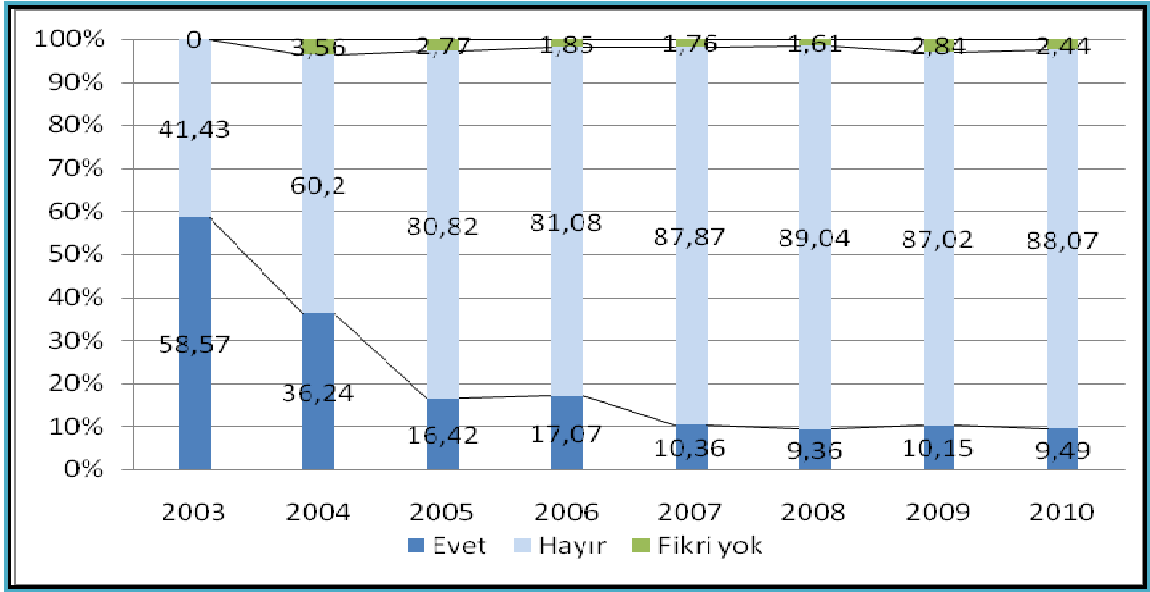
Muayene ve Tahlil İçin Randevu Almada Sorun Görenler (%)

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik
2003	42,40	40,20	25,10	34,50	-	-
2004	-	44,00	22,20	32,40	38,00	17,90
2005	-	34,78	8,83	26,44	25,80	18,50
2006	21,79	34,89	19,27	20,59	23,89	9,99
2007	30,60	29,10	17,90	28,60	12,30	15,40
2008	32,11	25,99	12,59	19,90	17,84	11,86
2009	29,36	24,82	11,88	17,10	13,22	11,62
2010	26,40	22,30	11,30	16,20	8,60	4,80
2011	29,80	22,20	10,40	12,60	16,20	13,80
2012	29,10	21,20	11,50	-	9,90	12,80

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri*
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

Bu durum sağlık hizmeti sunucuları bazında bakıldığında da görülmektedir. Tablo 3.23 incelendiğinde, tüm hizmet sunucuları bazında randevu almada sorun gören vatandaşların oranının sürekli ve kayda değer bir azalma gösterdiği anlaşılmaktadır. Hizmete erişimin kolaylaşması adına bu iyileşme son derece önemlidir.

Benzer durum ilaç alımı ile ilgili işlemlerde de görülmektedir. Grafik 3.34'e bakıldığında 2003 yılında vatandaşlar "ilaç alımı ile ilgili işlemlerde sorun var mı" sorusuna %48,57'si "evet, sorun var" derken, 2010 yılında sadece %9,49'u "evet, sorun var" yanıtını vermiştir. Bu durum ilaç alımıyla ve ilaca kolay erişimle ilgili sıkıntıların önemli ölçüde azaldığının göstergesidir. Herkesin istediği eczaneden ilacını alabilir hale getirilmesi, ilaç fiyatlarının düşürülmesi ve kronik hastalar için ilaç alımıyla ilgili kolaylıklar getirilmesi bu gelişmenin arkasında yatan nedenler olarak ifade edilebilir.

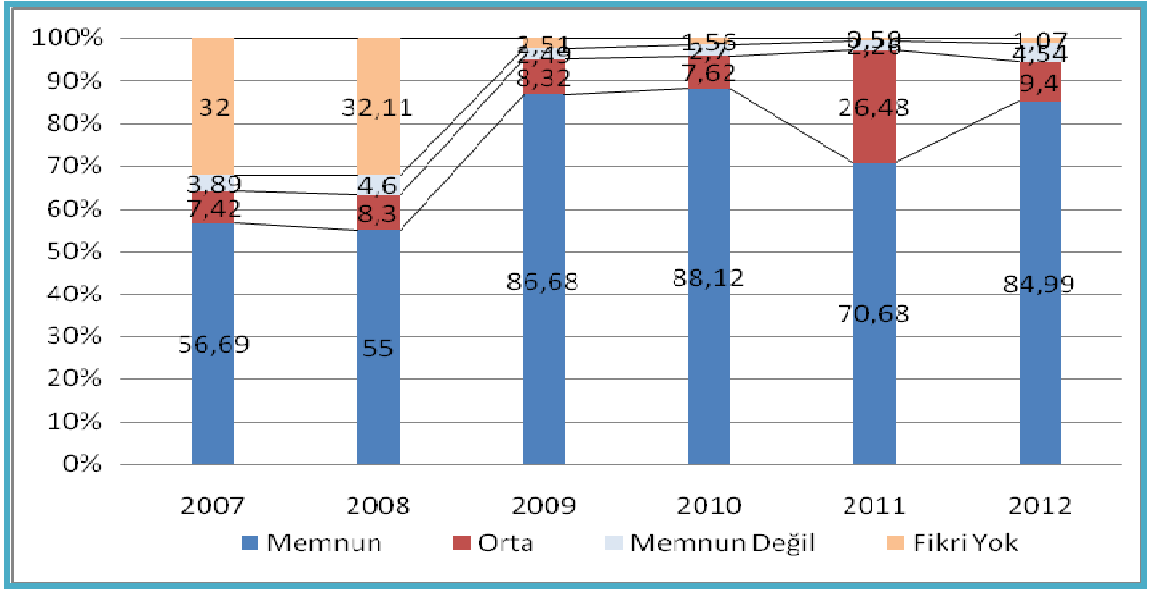


Grafik 3.34. İlaç Alımı İle İlgili İşlemlerde Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Kısaca söylemek gerekirse, SDP ile birlikte vatandaşların ilaca erişiminde ciddi düzelmeler yaşanmıştır. Özellikle kamu hastanelerindeki ilaç kuyruklarının gözle görülür şekilde yok olması da bunun en önemli göstergesidir.

Merkezi Hastane Randevu Sistemi, Aile Hekimini Sorgulama gibi hizmetleri de içeren elektronik ortamda sunulan kamu hizmetlerine vatandaşların bakışı vatandaş odaklı yaklaşımın ne kadar hayata geçirildiği ve hizmete erişimin ne kadar kolaylaştığını görmek adına oldukça önemlidir. Çünkü elektronik hizmet sunumu, vatandaş odaklı kamu hizmeti yaklaşımını mümkün kılan belki de en önemli araçtır. O yüzden sağlık hizmetlerinde de bunun ne kadar gerçekleştirilip vatandaşlar tarafından kabul gördüğünü tespit etmek gerekir. Bu bağlamda, spesifik olarak internet üzerinden verilen sağlık hizmetlerine ilişkin vatandaş memnuniyetini göstermese de bu hizmetleri de içine alacak şekilde elektronik ortamda sunulan kamu hizmetlerinden memnuniyet Grafik 3.35’de görülmektedir. Vatandaşların 2007 yılı başında bu hizmetlerden memnuniyeti %56,69 ve bu hizmetlerle ilgili fikri olmayan vatandaş oranı %32 iken, 2012 yılında memnuniyet oranı %84,99’a yükselmiş ve fikri olmayan vatandaş oranı da 1,07’ye gerilemiştir.

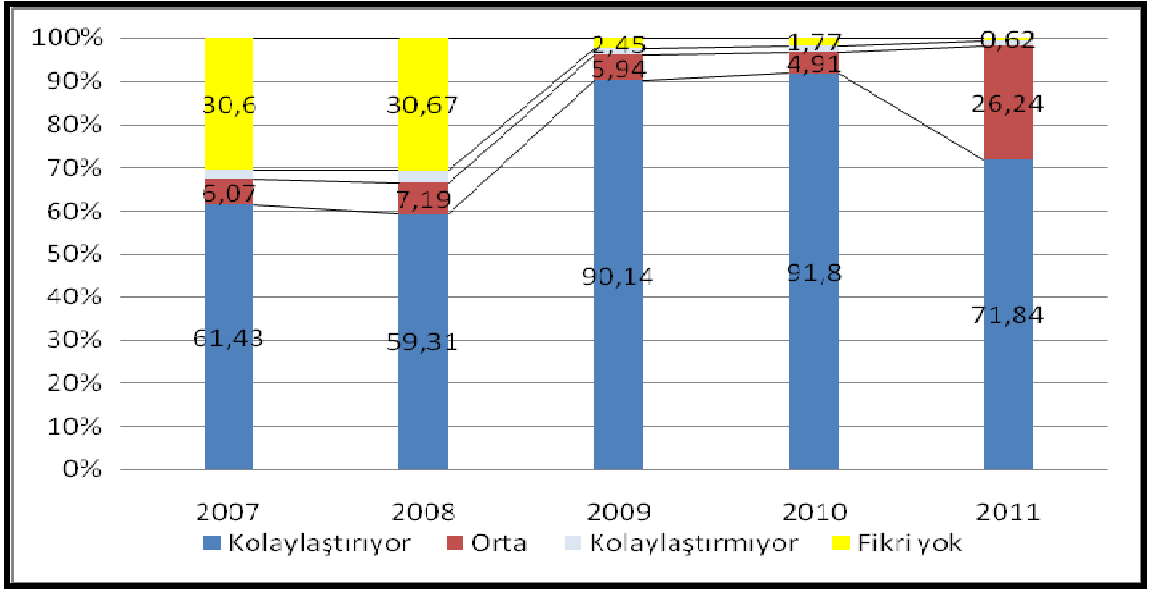


Grafik 3.35. Elektronik Ortamda Sunulan Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Elbette sağlık alanında da elektronik olarak sunulan hizmetler bu memnuniyet içerisine alınabilir. Vatandaşların hizmete erişim açısından elektronik hizmetlerden memnuniyeti giderek artmaktadır. Aynı şekilde, vatandaşlar giderek elektronik hizmetlerden daha fazla yararlanmaktadırlar.

Bu durum vatandaşlara “elektronik ortamda sunulan kamu hizmetleri hayatınızı kolaylaştırıyor mu?” diye sorulduğunda da teyit edilmektedir. Grafik 3.36’da görüldüğü üzere, 2007 yılı başında %61,43 oranında vatandaş “kolaylaştırıyor” ve %30,60 oranında vatandaş “fikrim yok” yanıtını vermişken;, 2011 yılında %71,84 oranında vatandaş “kolaylaştırıyor” ve %0,62 oranında vatandaş ise “fikrim yok” demiştir. Fakat burada 2011 yılında 2010 yılına göre memnun olanların oranında yaşanan düşüş dikkat çekicidir. Memnun olanların bir kısmı orta yanıtını verenlere doğru kaymıştır. Bu durum da, hizmetlerde aksayan bazı yönlerin ortaya çıktığı veya yeterli düzeyde geliştirilemediğinin göstergesi olabilir.



Grafik 3.36. Elektronik Ortamda Sunulan Kamu Hizmetleri Yaşamı Kolaylaştırıyor mu?

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013)..

Sonuç olarak, SDP ile birlikte vatandaşların hizmete erişiminde belirgin düzelmeler yaşanmıştır. Vatandaşlar sağlık kurumlarından daha kolay sıra alabilmekte ve istediği sağlık kurumuna doğrudan müracaat edebilmektedir. Bunun neticesinde, doktora müracaat sayıları ciddi oranda artmıştır. Aynı şekilde, sadece hastaneler konusunda değil, ilaca erişim konusunda da iyileştirmeler görülmektedir. Kısacası, SDP ile birlikte vatandaşların hem sağlık kurumlarına hem de ilaca erişiminde sağlanan iyileştirmelerle vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetten yararlanma oranı artmıştır. SDP ile sağlık sisteminin en önemli sorunu olan sıra bekleme ve uzun kuyruklar ortadan kaldırılmıştır. SDP'nin belki de en başarılı olduğu alan hizmete erişimdir.

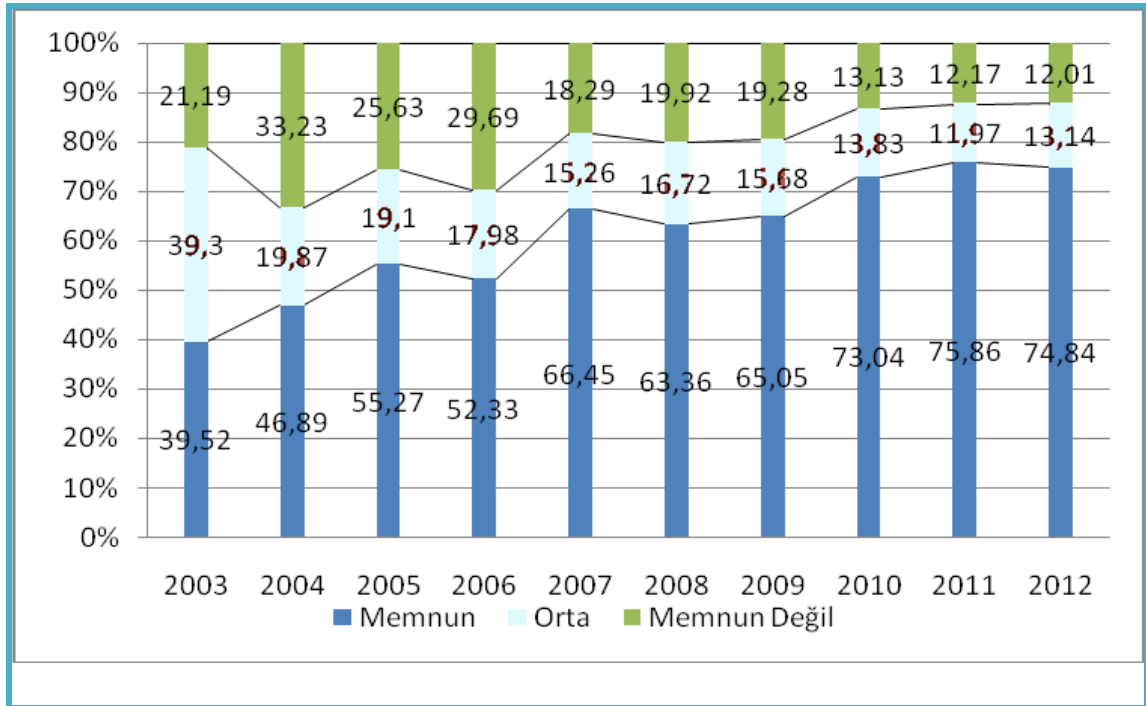
4.11. Hizmetlerden Memnuniyet Açısından Yarattığı Sonuçlar

Türkiye'de vatandaşların sağlık hizmetlerine ilişkin ne gibi rahatsızlıkları olduğu, hangi konularda daha çok sıkıntı yaşadıkları ve hangilerinden geçmişe göre daha çok memnuniyet duyduklarını bilmek önemlidir. Buna göre; devlet, mevcut

sistemin aksayan kısımlarını görüp iyileştirme, tespit edilen ihtiyaçlara yönelik yeni düzenlemeler yapma ve gelişme gösteren düzenlemelerin de devamlılığını sağlama şansına sahip olacaktır. O yüzden, bu kısımda SDP kapsamında getirilen yeniliklerle beraber, vatandaşların sağlık hizmetlerine ilişkin değişik başlıklarda 2003 yılından bu yana memnuniyetleri analiz edilmiştir

4.11.1. Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet

Sağlık hizmetlerinde vatandaş memnuniyetlerinin nasıl gelişme gösterdiğini görmek için öncelikle vatandaşların genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri değerlendirilmiştir. Bu konuda TÜİK'in yapmış olduğu memnuniyet anketlerinden yararlanılmıştır. İlk olarak, vatandaşların 2003-2012 yılları arasında “genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyetine” yer verilmiştir. Bu konudaki veriler Grafik 3.37’de gösterilmiştir.



Grafik 3.37. Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%)

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama) <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013)

Not: Memnun sütunu Çok Memnun ve Memnun’ların, Memnun Değil Sütunu ise Hiç Memnun Değil ve Memnun Değil diyenlerin toplamından oluşmaktadır.

2003 yılından bu yana vatandaşların genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti yükselmiştir. 2003 yılında vatandaşların %39,52'si sağlık hizmetlerinden memnun iken, 2004 yılında SDP'nin etkisiyle bu oran hızlı bir artışla %46,89'a yükselmiş ve 2012 yılında da %74,84'e ulaşmıştır. Görüldüğü üzere, vatandaşların ¾'ü genel olarak sağlık hizmetlerinden memnun hale gelmiştir. Memnun olmayanların oranı %12, kararsızların oranı ise %13,14'te kalmıştır. Bu da, SDP'yle getirilen düzenlemelerin büyük ölçüde vatandaşları memnun etmeye başladığını göstermektedir.

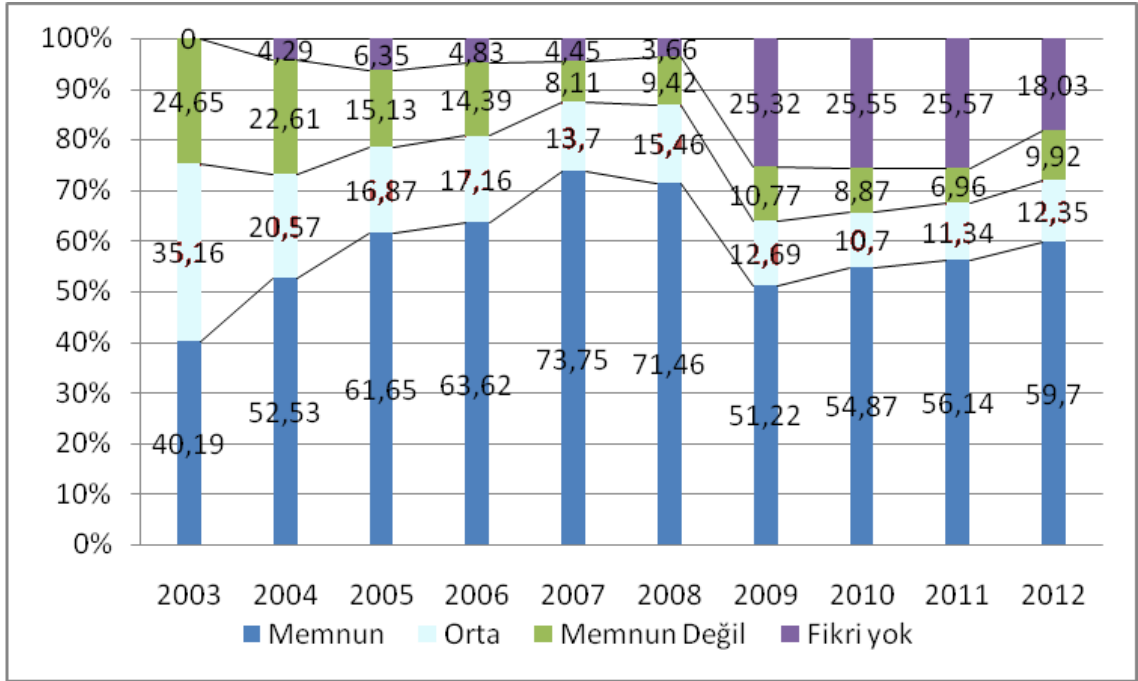
Tablo 3.24.

Sağlık Hizmetlerinden Sağlık Hizmeti Sunucuları Bazında Memnuniyetler (%)

	Sağlık Ocağı	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Özel Poliklinik /Tıp Merkezi	Kurum Doktoru	Aile Sağlığı Merkezi
2003	39,40	46,80	41,00	49,30	-	-	-
2004	48,90	-	47,50	44,60	38,90	46,4	-
2005	57,28	-	56,91	50,77	42,50	57,0	-
2006	57,05	53,78	51,54	44,34	44,40	56,0	-
2007	70,60	69,10	66,60	60,60	60,90	50,5	-
2008	62,33	57,46	65,97	59,61	55,82	45,6	-
2009	66,31	56,51	66,49	61,15	56,52	60,6	67,46
2010	74,85	68,54	74,84	66,15	65,20	54,3	73,17
2011	77,70	71,20	76,40	70,40	64,90	61,7	78,40
2012	-	72,10	75,70	67,10	59,60	73,9	77,70

Kaynak:TÜİK Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013)

Bu genel memnuniyet düzeyi hizmet sunucuları bazında bakıldığında da görülmektedir. Kamu sağlık kuruluşları olan devlet hastaneleri, sağlık ocakları ve aile sağlığı merkezleri ile üniversite hastanelerinde Tablo 3.24'e bakıldığında 2003 yılından bu yana memnuniyetlerde artış yaşandığı görülmektedir. Benzer durum, kurum doktorları, özel hastaneler ve özel poliklinikler için de geçerlidir.



Grafik 3.38. Bağ-Kur/SSK ve Emekli Sandığı Hizmetlerinden Memnuniyet (%)

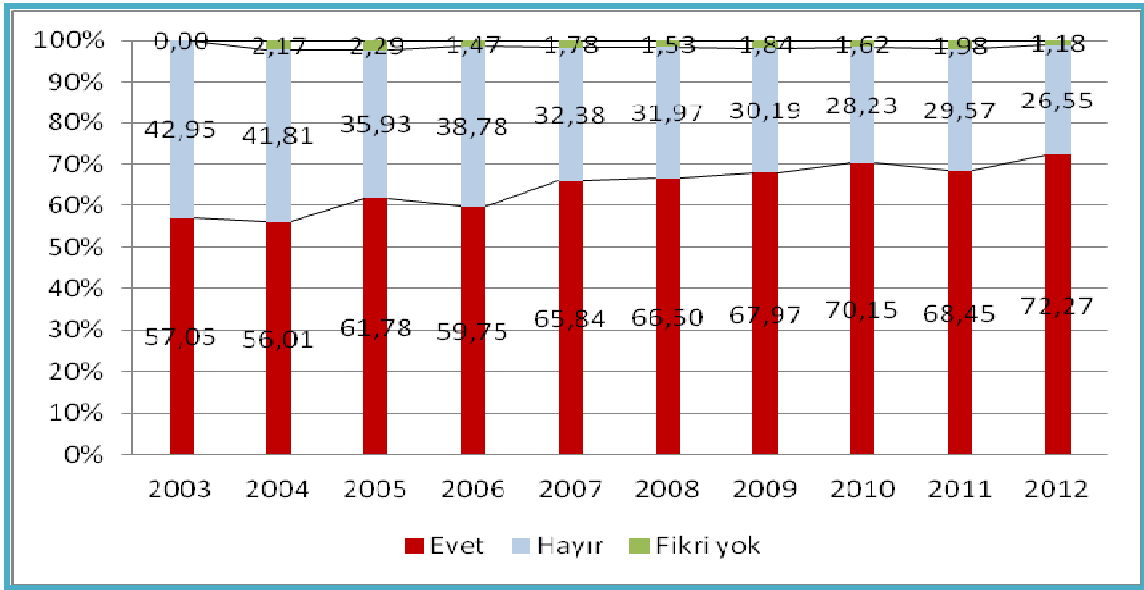
Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)*
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013)

Not: Memnun sütunu Çok Memnun ve Memnun'ların, Memnun Değil Sütunu ise Hiç Memnun Değil ve Memnun Değil diyenlerin toplamından oluşmaktadır.

SDP kapsamında sosyal güvenlik kuruluşlarına yönelik düzenlemeler de etkisini göstermiştir. Programın uygulamaya konduğu 2003 yılında bu yana Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kuruluşlarının hizmetlerine yönelik vatandaşların memnuniyetinde önemli bir artış yaşanmıştır. Grafik 3.38'den görüleceği üzere 2003 yılında vatandaşların %40,19'u bu hizmetlerden memnun iken, 2012 yılında %59,70'i memnun hale gelmiştir. Bununla beraber, 2007 ve 2008 yıllarında bu hizmetlerden memnuniyet oranı sırasıyla %73,75 ve %71,46'ya ulaşmışken, 2009 yılında keskin bir düşüş yaşanmıştır. Bu durumun nedeni, sosyal güvenlik kuruluşlarını tek çatı altında birleştirip farklılıkları gidermeye yönelik çalışmaların uygulamaya konmasının ilk etapta yarattığı sıkıntılar olabilir.

4.11.2. Muayene ve Tahlillerden Memnuniyet

Vatandaşların sağlık hizmetleri konusundaki memnuniyetlerine dair incelenmesi gereken bir diğer başlık, sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ve tahlillerden memnun olup olmadıkları, bunları yeterli düzeyde bulup bir sorun görüp görmedikleridir. Bu konular da TÜİK'in yapmış olduğu memnuniyet anketlerine dayalı olarak aşağıda incelenmiştir.



