

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

KAMU YÖNETİMİNDE ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME (DOWNSIZING) POLİTİKASININ
HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ: MUĞLA İLİ KAMU HASTANELERİ ÜZERİNE BİR
İNCELEME

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
ZAFER KOCA
1341250026

DANIŞMAN
PROF. DR. NAMIK KEMAL ÖZTÜRK

MAYIS, 2019

MUĞLA

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KAMU YÖNETİMİ ABD

KAMU YÖNETİMİNDE ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME (DOWNSIZING) POLİTİKASININ
HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ: MUĞLA İLİ KAMU HASTANELERİ ÜZERİNE BİR
İNCELEME

ZAFER KOCA

Sosyal Bilimler Enstitüsünce
“Doktora”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 31.05./2019

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 08/05/2019

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Namık Kemal ÖZTÜRK

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Muhittin TATAROĞLU

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Yunus Emre ÖZER

Jüri Üyesi : Dr. Ö. Üyesi C. Fatih TÜRE

Jüri Üyesi : Dr. Ö. Üyesi A. Nazmi ÜSTE

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Tuncay ÖĞÜN

Mayıs, 2019

MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 10/04/2019 tarih ve 885/4 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 38. maddesine göre, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Zafer KOCA'nın "Kamu Yönetiminde Örgütsel Küçülme (Downsizing) Politikasının Hizmet Kalitesine Etkisi: Muğla İli Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme" adlı tezini incelemiş ve aday 08/05/2019 tarihinde saat 10:00'de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 90 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine 0.07 birleşik ile karar verildi.

Prof. Dr. Namık Kemal ÖZTÜRK

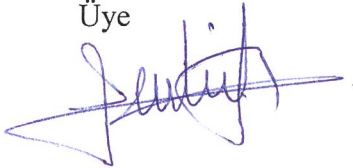
Tez Danışmanı



Doç. Dr. Mahir TATAROĞLU
Üye

Doç. Dr. Yunus Emre ÖZER
Üye

Dr. Ö. Üyesi C. Fatih TÜRE
Üye



Dr. Ö. Üyesi A. Nazmi ÜSTE
Üye



YEMİN

Doktora tezi olarak sunduğum **“Kamu Yönetiminde Örgütsel Küçülme (Downsizing) Politikasının Hizmet Kalitesine Etkisi: Muğla İli Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme”** adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

31/05/2019

Zafer KOCA

İMZAŞI

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı : KOCA

Adı : Zafer

Kayıt No:10114508

TEZİN ADI

Türkçe : Kamu Yönetiminde Örgütsel Küçülme (Downsizing) Politikasının Hizmet Kalitesine Etkisi:
Muğla İli Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme

Y. Dil : The Impact of Public Sector Downsizing Policy on Service Quality: A Survey on Public Hospitals
in Muğla

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta Yeterlilik

O

O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih : 08/05/2019

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : ÖZTÜRK, Namık Kemal

Ünvanı : Prof. Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI: 381

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Kamu Yönetimi
2. Sağlık Yönetimi
3. İşletme

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:

1. Örgütsel Küçülme
2. Hizmet Kalitesi
3. Sağlıkta Dönüşüm Programı
4. Devletin Küçültülmesi
5. SERVQUAL

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.

1. Downsizing
2. Service Quality
3. Health Transformation Programme
4. SERVQUAL

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum | <input type="radio"/> |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | <input checked="" type="radio"/> |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir | <input type="radio"/> |

Yazarın İmzası :

Tarih : 31/05/2019

ÖZET

Devletin büyüklüğü sorunu uzun zamandan beridir tartışılan konulardan biridir. Özellikle ortaya çıkan her kriz döneminde devletin varlığı ve sahip olduğu güç yaşanan krizlerin yegane sorumlusu olarak gösterilmiştir. Buna çözüm olarak ortaya konan reçete ise büyümenin karşısı olan küçülme kavramıdır. Devletin büyüklüğü sorunu Türkiye’de de tartışılan konulardan birisidir. Türkiye’de devlet Osmanlı’dan itibaren hemen hemen her alanda başat konumdadır. 1980’lerden itibaren devletin gücü kırılmak istenmiş ve devletin yeniden yapılandırılmasına ve küçültülmesine yönelik politikalar uygulanmaya başlanmıştır. Doğal olarak Türk sağlık sektörü de bu süreçten etkilenmiştir. Sağlık alanında 3359 sayılı kanun ile başlayan küçülme çalışmaları 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile doruğa çıkmıştır. SDP ile devletin sağlık sektöründeki rolü azaltılarak özel sektöre daha fazla yer açılmıştır. Ayrıca SDP ile Türk sağlık sistemi ve Sağlık Bakanlığı bir dönüşüme girmiştir

Bu çalışmanın amacı Türk sağlık sisteminin ve Sağlık Bakanlığının yaşadığı dönüşümün hizmet kalitesine olan etkisini ölçmektir. Bunun için Muğla İlindeki kamu hastanelerinde iki bölümden oluşan anket uygulaması yapılmıştır. Özellikle finanslar gerekçelerden ötürü anket uygulamamız bütün hastanelerde değil sadece üç ilçede bulunan kamu hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda Parasuraman ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analiz edilmesinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Yapılan güvenilirlik çalışmaları sonucunda ölçeğimizin yüksek güvenilirlikli (0,921) olduğu görülmüştür. Elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucu, hastaların algıladıkları hizmet kalitesi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Fakat algılanan hizmet kalitesi yaşa, medeni duruma, eğitim durumuna ve mesleğe göre farklılaşmaktadır. Bunun yanında hastaların büyük çoğunluğu sağlıktaki değişimden sonra hizmet kalitesinin eskiye göre çok daha iyi olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç da bize göstermektedir ki sağlık alanındaki değişim ve dönüşüm sunulan hizmetin kalitesini arttırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Küçülme, Hizmet Kalitesi, Sağlıkta Dönüşüm, Devletin Küçültülmesi