Grafik 3.39. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Muayeneden Memnuniyet (%)

Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

İlk olarak, sağlık kuruluşlarında yapılan muayenelere yönelik vatandaş memnuniyetine baktığımızda bu konuda önemli düzeyde iyileşme yaşandığı söylenebilir. Grafik 3.39 incelendiğinde, bu durum açıkça görülmektedir. 2003 yılında vatandaşların %57,05'i sağlık kuruluşundan yapılan muayeneden memnunken, 2012 yılında %72,27'si memnun hale gelmiştir. Bu durum hem doktor ve sağlık personelinin hastalara karşı davranışındaki iyileşmenin hem de bunların yapılan düzenlemelerle daha nitelikli hale getirilmeye çalışılmasının bir sonucudur.

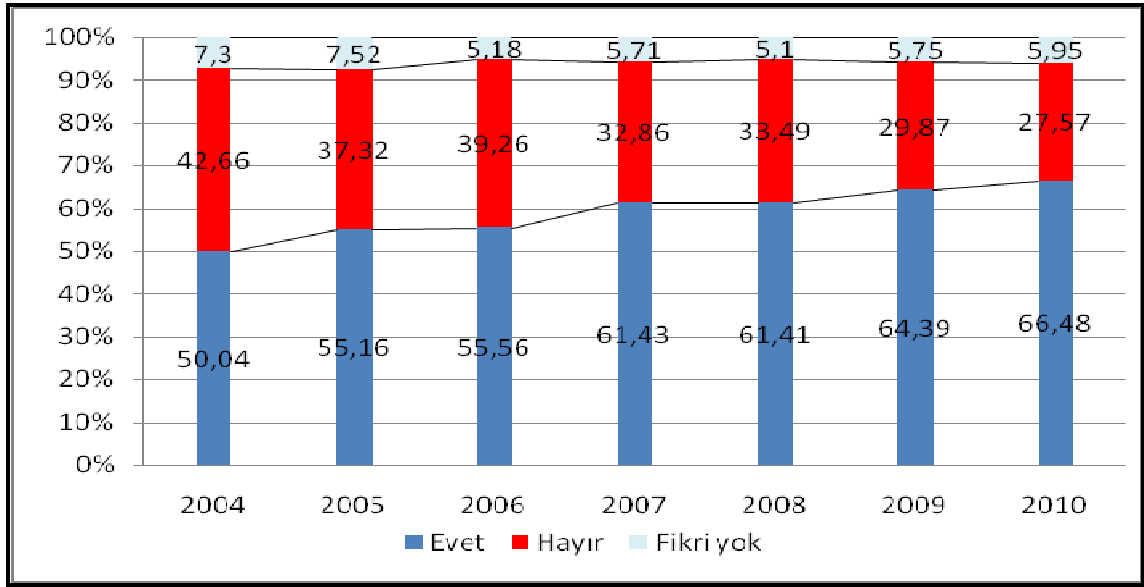
Tablo 3.25.

Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Muayeneden Memnuniyet (%)

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik
2004	-	47,10	19,00	39,00	46,40	19,00
2005	-	40,67	18,63	32,49	40,40	23,19
2006	23,22	42,86	26,32	36,34	37,23	17,63
2007	23,30	37,50	26,70	38,90	15,90	20,30
2008	22,49	36,02	21,07	29,40	29,68	25,43
2009	20,03	33,95	20,90	26,24	37,11	21,51
2010	23,60	31,50	21,40	25,30	39,10	22,00
2011	23,20	32,80	24,70	29,80	15,10	16,50
2012	24,90	29,70	21,60	-	25,90	23,20

Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri*
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

Bu duruma sağlık hizmeti sunucuları bazında bakıldığında ise hizmet sunucuları arasında farklılık arz ettiği görülmektedir. Tablo 3.25 incelendiğinde, üniversite hastanelerinde %20'ler civarında vatandaşın yapılan muayenede sorun görmediği anlaşılırken, 2006'dan 2012'ye bu oranda neredeyse hiç değişiklik yaşanmadığı görülmektedir. Özel hastane ve özel polikliniklerde ise vatandaşlar, yapılan muayenelerde giderek daha çok sorun görmeye başlamışlardır. Daha nitelikli sağlık hizmeti vermesi beklenen bu kurumlarda yaşanan olumsuz yönlü bu değişim ilgi çekicidir. Bununla beraber, devlet hastaneleri, sağlık ocakları (günümüzdeki şekliyle aile hastaneleri) ve kurum doktorlarının yaptıkları muayenelere vatandaşların bakışında ise önemli iyileşme yaşandığı görülmektedir. Bu durum kamu sektörü sağlık hizmetlerinin düzelme kaydettiğinin önemli göstergelerinden biridir.



Grafik 3.40. Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Tahliller Yeterli mi? (%)

Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sağlık kuruluşlarında yapılan tahliller konusunda da diğer bahsettiklerimiz gibi bir iyileşme yaşandığı söylenebilir. Grafik 3.40'da görüleceği üzere, 2004 yılında vatandaşların %50'si tahlillerin yeterli olduğunu söylemişken, 2010 yılında bu oran %66,48'e yükselmiştir. Dolayısı ile vatandaşların SDP ile sağlık kuruluşlarında yapılan tahlillerden memnuniyetleri de artmıştır.

Tablo 3.26.

Sağlık Kuruluşlarında Yapılan Tahlillerde Sorun Görenler (%)

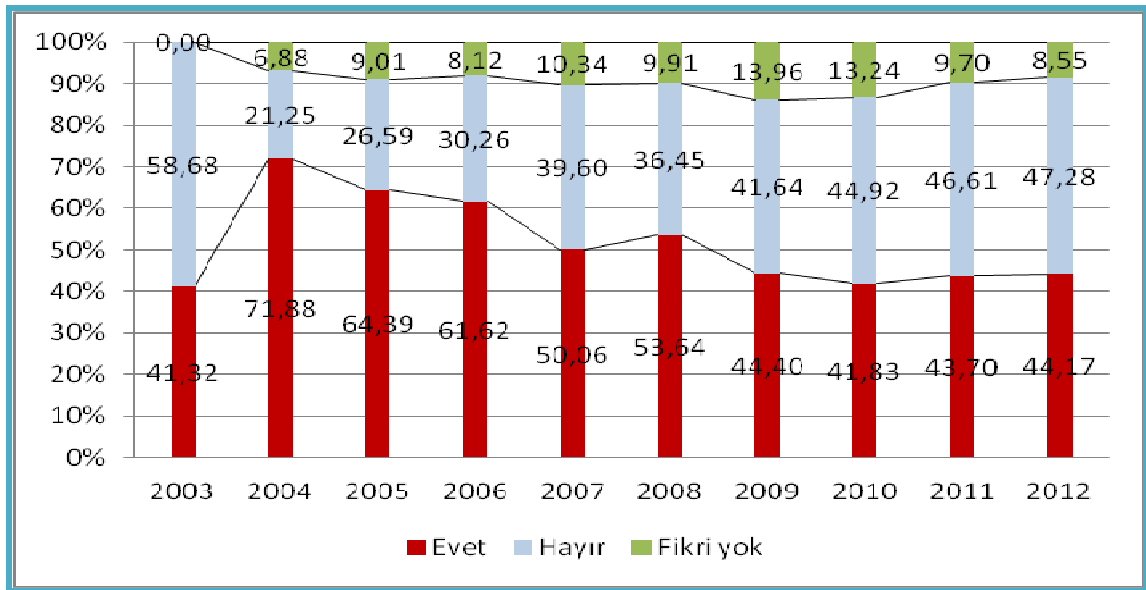
	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik
2004	-	45,70	23,00	44,50	46,40	24,60
2005	-	39,85	19,79	39,77	41,07	28,74
2006	18,66	42,11	28,46	40,61	29,59	18,96
2007	18,30	35,30	35,30	37,50	20,30	20,30
2008	21,95	35,39	22,17	36,56	27,77	27,21
2009	17,02	31,36	20,99	32,95	36,96	21,40
2010	17,30	29,40	21,00	30,30	28,10	15,70

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri* http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

Bu durum sağlık hizmeti sunucuları bazında bakıldığında da görülmektedir. Tablo 3.26'ya bakıldığında üniversite hastaneleri hariç, tüm hizmet sunucusu türlerinde vatandaşların yapılan tahlilleri giderek sorunsuz ve yeterli görmeye başladıkları anlaşılmaktadır. En dikkat çekici iyileşme ise devlet hastanesi, sağlık ocağı ve kurum doktorlarında görülmektedir.

4.11.3. Sağlık Hizmetleriyle İlgili Ücret ve Ödemelerden Memnuniyet

Sağlık hizmetlerinde verilen birçok hizmet için, özellikle özel sektörde alınan ücretler, verilen katkı payları, bazı hizmetlerin bedellerinin geri ödenmesi ve iyileştirme yapılan ilaç fiyatları gibi bazı konularda vatandaşların ne düşündükleri de sağlık hizmetlerinde getirilmek istenen vatandaş odaklılığın ne ölçüde başarıya ulaştığının bir başka göstergesidir. Ayrıca, vatandaşların bu konulardaki memnuniyetlerinin artması harcamalarda etkinliğin sağlanması adına da önem arz etmektedir. Bu göstergeler TÜİK'in yapmış olduğu memnuniyet anketlerine dayalı olarak incelenmiştir.



Grafik 3.41. Sağlık Kuruluşlarında Muayene ve Tahlil Ücretlerinde Sorun Var mı (%)

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama) <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sağlık kuruluşlarında muayene ve tahlil ücretleri konusunda bir düzelmeye yaşandığı söylenebilir. Nitekim Grafik 3.41'e bakılacak olursa, 2004 yılında vatandaşlara "sağlık kuruluşlarında muayene ve tahlil ücretlerinde sorun var mı?" diye sorulduğunda %71,88'i "evet, sorun var" demişken, 2012 yılına gelindiğinde %44,17'si "evet, sorun var" demiştir. 2004 yılından bu yana vatandaşların gözünde, muayene ve tahlil ücretleri sorunu sürekli iyileşme göstermiştir. Bu durumun arkasında, tüm vatandaşlara birinci basamak sağlık hizmetleri ile acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi ve Yeşil Kartlıların tedavi masraflarının karşılanması konusunda yapılan iyileştirmeler gibi nedenler yatmaktadır. Bununla beraber, 2003 yılından 2004 yılına geçildiğinde sorun görenlerin oranındaki artış dikkat çekicidir. Bu durum SDP'nin ilk yıllarda hayata geçirilmesi sırasında yaşanan bazı aksaklıklardan kaynaklanmış olabilir.

Tablo 3.27.

Sağlık Kuruluşlarında Muayene ve Tahlil Ücretlerinde Sorun görenler (%)

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Sağlık Ocağı	Kurum Doktoru	Özel Poliklinik
2003	51,60	57,60	55,80	65,30	-	-
2004	-	68,30	78,30	77,40	57,70	85,20
2005	-	60,14	74,41	66,44	73,52	81,23
2006	57,57	59,18	76,88	61,39	60,09	74,76
2007	44,90	46,70	50,40	59,70	66,10	59,10
2008	54,85	49,63	60,67	58,02	46,29	64,78
2009	48,78	42,09	49,33	46,89	35,54	57,18
2010	52,20	40,00	51,60	40,30	37,50	47,10
2011	45,50	43,30	51,10	42,00	65,20	56,40
2012	38,40	41,60	61,80	-	59,20	41,90

Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri*
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

Bu konudaki iyileşme sağlık hizmeti sunucuları bazında bakıldığında da görülmektedir. Tablo 3.27'ye bakıldığında üç hizmet sunucu türünde (sağlık ocağı, devlet hastanesi ve özel hastane) muayene ve tahlil ücretlerinde sorun gören vatandaşların oranında 2003 yılından 2004 yılına gelindiğinde önemli bir artış yaşandığı anlaşılmaktadır. Bu durum yukarıda bahsettiğimiz gibi SDP'nin uygulamaya konduğu ilk yıllarda görülen bazı aksaklıklardan kaynaklanmış olabilir. Bununla beraber, tüm

hizmet sunucusu türlerinde 2004 yılından bu yana muayene ve tahlil ücretlerinde sorun görme oranı azalmıştır. Sadece kurum doktorları açısından düzelme biraz daha inişli çıkışlı ve yetersiz düzeydedir.

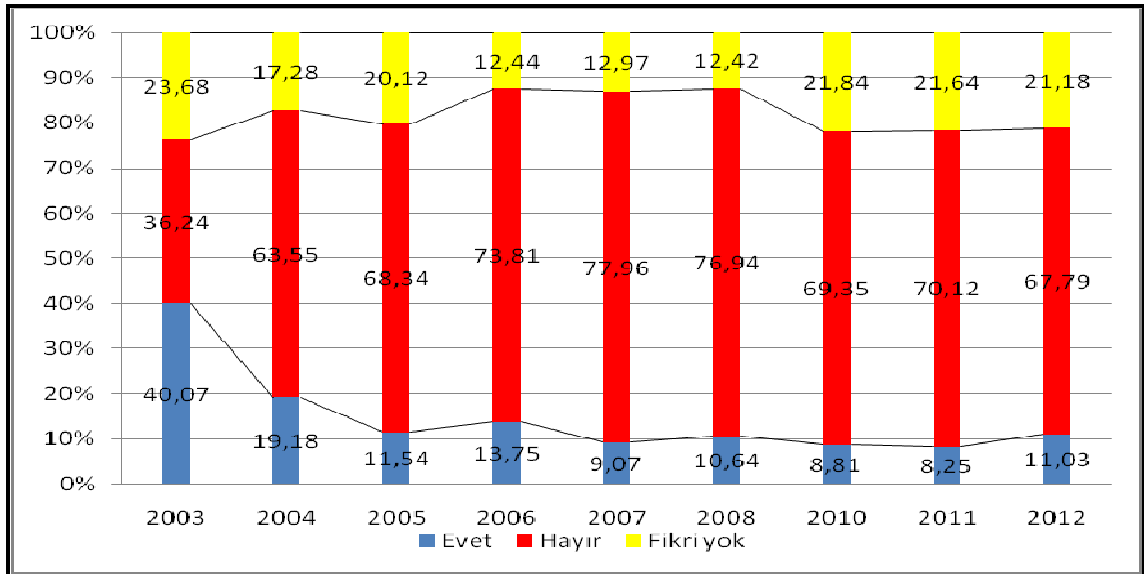
Tablo 3.28.

Muayene İçin Katkı Payı Ücreti Ödemeyi Sorun Görenler (%)

	Üniversite hastanesi	Devlet hastanesi	Özel hastane	Sağlık ocağı	Kurum doktoru	Özel poliklinik
2011	51,20	50,70	43,10	52,80	77,90	55,20
2012	55,90	54,10	52,00	-	69,00	50,20

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri* http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013).

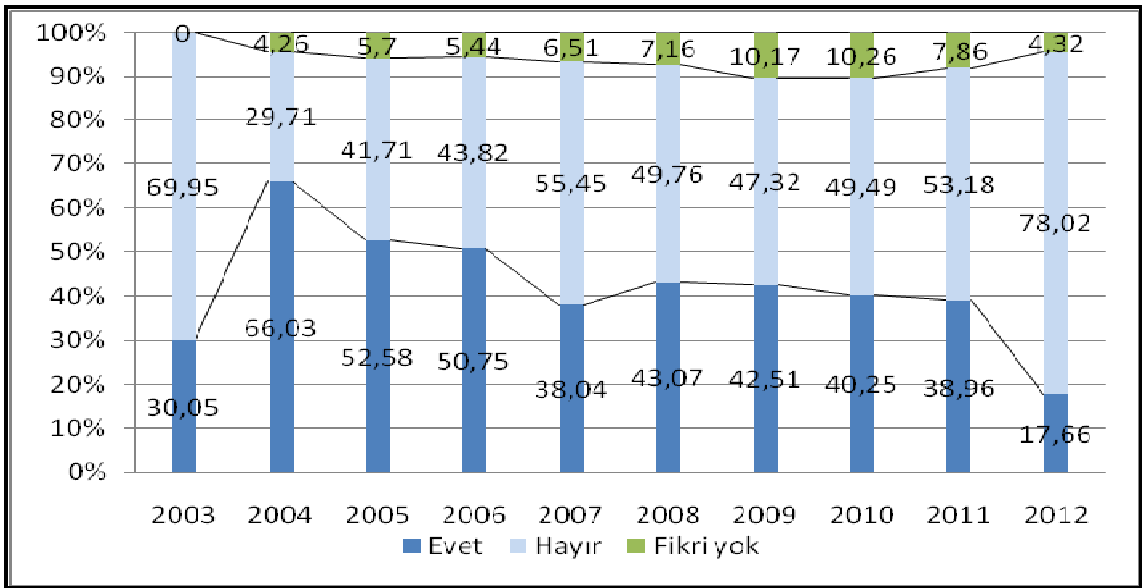
Tüm bunların yanında, SDP'yle getirilen katkı payı ücreti ödeme uygulaması vatandaşları giderek daha çok rahatsız edeceğe benzemektedir. Tablo 3.28'den görüleceği üzere devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastanelerde 2011 yılından 2012 yılına gelindiğinde katkı payı ödenmesinde sorun gören vatandaşların oranı artmıştır.



Grafik 3.42. Sağlık Harcamalarının Geri Ödenmesiyle İlgili İşlemlerde Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Vatandaşlar için sorun yaratan bir diğer konu, sağlık harcamalarının geri ödenmesiyle ilgili işlemlerdir. Bu konuyla ilgili vatandaşların yıllar itibariyle memnuniyet düzeylerindeki değişim Grafik 3.42’de gösterilmiştir. 2003 yılında vatandaşların %40,07’si “sağlık harcamalarının geri ödenmesiyle ilgili işlemlerde sorun var mı?” sorusuna “evet, sorun var” demişken, 2012 yılına gelindiğinde bu oran %11,03’e gerilemiştir. Bununla beraber, “hayır, sorun yok” diyenlerin oranı 2008 yılından sonra düşmeye ve kararsızların oranı da bu yıldan sonra artmaya başlamıştır. Bu durumun 2006 yılının ortasında getirilen global bütçe uygulamasından kaynaklandığı söylenebilir. Hastanelere harcamalarıyla ilgili bir tavan sınırı koyan bu uygulama özellikle SGK’dan sundukları hizmetlerin bedellerini eksiksiz ve hızlıca alma telaşı yaratmıştır. Yeni getirilen bir sistem olduğu için de bazı aksamalara yol açmıştır. Bu duruma bir de sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesi eklenebilir. Çünkü teminat paketleri arasındaki farklılıkları gidermenin bazı harcamaların geri ödenmesine sorun olarak yansıdığı düşünülebilir.



Grafik 3.43. İlaç Fiyatlarında Sorun Var mı? (%)

Kaynak: TÜİK *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)*
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).

Sağlıkta reform çalışmalarıyla ilaç konusunda da önemli değişiklikler yapıldığı bilinmektedir. KDV oranlarının düşürülerek ve referans fiyat uygulamasına geçerek ilaç fiyatlarında yapılan indirimler bu değişikliklerden bazılarıdır. Bu değişikliklere vatandaşın bakışı da önemlidir. Vatandaşın memnuniyetindeki değişim bu çabaların ne kadar başarılı olduğunun bir göstergesidir. Bu bağlamda TÜİK yapmış olduğu anketlerde vatandaşlara “ilaç fiyatlarında sorun var mı?” diye sormuştur. Bu anket sonuçları Grafik 3.43’de gösterilmektedir. 2003 yılında vatandaşların %69,95’i “hayır, sorun yok” demişken, 2004 yılında belirgin bir düşüşle vatandaşların %29,71’i sorun olmadığını dile getirmiştir. 2012 yılında gelindiğinde ise bu oran hızlı bir yükselişle %78,02’ye ulaşmıştır. Demek oluyor ki, bu düzelmeler vatandaşlar tarafından memnuniyetle karşılanmıştır.

SDP ile getirilen düzenlemeler sonucunda son on yılda sağlık alanında ciddi dönüşümler yaşanmıştır. Bu dönüşümün önemli sonuçları vardır. Bunlardan en belirgin olanı ise vatandaş memnuniyeti ile ilgili olanıdır. Vatandaşlar sağlık hizmetlerinden her anlamda gittikçe daha çok memnun hale gelmişlerdir. Vatandaşlar muayenelerden, tedavilerden, tahlillerden, sağlık harcamalarıyla geri ödemelerden ve genel olarak sağlık kurumlarının hizmet sunumundan giderek daha çok memnun hale gelmiştir. Daha önceki kısımlarda belirtildiği üzere, vatandaşların aynı zamanda hizmet sunan hekim, hemşire/ebe ve personelden memnuniyeti de artmıştır. Bununla birlikte, son yıllarda SDP ile uygulamaya giren katkı payı uygulaması konusunda memnuniyetsizlikler olduğu görülmektedir. Katkı payının hizmet sunucuları arasında farklı oranlarda artırılması girişimleri son yıllarda sıklıkla tartışma konusu olmaktadır. Bu şekildeki uygulamaların ve katkı payının yüksek tutulmasının vatandaş memnuniyetini azaltabileceği öngörülebilir.

Bütün bunların yanında, vatandaşların memnuniyetinin genel olarak artmış olması işlerin iyiye gittiği ve kalitenin arttığını tek başına göstermez. Örneğin, bir hastane yaptığı çok sayıda sezaryen ameliyatla karlı bir işletme haline gelebilir ve hastalar da bu hastanenin verdiği hizmetten memnun olabilir. Ama burada önemli olan, normal doğum yapan kadınların oranı ve hastanede daha az gün yatmalarıdır (Erkan,

Kılıçaslan ve Arseven, 2009, s.193). O zaman hastanenin nitelikli sağlık hizmeti verdiğini anlayabiliriz. Aksi takdirde sadece memnuniyete bakmak yanıltıcı olacaktır.

5. DEĞERLENDİRME

Türkiye’de SDP ile sağlık alanında köklü bir dönüşüm yaşanmıştır. Bu dönüşümün referans noktası vatandaş odaklı olmasıdır. Türkiye’de uzun yıllar boyunca kamu tarafından tek elden yürütülen sağlık hizmetleri, 1980’li yıllarda özel sektöre açılarak devletin sırtındaki yük hafifletilmek istenmiştir. Özellikle, bu dönemde benimsenen yapısal uyum programları ve Washington Uzlaşısı da belirleyici olmuştur. IMF ve Dünya Bankası’nın öncülüğünde yürütülen bu çalışmalarla diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de hem dünyada hem Türkiye’de özelleştirme, serbestleştirme ve doğrudan yabancı yatırımların önünü açmıştır. Bu bağlamda şekillenen SDP ile birlikte, hem sağlık sektöründeki sıkıntıların aşılması hem de devlet açısından mali sürdürülebilirliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Ama asıl hizmet yürütücüsü yine kamu sektörü olmuştur. Elbette bu reformun neler getirdiğini net olarak görebilmek için reform öncesi sağlık hizmetlerinin genel görünümü ve SDP ile nelerin değiştirilmek istendiği iyi analiz edilmelidir. SDP öncesi sağlık hizmetlerinin genel görünümü şu şekilde özetlenebilir (Bilir, 2009 , s. 28):

- i. Kalabalık hastaneler,
- ii. Sağlık güvencesinden yoksun insanlar,
- iii. Sıra kapma yarışı ve stres üreten kuyruklar,
- iv. İlaç kapma telaşları,
- v. Parasızlığın rehin aldığı hastalar,
- vi. Her gün bir yenisi daha eklenen sağlık skandalları.

Tüm bu sorunlarla baş başa olan sağlık hizmetlerinde köklü bir dönüşüm için uygulamaya konulan SDP ile sağlık hizmetlerinin adım adım özelleştirilmesi ve piyasalaştırılması hedeflenmiştir. 1980’li yıllardaki özelleştirme reformlarından farklı olarak, bu defa sistem kökten revize edilmiş; özelleştirme çalışmaları vatandaş odaklılık

adı altında bir nevi mali anestezi uygulanarak topluma hissettirilmeden yavaş yavaş yaşama geçirilmiştir.

SDP ile vatandaş odaklılık adı altında, gittikçe özelleşen ve piyasalaşan bir sağlık sistemi kurulmaya çalışılmıştır. İlk adım sağlık hizmetleri piyasasının oluşturulmasıdır. Piyasa oluşturma sürecinin en kritik müdahalesini, “satın alıcılar-sunucular” arasında sözleşme ilişkisi oluşturmaktır. SGK’nın oluşturularak tek hizmet alıcı kurum haline getirilmesi ve kamuda hizmet veren sağlık kurumlarının SGK’ya hizmet sunar hale getirilmesi ile bu adım tamamlanmıştır. SDP’yle SGK sağlık hizmeti ve tüketiminde baş aktör yapılmak istenmiştir. Sağlığa harcanan sigorta primleri ile devletin vergi gelirlerinden gelen kaynakları harcamada temel belirleyici SGK’dır. Bu sayede sağlığın patronajı Sağlık Bakanlığı’ndan SGK’nın bağlı bulunduğu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na geçmektedir (Sönmez, M., 2011, s.102-103).

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında ikinci adım ise, sağlık hizmetinin alınıp satılır bir meta haline gelmesidir. Satın alma-satma ilişkisinin gelişmesi, kamu sağlık finansmanında bütçe anlayışından, farklı ödeme sistemlerine geçişle mümkün olur. Bu bağlamda, özel sektörden hizmet satın almanın mümkün hale gelmesi önem arz etmektedir. Bunun yanında, metalaştırma için bir diğer gerekli unsur kamu personelinin çalışma anlayışını değiştirmedir. Sağlık hizmeti sunan kamu görevlileri kar odaklı çalışmaya başlamalıdır (Leys, 2007, s.104-105). Bütün bunlar, SDP’yle beraber büyük ölçüde gerçekleştirilmiştir. Piyasalaştırma ve özelleştirme sürecinin olmazsa olmaz bir bileşeni de, rekabettir. Rekabet etmek, geleneksel kamu hizmeti kavramından kopuş anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde özel hastane sayılarının artışı bunu olanaklı kılmaktadır (Soyer, 2009b, s.182). Piyasalaşmanın tamamlanması için gerekli olan tek unsur kalmıştır. O da tüketicinin/ müşterinin güçlendirilmesidir. Böyle düşünülünce, hak sahibi vatandaştan, ihtiyacını piyasada karşılamak konusunda inisiyatif sahibi tüketiciye doğru bir geçişten söz ediliyor demektir. Bu, piyasanın oluşması için çok kritiktir. Çünkü hastanın müşteri kalıbına sokulması kamu-özel arasındaki sınırların parçalanması için gerekli temel bir adımdır (Soyer, 2009b, s.182). Bu bağlamda, daha önceden ücretsiz sağlayabildikleri bir şeyi satın almaya ikna edilmeleri gerekmektedir. SDP’yle getirilenler bunu mümkün kılmaktadır.

Sağlık meta olarak değerlendirilemez, çünkü insan piyasada bulunan bir metayı tüketme ya da tüketmeme yönünde tercih yapılabilirken hasta olmamak yönünde bir tercihte bulunma imkanı yoktur. İnsan ne zaman ve neden hastalanacağını, hangi hastalığa yakalanacağını tahmin edemez. Alacağı tedavi hizmetinin kapsamını, zamanını ve türünü kendisi tespit edemez (Mengüç, 2011, <http://www.altust.org/2011/08/neoliberal-saglik-politikalari-%E2%80%98saglikta-donusum-programi%E2%80%99/>). O yüzden, sağlık hizmetlerini metalaştırma çabaları tam bir sonuç vermez ve sistem ağır aksak işleyen bir hale gelir. Bu da hem sistemi kullanan hastaları hem sistemi yöneten sağlık çalışanlarını tam manasıyla memnun etmez.

Sağlık sisteminde yaratılmak istenen rekabet de istenmeyen sonuçlar doğurabilir. Örneğin, rekabet ortamında SGK gelir gider dengesini tutturmak için ödeme yapacağı hizmet birim fiyatını düşük tutmakta, sağlık kuruluşlarından gelen faturalarda kesinti yapmaktadır. Buna karşılık, sağlık kuruluşları da hizmet birim fiyatlarının düşük olmasından dolayı karşı karşıya kaldığı mali zorluktan kurutulmak için hastalar üzerinde gereksiz işlemler yapmakta, yapmadıkları işlemleri yapmış gibi göstermekte ve kalitesiz malzeme kullanmaktadır (Belek, 2012, s.24).

Bütün bu gelişmelere rağmen, halk yapılmak istenen reforma direnç göstermemiştir. Sağlık sisteminin bu şekilde piyasalaştırılmasına yönelik halkın direnç göstermemesinin birkaç nedeni mevcuttur. Bunlardan ilki, SSK'lı nüfusun SSK'a hastanelerine mahkum edilmesine son verilmesi, bu hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilip SSK'lıların da istedikleri hastaneye gidebilmesi ve istedikleri eczaneden ilaçlarını alabilmesidir. Benzer yöndeki düzenlemelerin Bağ-Kur ve Yeşil Kart'lılar için sağlanmış olması yine halk arasında sisteme olan tepkinin azaltılmasında etkili olmuştur. Bunun yanında, muayenehanecilik sisteminin kaldırılması da halkın dönüşüm programına olumlu yaklaşmasının sebeplerinden bir diğeri olmuştur. Bu bağlamda, sağlık sistemindeki ciddi sorunlar ve vatandaşın sisteme ve özellikle hekimlere olmak üzere sağlık çalışanlarına karşı güvensizliği de bu süreçte karar alıcılar tarafından kullanılmıştır. Bu çerçevede, SDP'nin daha önceki yıllardaki uygulamalardan temel farkı, çeşitli nedenlerle sağlığa ulaşamayan toplum kesimlerinin haklı öfkesini,

hekimlere ve sağlık çalışanlarına yneltebilmiş olmasıdır. Bu nedenle, gerek mevcut sağlık yapılanmasının ortaya çıkardığı sorunların, gerekse hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yaptığı etik ihlallerin toplumsal dokuda yarattığı öfkenin, reformların meşruiyet temelini oluşturduğu söylenebilir (Ebek ve Adaş, 2009, s.35).

SDP, ile öncelikle sağlık birimleri tek çatı altında toplanmıştır. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kartlılar SGK çatısı altında birleştirilmiştir. Sağlık güvence paketleri eşitlenerek, sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler ortadan kaldırılmıştır. Daha önceden zor durumda olan SSK ve Bağ-Kur'lular ile Yeşil Kartlı vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanma olanakları genişletilerek, eşitlik ve adalet adına önemli adımlar atılmıştır. Sağlık ocakları kapatılarak aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Başlangıçta sağlık ocaklarının içinde kurulan aile hekimliği muayenehaneleri süreç içinde piyasalaştırılarak, Maliye Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı Gelir Vergisi Tebliği ile "serbest meslek icrası" olarak tescil edilmiştir. Performans esaslı çalışan aile hekimliği uygulaması ile birinci basamaktaki sevk oranları dşm ve "kapı tutuculuk" faaliyeti uygulamaya geçmiştir. Ama bu faaliyeti tam manasıyla yerine getirebildiğini söylemek zordur. Bununla beraber, belki de SDP'nin özü sayılabilecek aile hekimliği sistemi, üç temel yapısal sorunu bünyesinde barındırmaktadır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Ebek ve Adaş, 2009, s.35-36):

- i. Bu sorunlardan ilki, verem ve ana-ocuk sağlığı gibi Türkiye'nin iki önemli sorununu ozmek amacıyla kurulan "dikey sağlık yapılanmalarını" yani verem savaş dispanserleri ve ana ocuk sağlığı merkezlerini, görevlerini tamamlamış, karmaşaya ve israfa yol açan merkezler olarak tanımlamasıdır. Dikey sağlık yapılanmalarını ortadan kaldıran bu tür bir uygulamanın, gelecekte toplum sağlığı açısından ciddi sorunlara neden olacağı öngörülebilir.
- ii. Aile hekimliği sisteminin ikinci temel sorunu, birey ve toplum sağlığını ayrı kategorilermiş gibi algılaması ve gündelik pratikte bu hizmet süreçlerini ayırıştırmaya kalkışmasıdır. Sistem gereğince, yeniden yapılanma sonrası koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar

aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir.

- iii. Aile hekimliği sisteminin üçüncü sorunlu yönü ise, iddiasının aksine, hekim ve kent tabanlı olması, kırsal alanı ve bölge tabanlı bir perspektifi içermemesidir. Aynı zamanda kentte yaşayanların aile hekimlerini seçebilmelerine karşın, köylerde yaşayanlara bu hak tanınmamaktadır. Bu da sistemin özüne ters düşen bir durumdur.

Bunların dışında da, aile hekimliği uygulamasına ilişkin sıkıntılar mevcuttur. Sağlık hizmetleri vatandaşların yaşadıkları, çalıştıkları yer merkez olmak üzere yaşam boyu izlem yerine, aile hekimliğiyle beraber altı ayda bir değişebilecek, ailenin bireylerinin farklı hekimlere kayıt yaptırabileceği, yaşadığı çevre ile birlikte değerlendirilmeyeceği bir uygulama getirilmektedir. Vatandaş – sağlık hizmetleri ilişkisi, herhangi bir alışverişteki memnuniyet ilişkisi gibi sunulmaktadır (Eskiocak, s.7-8). Bunun yanında, aile hekimleri dünyanın diğer ülkelerinde bin beş yüz, iki bin nüfusa bakarken, Türkiye’de üç bin beş yüz, dört bin nüfusa bakmaktadır. Bu durum da vatandaşların yeterli ve kaliteli hizmet almasını sıkıntıya sokmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi aile hekimliğinin sıkıntı yaratan taraflarından bir diğerini oluşturmaktadır.

Bütün bu sıkıntılı taraflarına rağmen, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliğiyle, vatandaşların hem aile hekimlerini seçebilmesi hem de bu hekimlerden evde tedavi hizmeti alabilmesi mümkün hale getirilmiştir. Bu yönüyle sağlık sistemine artı katan bir uygulamadır. Reformun, aile hekimliği dışındaki uygulamaları da sisteme önemli artılar katmıştır. Örneğin, vatandaşların kamu ya da özel, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından sevk olmaksızın hizmet almasının yolu açılmıştır. Aynı şekilde, ilaç alımı ile ilgili olarak da ciddi düzenlemeler yapılarak, ilaç fiyatları aşağıya çekilmiş ve vatandaşların ilaçlarını istediği eczaneden alması sağlanmıştır. Bunların yanında, sağlık hizmetlerinde e-hizmet uygulamaları geliştirilmiştir. Bu tür vatandaş odaklı uygulamalarla sağlık hizmetlerinde köklü bir dönüşüm sağlanmıştır. Elbette ortaya çıkan sonuçların olumlu ve olumsuz yanları

yanında, ileride ortaya çıkabilecek sonuçları da bu bağlamda ciddi şekilde değerlendirilmelidir.

Kuşkusuz SDP'nin en tartışmasız katkısı, sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimi kolaylaştırmış olmasıdır. Bunun sonucu olarak muayene, tedavi, tahlil, ilaç alımı ve geri ödeme mekanizmalarındaki tıkanmalar, gecikmeler, kuyruklar ortadan kaldırılmıştır. Vatandaşlar artık gerek hekime, gerekse ilaca uzun beklemeler ve kuyruklar olmadan kolayca erişebilmektedirler. SDP ile birlikte vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetten yararlanma oranları kayda değer şekilde artmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişimin hızlı bir şekilde artmış olması, sağlık verilerinin detaylı olarak tutulmaması nedeniyle doğru performans ölçümü ve oto-kontrol mekanizmalarının eksikliğine sebep olmaktadır. Eksik veriler neticesinde, aşırı kullanımı engelleyici kontrol mekanizmaları oluşturulamamaktadır. Bunun sonucu olarak, gereğinden fazla sağlık hizmet kullanımı ve ilaç tüketimi söz konusu olmaktadır (Deloitte, 2012, s.90). Performans göstergeleri ve performans ücretleri, gereksiz işlemlerin yapılmasına ve bu bağlamda sağlık harcamalarının gereksiz olarak yükselmesine ve sağlık sisteminin makroekonomik verimliliğinin düşmesine neden olmaktadır (Belek, 2012, s.198).

Performansa dayalı olarak çalışılması nedeniyle, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimi de artmıştır. Performans esaslı çalışma, bir şekilde hekimlik değerlerinde aşınmaya neden olarak, hasta yararı yerine para kazanmayı önceleyebilmektedir. Nitekim İzmir Diş Hekimleri Birliği'nin yaptığı bir araştırmada, performans uygulamasından daha yüksek pay alabilmek için, bir hekimin toplam 2.400 dakikalık mesaisinde, sanal muayene ve tedavilerle 19.100 dakikalık iş beyan ettiği saptanmıştır (Ebek ve Adaş, 2009, s.39).

SDP'yle beraber kamu hastaneleri, tanısal ve girişimsel işlemleri giderek özel sektörden satın almaya başlamıştır. Bununla beraber, kamunun özel sektöre kaynak aktarması sadece klinik hizmetlerle sınırlı değildir. Bu sürecin personel alımı yoluyla da işlediği görülmektedir (Belek, 2012, s.195-196). Özetle, döner sermaye gelirleriyle hizmet satın alan, donanım ve sarf malzemesi gereksinimini karşılayan, sözleşmeli

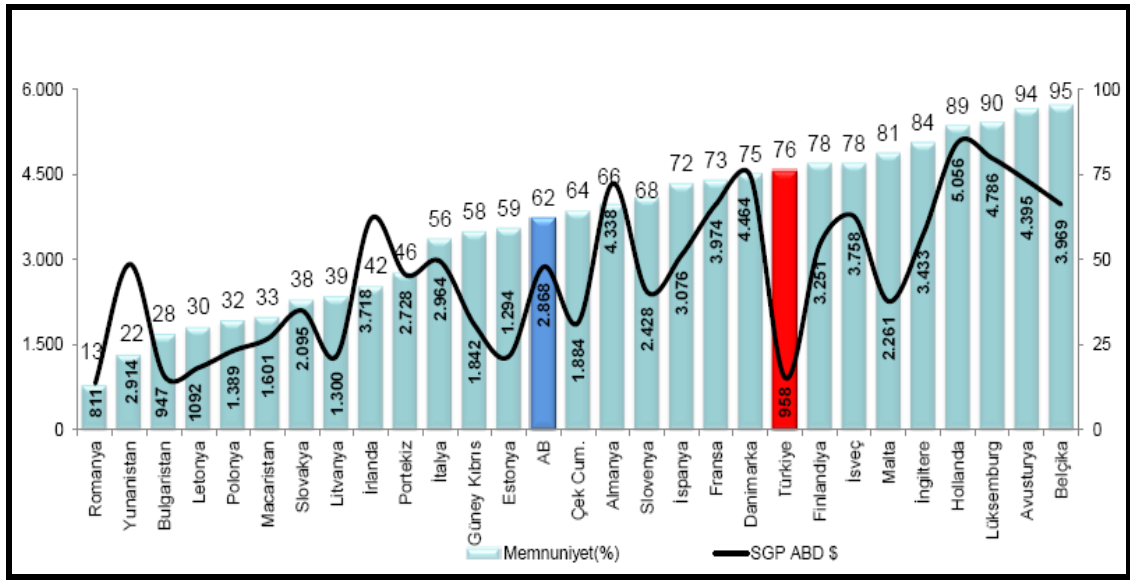
personel çalıştıran, performansa dayalı ödeme ile “personel verimliliğini” artırma uygulamaları içinde olan kamu hastanelerinde işletmeleşme sürecinde önemli mesafeler kaydedildiği anlaşılmaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2011, s.26). SDP’yle beraber, hastanelerde işletme mantığının giderek hakim olması ve döner sermaye gelirlerinin hastane ve çalışanlarının giderlerinin giderek bu yolla karşılamasıyla mali konuları hizmet anlayışından daha önemli hale getirmiştir. Eğitim ve araştırma çalışmalarında aksamalar olmuştur. Performans uygulamalarıyla da çalışanlar zamanı ve emeği bu yönde harcamaya başlamış ve etik değerler aşınma göstermiştir (Arpacı, 2009, s.191).

Sağlık hizmetlerindeki bu dönüşüm sermaye sınıfına da büyük fırsatlar sağlamaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri piyasalaştırıldıkça ilaç, tedavi ve teknoloji tüketimi artmaktadır. Gerek ilaç gerekse teknoloji bakımından yabancı sermayeye bağımlı bir ülke olan Türkiye’de bu sayede bu sermayenin ağırlığı daha da yukarılara çıkmaktadır. Bununla beraber, yabancı sermayenin hakimiyetinin sadece ilaç ve teknolojiyle sınırlı kalmadığı tedavi hizmetlerinde de özel hastaneler aracılığıyla hakimiyetlerini genişlettiği görülmektedir (Belek, 2012, s.11). Özetle, sağlık sektörünün hızla büyüyen ve büyük kaynakların döndüğü bir alan olması sermayenin ilgisinin artmasına neden olmaktadır.

Bahsedilen bu sıkıntılar yanında SDP’nin önemli kazanımlar sağladığı da inkar edilemez. Örneğin, hizmete erişimin kolaylaşmasının sonucu olarak, rüşvet ve yolsuzlukların azaldığı söylenebilir. Çünkü sağlık hizmetlerindeki tıkanma nedeniyle sorunların rüşvet ya da tanıdık ilişkileri gibi gayri resmi yollarla çözüldüğü mekanizmalar ortadan kaldırılmıştır. Aynı şekilde, kamu sağlık birimlerinde “bıçak parası” gibi usulsüz uygulamalar minimize edilmiştir. SDP ile birlikte vatandaşların hizmet sunucularına güvenlerinin atmış olması da bu bağlamda önem arz etmektedir.

SDP’nin olumlu bir sonucu olarak kamu sağlık hizmetlerindeki memnuniyet oranları hızla yükselmiştir. Vatandaşlar muayenelerden, tedavilerden, tahlillerden, sağlık harcamalarının geri ödemelerinden ve genel olarak sağlık hizmetlerinden giderek daha çok memnun hale gelmişlerdir. Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı, 2003 yılında %39,5 iken, 2012 yılında %74,84’e çıkmıştır.

Şu ana kadar sistemin önemli bir başarısı, kişi başı sağlık harcamalarındaki artış oranının çok üzerinde bir memnuniyet oranı artışı sağlamış olmasıdır. Nitekim AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye, kişi başı sağlık harcamasına göre en yüksek memnuniyet düzeyini yakalamış durumdadır. Grafik 3.44'te bu durum gösterilmiştir. 2011 verilerine göre Türkiye, satın alma gücü paritesi (SGP) bazında kişi başına 958 ABD Doları ile %76 memnuniyet düzeyini yakalamıştır. AB ortalaması 2.868 ABD Doları ve %62 memnuniyet düzeyidir.



Grafik 3.44. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, 2011 (%) ve Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, 2010 (SGP ABD \$)

Kaynak: Akdağ, 2012, s. 123

Elbette memnuniyet düzeyi sağlık hizmetlerini değerlendirmede tek başına yetersiz ve sorunlu bir değişkendir. Hele ki, bu memnuniyetin ne ülke ne de hastalar açısından yararlı bir zemin üzerine oturtulamamış olması ayrı bir sorun teşkil etmektedir. Türkiye’de hastaları ilaçla, teknolojiyle, hastaneyle ve hekime muayene olmakla memnun etmeye çalışan bir durum vardır (Belek, 2012, s.208). Bütün bunlara rağmen, Türkiye’nin AB ve OECD ortalamasının hayli üzerinde bir memnuniyet ortalamasının yakalanmış olması ve bunun sağlığa ayrılan kısıtlı bütçelerle gerçekleştirilmiş olması, oldukça önemli ve kayda değer bir gelişmedir. Fakat memnuniyet düzeylerindeki bu iyileşmeye karşın, görüldüğü üzere kişi başı sağlık

harcaması ülkemizde hala AB ortalamasının oldukça altındadır. Bununla beraber, 2003 yılından bu yana sağlık harcamalarının ve kamu sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payında sürekli bir artış olmuştur. Bunun sonucu olarak, kişi başı kamu sağlık harcamaları yükselmiştir. Bütçe içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın payı da artmıştır. Bunlar olumlu olmakla birlikte yeterli değildir. Kalkınma carisi de denilen sağlığa daha fazla kaynak ayrılmalıdır. Bunun için sadece bireysel harcamalar değil, kamusal kaynaklar da arttırılmalıdır. Mali sürdürülebilirlik adına sağlıkta sürdürülebilirlik için ek mali alan yaratılması kaçınılmaz bir durumdur. Bununla beraber, sağlık harcamalarının içeriği de sorunludur. Harcamaların çok az bir kısmı yatırımlara ve halk sağlığına gitmektedir. Önemli bölümü, hastanelere, tedaviye ve ilaca yönelmektedir.

SDP'nin sürdürülebilirliği, yeni getirilen finansman modelinin sağlığına bağlıdır. Genel Sağlık Sigortası ile birlikte, temel olarak sistem, gelir düzeyine göre prim ödeme sistemine bağlanmıştır. Burada iki temel tercihin öne çıktığı söylenebilir: Öncelikle devlet bütçesi yerine, yani vergi gelirlerinin kullanılması yerine, prim gelirleri ile sistemin finansmanı sağlanacaktır. İkinci olarak, yoksulları önceleyen ama bu öncelemeyi yaparken kaynağı işçi/memur sınıfının güvence ve yaşam düzeyi daha iyi kesiminden aktararak yapan bir sistem tercih edilmektedir (Soyer, 2009b, s.180-181). Bu bağlamda sistemin yükünün esas itibariyle orta sınıfın üzerine yüklenmeye çalışıldığı söylenebilir.

SDP'nin finansmanının sürdürülebilirliği ve sağlığı bağlamında, global bütçe uygulamasının sağlıklılığı da tartışmalıdır. Ülkemizde global bütçe uygulamasının iki boyutu söz konusudur: İlki, devlet hastanelerine sundukları teşhis ve tedavi hizmetleri karşılığında geri ödemenin yapılmasında kullanılan global bütçedir. Uygulamanın diğer ayağında ise ilaç harcamalarına yönelik global bütçedir. İki uygulama arasındaki fark, devlet hastanelerine yapılacak geri ödemelerde kullanılan global bütçenin yıllık, ilaçta geri ödemede kullanılan global bütçenin ise üç yıllık zaman dilimleri için belirlenmesidir. Global bütçe uygulamasının en zayıf noktası ise kontrol sürecinde karşımıza çıkmaktadır. Mevcut uygulama içerisinde ödeyici kurum olan SGK, üniversite hastanelerinde yaptığı gibi devlet hastanelerinden kendisine gelen faturalarda yeterli inceleme yapmamaktadır. Fatura incelemesinin olmaması nedeniyle ortaya çıkan

rakamların ne kadarının gerçek sağlık harcaması olduğu, üretilen sağlık hizmetlerinin gerekliliği veya yerindeliği konularında bir kontrol boşluğu yaratmaktadır. Ayrıca, global bütçelerin tasarlanması açısından önemli olan bir başka nokta da şudur: Tüm sağlık kuruluşlarına aynı bakış açısı ile global bütçe tayin etmek doğru olmayacaktır. Örneğin, bir üniversite hastanesinin görev kapsamı ile bir devlet hastanesinin görev kapsamı farklıdır. Bu nedenle, global bütçenin kurgusu da söz konusu sağlık hizmetinin kurgusuna paralel olarak değiştirilmelidir. Hizmet detayına göre bir bütçe tavanının belirlenmesi daha sağlıklı olacaktır. İlaçta global bütçe uygulamasının ise farklı zayıflıkları vardır. Bu sürecin en zayıf noktası, sektör içerisinde yer alan tüm firmalardan aynı oranda iskonto talep edilmesidir. Doğal olarak bir pazar içerisinde her firmanın kar – zarar durumu ve payı farklı olacaktır. Bu farklılık altında, tüm firmalardan aynı oranda bir geri dönüş beklenmesi eleştirilere neden olmaktadır (Akyürek, 2012, s.148-150).

Türkiye'nin demografik yapısı her ne kadar genç bir görünüme sahip olsa da, kadınların iş gücüne düşük katılımı, kayıt dışı ekonomi gibi hususlar dikkate alındığında, kamu harcamalarının finansmanına ilişkin mevcut çeşitli engellerin bulunduğu görülmektedir. Kapsam genişliği neticesinde artan maliyetleri azaltmak için verimlilik çalışmalarının da belirli bir seviyeye ulaşmasının ardından, kamu sağlık harcamalarının azaltılması ihtiyacı devam edecektir. Bu noktada AB'de kullanılmakta olan "tamamlayıcı sağlık sigortası" modelinin yaşama geçirilmesi ile ilgili olarak son zamanlarda tartışmalar yaşanmaktadır. Temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetleri için tamamlayıcı sigorta yaptırma zorunluluğunun getirilmesi beklenmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, tüm sağlık risklerinde asgari meblağların karşılandığı genel sağlık sigortasının üzerine ödenen ek primler ile sağlık riskinin özel sigorta kurumları ile önceden paylaşıldığı bir modeldir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası ile hem kamu finansmanı üzerindeki baskı hafifleyecek, hem özel sigorta sektörü için büyüme alanı doğacak, hem de kamu ile özel sağlık alanda faaliyet gösteren sağlık sunucuları daha etkin bir şekilde faaliyet gösterebileceklerdir. Bunlara ek olarak, sağlık harcamalarında kayıt dışı yapılan cepten ödemelerin takibi de, vergilendirilmeleri sayesinde, sağlanabilecektir (Deloitte, 2012,

s.88). Elbette bu sistemin vatandaşlara ek bir külfet getireceği ve adaletsizliği arttıracığı ileri sürülebilir ki, bu da oldukça gerçekçi bir iddiadır.

Kamu maliyesine etkisi ve finansmanının sürdürülebilirliği bağlamında, SDP'nin mali alan yaratıp yaratmadığı ya da mali alanı daraltıp daraltmadığı da hesap edilmelidir. Göstergelere göre, SDP ile vatandaşların GSYİH'nın yüzdesi olarak sağlık harcamalarını kendilerinin karşılama oranında ciddi bir değişim olmamıştır. Bununla beraber, ilaç ve tedavi masraflarını kendi karşılayan kişilerin oranı düşmüştür. Ayrıca, kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı da azalmıştır. Aynı şekilde ilaç fiyatlarında ciddi düşüşler sağlanmıştır. Bütün bunlara özel sağlık sigortalılarının gelişimi de eklendiğinde ek mali alan yaratma potansiyeli taşındığı, hatta yaratıldığı söylenebilir. Aynı şekilde memnuniyet düzeyleri yükselen ve sisteme güvenleri artan vatandaşların önümüzdeki yıllarda cepten yapılan bireysel sağlık harcamalarını arttırabilecekleri ve vergiye gönüllü uyum sağlayarak, vergi gelirlerinin artmasına neden olunabileceği ileri sürülebilir. Elbette bu gelişme, sistemin sürdürülebilirliği bağlamında çok önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin vatandaş tarafından daha fazla kullanılması, kamu sağlık sektörü finansmanının önemini arttırmaktadır. Ancak sağlık sisteminde genel sağlık sigortasının kapsamının genişliği ve değişen demografik/ekonomik göstergeler neticesinde artan kamu maliyetleri göz önüne alındığında kaliteli bir sisteme erişimin sürdürülebilirliğinin oldukça zorlaştığı görülmektedir. Bunun en temel sebebi, yükselen maliyetlere karşılık politika belirleyiciler tarafından fiyat düşürmeye odaklı politikaların geliştirilmesi ve sonuç odaklı bir planlama yaklaşımından uzaklaşılmasıdır. Bu doğrultuda nicelik açısından gelişmeler sağlanırken, nitelikten ödün verilebilmektedir. Bunun sonucunda sistemin işleyişi; kalite, sektör firmaları açısından faaliyet sürdürülebilirliği, ürünlere ve hizmetlere erişimde arz güvenliği gibi konularda tehlikeye düşmektedir (Deloitte, 2012, s.90).

Sağlık harcamalarının artması ile birlikte, fiziki sermaye, beşeri sermaye ve sosyal sermayede artış olması beklenir. Bu konudaki gelişmeler değerlendirildiğinde; SDP ile sağlık yatırımlarının arttığı, buna karşın hastane ve yatak sayısındaki gelişmelerin yetersiz olduğu söylenebilir. Sağlık cihazları ve ambulans sayılarında ise

ciddi artışlar olduğu belirtilebilir. Hastane sayısı ve hastane yatağı sayısındaki yetersizliklerin son yıllarda kamu özel ortaklığı modeli ile şehir hastaneleri yapımı yoluyla aşılmaya çalışıldığı görülmektedir. Hukuki altyapının oluşturulup, bazı projelerin tamamlanma aşamasına geldiği bu düzenleme ile fiziki sıkıntıların azalması beklenmektedir.

Aynı şekilde bu fiziki olanakları hizmet olarak mümkün kılacak sağlık personeli sayısında da gelişmeler olmuştur. Kamu sektörü açısından reformun yarattığı en önemli olumlu etki, tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmiş olmasıdır. Bunun ötesinde tıp fakültelerinin ve sağlık yüksekokullarının/meslek yüksek okullarının kontenjanlarının artırılması ile son yıllarda sağlık personeli sayısında iyileşmeler olmuştur. Bununla birlikte, özellikle doktor, diş doktoru ve hemşire sayısında OECD ülkelerine göre oldukça geri durumda olduğumuz düşünüldüğünde, bu alanda da kalıcı iyileştirmelere ihtiyaç bulunduğu söylenebilir.

Bu noktada başka bir konu gündeme gelmektedir. SDP ile sağlık çalışanı sayısı arttırılmak istenirken kaliteden ödün verildiği, özellikle hekimlik mesleğinin kurallarının ihlal edildiği gibi iddialar gündeme gelmektedir. Eğer bu konuda özen gösterilmezse, piyasalaşma ve özel sektör mantığı ile birleşince, önümüzdeki yıllarda sağlık alanında ciddi sıkıntılar yaşanabilecektir. Bu anlamda sayı artırımı ile kalite arasındaki hassas denge ihmal edilmemelidir. Türkiye’de tıp eğitiminin verildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarının durumu bu anlamda büyük önem taşımaktadır. Bu kurumlar SDP ile, işleyişlerini eğitim ve araştırmadan ziyade kendilerine bireysel ve kurumsal kazanç sağlayan hizmet faaliyetlerine kaydırmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin geleceği bağlamında, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının durumu, farklı bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Nitekim son zamanlarda bu kurumlara yönelik yeni düzenleme arayışları görülmektedir.

SDP ile gündeme gelen konulardan birisi de sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Vatandaşların algısı, SDP ile birlikte hizmet kalitesi konusunda bir düzelme yaşandığı şeklindedir. Fakat sadece algıya dayalı kalite ölçümü sağlıklı değildir. Bu gerçekten hareketle, SDP ile kalite konusunda farklı adımlar atılmış ve sağlık kurumları için kalite standartları geliştirilmiştir. Ayrıca, nitelikli yatak sayısındaki artışlar ve kişi başına

düşen ambulans sayılarının iyileşmesi de kalite açısından önemli göstergeler olduğu göz ardı edilmemelidir. Kalite konusu reform sürecinin geliştirilmeye açık bir alanı olarak durmaktadır.

SDP ile beşeri sermaye ve sosyal sermayenin gelişimi olumlu etkilenmiştir. Vatandaşların doktor, ebe ve hemşire gibi sağlık personeline olan güveni artmıştır. Sosyal sermayenin güçlenmesi açısından bu son derece önemlidir. Ayrıca, bebek ölüm hızları düşmüş, anne ve çocuk sağlığı konusunda ilerlemeler sağlanmış, ortalama yaşam beklentisi yükselmiştir. Buna karşın, bu konulardaki ilerlemeleri sadece SDP'ye bağlamak da doğru olmayacaktır. Ülkenin genel kalkınma sürecine bağlı olarak bu göstergelerde uzun yıllardır genel bir iyileşme zaten olmaktadır. Aynı zamanda bu konulardaki gelişmeler olumlu olmakla birlikte henüz yeterli düzeye erişmekten de oldukça uzaktır. Sözü edilen konularda OECD ortalamalarının çok altında bir seviye mevcuttur.

SDP ile sağlanan ilerlemelerden birisi de kaynak tahsisinde optimalitenin sağlanmasıdır. Kamu ekonomisi bağlamında optimal kaynak dağılımı büyük önem arz etmektedir. Sağlık sunucularının bölgesel dağılımında iyileştirmeler sağlanması bu temelde ele alınabilir. SDP ile hekim, hemşire/hastabakıcı ve hastane yatağı sayısı bakımından bölgeler arası dengesizlik önemli oranda giderilmiştir. Kaynaklar daha çok ihtiyaç duyulan geri kalmış bölgelere kanalize edilerek, bölgesel kaynak dağılımında optimalite temel alınmıştır. Bunun yanında, reform sürecinde kaynaklar halk sağlığı ve koruyucu toplum sağlığına yönelik alanlara daha çok tahsis edilmiştir. Fakat, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak hala çok yetersizdir. Bu konuda iyileştirmeler yapılmalıdır. Reform sürecinin yetersiz kaldığı alanlardan birisi de budur.

Optimal kaynak tahsisi yanında, hizmet sunumunda adalet ve eşitliğin sağlanması da büyük önemdedir. Bu bağlamda, bölgesel farklılıkların azaltılarak bölgesel adaletin daha çok sağlanmaya çalışıldığı söylenebilir. Örneğin, geri kalmış bölgelerde kişi başı hekime müracaat sayılarında kayda değer iyileştirmeler yaşanmıştır. Bu konuda bölgeler arasındaki farklılıklar 2002 yılından 2011 yılına ciddi gelişme göstermiştir. Fakat hala yeterli iyileşmenin sağlanamayıp farklılıkların devam ettiği hizmet konuları bulunmaktadır.

Bölgesel adalet yanında, sağlık hizmetlerinin sosyal gruplar arasında dengeli dağılımı ile ilgili olarak da iyileşmeler sağlanmıştır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi, farklı sigorta paketleri arasındaki sağlık hizmetleri eşitlenerek ve daha zayıf konumdaki sosyal grupların sağlık güvenceleri arttırılarak sağlıkla ilgili sosyal adalete ulaşma yönünde adımlar atılmıştır. Ayrıca nüfusun neredeyse tamamı sosyal güvence altına alınarak eşitsiz yapı giderilmeye çalışılmıştır.

Kaynak kullanımında ekonomiklik, verimlilik ve etkinliğin sağlanması iktisadi bakımdan temel önceliktir. SDP ile bu konularda da kayda değer gelişmeler sağlandığı söylenebilir. Hasta sevk oranları ve sevk işlemlerinin azalması ile zaman ve maliyet tasarrufları gerçekleşmiştir. İşlemlerde maliyet düşüşleri ile ekonomiklik sağlanmıştır. Aynı zamanda kişi başına müracaat sayıları artmış, yatak devir hızları yükselmiş, yatak doluluk oranları artmış, hekim verimliliğinde ve teknoloji verimliliğinde artışlar sağlanmıştır. Nihayetinde sağlık harcamalarında etkinlik ve etkililik arttırılmıştır. Elbette ekonomiklik ve verimlilik konusundaki bu gelişmeler özellikle sistemin sürdürülebilirliği bağlamında önemlidir. Fakat sağlık hizmetlerinde ekonomiklik ve verimlilik, kalite ve etkililik ile birlikte ele alınmalıdır. Bir hizmetin düşük maliyetlerle ve yüksek çıktı sağlayarak gerçekleştirilmesi her durumda iyi bir şeydir. Fakat sağlık gibi bir alanda daha da önemli olan, sunulan hizmet sonucunda bireylerin ve toplumun sağlığının gelişimidir. Bu kapsamda, az maliyetle kaç kişiye ne kadar hizmet sunulduğundan çok, ya da en az onun kadar, sunulan hizmet sonucunda sağlıkla ilgili ne gibi somut sonuçlar elde edildiği dikkate alınmalıdır.

SDP ile sağlık alanında birçok mevcut sorun halledilmiş ya da hafifletilmiştir. Bununla beraber yeni sistem bir takım yeni sorunları da beraberinde getirmiştir. SDP uygulamasının ortaya çıkardığı sorunlardan birisi, kıt kaynakların gereksiz yere kullanımını önleyebilme amacıyla uygulamaya konulduğu iddia edilen katkı payları ve ilave ücretlerdir. Çünkü bunlar, vatandaşlar tarafından giderek *mali bir külfet* olarak algılanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2011, s.82). Pek çok sağlık hizmet türü uzunca bir süre, modelin temel unsurları olan *kullanma bedeli (muayene katılım/katkı payı)* (şimdi 8-12TL), *ilaç katkı/katılım payı* (ortalama %20) ve *ek ücret/fark ücreti* (şimdi üst sınır SGK'nın ödediğinin %90'ıdır) söz konusu olmadan sunulmuştur. Sistemin ilk yıllarında

bu anlamda vatandaşın cebinden bu hizmetlerden yararlanırken hemen hemen hiç para çıkmamıştır. Daha sonraki yıllarda, basamak yükseldikçe artan oranda *kullanma/muayene katılım bedeli*, tüm hizmetlerden asgari %20 *ilaç katkı payı* ve özel sağlık kurumlarından hizmet alındığında *ek ücret/fark ücreti* ödeme zorunluluğu uygulamaya konulmuştur. Bunları ödeyemeyenlerin de sağlık hizmetlerinden yararlanması mümkün değildir (Sütlaş, 2012, s.43). 2012 yılından itibaren ise Genel Sağlık Sigortası'yla ilgili yeni düzenlemeler yapılarak, Yeşil Kart sahiplerinin durumu gözden geçirilmiş, asgari ücretin 1/3'ünden az gelire sahip olan yoksullar dışındaki herkes zorunlu sağlık sigortası kapsamı içine alınmıştır. Kişiler gelirlerine göre, 35 ile 213 TL arasında bir primi SGK'ya ödemek zorunda bırakılmıştır. Bu primleri ödeyemedikleri takdirde SGK'ya borçlanmaları ve bu süre içinde de tanı ve tedavi hizmetlerinden yararlanamamaları hükme bağlanmıştır. Ayrıca, katılım payı ödeyemeyenlerden daha sonra adrese gönderilen tutanaklarla borcun tahsil edilmesi ve tahsil edilemediği durumlarda haciz uygulamasına başvurulması yönünde bir düzenleme de yapılmıştır. Bu bağlamda, SDP ile yaşama geçirilen kimsenin hastanelerde rehin kalmaması, herkesin sağlık hizmetlerinden serbestçe faydalanabilmesi uygulamalarının geleceği de tartışmalı ve şüpheli hale gelmektedir.

Reform sürecinin belki de en sorunlu alanı toplum sağlığı ilgili olan yönüdür. SDP ile topluma yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri, "toplum sağlığı merkezi" denen birimlerle bölge bazında sunulmaktadır. Hizmet birimi ile yararlananlar arasındaki fiziksel uzaklık arttıkça, hizmetten yararlanma olanağı da azalmaktadır. Bu hizmetler, SGK kapsamı içinde de değildir. Buralardaki sağlık çalışanları daha az ücret aldığı için sıklıkla eksik elemanla hizmet sunulmaktadır. Ayrıca çalışanların genel olarak hizmet verme konusundaki motivasyonları da düşüktür. Olanak bulduklarında da yüksek ücretli kurumlara yönelmektedirler. Sonuç olarak, SDP'nin asıl hedefinin toplumun sağlığı ve sağlıklılığı olmadığı, onun yerine daha çok sağlık sigortası kapsamında olanların çeşitli nedenlerle yaşadığı "hastalıkların yönetimi"ni hedeflediği iddia edilebilir (Sütlaş, 2012, s.44). Uzun vadede temel sağlık göstergelerinde iyileşmenin sürdürülebilmesi için, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmelidir. Bu kapsamda bu hizmetlere ayrılan pay

arttırılmalıdır. Böylece daha fazla olan yataklı tedaviye ihtiyaç azalarak temel sağlık göstergelerinin iyileşmesine yüksek katkı sağlanacaktır (Arslanhan, 2010, s.6).

Sonuç olarak, dönüşümden önce kullanılmakta olan eski sağlık sisteminin değiştirilmesi, elbette ki kaçınılmazdı. Eksik yönleri, toplumun tüm kesimini etkilemekle kalmayıp; modern toplumun, güncel gereklerini ve haklin taleplerini karşılamamaktaydı. Bu ihtiyacı gidermek için hayata geçirilen SDP ile de piyasa temelli yeni sistemin uygulama farklılığı, yukarıda bahsettiklerimiz doğrultusunda birtakım sorunları beraberinde getirmiştir. Bunların başında da vatandaş odaklılıktan ziyade, vatandaş odaklılık kılıfı altında aslında müşteri odaklı bir yaklaşımın yürürlüğe konulması gelmektedir. Dolayısı ile geline aşamada vatandaş odaklılık adına özel bir sağlık piyasasının yaratılmaya çalışıldığı söylenebilir. Bu aşamada sağlık hizmetlerini vatandaş odaklı hale getirmek için atılması gereken daha çok adım vardır. Bu adımlar şöyle sıralanabilir (Aktan ve Işık, 2007, s.2-3):

- i. Erişebilirlik koşullarının daha çok iyileştirilmesi ve hizmet sunulmayan hiçbir bölge ve nüfusun kalmaması, tüm ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmesi,
- ii. Sağlık sistemini oluşturan bütün elemanlar ya da birimler arasındaki uyumsuzluk sorunlarının giderilerek bu kapsamda ortaya çıkan maliyetlerin minimize edilmesi,
- iii. Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kıt kaynakların verimliliğinin yükseltilmesi,
- iv. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da ekonomik etkinlik arayışlarının sürdürülmesi,
- v. Sağlık hizmetini sunan uzmanların eğitilmesi,
- vi. Sağlık doğuştan kazanılan bir hak olduğu için sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.29) gerekmektedir.

Bunların dışında, sağlık hizmet sunumunda tedavi edici sağlık hizmetlerine göre sağliğın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, yani koruyucu sağlık hizmetleri, ncelenmelidir. Özellikle, birinci basamak sağlık kurumlarında koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri entegre biçimde ve ekip tarafından sunulmalı, bu sağlık hizmet birimlerinin başta kırsal bölgelerde ve büyük kentlerdeki eksiklikleri giderilmeli, en kısa sürede yeterli sayıya ve niteliğe kavuşturulmalıdır. Bunun yanında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları birinci basamak sağlık kurumlarını destekleyecek biçimde yeniden yapılandırılmalıdır. Teknolojik donanım tıbbi müdahale ve hasta sayısı dikkate alınarak planlanmalı, bölgesel farklılıklar en kısa sürede giderilmelidir.

Vatandaş odaklı kamusal hizmet yaklaşımının aslında daha çok müşteri odaklılıkla eş anlamda tutulması sağlık sisteminde yeni bir düzenlemeyi zorunlu kılmaktadır. Her ne kadar vatandaş odaklı sağlık hizmeti adı altında bugüne kadar yapılan reformlarla sağlık sistemindeki birtakım sorunlar çözülmüş ya da hafifletilmişse de, özellikle sistemin giderek piyasalaşması nedeniyle yeni birtakım sıkıntılar ve hoşnutsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Ülkenin sosyoekonomik yapısı düşünüldüğünde tamamen piyasacı ve müşteri odaklı bir yaklaşımın uzun vadede daha da ciddi sorunlara neden olabileceği ve sürdürülebilirliğinin zor olduğu söylenebilir. Bu anlamda, sistemin tekrar gözden geçirilerek revize edilmesi kaçınılmaz görünmektedir.

SONUÇ

Bazı çevrelerce olumlu bazıları tarafından ise olumsuz olarak nitelendirilen küreselleşme ve neoliberal anlayışın toplumsal yaşamda büyük bir dönüşüm yarattığı inkar edilemez. Yaşanan dönüşüm sadece ekonomik alanda sınırlı kalmamakta, devlet, yönetim, kültür ve sosyal alanlarda da etkisini göstermektedir. Böylesi bir ortamda kamu sektörü ve kamu hizmeti de doğal olarak etkilenmektedir. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı ilerlemeler bu dönüşümü kolaylaştırırken, politik ve felsefik anlayıştaki değişim ise bu dönüşümün giderek içini doldurmaktadır. Devletlerin geleneksel usullerle hizmet sunmaları, bütçe yapmaları ve denetim faaliyetlerini gerçekleştirmeleri giderek zorlaşmaktadır. Özel sektörün mantığı ve araçlarını daha çok kullanmakta etkinlik, ekonomiklik, katılımcılık, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi unsurları göz önünde bulundurmaktadırlar. Bu bağlamda, geleneksel sunum yerini kamu özel sektör ortaklıklarına ve piyasaya benzetmeye bırakırken, bütçe anlayışı katılımcı, farklılıklara duyarlı ve cinsiyete dayalı bütçelemeye doğru kaymaktadır. Denetim ise sadece mali denetim ya da uygunluk denetim olmaktan öte, performans denetimine doğru evrilmekte, iç kontrol ve iç denetim, yeni denetim türleri olarak öne çıkmaktadır.

Tüm bunlardan görüleceği üzere, yeni devlet ve hizmet anlayışı hem piyasayı temel alan hem de buna bağlı olarak vatandaşın memnuniyetine daha çok önem veren bir yapıya dönüşmeye başlamıştır. Bu bağlamda, devletin toplumdaki rolü ve vatandaşlar arasındaki ilişkiler yeniden tanımlanmaya ve biçimlendirilmeye çalışılmıştır. Gerçekleştirilmek istenen dönüşümde vatandaşın rolünün ne olması gerektiği, tartışılır hale gelmiştir. Özel sektörün benimsenen unsurlarına istinaden vatandaş da müşteri olarak mı görmek gerekir sorusu akla gelmektedir. Bir kesimin savunduğu ve müşteri odaklı yaklaşım olarak nitelendirilen bu anlayışta, vatandaşa sanki kamu hizmetinin bir müşterisiymiş gibi davranmanın daha yerinde olacağı ifade edilmiştir. Fakat bir takım eleştiriler de bunun peşi sıra gelmiştir. Vatandaş müşteri olarak görüldüğünde, parası olmayan bireyin hakkının ne olacağı, adaletin ve eşitliğin nasıl sağlanacağı gibi konular endişe yaratmıştır.

Müşteri odaklı hizmet anlayışına yönelik kaygı ve eleştiriler, alternatif bir hizmet sunum modelinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Vatandaş odaklı kamu hizmeti

yaklaşımı olarak ifade edilen bu model, bir kısmıyla müşteri odaklı hizmet anlayışına benzese de vatandaşa biçtiği rolle ondan ayrılmaktadır. Bu hizmet anlayışının vatandaş için öngördüğü rolün arkasında yatan neden aslında, ortaya çıkan yeni vatandaşlık anlayışı olmuştur. Küreselleşme, neoliberalizm, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki baş döndürücü gelişme ve post-modern anlayışın güçlenmesi gibi birçok faktör, vatandaşlık kavramında bir dönüşüm yaratmıştır. Artık dünyanın birçok yerinde politik karar ve süreçleri etkileme gücü yüksek, bu süreçlere daha fazla katılma fırsatına sahip olan, hakkını daha çok ve farklı kanallarla arayan, geleneksel nitelikteki hizmetlerden daha fazlasını/farklısını isteyen ve küresel fırsat ve haklardan yararlanmayı bekleyen bir vatandaşlık anlayışı ortaya çıkmıştır.

Hem piyasa unsurlarının hem de yeni vatandaşlık anlayışının şekillendirdiği vatandaş odaklı yaklaşım, özel sektörün bazı teknik ve ilkelerinden yararlanarak, onları kamu yönetimi kalıbı içerisinde eriten, kar değil kamu hizmeti merkezli, müşteri değil vatandaş esas alan, kamu yararı ve hakkaniyet ölçülerine bağlı kalarak, kamu hizmetini etkin-verimli-ekonomik ve kaliteli olarak sunmaya çalışan bir anlayışı ifade etmektedir. Bu anlayış, bilgi ve iletişim teknolojilerinin yarattığı e-devlet, m-devlet ve tek durak merkez gibi uygulamalarla mümkün hale gelirken; yönetim, ombudsmanlık, vatandaş sözleşmeleri ve vatandaş odaklı bütçeleme gibi araçlar da bu yaklaşımın hayata geçmesini sağlamıştır.

Müşteri odaklı yaklaşıma kayma, tercih yapma şansı olmayan hizmetlerin varlığı, katılımcılığı gerçekleştirmedeki zorluk ve zaman kısıtı gibi bir takım sıkıntılar minimuma indirilebildiği takdirde vatandaş odaklı yaklaşımın önemli faydalar sağladığı görülmektedir. Bu faydalar hem devlet hem de vatandaşlar için geçerlidir. Devlet için kaynak kullanımında etkinlik ve verimlilik yanında, mali alan yaratması ve her tür sermayenin güçlenmesine olanak sağlamaktadır. Vatandaş açısından ise vatandaşlık bilincini daha da güçlendirici, karar alma süreçlerindeki rolünü artırıcı ve demokrasiyi güçlendirerek daha iyi yaşayabilme yönünde bir etki yaratmaktadır. Bunun ötesinde, vatandaşların daha kaliteli, daha hızlı ve kolay erişilebilir, daha şeffaf, daha adil ve eşitlikçi bir hizmete sahip olabilmeleri anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, dünyada birçok ülkede farklı sektör ve ağırlıklarda uygulama alanı bulmaktadır.

Türkiye’de 2003 yılında yürürlüğe konan SDP ile sağlık sistemi vatandaş odaklı şekilde yapılandırılmaya çalışılmıştır. Aslında birçok yönüyle vatandaş odaklılıktan ziyade müşteri odaklı bir nitelik taşısa bile; en azından iddiası vatandaş odaklılık olan SDP bu yaklaşımı da önemli oranda yapısında barındırmaktadır. Elbette bu konuda temel sorun, aslında teorik düzeyde bile müşteri odaklılıkla vatandaş odaklılık arasındaki ince çizginin çok net çizilememesidir. Dolayısı ile bu konuda teorik bazda da ciddi bir karmaşa ve belirsizlik söz konusudur. Bu kafa karışıklığının ve muğlaklığın SDP’ye de yansımış olması şaşırtıcı değildir.

Şurası unutulmamalıdır ki, sağlık hakkı doğuştan edinilmiş bir insan hakkıdır. Birey ve ülke refahının temel dinamiğidir. Bu anlamda, sağlık hizmetleri herkesin eşit ve adil bir şekilde erişim sağlayabileceği bir şekilde organize edilmelidir. Elbette vatandaşın ziyade müşteri anlayışının öne çıkması, bu yönde ciddi bir tehdit olarak görülmelidir. Vatandaşın müşteri olmadığı kabul edilerek, sistem odağına vatandaş kavramını –gerçek anlamı ve bütün ruhu ile- almalıdır.

SDP’yle beraber sağlık sistemi daha çok özelleştirilerek, sağlık sunucuları performans çerçevesinde yapılandırılmıştır. Sonuçta, sağlık çalışanları sözleşmeli hale gelmiş, kamu sağlık hizmetlerinin bir kısmı özel sektörden alınmaya başlamış, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tanı ve tedaviyi daha çok öne alan bir sistem ortaya çıkmıştır. Özellikle sistemin bel kemiği sayılan aile hekimliği uygulaması, daha çok düşük gelirli kesimin yararlandığı bir tanı ve tedavi hizmet birimi olmanın ötesine geçememiştir. Başta kırsal kesimde yaşayanlar olmak üzere vatandaşların büyük çoğunluğu için birinci basamak hizmeti hala yeterli düzey ve kaliteye gelememiştir.

Tedaviye yönelik hizmet veren ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları işletme haline getirilmiştir. Gerek bu kurumlara gerekse özel hastanelere başvuran vatandaşlardan, katılım payı adı altında değişen miktarlarda bir ücret alınmaktadır. Bunun yanında özel sağlık hizmet sunucuları, niteliğine ve verdiği bazı hizmetlere göre ayrı fark ücretleri almaktadır. Aynı şekilde ilaç alımlarında da katılım payları alınmakta; aile hekimliğinde de vatandaşın ilave ücret ödemesi yönünde yeni düzenlemeler yapılmaktadır. Bu da demek oluyor ki, bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamaları giderek artacaktır. Her ne kadar sistemin sürdürülebilirliği adına katkı sunsa da, cepten

yapılan sağlık harcaması, ailelerin fakirleşmesi sebebiyle “katastrofik (yıkıcı)” sağlık harcaması olarak kabul edilmektedir. Önümüzdeki yıllarda, bu harcamalardaki artışa bağlı olarak sağlığa erişimde ve memnuniyet düzeylerinde de ciddi azalışlar görülmesi muhtemeldir. Oysa 2003 yılından bu yana sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı oldukça artmıştır. Çünkü tüm özelleştirme ve piyasalaştırma girişimlerine rağmen günümüze dek cepten yapılan özel harcamalar ciddi şekilde artmamıştır.

SDP ile ortaya çıkan yeni bir durum da kişisel sağlık verilerinin paylaşımı ve güvenliği sorunudur. Sistem, yoğun iletişim teknolojisi kullanımı ve vatandaşların sağlıkla ilgili düzenli ve detaylı verilerinin tutulmasını gerekli kılmaktadır. Bu noktada, bu verilerin vatandaşın isteği ve bilgisi dışında paylaşımı ve kullanımı ile ilgili ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda bu konuda basına yansıyan tehlikeli ve insanları rahatsız edici örnekler sıkça tekrarlanmaktadır. Daha da tehlikeli olanı ise bu verilerin güvenliği ve çeşitli nedenlerle resmi makamlar tarafından başka amaçlar için kullanılması ya da paylaşılması riskidir. Bu noktada azami özen gösterilerek, gerekli önlemler acilen alınmalıdır.

SDP ile yaşama geçirilen uygulamalar sayesinde, vatandaşların genel olarak sağlık hizmetlerinden ve sağlık sunucularından memnuniyetleri ve kalite algıları artmıştır. Diğer yandan, sistemin giderek özelleşmesine rağmen bu algıları şu ana kadar değişmemiştir. Bu bağlamda, SDP ile vatandaşlar açısından paranın karşılığının artırıldığı ifade edilebilir. Bu da sistemin sürdürülebilirliği bağlamında önem taşır.

SDP'nin getirdiği önemli bir sonuç da hizmete erişebilirliğin artması ve performans temelli çalışmanın yaygınlaştırılması nedeniyle tedavi, tahlil, ameliyat ve ilaç kullanımının hızlı bir şekilde artmış olmasıdır. Performans kaygısıyla hekimlerin bu alanlarda yapay talep yarattığı ciddi bir iddia olarak gündeme gelmektedir. Son yıllarda, bu konuda ortaya atılan iddialar iyice artmıştır. Bu işlemlerin kamusal maliyetleri de oldukça yüksektir. Bu anlamda yapay talep ve aşırı tüketimin mutlaka önlenmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak denilebilir ki, SDP vatandaş odaklı birçok uygulamayı yürürlüğe koysa da gittikçe vatandaş odaklılıktan müşteri odaklılığa kaymaktadır. Tüm kazanımlarına rağmen, sağlık sektöründe son yıllarda ortaya çıkan sorunların özünde de bu gelişme yatmaktadır. Oysa sağlık gibi gerek birey gerekse toplum açısından hayli önemli bir alanı tamamen özelleştirerek piyasalaştırmak ileride düzeltilmesi zor sorunlara neden olacaktır. Bu bağlamda, gelinen aşamada sistemi tekrar vatandaş odaklı uygulamalara kanalize etmek gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık sistemini vatandaş odaklı yaklaşımın ağırlığında yapılandırmak için atılması gereken adımların başında, vatandaş odaklı bütçeleme ve vatandaş için bütçe uygulamalarının hayata geçirilmesi gelmektedir. Bu bağlamda, özellikle Sağlık Bakanlığı bütçesini hazırlarken vatandaşların talep ve beklentilerini mutlak olarak dikkate almalıdır. Temsilciler veya çeşitli kanallarla (e-devlet, m-devlet uygulamaları veya çağrı merkezleriyle) doğrudan, vatandaşların daha çok hangi hizmetlere öncelik verilmesini istedikleri, hangilerine yapılan harcamaların gereksiz veya abartılı gördükleri ve hangi hizmetlerin yetersiz düzeyde bulduklarını dile getirmelerine imkan verilmelidir. Böyle bir uygulama hayata geçirilebildiği takdirde, sağlığa ayrılan bütçelerde hem etkinsizlik ve verimsizliklerin önüne geçilebilmesi hem de azami müşterek de buluşularak vatandaş odaklı yaklaşımın gerçekleşmesi mümkün hale gelmektedir. Bununla beraber, bütçelerin vatandaş odaklı olabilmesinin bir şartı da vatandaşların denetimine imkan vermesidir. Vatandaşların temsilcilerinin veya doğrudan kendilerinin bütçeyi ve sonuçlarını görüp değerlendirebilmesi ve ombudsmanlık mekanizmasına benzer bir yöntemle bu konudaki şikayetlerini dile getirebilmesi gerekmektedir. Bununla beraber, bu şikayetlerin sadece ilgililerce alınması yeterli değildir. Yetkili kişiler tarafından titizlikle incelenmesi ve önem arz eden konularda gerekli işlemlerin yapılması gerekmektedir.

Vatandaş odaklı bütçeleme yanında, hem Sağlık Bakanlığı hem de SGK’nın “vatandaş için bütçe” oluşturması gerekmektedir. Her ne kadar bu kurumlar vatandaşların ulaşabileceği şekilde bazı öz sunumlar ve raporlar hazırlasa da bunların tam bir vatandaş için bütçe niteliği taşımadığı aşikardır. ABD ve bazı AB ülkelerindeki örneklerine benzer şekilde, vatandaşların kolayca ulaşabileceği ve özellikle de rahatça

anlayabileceği şekilde sağlık gelir ve giderlerinin büyüklüğü ve kalemlerini gösteren bütçeler hazırlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde vatandaş odaklı yaklaşımı tam manasıyla yerine getirebilmek için yapılması gereken bir diğer şey vatandaş sözleşmelerinin hazırlanmasıdır. Diğer bir ifadeyle, hizmetlerin nasıl ve ne zaman sunulacağı, bu hizmetlerden yararlanabilmek için yapılması gerekenleri, yani hizmete ait temel bilgileri, hizmetten kimin sorumlu olduğu, hizmet standartlarına uyulmadığı takdirde şikayet mekanizmalarına dair bilgileri içeren dokümanlar hazırlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın bu yönde bazı çalışmalar yaptığı bilinmektedir. Sağlık grup başkanlıkları, toplum sağlığı merkezleri, hastane ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hangi hizmetin, hangi süre içinde sunulacağı, hangi belgelerin istendiği ve belirtilen durum ve standartlarda hizmet sunulmadığı takdirde hangi mercilere başvurulabileceğini gösteren tablolar hazırlanarak internet sitelerinde yayınlanmıştır. Bu yöndeki çalışmaların arttırılarak devam ettirilmesi ve SGK'nın da benzer uygulamaları hayata geçirmesi gereklidir.

Son olarak, e-devlet, m-devlet ve çağrı merkezleri gibi araçlardan sağlık hizmetlerinin sunumunda yararlanılmaya başlandığı ve diğer sektörlere göre daha çok adım atıldığı bilinmektedir. Bununla beraber, özellikle gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında henüz yeterli seviyede olmadığı da yadsınamaz bir gerçektir. İnternet veya telefonla randevu almanın mümkün hale gelebilmesi, benzer yolla aile hekiminin sorgulanabilmesi veya bazı bilgilere e-devlet veya m-devlet uygulamalarıyla erişilebilmesi son derece önemlidir. Ama hala atılması gereken adımlar vardır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı yanında özel sağlık kuruluşlarını da içine alacak şekilde entegre bir internet sitesi ve tek çağrı merkezi üzerinden randevu alabilmenin mümkün hale getirilmesi gerekmektedir. Böyle bir sistem hayata geçirilebildiği takdirde tek duraklı merkez uygulaması da bir ölçüde hayata geçirilmiş olur. Bu doğrultuda 1 Temmuz 2013 itibariyle aile hekimlerine de merkezi hastane randevu sistemi üzerinden veya 182 numaralı çağrı merkezi aracılığıyla randevu alınarak gidilebilmesi önemli bir adımdır. Bunun ayrıca, sistemdeki tıkanıkların da önüne geçeceği düşünülmektedir. Bunun yanında, vatandaşların tahlil ve muayene sonuçlarını görebileceği bir e-devlet veya

çağrı merkezi sisteminin oluşturulması, yaptıkları ilaç ödemeleri ve verdikleri fark ücretlerini yine bu kanallarla kolayca öğrenebilir hale getirilmesi gibi bir takım yenilikler de hayata bir an önce geçirilmelidir.

Bütün bunlar yanında, sistemin hala adalet ve eşitlik ayağının zayıf olduğu görülmektedir. Vatandaş odaklı yaklaşımı yerleştirebilmek adına bu zayıflığın da mutlak olarak giderilmesi gerekmektedir. Örneğin, sadece asgari ücretin 3'te 1'inden az geliri olanların prim ödeme zorunluluğun olmaması adaleti zedeleyen bir unsurdur. Bu konudaki sınırın -en azından- asgari ücret olarak belirlenmesi daha doğru görünmektedir. Asgari ücret alan vatandaşlardan katılım payı ve fark ücretleri de alınmamalıdır. Halen, sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki teminat paketleri, yeşil kart uygulaması ve primsizler arasındaki farklılıkların tam manasıyla giderilememesi de adalet adına sıkıntılı bir durum oluşturmaktadır. Bunun yanında bölgesel adaletsizlikler konusunda da bazı düzelmeler görülmekle beraber, hala atılması gereken adımlar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastane sayılarını ve özellikle nitelikli yatak sayılarını daha da arttırmalıdır. Bu durum adaleti sağlamanın yanında, hizmete erişimi de kolaylaştıracaktır.

KAYNAKÇA

- A.T. Kearney. (2009). *How to Become a Citizen-Centric Government: A.T.Kearney Study of Public Institutions in Eastern Europe*. http://www.atkearney.com/images/global/pdf/Citizen-Centric_Government.pdf, (2 Kasım 2011).
- Abid, N. (1998). “Performans Denetiminde Pakistan’ın Deneyimi Üzerine Bir Yaklaşım”. *Sayıştay Dergisi*. D. Kubalı (çev.). 29 (Nisan-Haziran), 104-121.
- Abu-İsmail, K. ve Roy, R. (2011). “Fiscal Space in Arab Countries: A Human Development Perspective”. *International Conference on Recent Trends on Financing Development*, 11-13 April 2011, Beirut, Lebanon, http://www.arab-api.org/conf_0311/p6.pdf (11 Ocak 2012).
- Ahrens, J. (2000). *Toward a Post-Washington Consensus: The Importance of Governance Structures in Less Developed Countries and Economies in Transition*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.196.2683> (17 Mart 2012),
- Aichholzer, G. ve R. Schmutzer. (1998). “Bringing Public Administration Closer to the Citizens”. *The Conference of The Information Society Forum of the European Commission WG 5: Public Administration*. Vienna. 12-13 November. http://epractice.eu/files/media/media_850.pdf (21 Şubat 2012).
- Akalın, A. (1998). “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Hızlanıyor”. *Toplum ve Hekim*. 13.3 (Mayıs-Haziran).
- Akçagündüz, E. (2010). “Küresel Krizlerde Yönetişim Kavramının Önemi”. *Turgut Özal Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Kongresi I*. Malatya: İnönü Üniversitesi, 15-16 Nisan, 321-336.
- Akdağ, R. (2012). *2013 Mali Yıl Bütçesi’nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu’na Sunum: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 10. Yılı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. 20 Kasım.
- Akdağ, R. (Ed). (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2010)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (Ed.) (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri: Kasım 2002-2008*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R., S. Aydın ve H. Demirel. (Eds.). (2008). *İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 749. ISBN:978-975-590-273-9.

- Akdoğan, A. (2002). *Kamu Maliyesi*. Ankara: Gazi Kitabevi, Gözden Geçirilmiş 8. Baskı.
- Akdemir, S. (2001). “Yapısal Uyum Programları ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi”. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*. 12. 40 (Bahar), 45-72.
- Aksoy, T. (2002). *Tüm Yönleriyle Denetim*. Ankara: Yetkin Yayınları.
- Aktan, C. C. (1987). *Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve Özelleştirme*. İzmir: Bilkom Yayıncılık.
- Aktan, C. C. ve A. K. Işık. (2007). “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”. C. C. Aktan ve Ulvi Saran. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* içinde. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı Yayını.
- Aktel, M. (2004). *Küreselleşme ve Kamu Yönetimi*. Ankara: Asil Yayın ve Dağıtım.
- Akyürek, Ç. E. (2012). “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”. *Sosyal Güvenlik Dergisi • Journal Of Social Security*. 2, 124-153.
- Allmendinger, P. (2000) *Planning in a Postmodern Age*. London: Routledge.
- Altay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. *Sayıştay Dergisi*. 64, 33-58.
- Andrews, M. ve A. Shah (2005a). “Citizen-Centered Governance: A New Approach to Public Sector Reform”. A. Shah (Ed.). *Public Services Delivery* içinde. Washington, D.C: The World Bank Public Sector Governance and Accountability Series, 153-180.
- Andrews, M ve A Shah. (2005b). “Toward Citizen-Centered Local-Level Budgets in Developing Countries”. A. Shah (Ed.). *Public Expenditure Analysis* içinde. Washington D.C: The World Bank Public Sector Governance and Accountability Series, 183-216.
- Appleton, S. ve F. Teal (1998). “Human Capital and Economic Development”. A *Background Paper Prepared For the African Development Report*. <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/00157612-FR-ERP-39.PDF> (21 Mart 2013).
- Aristoteles. (1993). *Politika*. M. Tunçay (çev.). 4. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Arpacı, B. (2009). “Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Tam Gün Çalışma”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 191-192.

- Arslanhan, S. (2010). "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?" *TEPAV Değerlendirme Notu*, Temmuz. http://www.tepav.org.tr/upload/files/1279030877-2.Artan_Saglik_Harcamalari_Temel_Saglik_Gostergelerini_Nasil_Etkiliyor.pdf (11 Şubat 2013).
- Aşçıgil, S. (15 Eylül 2006). "Etik ve KÖSİ". *Uluslararası KÖSİ (PPP) Zirvesi Sempozyumu*. Ankara.
- Ateş, H. ve Y. Okur. (2009). "Kamu Kurumlarında Performans ve Denetimin Etkinliğinin Arttırılması İçin Bir Alternatif: Yurттаş Şartları". *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18. 2, 101 – 125.
- Ateşoğlu, N. ve E. Özkan. (2010). "Otoriter Kamu Yönetimi Anlayışından Vatandaş Odaklı Anlayışa Geçiş Mümkün mü?" *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 2. 1, 51-60.
- Aucoin, P. (1990). "Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums". *Governance*. 3. 2 (April), 115-137.
- Aulich, C. (1999). "Bureaucratic Limits to Markets: The Case of Local Government in Victoria, Australia". *Public Money & Management*. 19. 4 (October-December), 37-43.
- Avşar, B. Z. (1998). *Ombudsman (Kamu Hakemi): Türkiye İçin Bir Model Önerisi*. Hak-İş Eğitim Yayınları, No.38.
- Ay, H. M. (2006). "Türkiye'de Kayıtdışı Ekonomiyi Önlemede Bilgi Ekonomisinin Etkinliği Ve Gelir İdaresinin Rolü". *Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi*. 9. 11 (Aralık), 57-82, <http://iibfdergi.kmu.edu.tr/userfiles/file/aralik2006/5.pdf> (11 Ocak 2013)
- Aykın, H. (2002). "Yeni Ekonomide Devletin Yönü: E-Devlet". *Maliye Dergisi*. 141 (Eylül-Aralık), 3-20.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2008). *2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum*. İstanbul: Yordam Yayınları.
- Bahadır, O. (2010). "Ombudsmanlık Kurumunun İsveç, İngiltere ve Fransa ile Karşılaştırmalı İncelenmesi". *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*. 1 (Nisan), 363-384.
- Bailey, S. (2004). *Strategic Public Finance*. Basingstoke: Plagrove Macmillan.
- Balassa, B. (1981). "Structural Adjustment Policies in Developing Economies". *World Bank Staff Working Paper*. (July).
- Balcı, A. (1999). "Kamu Sektörü ve Toplam Kalite Yönetimi". *Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi Kitabı. Cilt I*. Ankara: TODAİE Yayını, 61-76.

- Başa, Ş. (2012). “E-devlet Çalışmalarına Bir Örnek: e-İçişleri Projesi”. *Sosyo-Ekonomi*. 1 (Ocak-Haziran), 223-247.
- Baştan, S. ve R. Gökbunar. (2004). “Kamu Hizmetlerinin Sunumunda E-Devletle İlgili Yeni Gelişmeler: Tümüleşik E-Devlet Sistemlerine Doğru”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 19. 1, 71–89.
- Batirel, Ö. F. (2007). *Kamu Maliyesi ve Yönetimi*. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi Yayınları.
- Bayram Y. (2007). “Postmodernizm Üzerine”. *Baykara*. 5 (Sonbahara), 37-39.
- Beecham, J. (2006). “Beyond Boundaries Citizen-Centred Local Services for Wales”. *Review of Local Service Delivery: Report to the Welsh Assembly Government*. Llywoderaeth Cynulliad Cymru Welsh Assembly Government. G/079/06-07, ISBN 0 7504 4089 9.
- Belek, İ. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Benington, J. ve J. Hartley. (2001). “Pilots, Paradigms and Paradoxes: Changes in Public Sector Governance and Management in the UK”. *International Research Symposium on Public Sector Management*. Barcelona/Spain. 9-11 April.
- Benington, J. (2000). “Editorial: The Modernization and Improvement of Government and Public Services”. *Public Money&Management*. 20. 2, 3-8.
- Bent, S., K. Kernaghan ve D. B. Marson. (1999). *Innovations and Good Practices in Single-Window Service*. Canadian Centre for Management Development, March, ISBN 0-662-27654-X.
- Best, S. ve D. Kellner. (1998). *Postmodern Teori: Eleştirel Soruşturmalar*. M. Küçük (çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bilir, B. (2009). “Sağlıkta Ne Değişti”. *AR&GE Bülten*. Ekim. http://www.izto.org.tr/portals/0/iztogenel/dokumanlar/saglikta_inovasyon_b_bilir_26.04.2012%2018-49-59.pdf (11 Şubat 2013)
- Boje, D. M. (2001). “Carnavalesque Resistance to Global Spectacle: A Critical Postmodern Theory of Public Administration”. *Administrative Theory & Praxis*. 23. 3, 431-458.
- Boratav, K. (2003). “XX. Yüzyılın Sonundan XXI. Yüzyıla: Türkiye Ekonomisinin Genel Görünümü”. *Özgür Üniversite Forumu*. 22 (Mayıs-Haziran), 50-67.
- Bourgon, J. (2007). “Why Should Governments Engage Citizens In Service Delivery And Policy Making?” *The OECD Public Governance Committee Symposium on Open and Inclusive Policy Making*. Paris: OECD. 16 October.

- Bridge, C. (2012). "Citizen Centric Service in the Australian Department of Human Services: The Department's Experience in Engaging the Community in Co-design of Government Service Delivery and Developments in E-Government Services". *The Australian Journal of Public Administration*. 71. 2, 167-177.
- Brown, M. M. ve J. L. Brudney (2001). "Achieving Advanced Electronic Government Service: An Examination of Obstacles and Implications From an International Perspective". *National Public Management Research Conference*. Bloomington. IN.
- Budlender, D., D. Elson, G. Hevitt ve T. Ukhopadhyay (2002). *Gender Budgets Make Cents*, London: Gender Affairs Department Common Wealth Secretariat.
- Buchanan J. M. (1970). *The Public Finances*. 3rd ed. Irwin: Homewood, IL
- Cabannes, Y. (2004). "Participatory Budgeting: A Significant Contribution To Participatory Democracy". *Environment&Urbanization*. 16. 1, 27-46.
- Callaghan, G. D. ve G. Wistow. (2006). "Publics, Patients, Citizens, Consumers? Power and Decision Making in Primary Health Care". *Public Administration*. 84. 3, 583-601.
- Canadian Centre for Management Development. (1999). *Citizen Centred Service: Responding to the Needs of Canadians Forthe Citizen-Centred Service Network*. <http://www.iccs-isac.org/en/pubs/CCHandbook.pdf> (11 Ağustos.2012).
- Candan, E. (2007). *Türk Bütçe Sisteminde Performans Denetimi*. Ankara: T. C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Cantekinler, K. M. (2002). *Tekel Sonrası Telekomünikasyon Hizmetleri Pazarı: PSTN Şebekesinin Rekabete Açılması Üzerine Analizler*. *Telekomünikasyon Kurumu*. www.telkoder.org (21 Şubat 2013).
- Carrasco, M. ve J. Fetherston. (2011). *Citizens, Are You Being Served? A People-First Approach to Transforming Government Services*. The Boston Consulting Group. November. http://observgo.quebec.ca/observgo/fichiers/88022_file92110.pdf (10.Ekim 2012).
- Carty, W. (2004). "Citizen's Charters A comparative Global Survey". *The Official Launch of the Mexican Citizen's Charter Initiative*. Mexico. June.
- Casey, J. (2004). "Third Sector Participation in the Policy Process: A Framework For Comperative Analysis". *The Policy & Politics*. 32. 2 (April), 241-257.
- Centre For Democracy and Technology. (t.y) *E-Government in Developing Countries*. <https://www.cdt.org/egov/descriptions.shtml> (10 Mart 2012).

- Centre For Good Governance. (2008) *Citizen's Charters Handbook*. <http://www.cgg.gov.in/publicationdownloads2a/Citizen%20Charter%20Handbook.pdf> (10 Ekim 2012).
- Chevalier, J. (1983). "Koruyucu Müşfik Devlet Fikrinin Sonu", *Dünya Ekonomisinde Bunalım (Seçme Yazılar)* içinde. D. Sağlam ve M. K. Çakman (çev.). İstanbul: Ar Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş.
- Chossudovsky, M. (1993). "Yapısal Uyum Programı ve IMF'in Diktatoryası", *İktisat Dergisi*. S. İdemem (çev.). (Ekim).
- Clarke, J. (2009). "Beyond Citizens and Consumers? Publics and Public Service Reform". *Journal of Public Administration and Policy*. 2. 2, 33-44.
- Claver, E. ve diğerleri. (1999). "Public Administration: From Bureaucratic Culture to Citizen-Oriented Culture". *The International Journal of Public Sector Management*. 12. 5, 455-464.
- Commission of the European Communities. (2001). *European Governance: A White Paper*. Yayın No. 428 final, Brussels. 25 Temmuz, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0428en01.pdf (10 Haziran 2012).
- Commonwealth Secretariat. (2008). *Creating a Responsive and Citizen-focused Public Service in Africa: Report of the Fourth Commonwealth Forum of Heads of African Public Services*. Improving African Public Services Series. No. 4, London: Commonwealth Secretariat.
- Community Housing Cymru. (2009). *Citizen-Centred Governance-from principles to practice: Code for members*. Draft for Consultation. Welsh. November http://www.chcymru.org.uk/shadomx/apps/fms/fmsdownload.cfm?file_uuid=CBE43C94-C5DA-4AD6-98B2-7EFEF5084298&siteName=chc_dev_final (2 Şubat 2011).
- Community Pride Initiative/Oxfam UK Poverty Programme. (2005). *Breathing Life into Democracy: The Power of Participatory Budgeting*. February. <http://www.participatorybudgeting.org.uk/documents/breathing%20life%20into%20democracy.pdf> (8 Nisan 2012).
- Cooper, T., L, T. A. Bryer ve J. W. Meek. (2006). "Citizen-Centered Collaborative Public Management". *Public Administration Review*. Special Issue (December), 76-88.
- Coşkun, A. (2000) *Performans ve Risk Denetim Terimleri (Derleme)*. Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi. No.5. Ankara: T. C. Sayıştay Başkanlığı. Ocak

- Coşkun, A. (1998). “Denetimde Yeni Yönelişler: Performans Denetimi”. *Cumhuriyetin 75.Yılında Kamu Harcamaları ve Denetimi Sempozyumu Kitabı*. Ankara: Sayıştay Yayınları, 85-107.
- Coşkun, S. (2010). “Vatandaş Sözleşmeleri: Farklı Ülkelerdeki Uygulamalar ve Genel Değerlendirme”. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 24, 87-102.
- Cothran, D. A. (2001). “Entrepreneurial Budgeting: An Emerging Reform?”. G. J. Miller, W. B. Hildreh ve J. Rabin (Eds.). *Performance-Based Budgeting* içinde. USA: Wsetview Press, 147-169.
- Council of Europe (2005). *Gender Budgeting: Final Report of The Group of Specialists on Gender Budgeting*. Strasbourg.
- CS Transform. (2010). “Citizen Service Transformation: A Manifesto For Change in The Delivery Of Public Services”. *CS Transform White Papers*. Version 1. February. http://www.cstransform.com/resources/white_papers/CitizenServiceTransformationV1.pdf (13 Nisan 2011).
- Çağlar, N. (2008). P”ostmodern Anlayışta Siyaset ve Kimlik”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 13. 3, 369-386.
- Çelen, F. K., A. Çelik ve S. S. Seferoğlu. (2011). “Türkiye’deki E-Devlet Uygulamalarının Değerlendirilmesi”. *Akademik Bilişim 2011*. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2-4 Şubat, 1-9.
- Çelikay, F. ve E. Gümüş (2011). “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 66. 3, 55-92
- Çerkezoğlu, A. (2009). “Sağlık Çalışanlarını Bekleyen Tehlike: Güvencesizlik ve Ucuz İşgücü”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 31-33.
- Çetinkaya, Ö. (2001). *Türkiye’de Devlet İşletmeciliği ve Özelleştirme*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Çiçek, R. ve İ. C. Doğan. (2009). “Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi CXI. I*, 199-217.
- Çiçeklioğlu, M. (t.y). *Türkiye’de Sağlık Reformları*. http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/meltem_ciceklioglu.pdf (25 Nisan 2013).
- Çilingir, D. ve İ. Kushchu. (2004). “E-Government and M-Government: Concurrent Leaps by Turkey”. *Proceedings of European Conference on M-Government*. Dublin: MCIL Trinity College, 17-18 June, 813-821.

- Dagger, R. (1997). *Civic Virtues*. New York: Oxford University Press.
- Delice, G. (2010). “Özelleştirmenin Nedenleri, Amaçları ve Yöntemleri”. C. Yavilioğlu, G. Delice ve O. Özsoy (Eds.). *Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları: Teorik ve Tarihsel Bir Perspektif* içinde. Ankara: T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, Yayın No. 1, 41-66.
- Deloitte (2012). *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*. Haziran http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Content/Articles/YASED_T%C3%BCrkiye%20Sa%C4%9Flu%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC%20Raporu.pdf (10 Mayıs 2013).
- Deloitte. (2011). *M-Government: Unleash the Potential of Mobile Government*. <http://www.deloitte.com/assets/Dcom-SouthAfrica/Local%20Assets/Documents/M-Government.pdf> (09 Aralık 2012)
- Demir, M. (2011). “Devlet Bütçesinin Cinsiyet Eşitliğini Sağlamadaki Rolü ve Türkiye”. *Bütçe Dünyası Dergisi*. 35. 1, 136-150.
- Demirdizen, H. (2009). “Hastalarımızdan Kazandıklarımızı, Hastalığımızda Kaybetmek”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 51-56.
- Demirel, D. (2006a). “E-Devlet ve Dünya Örnekleri”. *Sayıştay Dergisi*. 61 (Nisan-Haziran), 83–118
- Demirel, D. (2006b). “Küresel Eksende Devletin Yeni Kimliği: Etkin Devlet”. *Sayıştay Dergisi*. 60 (Ocak-Mart), 105-128.
- Denhardt, J. V. ve R. B. Denhardt. (2007). *The New Public Service: Serving, Not Steering*. New York: M. E. Sharpe: Armonk.
- Denhardt, R. B. ve J. V. Denhardt. (2001). “The New Public Service: Putting Democracy First”. *National Civic Review*. 90. 4 (Winter), 391-400.
- Denhardt, R. B. ve J. V. Denhardt. (2000). “The New Public Service: Serving Rather than Steering”. *Public Administration Review*. 60. 6, 549-559.
- Devadoss, P. R., S. Pan ve J. Huang. (2002). “Structurational Analysis of E-Government Initiatives: A Case Study of SCO”. *Decision Support Systems*. 34. 3, 253–269.
- Devebakan, N. (2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü*. Türkiye Kalite Derneği: İzmir. <http://www.kalder.org.tr/%5CGenel%5Cdownload%5C/SAGLIK%20ISLETMELERINDE%20AHK%20VE%20OLCUMU.pdf> (20 Ocak 2013).

- Diamond, J. (2003). "From Program to Performance Budgeting: The Challenge for Emerging Market Economies". *IMF Working Paper*. WP/03/169. June.
- Dikkaya, M. ve D. Özyakışır. (2006). "Küreselleşme ve Bilgi Toplumu: Eğitimin Küreselleşmesi ve Neo-Liberal Politikaların Etkileri". *Uluslararası İlişkiler Dergisi*. 3. 9 (Bahar), 155-176.
- Dinçer, Ö. ve C. Yılmaz. (2003). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 1: Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*. Ankara: T.C.Başbakanlık.
- DPT. (2011). *Bilgi Toplumu İstatistikleri 2011*. DPT Yayın No: 2826, Ankara. Haziran
- DPT. (2007). *Dokuzuncu Kalkınma Planı Kamuda İyi Yönetişim Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara.
- DPT. (2006). *Bilgi Toplumu Stratejisi (2006-2010)*. Ankara. Mayıs
- Drewry, G. (2005). "Citizen's Charters; Service Quality Chameleons". *Public Management Review*. 7. 3, 321-340.
- Due, J. F. ve A. F. Friedlaender. (1973). *Government Finance: Economics of the Public Sector*. Homewood IL: Irwin, 5th ed.
- Duggan, M. (2010). *Citizen Centred Service Delivery*. Curam Software. http://www.curamsoftware.ca/sites/default/files/doc_files/USENWP-CCSD.pdf (11 Kasım 2011).
- Duggan, M. ve C. Green. (2008). *Transforming Government Service Delivery: New service policies for Citizen-Centered Government*. IBM Global Social Segment Papers. May <ftp://public.dhe.ibm.com/common/ssi/sa/wh/n/gvw03002usen/GVW03002USE N.PDF> (12 Aralık 2012).
- Duggan, M. ve S. Moon. (2008). *One-Stop Citizen-Centered Business Model*. IBM Global Social Segment Papers. May. <ftp://public.dhe.ibm.com/common/ssi/ecm/en/gvw03001usen/GVW03001USE N.PDF> (12 Aralık 2012).
- Dunsire, A. (1995). "Administrative Theory in the 1980's: A Viewpoint". *Public Administration*, 73, 25-35.
- Duran, M. (1994). "Özelleştirmenin Toplumsal ve Ekonomik Boyutları". E. Arıoğlu (Ed.). *Dünyada ve Türkiye'de Özelleştirme* içinde. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını, Nisan, 77-122.
- Durdu, Z. (2009). "Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti". *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE)*. 22 (Bahar), 37-50.

- Durmuş, M. (2006). “Sosyal (Kamusal) Malların Yeniden Tanımlanması Gereği”. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*. 17. 59, 65-97.
- Dünya Bankası Grubu - Türkiye İşbirliği: Ülke Programının Görünümü (2013). BookID:04.05.13.1, ISBN-10(13):04.05.13.1. Nisan. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkey-Snapshot-tr.pdf (1 Haziran 2013).
- Edizdoğan, N. (2007). *Kamu Maliyesi*. 9. Basım. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Ekici, B., M. Koçyiğit ve Y. K. Küçük. (2009). “Yerel Yönetim Hizmet Bildirgeleriyle Vatandaş Memnuniyetinin Arttırılması: Su Abonelik Hizmetleri”. *Çağdaş Yerel Yönetimler*. 18.1 (Ocak), 71-96.
- Elbek, O. ve E. B. Adaş. (2009). “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 12. 1, 33-43, http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/publicationsFile/file/2009_12_1.pdf (23 Nisan 2013).
- Elson, D. (2004). “Engendering Government Budgets in The Context Of Globalization(s)”. *International Feminist Journal of Politics*. 6. 4 (December), 623-642.
- Elson, D. (1998). “Integrating Gender Issues into National Budgetary Policies and Procedures: Some Policy Options”. *Journal of International Development*. 10. 7, 929-941.
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (t.y.). *Toplum Destekli Polislik*. <http://www.asayis.pol.tr/tdpdefault.asp> (22 Aralık 2012)
- Enthoven, A. C. ve R. Kronick (1989). “A Consumer – Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy, First of Two Parts”. *New England Journal of Medicine*. 320.1, 29-37.
- Erdoğan, S. (2004). “İktisat Politikası Uygulamaları Üzerindeki Etkileri Açısından Yeni Ekonomi”. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2, 38-48.
- Eren, H. (2000). “Ombudsman Kurumu”. *Atatürk Üniversitesi Erzincan Hukuk Fakültesi Dergisi*. 4. 1-2, 79-96.
- Eren, V. (2003). “Kamu Yönetiminde Yeni Meşruluk Temeli Olarak Müşteri Odaklı Yönetim Yaklaşım”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 58. 1, 55-70.
- Eren, V. (2002). “Kamu Yönetiminde Bir Rekabet Aracı Olarak Hizmet Karşılaştırması Yoluyla Yenilik ve Başarı Geliştirme”. *Amme İdaresi Dergisi*. 35. 2, 56-70.
- Eren, V. (2001). “YKY Anlayışı (Büyükşehir ve İl Belediyeleri Üzerinde Bir Araştırma)”. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi SBE.

- Ergür, A.(2009). “Performans Kaygılı Piyasanın Gayri-İnsanileştirme Politikaları”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 160-161.
- Erin Research Inc. (1998). *Citizens First Summary Report*. Canadian Centre for Management Development Publication. October.
- Erkal, H. (2011). “Yeni Bir Anayasal Kurum Ombudsman”. *İdarecinin Sesi*. (Mayıs Haziran), 57-61.
- Erkan, B., M. Şentürk, Y. E. Akbaş ve S. Paksoy. (2012). “Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal Bütçeleme (Cinsiyete Duyarlı Bütçe) Yaklaşımı”. *International Journal of Economic and Administrative Studies*. 5. 9 (Summer), 85-105.
- Erkan, F., Z. Kılıçaslan ve O. Arseven (2009). “Tam Gün Yasası ve Üniversiteler”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 193-196.
- Erkan, H. (2000). *Bilgi Uygarlığı için Yeniden Yapılanma*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Eroğlu, H. T. (2004). “Yerel Yönetimlerde Denetim ve Halk Denetçiliği (Ombudsmanlık)”. *Yerel Yönetimler Kongresi*. Biga/Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 3-4 Aralık, 553-562.
- Erüz, E. (2005). “Yeni Mali Yönetim Yapısında Performans Esaslı Bütçeleme”. 20. *Türkiye Maliye Sempozyumu: Türkiye’de Yeniden Mali Yapılanma*. Pamukkale, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 23-27 Mayıs, 61-74.
- Eser, K. ve Ç. E. Gökmen (2009). “Beşeri Sermayenin Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri: Dünya Deneyimi ve Türkiye Üzerine Gözlemler”. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 1.2, 41-56.
- Eskiocak, M. (t.y.). *Sağlığa İlişkin Gerçekler*. Türk Tabipler Birliği. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sagliga_iliskin_gercekler.pdf (25 Mart 2013).
- European Commission. (2004). *Compendium of Public Internal Financial Control: Internal Audit Legislation in the New Member States and Applicant Countries*. Brussels.
- European Confederation of Institutes of Internal Auditing (ECIIA). (2004). *Internal Control and Internal Auditing: Guidance for Directors, Managers and Auditors*. Amsterdam.
- Eurostat. (t.y) *Information Society Statistics*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/main_tables (11 Aralık 2012).

- Falay, N. (1987). *Program Bütçe ve Sıfır-Esaslı Bütçe Sistemleri*. İstanbul: Edebiyat Fakültesi Basımevi.
- Falk, R. (2001). *Yırtıcı Küreselleşme-Bir Eleştiri*. A. Çaksu (çev.). 3. Baskı. İstanbul: Küre Yayınları.
- Fang, Z. (2002). "E-Government in Digital Era: Concept, Practice and Development". *International Journal of the Computer, the Internet and Management*. 10. 2, 1–22.
- Farrell, C. (2004). *Patient and Public Involvement in Health: The Evidence for Policy Implementation*. Yayın No. 40119, London: Crown Pub. April.
- Fendoğlu, H. T. (2010). *Kamu Denetçiliği (Ombudsmanlık)*. Stratejik Düşünce Enstitüsü Analiz Yayını. Aralık, <http://www.sde.org.tr/userfiles/file/Ombudsman.pdf> (24 Ekim 2012)
- Feyzibeyoğlu, İ. (Der.). (t.y.) *Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*. <http://www.bilayvakfi.org.tr/raporlar/donusum.htm> (23 Şubat 2013).
- Fisher, R., L. A. Remotti ve M. Fazekas (2010). "e-Government Scenarios for 2020 and the Preparation of the 2015 Action Plan". *RAND Europe Retrospective Analysis (D4)*. Document Number TR-903-EC. 30 Haziran.
- Flumian, M, A. Coe ve K. Kernaghan. (2007). "Transforming Service to Canadians: The Service Canada Model". *International Review of Administrative Sciences*. 73 (December), 557-568.
- Flynn, N. (1990). *Public Sector Management*. Hemel Hempstead: Prentice Hall Harvester Wheatsheaf.
- Frederickson, H. G. (1992). "Painting Bulls-Eyes around Bullet Holes". *Governing*, 6. 1, 13.
- Friedman, L. M. (2002). *Yatay Toplum*. A. Fethi (çev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Fukuyama, F. (2000). *Güven, Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması*. A. Bugdaycı (Çev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, No. 370.
- Gabriel, Y. ve T. Lang. (1995). *The Unmanageable Consumer: Contemporary Consumption and its Fragmentation*. London: Sage Publication.
- Gaudin, J-P. (1998). "Modern Governance, Yesterday and Today: Some Clarifications To Be Gained From French Government Policies". *International Social Science Journal*. 50. 155 (March): 47-56.
- Genç, M. (2010) "Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme ve Kamu Hizmetlerinde Etkinlik". *Sayıştay Dergisi*. 77 (Nisan-Haziran), 33-61.

- Genç, N. (2010). “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”. *Türk İdare Dergisi*. 466 (Mart), 145-159.
- Gerrard, M. B. (2001). “Public-Private Partnerships: What are public-private partnerships, and how they differ from privatizations?” *Journal of Finance & Development (A quarterly magazine of the IMF)*. 38. 3 (September). <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2001/09/gerrard.htm> (12 Mart 2012).
- Ghai, D. (1995). “Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Sosyal Demokrasi”, R. Prendergast ve F. Stewart (Eds.). *Piyasa Güçleri ve Küresel Kalkınma* içinde. İ. Eser (çev.). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Giddens, A. (2000). *Elimizden Kaçıp Giden Dünya*. O. Akınhay (çev.). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Gottschalk, J., V. M. Le, H. Lofgren, and K. NOUVE. (2009). “Analyzing Fiscal Space Using MAMS: An Application to Burkina Faso”. *International Monetary Fund Working Papers*. WP/09/227, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp09227.pdf> (24 Aralık 2012).
- Government of India Second Administrative Reforms Commission. (2009). *Citizen Centric Administration: The Heart of Governance*. Twelfth Report. February, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/cgg/unpan045780.pdf> (11 Eylül 2012).
- Gökçe, O. ve E. Turan. (2008). “Kamu Yönetiminin Dönüşümü ve Dönüşümün Temel Unsurları”. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 8. 15, 175-200.
- Göküş, M. (2010). “Küreselleşme Sürecinin Kamu Hizmetine Yansıması”. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 14. 20, 193-208.
- Gören, T. (2009). “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Tıp Fakültelerinde Manzara-i Umumiye”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 95-98.
- Grimsey, D. ve M. K. Lewis. (2004). *Public Private Partnerships-The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*. London: Edward Elgar Publishing, Inc. Montpellier Parade Cheltenham.
- Gruening, G. (2001). “Origin and Theoretical Basis of New Public Management”. *International Public Management Journal* 4, 1–25

- Gül, S. S. ve A. D. Ergun. (2010). “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği:Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”. *II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, İstanbul: Petrol-İş Yayını-113, 317-337 <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/2010sosyalhaklar.pdf> (7 Temmuz 2012).
- Gül, S. S. (2004). *Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa!* İstanbul: Etik Yayınları.
- Günlük-Şenesen, G. (2013). “Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme: Kapsam, Örnekler ve Türkiye İçin Öneriler”. F. Altuğu, A. Kesik ve M. Şeker (Eds.). *Kamu Bütçesinde Yeni Yaklaşımlar* içinde. Ankara: Seçkin Yayınevi, Nisan, 97-128.
- Hager, G, A. Hobson ve G. Wilson. (2004). “Performance Based Budgeting: Concepts and Examples”. *Legislative Research Commission and Committee for Program Review and Investigations Staff Report*. Research Report No. 302, Frankfort, Kentucky. June.
- Halkevleri. (2008). “Halkın Sağlık Hakkı Var”. *Halkın Hakları Forumu* içinde. A.Ü. SBF, Ankara: Halkevleri Derneği Yayını, 269-278.
- Hamzaoğlu, O. ve U. Özcan (Aralık 2005). *Sağlık İstatistikleri 2006*. Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Hanifan, L. J. (1916). “The Rural School Community Center”. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 67 (New Possibilities in Education), 130-138.
- Haque, S. M. (2005). “Limits of Citizen’s Charters in India”. *Public Management Review*. 7. 3, 391- 416.
- Hartley, J. (2005). “Innovation in Governance and Public Services”. *Public Money & Management*. (January), 27-35.
- Hasanoğlu, M. (2002). “Küreselleşmenin Devlet Yönetimine Etkileri”. *Türk İdare Dergisi*. 434, 171-186.
- Hayami, Y. (2003). “From the Washington Consensus to the Post-Washington Consensus: Retrospect and Prospect”. *Asian Development Review*. 20. 2, 40-65.
- He, B. (2011). “Civic Engagement Through Participatory Budgeting In China: Three Different Logics at Work”. *Public Administration and Development*. 31, 122–133.
- Heater, D. (2004). *Citizenship: The Civic Ideal in World History, Politics and Education*. Manchester: Manchester University Press.

- Heeks, R. (2003). "Most E-Government for Development Projects Fail: How Can Risks be Reduce?" *IPDM iGovernment Working Paper Series*, Paper No: 14, Manchester. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAFRAD/UNPAN011226.pdf> (22 Kasım 2012)
- Heller, P. S. (2006). "The Prospects Of Creating 'Fiscal Space' For The Health Sector". *Health Policy and Planning*. 21. 2, 75-79.
- Hodge, G. (2000). *Privatization: An International Review of Performance*. USA: Westview Press.
- Holcombe, R. G. (1997). "A Theory of the Theory of Public Goods". *Review of Austrian Economics*. 10. 1, 1-22.
- Holm, N. E. (1995). "The Ombudsman: A Gift From Scandinavia to the World". F. Axmark ve G. Hansen (Eds.). *The Danish Ombudsman* içinde. Copenhagen: DJOF Publishing.
- Hood, C. (1995). "The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme". *Accounting, Organizations and Society*. 20. 2/3, 93 – 109.
- Hood, C. (1991). "A Public Management for All Seasons". *Public Administration*. 69, 3 – 19
- Hughes, O. (1998). *Public Management & Administration*, USA: ST.Martin's Press.
- Hulur, E. (2013). *10 Years of Transformation in Healthcare*. Republic of Turkey Ministry of Health. May 15th. <http://www.worldofhealthit.org/2013/wp-content/uploads/presentations/TMOH.pdf> (1 Haziran 2013).
- Huntington, S. P. (2007). *Üçüncü Dalga - 20. Yüzyıl Sonlarında Demokratlaşma*. E. Özbudun (çev.). Ankara: Kıta Yayınları.
- Huyssen, A. (1993). "Postmodernin Haritasını Yapmak", M. Küçük (çev.). *Modernite Versus Postmodernite* içinde. M. Küçük (der.). İstanbul: Vadi/Toplum Yayınları, 107-130.
- IFAD. (1999). "Good Governance: An Overview". *IFAD Executive Board – Sixty Seventh Session*. Rome: IFAD. 8-9 September, <http://www.ifad.org/gbdocs/eb/67/e/EB-99-67-INF-4.pdf> (21 Mayıs 2012).
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gaspi*. Süha Sertabiboğlu (çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, İkinci Basım
- Institute for Citizen-Centred Services. (t.y) *Citizen Centred Service*. <http://www.iccs-isac.org/about/citizen-centred-service/?lang=en> (20 Aralık 2012)

- Janoski, T. (1998). *Citizenship and Civil Society: A Framework of Rights and Obligations in Liberal, Traditional, and Social Democratic Regimes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kabeer, N. (2004). "Re-Visioning "The Social": Towards A Citizen-Centred Social Policy For The Poor In Poor Countries". *IDS Workin Paper*. No.114. January.
- Kadıoğlu, A. (2008a). "Vatandaşlık: Kavramın Farklı Anlamları". A. Kadığolu (Ed.). *Vatandaşlığın Dönüşümü: Üyelikten Haklara* içinde. İstanbul: Metis Yayınları, 21-30
- Kadıoğlu, A. (2008b). "Türkiye'de Vatandaşlığın Anatomisi". A. Kadığolu (Ed.). *Vatandaşlığın Dönüşümü: Üyelikten Haklara* içinde. İstanbul: Metis Yayınları, 167-184.
- Kamu Yönetimi ve Reform (2010). *Kamu Yönetim Çalışmaları*. Sayı:09. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. s.169-170.
- Karagül, M ve S. Dünder (2006). "Sosyal Sermaye ve Belirleyicileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma". *Akdeniz İİBF Dergisi*. 12, 61–78.
- Karakaş, M. (2004). "Performans Denetimi: Tanımı, Unsurları, Performans Denetimi İle Düzenlilik Denetiminin Karşılaştırılması ve Performans Denetimine Duyulan İhtiyaç". *Vergi Sorunları Dergisi*. 184 (Ocak)
- Karakurt, B. (2011). "Washington Konsensüsü'nden Küresel Mali Krize Mali Disiplin ve Türkiye'deki Gelişmeler". *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 25. 1, 31-53
- Karataş, H. (2007). "Kamu Yönetiminde Yeni Bir Anlayış: Vatandaş Odaklı Yönetim". *Bütçe Dünyası*. 24, 83-94.
- Kaul, I., I. Grunberg ve M. Stern. (1999). "Defining Global Public Goods". *Global Public Goods: International Cooperation in the 21 st Century* içinde. New York: Oxford University Press, 2-19.
- Kaya, H. A. (2005). "İç Denetim". 20. *Türkiye Maliye Sempozyumu: Türkiye'de Yeniden Mali Yapılanma*. Pamukkale, Denizli: Pamukkale Üniversitesi. 23-27 Mayıs.
- Kesik, A. (2005). "5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Bağlamında ve AB Surecinde Türk Kamu İç Mali Kontrol Sistemi". *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9. 1, 94-114
- Keskin, A. (2011). "Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye". *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 25.3-4, 125-153.

- Kestane, D. (2006). “Çağdaş Bir Denetim Organizasyonu Olarak Ombudsmanlık (Kamu Denetçiliği)”. *Maliye Dergisi*. 151 (Temmuz-Aralık), 128-142.
- Kettl, F. D. (2000a). *The Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance*. Washington D.C: Brookings Institution Press.
- Kettl, F. D. (2000b). Public Administration at the Millennium: The State of the Field”. *Journal of Public Administration Research&Theory*. 10. 1, 7-35.
- Khan, M. A. (1995). “Yeni Başlayanlar İçin Denetime Giriş”. *Sayıştay Dergisi*. F. Eroğlu (çev.). 19 (Ekim-Aralık).
- Kılavuz, R, A. Yılmaz ve F. İzci (2003). “Etkin Bir Denetim Aracı Olarak Ombudsmanlık ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 4. 1, 49-68.
- King, S. ve S. Cotterill. (2007). “Transformational Government? The role of information technology in delivering citizen-centric local public services”. *Local Government Studies*. 33. 3, 333-354.
- King, C. S. (2005). “Postmodern Public Administration: In The Shadow of Postmodernism”. *Administrative Theory & Praxis*. 27. 3 (September), 517-532.
- Klatzer, E. (2011). “Yerelde Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme Kılavuzu”. *TESEV İyi Yönetişim Programı*. F. Keleş ve O. Bilgin (çev.). İstanbul: Tesev Yayınları. Ağustos, ISBN: 978-605-5832-88-9.
- Knighton, L. N. (1967). *The Performance Post Audit in State Government*. Michigan: Michigan State University Business Studies, East Lansing.
- Koç, A. ve Y. Ata (2012). “Sosyal Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: AB Ülkeleri ve Türkiye Üzerine Ampirik Bir İnceleme”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17.1, 199-218.
- KOSGEB (2005). *Ekonomik Kalkınmada Sosyal Sermayenin Rolü*. Ankara. Mart
- Kotler, P. ve N. Lee. (2007). *Marketing In The Public Sector: A Roadmap For Improved Performance*. New Jersey/USA: Wharton School Publishing.
- Köse H. Ö. (2003). “Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü”. *Sayıştay Dergisi*. 49 (Nisan-Haziran), 3- 46
- Kubalı, D. (1998). *Performans Denetimi Kavram, İlkeler, Metodoloji ve Uygulamalar*. Cumhuriyetin 75'inci Yıl Dönümü Dizisi: II. Ankara: Sayıştay Başkanlığı.
- Kubicek H. ve M. Hagen. (2000). “One Stop Government in Europe: An Overview”. M. Hagen ve H. Kubicek (Eds). *One Stop Government in Europe.Results from 11 National Surveys* içinde. Bremen: University of Bremen, 1- 36.

- Kushchu, İ. ve M. H. Kusu. (2003). "From E-Government to M-Government: Facing the Inevitable". *The 3rd European Conference on e-Government*. Dublin: MCIL Trinity College. 3-4 July.
- Kushchu, İ. ve M. H. Kusu. (t.y). *Mobil Government*. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan040049.pdf> (11 Aralık 2012).
- Kutlu, Ö., S. Usta ve M. Kocaoğlu. (2009). "Vatandaş Odaklı/Vatandaşın Odakta Olduğu Yönetim: Kent Konseyleri ve Selçuklu Belediyesi Örneği". *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 12. 18, 507-532.
- Kwon Y. (2004). *Challenge to the Mobile Government*. Korea: National Computerization Agency.
- Kymlicka, W. ve W. Norman. (2008) Vatandaşın Dönüşü: Vatandaşlık Kuramındaki Yeni Çalışmalar Üzerine Bir Değerlendirme. A. Kadıoğlu (Ed.). *Vatandaşlığın Dönüşümü: Üyelikten Haklara* içinde. İstanbul: Metis Yayınları. Nisan, 185-217.
- Kymlicka, W. ve W. Norman. (1995). "Return of the Citizen: A Survey of Recent Work on Citizenship Theory". R. Beiner (Ed.). *Theorizing Citizenship* içinde. New York: State University of New York Press, 301-339.
- Lane, J. E. (2000). *The Public Sector*. London: Sage Publications.
- Larbi, G. A. (1999). "The New Public Management Approach and Crisis States". *UNRISD Discussion Paper*. No. 112, Geneva, Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). September.
- Leadbeate, C. (2004). *Personalisation Through Participation: A New Script For Public Services*. London: Demos.
- Leadbetter, H. (2012). *Gender Budgeting*. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dfid.gov.uk/aboutdfid/organisation/pfma/pfma-gender-budget.pdf> (13 Şubat 2012).
- Leigh, A. ve R. D. Atkinson. (2001). *Breaking Down Bureaucratic Barriers: The Next Phase of Digital Government, Progressive Institute, Technology and New Economy Project*. November. www.ppionline.org/documents/digigov/Nov01.pdf (7 Ekim 2012)
- Lerner, J. (2011). "Participatory Budgeting: Building Community Agreement around Tough Budget Decisions". *National Civic Review*. 100. 2 (Summer), 30-35.
- Lerner, J. (2004). *Building a Democratic City: How Participatory Budgeting Can Work in Toronto*. Prepared for: Community Engagement Unit, City of Toronto. 2 April. http://www.linesofflight.net/work/building_a_democratic_city.pdf (14 Eylül 2012).

- Leys, C. (2007). "Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu", Çağ-lar Keyder - Nazan Üstündağ - Tuba Ağartan - Çağrı Yoltar (Eds.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* içinde, İstanbul: İletişim Yayınları, 95-110.
- Llywodraeth Cynlliad Cymru: Welsh Assembly Government. (2006). *Making the Connections -Delivering Beyond Boundaries: Transforming Public Services in Wales*. Cardiff/UK. November.
- Lu, E. (2006). "E-Government and the Drive for Growth and Equity". *OECD E-Government Project*. <http://belfercenter.ksg.harvard.edu/files/lau-wp.pdf> (11 Ekim 2012).
- Lynn, L. E. (1998a). "A Critical Analysis of the New Public Management". *International Public Management Journal*. 1, 107-123
- Lynn, L. E. (1998b). "The New Public Management: How to Transform a Theme into a Legacy". *Public Administration Review*. 53. 3, 231-238.
- Maraş, G. (2011). "Kamu Yönetimlerinde E-Devlet ve E-Demokrasi İlişkisi". *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 37 (Ocak-Haziran), 121-144.
- Martin, S. ve A. Webb. (2009). "Citizen Centred Public Services: Contestability Without Consumer-Driven Competition?" *Public Money&Management*. 29. 2 (March), 123-130.
- Martinussen, J. (1997). *Society, State and Market: a Guide to Competing Theories of Development*. London: Zed Books Ltd.
- Maskin, E. ve J. Tirole. (2007). "Public-Private Partnerships and Government Spending Limits". *IDEI (Institut d'Économie Industrielle) Working Papers*. WP No: 439, Toulouse. 30 May. <http://idei.fr/doc/by/tirole/ppp.pdf> (30 Kasım 2011).
- McDonald, N. (2006). "Think Paper 5: Is Citizen-centric the same as Customer-centric?" *Organisational Change For Citizen-Centric eGovernment*. Version No. 5.0, Birmingham/England. 24 October.
- McGuire, L. (2001). "Service Charters—Global Convergence or National Divergence? A Comparison of Initiatives in Australia, the United Kingdom and the United States". *Public Management Review*. 3. 4, 493-524.
- Mengüç, S. (2011). "Neoliberal Sağlık Politikaları: Sağlıkta Dönüşüm Programı". *Altüst Dergisi*. Ağustos. <http://www.altust.org/2011/08/neoliberal-saglik-politikalari-%E2%80%98saglikta-donusum-programi%E2%80%99/> (11 Mart 2013).
- Meriç, M. (2007). "Feminizme Mali Bakış (Cinsiyete Duyarlı Bütçeler)". *Finans Politik&Ekonomik Yorumlar Dergisi*. 44. 509, 58-67

- Mierlo, J. G. ve A. Van. (2007). "For a Smaller but Better Government –Government and Marketisation of Public Service Delivery in an Age of Transition". *Administrație Şi Management Public*. 8.
- Mikesell, J.L. (1995). *Fiscal Administration: Analysis and Applications for the Public Sector*. 4th ed. Belmont, CA: Wadsworth.
- Mingst, K. A. (2003). *Essentials of International Relations*. 2. Edition. New York/London: W. W. Norton & Company, Inc.
- Ministry Of Public Finances. (2011). *Citizen Budget 2011*. Guatemala. http://www.minfin.gob.gt/presupuesto_ciudadano/downloadfile.html?path=presupuesto_ciudadano2011%5Ccitizen_budget11.pdf, (8 Mayıs 2012).
- Misra, D. C. (2006). "Defining E-Government: A Citizen-Centric Criteria-Based Approach". *Proceedings of the 10th National Conference on e-Governance*. Bhopal, Madhya Pradesh, India, 2-3 February, 1-9, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/unpan/unpan025373.pdf> (14 Kasım 2012).
- Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Eds.). (2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- Murphy, T. J. (2008) "The Case for Public Private Partnerships in Infrastructure". *Canadian Public Administration*. 51. 1 (March), 99-126.
- Musgrave, R. ve P. Musgrave (1989). *Public Finance in the Theory and Practice*. New York: Mc Graw Hill Inc.
- Mutlu, A. ve A. Işık (2002). *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. Yayın No: 14.
- Mutluer, M. K., E. Öner ve A. Kesik. (2011). *Bütçe Hukuku*. 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Şubat.
- Mutluer, M. K., E. Öner ve A. Kesik. (2010). *Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi*. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Aralık.
- Mutta, S. (2005). *İdarenin Denetlenmesi ve Ombudsman Sistemi*. İstanbul: Kazancı Matbaacılık.
- Nadaroğlu, H. (1976). *Kamu Maliyesi Teorisi*. 2. Basım. İstanbul: Beta Basın Yayın Dağıtım. Ocak.
- National Performance Review (U.S). (1997). *Serving The American Public: Best Practices In One-Stop Customer Service: Federal Benchmarking Consortium Study Report*. Michigan: University of Michigan Library. January.

- Nava, A. S. ve I. L. Dávila. (2005). "M-government for Digital Cities: Value Added Public Services". *The Proceedings of the First European Mobile Government Conference*. Brighton/UK: Mobile Government Consortium International, 10-12 July, 304-312.
- Ndou, V. (2004). "E-Government For Developing Countries: Opportunities And Challenges". *The Electronic Journal on Information Systems in Developing Countries*. 18. 1, 1-24.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nohutçu, A. (2003). "Tekno-Ekonomik Paradigma Dönüşümünden Yeni Demokratik Yönetim Mekanizmalarına: Bilgi İletişim, Teknolojilerinin Devlet ve Kamu Yönetimine Etkileri". *II. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*. Derbent-İzmit: Kocaeli Üniversitesi, 17-18 Mayıs, 1-13.
- Ocampo, J. A. (2004/2005). "Beyond the Washington Consensus: What do We Mean". *Journal of Post-Keynesian Economics*. 27. 2 (Winter), 293-313.
- OECD (2013). *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. 9 January. ISBN : 9789264183667 (HTML). http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en (15 Mayıs 2013).
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en> (10 Şubat 2013).
- OECD. (2007). *OECD e-Government Studies: Turkey, USA*: OECD E-Government Studies.
- OECD. (2005). *E-Government for Better Government*. Paris: OECD E-Government Studies.
- OECD. (2004). "Public Sector Modernisation: Governing for Performance". *OECD Policy Brief*. October. <http://www.oecd.org/gov/33873341.pdf> (9 Ağustos 2012).
- OECD (2003). "The E-Government Imperative: Main Findings". *OECD Policy Brief*. March, 1-8.
- OECD. (2001), *The Well-Being of Nations: The Role of Human and Social Capital*, OECD Press.
- OECD. (1995). *Participatory Development and Good Governance*. Paris: Development Co-operation Guidelines Series.
- OECD. *StatExtracts Health Statistics*. <http://stats.oecd.org/#> (11 Mayıs 2013)

- OECD ve Dünya Bankası. (2009). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. Ankara. ISBN 978-975-590-282-1.
- OECD ve International Telecommunication Union. (2011). *M-Government: Mobile Technologies For Responsive Governments and Connected Societies*. OECD Publishing. ISBN 978-92-64-11870-6 (PDF), <http://dx.doi.org/10.1787/9789264118706-en> (12 Ağustos 2012)
- Office of the Comptroller& Auditor General. (2007). “The Citizen Focus in Value for Money Examination”. *Seminar Papers on Performance Auditing*, Oslo. 23 May. <http://www.riksrevisjonen.no/en/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20engelsk/Papers/International%20Seminar%20on%20Performance%20Auditing/Irish%20Presentation.pdf>, (1 Aralık 2011).
- Oldfield, A. (1998). “Vatandaşlık doğal Olmayan Bir Pratik Mi?” A. Kadıgölu (Ed.). *Vatandaşlığın Dönüşümü: Üyelikten Haklara* içinde. İstanbul: Metis Yayınları, 93-107
- Orak, C. Ç. (2007). “Kamu Hizmeti: Tabula Rasa- Avrupa Birliği Sürecinde Nasıl Doldurulacak?” *TBB Dergisi*. 68, 161-239.
- Oral, E. (2005). “Bazı OECD Ülkelerinde Performans Esaslı Bütçeleme Uygulamaları, Gelişimi ve Türk Mali Sistemi Açısından Bir Değerlendirme”. *Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu*. Ankara: T. C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. Nisan.
- Osborne, D. ve T. Gaebler. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. 2. Edition. USA: A William Patrick Books.
- Özbek, H. (t.y). *Sağlıkta Dönüşüm: Akılcı İlaç Kullanımı*. T.C.Sağlık Bakanlığı. <http://www.inrud.org/ICIUM/ConferenceMaterials/1275-ozbek- c.pdf> (11 Nisan 2013).
- Ökmen, M, S. Baştan ve A. Yılmaz. (2004). “Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Bir Yönetişim Faktörü Olarak Yerel Yönetimler”. A. Yılmaz ve M. Ökmen (Eds.). *Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetimi* içinde. Ankara: Gazi Kitabevi, 23-80.
- Ömürgönülşen, U. (1997). “The New Public Management”. *AÜSBF Dergisi*. 52, 517-566
- Önder, İ. (1994). “Özelleştirmeye Genel Yaklaşım”. E. Arıoğlu (Ed.). *Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme* içinde. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını, Nisan, 9-46.

- Öniş, Z. ve F. Şenses. (November 2003). "Rethinking the Emerging Post Washington Consensus: A Critical Appraisal". *erc Working Paper in Economics*. No 03/09. <http://www.erc.metu.edu.tr/menu/series03/0309.pdf> (18 Mayıs 2012).
- Öz, E. A. (2007). "İç Kontrol". *Strateji Bülteni*. 4 (Temmuz-Ağustos), 22-23.
- Özçelik, A. (2001). "Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi". *Hastane Dergisi*. 13. <http://www.hastanedergisi.com/sayil3/busayida24.asp> (20 Ocak 2013).
- Özen, A. ve İ. G. Yontar. (2009). "Katılımcı Demokrasi Anlayışında Bütçeleme: Katılımcı Bütçeleme". *Maliye Dergisi*, 156 (Ocak-Haziran), 280-293.
- Özer, M. A. (2005). "Günümüzün Yükselen Değeri: Yeni Kamu Yönetimi". *Sayıştay Dergisi*. 59 (Ekim-Aralık), 3-46.
- Özer, H. (1992). "Performans Denetimi". *Sayıştay Dergisi*. 7 (Ocak-Mart), 30-40.
- Özveren, B. (2000). *İç Denetim Standartları ve Mesleğin Yeni Açılımları*. Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi. 8. Ankara: T.C. Sayıştay Başkanlığı. Ağustos.
- Özsağır, A. ve M. Küllük. (2002). "E-Devlet Yatırımlarının Geri Dönüşümü Ve Ekonomik Büyümeye Etkisi". *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*. İzmit: K.Ü. İ.İ.B.F. Mayıs.
- Özşuca, Ş. T. (2003). "Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti". *Kamu İş.* 7. 2, 2-12.
- Öztek, Z. (2006). "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği". *Toplum Hekimliği Bülteni*. 25.2 (Mayıs), 1-6.
- Özyakışır, D. (2011). "Beşeri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü: Teorik Bir Değerlendirme". *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*. 6.1, 46-71.
- Packet, J. R. (1991). "The Opportunities and Constraints of Privatization". W. T. Gormley (Ed.). *Privatization and Its Alternatives* içinde. London: The University of Wisconsin Press, 281-306.
- Pasour, E. C. (1981). "Economic Efficiency: Touchstone or Mirage". *The Intercollegiate Review*. (Fall/Winter), 33-44.
- Pekten, A. (2006). "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler". *Sayıştay Dergisi*. 61 (Nisan-Haziran), 119-138.
- Peters, M. A. (2004). "Citizen-Consumers, Social Markets and the Reform of Public Services". *Policy Finances in Education*. 2. 3, 621-632.

- Peyrou, F. (2006). "Citizenship and History: Historiographical Approaches to Citizenship". S. G. Ellis, G. Halfdanarson ve A. K. Isaacs (Eds.). *Citizenship in Historical Perspective* içinde. Pisa: Pisa University Press, 1-23.
- Pflug, T. (2002). "Public-Private Partnerships in the Framework of Financing for Development". *Heinrich Boell Foundation Washington Office Policy Paper*. Paper No.18, 1 March, <http://www.boell.org/docs/ppps.pdf> (1 Ekim 2008).
- Phillips, N. ve R. Higgott. (1999). "Global Governance and the Public Domain: Collective Goods in a Post-Washington Consensus Era". *CSGR Working Paper*. No. 47/99. November, <http://dspace.cigilibrary.org/jspui/bitstream/123456789/9042/1/Global%20Governance%20and%20the%20Public%20Domain%20Collective%20Goods%20in%20a%20Post%20Washington%20Consensus%20Era.pdf?1> (25 Mayıs 2012).
- Pınar, N. (2012). "Ülkemizde İlaç Harcamaları". *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 19.1, 59-65.
- Pickl, V. J. (1986). "Ombudsman ve Yönetimde Reform". *Amme İdaresi Dergisi*. T. Ergun (çev.). 19. 4, 37-46
- Pocock, J. G. A. (1995). "The Ideal of Citizenship Since Classical Times". R. Beiner (Ed.). *Theorizing Citizenship* içinde. New York: State University of New York Press, 29-52.
- Podger, A. ve diğerleri. (2012). "Putting the Citizens at the Centre: Making Government More Responsive". *The Australian Journal of Public Administration*. 71. 2, 101-110.
- Polat, R. K. (2011). "İnternet ve Yurttaşlık Kavramlarının Dönüşümü". 16. *Türkiye'de İnternet Konferansı*. İzmir: Ege Üniversitesi. 12-13 Aralık, <http://inet-tr.org.tr/inetconf16/bildiri/96.pdf> (28 Aralık 2012).
- Post, D. ve S. Agarwal. (t.y). *Citizen Charters: Enhancing Service Delivery through Accountability*. The World Bank's Social Development Department. <http://siteresources.worldbank.org/EXTSOCIALDEVELOPMENT/Resources/244362-1193949504055/4348035-1298566783395/7755386-1301510956007/CC-Final.pdf> (11 Kasım 2012)
- Poverty Action Sheet on An End to Structural Adjustment Programs (SAPs)*. (t.y). <http://www.ffq.qc.ca/marche2000/> (15 Temmuz 2012).
- Putnam R. D. (1995), "Bowling Alone: America's Declining Social Capital". *Journal of Democracy*. 6.1, 65-78.

- PwC. (2012). *Transforming the Citizen Experience: One Stop Shop for Public Services*. Sydney. February. http://download.pwc.com/ie/pubs/2012_transforming_the_citizen_experience.pdf (29 Mart 2012).
- Quirk, B. (1997) "Accountable to Everyone: Postmodern Pressures on Public Managers". *Public Administration*. 75 (Autumn), 569-586.
- Qui-Suk, U. (2010). *Introduction of m Government & IT Convergence Technology*. KAIST Institute for IT Convergence [http://www.dti.gov.ph/uploads/DownloadableForms/Pages%20from%20ECO\[1-a\]%20Introduction%20of%20m-government%20and%20IT%20convergence%20technology-KAIST-Uhm%20Ouisuk_15Apr10.pdf](http://www.dti.gov.ph/uploads/DownloadableForms/Pages%20from%20ECO[1-a]%20Introduction%20of%20m-government%20and%20IT%20convergence%20technology-KAIST-Uhm%20Ouisuk_15Apr10.pdf) (21 Kasım 2012).
- Raichaudhuri, A. ve S. Jain. (2007) "Bringing the Public into Public Sevices". *International Marketing Conference Book on Marketing & Society, Part III: Social, Public Services and Cause Related Marketing*. India Institute of Management Calcutta, 8-10 April, 275-282.
- Raja, S. ve diğerleri. (2012). "Making Government Mobile". The World Bank (Ed.). *Information and Communications for Development 2012: Maximizing Mobile* içinde. Washington D.C.: The World Bank, 87-101.
- Rawls, J. (2003). *Halkların Yasası ve Kamusal Akıl Düşüncesinin Yeniden Ele Alınması*. G. Evrin (çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, Yayın No. 43.
- Ritzer, G. (2000). *Büyüsü Bozulmuş Dünyayı Büyülemek*. S. K. Şen (çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları İnceleme Dizisi, Yayın No. 161.
- Robbins, D.ve G. J. Miller (2005). "E-Government Expenditures". D. Robbins (Ed.). *Handbook of Public Sector Economics* içinde. Boca Raton:Taylor&Francis Group. ISBN 1-57444-562-6, 407-424.
- Salamon, M. L. (1976). "Proposal: a citizen's budget". *Policy Analysis*. 2. 4, 693-696
- Sallan, S. ve S. Boybeyi. (1994). "Postmodernizm-Modernizm İkilemi". *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi*. 15, 313-323.
- Saltman, R. B. (1994). "A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms". *European Journal of Public Health*. 4, 287-293.
- Samuelson, P. A. (1954). "The Pure Theory of Public Expenditure". *Review of Economics and Statistics*. 36, 387-389.
- Saran, U. (2004). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*. Ankara: Atlas Yayıncılık.

- Saran, U. (2001). "Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri". *Türk İdare Dergisi*. 73. 433, 38-51.
- Sargutan, E. (1993). *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*. Ankara: Sağlık-İş Yayınları,
- Sarıbay, A. Y. (2001). *Postmodernite, Sivil Toplum ve İslam*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Savran, S. (1996). "Küreselleşme mi, Uluslararasılaşma mı?" *Sınıf Bilinci*, (Kasım).
- Saydam, A. (2011). *Eş ve Müşteri Nasıl Kaybedilir?* 10. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Saygılıoğlu, N. ve S. Arı. (2003). *Etkin Devlet*. İstanbul: Sabancı Üniversitesi Yayınları.
- Sevinç, Ö. (2002). "12 Eylül ve Sonrasında Sağlık". *Antalya Tabip Odası Bülteni*. 18, 12-13.
- Schick, A. (2009). "Budgeting For Fiscal Space". *OECD Journal on Budgeting*. 2009/2, 1-18
- Schick, A. (2003). "The Performing State: Reflection on an Idea Whose Time Has Come but Whose Implementation Has Not?" *OECD Journal of Budgeting*. 3. 2, 71-104.
- Schick, A. (1996). *The Spirit of Reform: Managing the New Zealand State Sector in a Time of Change*. The State Services Commission and the Treasury.
- Seddon, J. (2007). "Citizen-Centred Services: A Discussion of the Aims and Methods of the White Paper". 15 January. http://www.systemsthinkingmethod.com/resources/public_sector/Citizen%20centred.pdf (22 Şubat 2012).
- Senarclens, P. De. (1998). "Governance and The Crisis in The International Mechanisms of Regulation". *International Scial Science Journal*. 155, 91-103.
- Sert, İ. (2013)."Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Durum Tespiti". *Sahipkiran Stratejik Araştırmalar Grubu*. 12 Mayıs. <http://sahipkiran.com/2013/05/12/sdp-sonrasi-durum-tespiti/> (4 Haziran 2013).
- Sezer, B. U. (1993). "Postmodernizm ve İkinci Cumhuriyet". *Amme İdaresi Dergisi*. 26. 1 (Mart), 27-42.
- Sezer, Ö. (2008). "Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş Odaklılık): Türkiye'de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme". *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*. 4. 8, 147-171.
- SGK. *Sosyal Güvenliğe İlişkin Temel Göstergeler Ocak 2013*. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler> (1 Mayıs 2013)

- SGK. *Aylık İstatistik Bültenleri-Primsiz Ödemeler İstatistikleri Aralık 2011*. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler> (1 Mayıs 2013)
- SGK. (t.y.). *E-reçete Nedir?* <http://sgk.org/konu/e-recete-nedir> (8 Ocak 2013).
- Shah, A. ve C. Shen. (2007). “Citizen Ccentric Performance Budgeting at the Local Level”. A. Shah (Ed). *Local Budgeting* içinde. Washington D.C: The World Bank Public Sector Governance and Accountability Series, 151-178.
- Shehadi, R. (t.y). *Customer-Centric E-Government Modernizing the MENA Region’s Public Sector* Booz & Company. http://www.booz.com/media/uploads/Customer-Centric_E-Government.pdf (9 Kasım 2012).
- Social Development Team Europe and Central Asia Region. (2006). *Participatory Budgeting Toolkit For Local Governments In Albania*. December. http://siteresources.worldbank.org/INTALBANIA/Resources/PBP_Toolkit_De c_06_Eng.pdf (10 Eylül 2012).
- South Africa Department of Public Service and Administration (2003). *Batho Pele Handbook: A Service Delivery Improvement Guide*. <http://www.kzneducation.gov.za/Portals/0/documents/BathoPeleHandbook.pdf> (10 Şubat 2012).
- Soyak, A. (2004). “Yapısal Uyum Programları ve Yoksulluk İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme”. *Bilim ve Ütopya Dergisi*. 125 (Kasım), 36-45.
- Soyer, A. (2009a). “Dünyadan Türkiye’den Sağlıkta Reform Notları”. H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 5-10.
- Soyer, A. (2009b). “Sağlıkta Dönüşüm’ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2. 4, 179-182, <http://www.deuhyoedergi.org> (20.02.2013).
- Soyer, A. (2003). “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”. *Praksis*. 9 (Kış-Bahar).
- Soyer, A. (2000). “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?” *Toplum ve Hekim*. 15. 4 (Temmuz-Ağustos), 261-263.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Sönmez, S. (2005). *Dünya Ekonomisinde Dönüşüm*. 2. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi.
- Sözen, S. ve B. Algan. (2009). *İyi Yönetişim*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Genel Yayınları, Yayın No: 654 (Nisan).

- Spicer, M. W. (2005). "Public Administration Enquiry and Social Science in the Postmodern Condition: Some Implications of Value Pluralism". *Administrative Theory & Praxis*. 27. 4 (December), 669-688.
- Stiglitz, J. E. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*. Ömer Faruk Batırel (Çev.). İstanbul: Marmara Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayını, 2. Baskı.
- Stiglitz, J. (2000). *Economics of the Public Sector*. 3. Edition, London: WW. Norton&Company.
- Stiglitz, J. (1998a). "More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus". *The 1998 WIDER Annual Lecture*. Helsinki. <http://www.ucm.es/info/eid/pb/Stiglitz98wider.pdf> (10 Şubat 2012)
- Stiglitz, J. (1998b). "An Agenda for Development in the Twenty-First Century". J. E. Stiglitz ve B. Pleskovic (Eds.). *Annual World Bank Conference on Development Economics* içinde. Washington D.C: The World Bank, 17-31.
- Stoker, G. (1998), "Governance As Theory: Five Propositions". *International Social Science Journal*, 50. 155 (March), 17-29.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Yayın No: 2011/414.
- Sütlaş, M. (2012). "Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 2012'de Türkiye'nin Sağlık Panoraması". *Perspectives*. Heinrich Böll Stiftung Derneği. 1, 43-44, http://www.tr.boell.org/downloads/Perspectives_1_sayi_son_hal_turkce.pdf (1 Haziran 2013).
- Svetlozar, A. A. (2005). "Conceptual Definitions and Measurement Indicators of the Quality of Democracy: An Overview". *European University Institute Working Papers*. RSCAS No. 2005/05. http://cadmus.iue.it/dspace/retrieve/1954/05_05.pdf (14 Haziran 2009).
- Şahin, A. ve E. Örselli. (2002). E-Devlet Anlayışı Sürecinde Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9, 343-356.
- Şahin, M. ve Ö. Uysal. (2012). "Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme". *Maliye Dergisi*. 162 (Ocak -Haziran), 155-174.
- Şahin, M. (2007). *Kamu Ekonomisi ve Sivil Toplum Kuruluşları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şahin, M. (2003). "Küreselleşme Kaynaklı Yoksulluk ve Yolsuzluk". *Mufad Journal*. 25 (Ocak), 124-134, <http://journal.mufad.org/attachments/article/601/12.pdf> (18 Ocak 2013)

- Şen, A. (2005). "İktisadi Kalkınmada Devlet-Piyasa Nispi Rollerine İlişkin Tartışmalara Washington-Sonrası Konsensüs son noktayı koydu mu?" *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6. 2, 325-342.
- Şener, H. E. (2007). "Kamu Yönetiminde Postmodernizm", *Kamu Yönetimi: Yöntem ve Sorunlar*. Ş. Aksoy ve Y. Ustuner (Der.). Ankara: Nobel Yayınları, 31-47
- Şener, O. (2006). *Kamu Ekonomisi*. Kırklareli: Beta Yayınevi. 8. Baskı.
- Şener, O. (1994). "Dünyada Özelleştirme Uyhulamaları". E. Arıoğlu (Ed.). *Dünyada ve Türkiye'de Özelleştirme* içinde. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını, 49-74.
- Şimşek, M. ve C. Kadılar (2010). "Türkiye'de Beşeri Sermaye, İhracat ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Nedensellik Analizi". *C.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*. 11.1, 115-140.
- Şişman, A., Z. Alkış ve E. E. Maraş. (2011). "E-Devlet Ve M-Devlet'in Geliştirilmesinin Önündeki Engel; Sayısal Uçurum". *Harita Teknolojileri Elektronik Dergisi*. 3. 1, 27-37.
- Tarım, Ö. (2009). "Nasıl Bir Sağlık Sistemi". H. Demirdizen ve A. Akalın. (Der.). *Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II: Sağlıkta Dönüşüm* içinde. İstanbul: İstanbul Tabip Odası. Birinci Baskı, Şubat, 68-77
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (Aralık 1989). *Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü Mevcut Durum Raporu*. Ankara, Yayın No: 3523.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (t.y). *Sosyal Güvenlik Reformu*. Ankara.
- T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. (2004). *PEBR (Performans Esaslı Bütçeleme Rehberi- Pilot Kurumlar İçin Taslak)*. Ankara. Aralık.
- T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. *Bütçe Büyüklükleri ve Gerçekleşmeleri*. <http://www.bumko.gov.tr/TR,157/butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri.html> (23 Nisan 2013)
- T.C. Maliye Bakanlığı İç Denetim Koordinasyon Kurulu. (t.y). *Kamuda İç Denetim Rehberi*. <http://www.idkk.gov.tr/Sayfalar/Mevzuat/Ucuncul%20Duzey%20Mevzuat/KamuIcDenetimRehberi.aspx> (17 Ağustos 2012)
- T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. *Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri*. <https://portal.muhasebat.gov.tr> (29 Nisan 2013).
- T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. (t.y). *Üst Yöneticiler İçin İç Kontrol ve İç Denetim Rehberi*. <http://kontrol.bumko.gov.tr/Eklenti/4047,ustyonpdf.pdf?0> (10 Eylül 2012).

- T.C. Merkez Bankası. *İstatistiki Veriler Elektronik Veri Dağıtım Sistemi (EVDS)*. <http://evds.tcmb.gov.tr/cbt.html> (20 Mayıs 2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*. Ankara, Yayın No : SB-SAG-2012/01, ISBN : 978-975-590-425-2.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (Mayıs 2012). *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Yayın No: 887.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Faaliyet Raporu 2011*. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (Aralık 2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2011). *Hastane Hizmet Kalite Standartları*. Ankara: Pozitif Matbaa, ISBN: 978-975-590-368-2, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/hastane_hks/hkskitap.pdf, (20 Mart 2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. <http://www.tkhk.gov.tr/> (3 Haziran 2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı. <http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/ana-sayfa> (11 Haziran 2013)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *182-Hastane Randevu Merkezi*. <http://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/content/Vatandas.jsp?Islem=Haber&Id=egs%2FSNy0fzqziVOrVatBdw%3D%3D>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık-Net Hakkında Bilgi*. <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>
- T.C. Sayıştay Başkanlığı. (2013). *Düzenlilik Denetimi Rehberi*. Ankara. Şubat.
- T.C. Sayıştay Başkanlığı. (2006). *INTOSAI: Kamu Kesimi İç Kontrol Standartları Rehberi*. B. Özeren (çev.). 10 Temmuz. <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/elek/elekicerik/sbn53IcKontStanReh.pdf> (20 Eylül 2012).
- T.C. Sayıştay Başkanlığı. (2002). *Performans Denetimi Kavramlar, İlkeler Metodoloji ve Uygulamalar Kitapçığı*. Ankara. Mart.

- T.C.Sayıştay Başkanlığı. (2001). *İSPDE (İsveç Sayıştayı Performans Denetimi ElKitabı: Teori ve Uygulama)*. T.C. Sayıştay Bakanlığı Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi: 16. T. Demirbaş (çev.). Ankara. <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/yayinicerik/aras16isvecsayistay.pdf> (2 Ağustos 2012).
- T.C. Sayıştay Başkanlığı. (t.y.) *Sayıştay Denetim Terimleri Sözlüğü*. S. Yörüker (çev.). <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/yayinicerik/denter.htm#D> (20 Temmuz 2012)
- T.C. Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı. <http://www.ubak.gov.tr/> (2 Ekim 2012).
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. *Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2013*. <http://www.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC3E5BAE9D9B4D9529FB559C37A51C83A33DD347EA9526E428> (11 Mayıs 2013)
- T.C. Kamu Denetçiliği Kurumu. www.kamudenetciligi.gov.tr (3 Mayıs 2013).
- Teksöz, T. (2007). “Sosyal Güvenlikte Reform Çabaları”. *Bütçe Dünyası*. 2.26, 11-14.
- Temelat, N. (2011). “Ülke Anayasalarında Vatandaşlık Tanımları”. *TBMM Araştırma Merkezi Yayını*. Sayı 26133.
- The House of Commons. (2008). *From Citizen’s Charter to Public Service Guarantees: Entitlements to Public Services*. Twelfth Report of Session, London: The Stationery Office Limited. 22 July.
- The World Bank Institute Leadership Development Program and The Institute of Public Administration of Canada. (2007). *Topical Briefs for Leaders*. Washington, DC: The World Bank.
- The World Bank. (1994). *Governance: The World Bank’s Experience*. Washington, DC: The World Bank.
- The World Bank. (t.y) *What is Social Capital*. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185164~menuPK:418217~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html> (16 Mart 2013).
- The World Bank. (t.y). *Measuring Dimensions of Social Capital*. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20305939~menuPK:994404~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html> (21 şubat 2013).

- The World Bank. *WorldDataBank Health Nutrition and Population Statistics*, <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> (15 Nisan 2013).
- The World Health Organization. *Global Health Expenditure Database* <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?ws=5&d=1&source=&fromde=1> (23 Nisan 2013).
- Timur, T. (1996). *Küreselleşme ve Demokrasi Krizi*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Tindigarukayo, J. K. (2007). Benchmarking the Citizen's Charter in Jamaica: An Empirical Evaluation. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Jamaica: University of the West Indies Institute of Social & Economic Studies.
- Toker, C. ve B. Ekici. (2003). "Vatandaş Odaklı Yönetim ve İçişleri Bakanlığı Uygulaması". *Kamu Yönetiminde Kalite 3. Ulusal Kongresi*. Yayın No: 319, Ankara: TODİE, 4-5 Aralık, 3-25.
- Toksöz, F. (2008). *İyi Yönetişim El Kitabı*. I. Basım. İstanbul: TESEV Yayınları. Mayıs.
- Toprak, E. (2013). "Katılım Payları: AKP'nin Acı Reçetesi". *CHP Bilim Yönetim ve Kültür Platformu Politika Notları*. 18 Nisan <http://www.chp.org.tr/wp-content/uploads/2013/02/saglik-katilim-payi.pdf> (21 Nisan 2013).
- Torres, L. (2003). "Service Charters: Reshaping the Government- Citizen Relationship: The Case of Spain". *Conference of the European Group of Public Administration (ESPA)*. Lisbon, Portugal, 3-6 September, 1-26.
- Tortop, N. (1998). "Ombudsman Sistemi ve Çeşitli Ülkelerde Uygulaması". *Amme İdaresi Dergisi*. 31. 1 (Mart), 3-11.
- Toward Citizen-Centred Service Case Studies* (t.y.) <http://publications.gc.ca/collections/Collection/SC93-10-1996-2E.pdf> (5 Kasım 2012).
- Tsuda, T. ve diğerleri (1994). "Primary Health Care in Japan and the United States". *Social Science and Medicine*. 38.4, 423-432.
- Trogen, P.C. (2005). Public Goods. D. Robbins (Ed.). *Handbook of Public Sector Economics* içinde. Boca Raton: Taylor&Francis Group. ISBN 1-57444-562-6, 169-208.
- Tunç, M. (1998). "Kalkınmada İnsan Sermayesi: İç Getiri Oranı Yaklaşımı ve Türkiye Uygulaması". *Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 13.1.83-106.
- Turner, B. (2008). "Vatandaşlık Kuramının Anahatları", A. Kadıgözü (Ed.). *Vatandaşlığın Dönüşümü: Üyelikten Haklara* içinde. İstanbul: Metis Yayınları, 107-139.

- Turner, B. (1993). *Contemporary Problems in the Theory of Citizenship*. London: Sage Publications.
- Tutkun, C. (2007). "E-devlet Kapısında Vatandaş". *Elektrik Mühendisliği*. 432 (2007), 60-61.
- Tüğen, K. ve A. Özen. (2008). "Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme Anlayışı". *Maliye Dergisi*. 154 (Ocak-Haziran), 1-11.
- TÜİK. (2012). *Girişimlerde Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2012*. Sayı 10939. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10939> (20 Aralık 2012)
- TÜİK. (2012) *Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri 2000-2011*. Sayı 10910. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10910> (20 Aralık 2012)
- TÜİK. (2012). *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2012*. Sayı: 10880. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10880> (20 Aralık 2012)
- TÜİK. *Nüfus İstatistikleri-Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri*. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=39 (30 Nisan 2013).
- TÜİK. *Sağlık İstatistikleri*. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 (20 Nisan.2013)
- TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri (Dinamik Sorgulama)* <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul> (2 Mayıs 2013).
- TÜİK. *Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri*, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=41 (2 Mayıs 2013)
- TÜİK. *Ulusal Hesap İstatistikleri*. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=57 (23 Nisan 2013)
- Türk Tabipler Birliği (2011). *2011 Seçimlerine Giderken Türkiye’de Sağlık*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Mayıs, ISBN 978-605-5867-42-3.
- Türk Tabipler Birliği (t.y). *Sağlıkta Hayaller, Yalanlar ve Gerçekler*. Türk Tabipler Birliği. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/yalanlargercekler.pdf> (25 Mart 2013)
- Uçkan, Ö. (2003). *E-Devlet, E-Demokrasi ve Türkiye; Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanması İçin Strateji ve Politikalar-I*. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Uğur, A. ve İ. Çütücü. (2009). "E-Devlet Ve Tasarruf Etkisi Kapsamında Vedop Projesi". *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 1. 2, 1-20.
- Ulusal Yargı Ağı Projesi* (t.y.) <http://www.uyap.gov.tr> (10 Ağustos 2012).

- UN. (2012). *United Nations E-Government Survey 2012: E-Government For the People*. New York. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan048065.pdf> (1 Aralık 2012)
- UN. (2010). “Reconstructing Public Administration after Conflict: Challenges, Practices and Lessons Learned”. *UN World Public Sector Report 2010*. New York: A United Nations Publication, Publication No: ST/ESA/PAD/SER.E/135.
- UNDP-Management Development and Governance Division Bureau for Policy and Programme Support. (1997). *Reconceptualising Governance*. Discussion Paper 2, New York, January, http://salises.mona.uwi.edu/sem1_09_10/SALI6010/m3GOV_UNDP_reconceptualizing1997_6010.pdf (21 Mayıs 2012).
- UN-HABITAT ve Municipal Development Partnership for Eastern and Southern Africa. (2008). *Participatory Budgeting in Africa: A Training Companion with Cases From Eastern And Southern Africa. Volume I: Concepts and Principles*, Nairobi/Kenya: United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), ISBN 978-92-1-131952-1.
- UN-HABITAT. (2004). *72 Frequently Asked Questions about Participatory Budgeting*. Quito: Urban Governance Toolkit Series, ISBN: 92-1-131699-5. July.
- UN ve American Society for Public Administration (ASPA). (2002). *Benchmarking E-government: A Global Perspective*. New York: U.N. Publications.
- UN ve Economic Commission For Europe. (2000). “Guidelines On Private Public Partnerships For Infrastructure Development”. *UN/ECE Forum On Public-Private Partnerships For Infrastructure: The Next Steps (PPPs)*. France: Palais des Nations. 4-5 December.
- United Kingdom ACE Association. (2008). *Delivering Successful Services For Citizens*. London. November.
- Usta R. ve L. Memiş (2010). “Belediye Hizmetlerinde Kalite: Giresun Belediyesi Örneği”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 15. 2, 333-355.
- Ülker, H. (2002). “Bilgi Toplumu ve Devlet”. *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*. İzmit: Kocaeli Üniversitesi İ.İ.B.F, 965-971. Mayıs.
- Vandenabeele, W. ve A. Hondeghem. (2007). “New Public Service”. E. M. Berman (Ed.). *Encyclopedia of Public Administration and Public Policy* içinde. 2 Edition. CRC Press, 1326-1330.

- Varinli, İ., S. İlkey ve O.Erdem. (1999). "Patient Perceptions about Service Quality of a Hospital in Turkey". J. A. Young, R.D. Green ve F. W. Gilbert (Eds.). *Advances in Marketing: Theory, Practice, and Education*, Atlanta-Georgia: Society for Marketing Advances 1999 Proceedings, October 26-30, 272-276.
- Vinod, T. ve A. Chibber. (1989). *Adjustment Lending, How It Has Worked, How It Can Be Improved*. 1. Edition. Washington, D.C: The World Bank.
- Von Haldenwang, C. (2004). "Electronic Government (E-Government) and Development". *The European Journal of Development Research*. 16: 417-432, <http://dx.doi.org/10.1080/0957881042000220886> . (9 Mart 2007).
- Wampler, B. (2007). "A Guide to Participatory Budgeting". A. Shah (Ed.). *Participatory Budgeting Public Sector Governance and Accountability Series* içinde. Washington, D.C: The World Bank, 21-54.
- Weikart, L. A. (2001). "The Giuliani Administration and the New Public Management in New York City". *Urban Affairs Review*. 36.3, 359-382.
- Wheatley, M. (2004). "A Measure of Success". *PM Network*. 18. 6 (June), 38-44.
- Whitfield, D. (2006). "A Typology of Privatisation and Marketisation". *The European Services Strategy Unit (ESSU) Research Report*. No.1. November, <http://www.european-services-strategy.org.uk/publications/essu-research-reports/essu-research-paper-1/essu-research-paper-1-2.pdf> (11 Ekim 2012).
- Williamson, J. (1990). "What Washington Means By Policy Reforms". J. Williamson (Ed). *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* içinde. Washington: Institute For International Economics, 7-38.
- Woolcock, M, ve D. Narayan. (2000). "Social Capital: Implications For Development Theory, Research, and Policy". *The World Bank Research Observer*, 15.2, 225-249.
- World-Class Public Services:Engaging Citizens and Staff*. (t.y) http://theworkfoundation.com/Assets/Docs/adobe_world_class_final.pdf (25 Aralık 2012).
- Wu, Y. ve W. Wang. (2011). "The Rationalization of Public Budgeting in China: A Reflection On Participatory Budgeting In Wuxi". *Public Finance and Management*. 11. 3, 262-283.
- Yamamoto, H. (2003). "New Public Management – Japan’s Practice". *IIPS Policy Paper*. No. 293E, Tokyo/Japan, January.
- Yavuz, G. (2007). "Washington Uzlaşması’ndan Post-Washington Uzlaşması’na: Kalkınma Gündeminin Biçimlenişinde Yeni Kurumcu İktisat Etkisi". *Ekonomik Yaklaşım*. 18. 64, 23-44.

- Yavuz, S. T. (2002). "İç Kontrol Fonksiyonunun Bileşenleri: İç Kontrol Merkezi Teftiş'ten (İç Denetim'den) Farklı Bir Mekanizma mıdır?" *Bankacılar Dergisi*. 42 (Eylül), 39-52.
- Yentürk, N. (2006). "Demokratik Kitle Örgütlerinden STK'lara". *İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Kuruluşları Eğitim ve Araştırma Birimi, Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları*. No: 11, http://stk.bilgi.edu.tr/docs/yenturk_std_11.doc (10 Ekim 2012).
- Yıldırım, E. (2004). "Sivil Toplumun Araçsallaşması". *I. Ulusal Sivil Toplum Kuruluşları Kongresi*. Dardanos Tesisleri/Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 4-6 Haziran.
- Yıldırım, H. H. ve T. Yıldırım (2008). "Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'nin Sağlığı: Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları". *Hastane Dergisi*. 55 (Kasım-Aralık), 1-9.
- Yıldırım, H. H. (2000). "Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 5.1 (Kış), 1-25.
- Yıldırım, M. (2009a). "Kamu Yönetiminde Yeni Bir İkilem: Yurttaş Odaklılık Ya Da Müşteri Odaklılık". *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 10. 1, 99-115.
- Yıldırım, M. (2009b). "Modernizm, Postmodernizm ve Kamu Yönetimi". *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 6. 2, 380-397.
- Yıldırım, M. (2003). "Sivil Toplum ve Devlet". *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 27. 2 (Aralık), 226-242.
- Yıldız, M. (2007). "E-Government Research: Reviewing the Literature, Limitations and Ways Forward". *Government Information Quarterly*. 24. 3 (July), 646-665.
- Yıldız, Z. ve H. Topuz (2011). "Sosyal Sermaye ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi Açısından Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme". *Journal of Social Policy Conferences*. 61.2, 201-226.
- Yılmaz, S. (2007). "Performans Esaslı Bütçelemenin Gelişimi ve Uygulanması". *Bütçe Dünyası*. 3. 27 (Güz), 35-43.
- Young, R. D. (2003). "Performance Based Budget Systems". *Public Policy & Practice*. (January), 11-24.
- Yüçetürk, E., (2002) "Türk Kamu Yönetiminde E-Devlet Uygulamaları ve Tabana Yayılabilirlik Yeteneği Bakımından Bir Değerlendirme: Bolu Örneği". *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*. İzmit: Kocaeli Üniversitesi İ.İ.B.F. Yayını, Mayıs, 145-163.

- Zafir, C. Z. (2009). "Neoliberalizmin Minimal Devlet Yaklaşımına Bir Eleştiri". *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 7. 2.
- Zamboni, Y. (2007). "Participatory Budgeting and Local Governance: An Evidence-Based Evaluation of Participatory Budgeting Experiences in Brazil". *The World Bank Working Paper*. 28 Mayıs, <http://siteresources.worldbank.org/INTRANETSOCIALDEVELOPMENT/Resources/Zamboni.pdf> (10 Eylül 2012).
- Zhiyong, L ve D. H. Rosenbloom. (1992). "Public Administration In Transition". *Public Administration Review*. 52. 6, 535-537.
- E-Devlet. <https://www.turkiye.gov.tr>
- Bugün Gazetesi*. (20 Ekim 2012). Manavgat Kaymakamlığı Vatandaş Odaklı Hizmet Belgesi Aldı. <http://www.f5haber.com/antalya/manavgat-kaymakamligi-vatandas-odakli-hizmet-haberi-193815/> (2 Ocak 2013).
- Hürriyet Gazetesi* (25 Aralık 2011). *Yeşil Kart SGK'ya Geçecek, Genel Sağlık 74 Milyonu Kapsayacak*. <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/19538198.asp> (12 Mart 2013).
- İş ve Sosyal Güvenlik: Mevzuat-Bilgi-Kültür-Haber Platformu*. (5 Aralık 2011). 2012 Yılında Genel Sağlık Sigortası Olmayan Kimse Kalmayacak. <http://www.isvesosyalguvenlik.com/2012-yilinda-genel-saglik-sigortasi-olmayan-kimse-kalmayacak/#.UadJitJM-Qw> (28 Nisan 2013).
- İş ve Sosyal Güvenlik: Mevzuat-Bilgi-Kültür-Haber Platformu*. (5 Nisan 2013). Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi İle İlgili Ayrıntılı Açıklamalar. <http://www.isvesosyalguvenlik.com/genel-saglik-sigortasi-ve-gelir-testi-ile-ilgili-ayrintili-aciklamalar/#.UadJ-NJM-Qw> (3 Mayıs 2013).
- Memurlar.Net* (17.05.2011). Yeşil Kartlı, Sevksiz Üniversite Hastanesine Gidebilecek. <http://www.memurlar.net/haber/196060/> (2 Şubat 2013).
- Milliyet Gazetesi*. (28 Kasım 2012). Artık Dilekçe Böyle Yazılacak. <http://siyaset.milliyet.com.tr/artik-dilekce-boyle-yazilacak-/siyaset/siyasetdetay/28.11.2012/1634089/default.htm> (28 Kasım 2012).
- Milliyet Gazetesi*. (31 Ocak 2011). Mahalle Polisine İnternette Şikayet Dönemi. <http://www.milliyet.com.tr/mahalle-polisine-internetten-sikayet-donemi/turkiye/sondakikaarsiv/31.01.2011/1346346/default.htm> (23 Aralık 2012)
- Mynet. Com* (20 Aralık 2012). Vatandaş Odaklı Hizmet Anlayışını Getirdi. <http://yurthaber.mynet.com/yorum/liste/120589> (2 Ocak 2013).
- Sosyal Güvenlik Kurumu e-devlet Kapısı Üzerinden Sunulan Hizmetler*. (t.y) <https://www.turkiye.gov.tr/kurumlar?kurumKodu=254> (5 Ocak 2013).

- SGK Rehberi: Çalışan, Emekli ve İşverenin Haber ve Bilgi Portalı.* (25 Mart 2013).
GSS'na Göre Trafik Kazaları Ödemesi. <http://sgkrehberi.com/haber/10887/> (22 Nisan 2013).
- T.C. *Millî Eğitim Bakanlığı Mobil Bilgi Servisi.* (t.y) <https://e-okul.meb.gov.tr/mebsmsservis/sms.htm> (11 Ekim 2012)
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.* Yayın Yeri ve Tarihi: 25 Ocak 2013 Tarihli ve 28539 Sayılı Resmi Gazete.
http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeliği_25_Ocak_2013.pdf
- İç Denetçilerin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.* Yayın Yeri ve Tarihi: 07/02/2013 tarihli ve 28552 Sayılı Resmi Gazete
- İç Kontrol ve Ön Mali Kontrole İlişkin Usul ve Esaslar.* Yayın Yeri ve Tarihi: 31/12/2005 tarihli ve 3. mükerrer 26040 sayılı Resmi Gazete.
- Sağlık Uygulama Tebliği.* Yayın Yeri ve Tarihi: 24 Mart 2013 tarihli ve 28597 Sayılı Resmi Gazete. www.sgk.gov.tr (10 Mayıs 2013).
- T.C. 58. *Hükümet Acil Eylem Planı.* Kabul Tarihi: 03 Ocak 2003.
<http://www.linux.org.tr/wp-content/uploads/2010/04/AcilEylemPlani.pdf> (12.10.2012).
- T.C. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Tüp Bebek Projesi Genelgesi (2012/22).* Yayın Yeri ve Tarihi: 19 Eylül 2012 Tarihli ve B.17.0.SYG.0.40.00.00.010.06.01.01 – 16513 Sayılı Genelge.
http://www.aile.gov.tr/upload/Node/2176/files/Tup_Bebek_Projesi_Genelge_2012-22_.pdf (25 Nisan 2013).
- T.C. *Anayasası.* Yayın Yeri ve Tarihi: 17863 Sayılı ve 09.11.1982 Tarihli Resmi Gazete.
- T.C. *Millî Eğitim Bakanlığı Evde Ve Hastanede Eğitim Hizmetleri Yönergesi,* Tebliğler Dergisi. Şubat 2010/2629 http://mevzuat.meb.gov.tr/html/2629_0.html
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.* Yayın Yeri ve Tarihi: 2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Resmi Gazete.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
- 3836 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun.* Yayın Yeri ve Tarihi: 11 Temmuz 1992 ve 21281 Sayılı Resmi Gazete.
- 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun.* Yayın Yeri ve Tarihi: 26 Kasım 1996 Tarihli ve 22829 Sayılı Resmi Gazete.

- 4982 Sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu. Yayın Yeri ve Tarihi: 24 Ekim 2003 Tarihli ve 25269 Sayılı Resmi Gazete.
- 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu. Yayın Yeri ve Tarihi: 24 Aralık 2003 tarihli ve 25326 sayılı Resmi Gazete.
- .5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu. Yayın Yeri ve Tarihi: 20 Mayıs 2006 Tarihli ve 26173 Sayılı Resmi Gazete.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Yayın Yeri ve Tarihi: 16 Haziran 2006 ve 26200 Sayılı Resmi Gazete.
- 5222 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun. Yayın Yeri ve Tarihi: 21.07.2004 tarih ve 25529 sayılı Resmi Gazete
- 5393 Sayılı Belediye Kanunu. Yayın Yeri ve Tarihi: 13 Temmuz 2005 Tarihli ve 25874 Sayılı Resmi Gazete.
- 5683 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Yayın Yeri ve Tarihi: 9 Haziran 2007 tarihli ve 26547 Sayılı Resmi Gazete.
- 5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Yayın Yeri ve Tarihi: 8 Mayıs 2008 tarih ve 26870 sayılı Resmi Gazete
- 6328 Sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu. Yayın Yeri ve Tarihi: 29 Haziran 2012 Tarihli ve 28338 Sayılı Resmi Gazete.
- 6428 Sayılı T.C. Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Yayın Yeri ve Tarihi: 9 Mart 2013 Tarihli ve 28582 Sayılı Resmi Gazete.