ABSTRACT

The problem of the size of the state has long been one of the controversial issues. Especially in every crisis period, state itself and its power have been shown as the sole cause of the crisis. The recipe set out as a solution is “downsizing”, which is the opposite of growth. The size of the state is one of the issues discussed in Turkey. In Turkey, the state has a dominant position in almost every area from the Ottoman Empire. Since the 1980s, the state's power has been broken and policies have been implemented to restructure and reduce it. Naturally, the Turkish health sector was also affected by these developments. The contraction that started with the Law No. 3359 in the field of health reached its peak in 2003 with the Health Transformation Project (SDP). With the SDP, the role of the state in the health sector has been reduced and more space has been opened for the private sector. In addition, the Turkish health system and the Ministry of Health have undergone a transformation with the SDP.

The aim of this paper is to evaluate the impact of the transformation of Turkish Health System and Ministry of Health on perceived service quality. For this, we held a questionnaire which has two parts at state hospitals in Muğla. 398 patients joined our survey. Because of fiscal problems we did our research not at all public hospitals but three state hospitals (in Fethiye, Ortaca and Menteşe). We used quantitative analysis method in this survey. We used SERVEQUAL measurement model developed by Parasuraman et.al in 1988. The data collected from the patients was analysed by SPSS 25 (statistical package programme for social sciences) for Windows. We first checked the reliability of scale and it showed us that it is highly reliable (0,921). According to the results perceived service quality of the patients does not significantly differ according to gender. But it differs significantly according to age, marital and educational status and job. Furthermore most of the patients stated that service quality in healthcare services is much better than before. Consequently this shows us that change and transition of health sector improved the service quality.

Key Words: Downsizing, Service Quality, Health Transformation Programme, Public Sector Downsizing

ÖNSÖZ

Türkiye’de devletin küçültülmesine yönelik olarak yapılan çalışmaları ve ortaya çıkan yapının hizmet kalitesine olan etkisini Sağlık Bakanlığı özelinde değerlendirmeye çalıştığımız bu çalışmamızın ortaya çıkmasında birçok kişinin emeği ve desteği söz konusudur. Yüksek lisans dönemimden itibaren öğrencisi olmaktan hep onur duyduğum ve tez konumun seçilmesinden bitirilmesine kadar her aşamasında yardımcım, ışığım kısacası karanlığımıdaki fenerim olan tez danışmanım Prof. Dr. Namık Kemal ÖZTÜRK hocama teşekkürü bir borç bilirim. Eğer kendisinin rehberliği, desteği ve eleştirileri olmasaydı bu tezin bitirilmesi imkansızdı. Bana hiçbir şeyin paniklemeğe değmediğini, sakın bir şekilde de işlerin yetişebileceğini ve her zaman başaracağım duygusunu bende oluşturan TİK’deki değerli hocam Doç. Dr. Muhittin TATAROĞLU’na da ayrıca teşekkür etmek isterim. Yine TİK’de yer alan ve çalışmamda değerli eleştiri ve katkıları sunan çok kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi C. Fatih TÜRE’ye de şükranlarımı sunarım. Yoğun iş tempoları arasında tez savunma jürimde yer almayı kabul eden ve değerli katkılarıyla tezimin son halini almasında emeği bulunan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Yunus Emre ÖZER’e ve Dr. Öğretim Üyesi A. Nazmi ÜSTE’ye teşekkür etmek isterim. Bunun yanında her daim görüşlerine başvurduğum ve engin bilgi ve birikimlerinden feyz aldığım Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Kamu Yönetimi ABD hocalarım Prof. Dr. Turgay UZUN, Prof. Dr. Bayram ÇOŞKUN, Prof. Dr. Ramazan GÜNLÜ hocalarıma ve kamu yönetimi bölümünün tüm hocalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tezimizi BAP projesi olarak kabul eden ve destekleyen MSKÜ Bilimler Araştırmalar Birimine (BAP) desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Bu çalışma BAP birimi tarafından 17/027 proje no’su ile desteklenmiştir. Ayrıca doktora öğrenim süresince her türlü kolaylığı sağlayan ve her daim desteklerini esirgemeyen Dalvan H-F Tınaztepe Mes. Tek. Anadolu Lisesi idareci ve öğretmenlerine Köyceğiz Yüksek Mes. Tek. And. Lisesi idareci ve öğretmenlerine de teşekkür etmeden geçemeyeceğim. Beni yetiştirip bu günlere getiren çok kıymetli anne ve babama ayrıca teşekkür etmek isterim. Son teşekkürü de Doktora süresince zamanlarından çaldığım, ihmal ettiğim ancak buna rağmen desteklerini esirgemeyen ve varlıklarıyla bana güç veren eşime ve biricik kızım ALMİLA’ya etmek istiyorum.

Zafer KOCA

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar LİSTESİ.....	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME /DEVLETİN KÜÇÜLTÜLMESİ (TEORİ VE GELİŞİMİ)

1.1. Küçülmenin Karşıtı Olarak Devletin B üy ümesi.....	5
1.2. Kamu Örg ütlerinde K üçülme Olgusu.....	7
1.3. Kamu Y önetiminde K üçülme (Downsizing) Stratejileri.....	14
1.3.1 Ekonomik y önden devletin k üçült ülmesi.....	17
1.3.2. Örg üt olarak devletin k üçült ülmesi.....	19
1.3.3. Personel istihdamı açısından devletin küçültülmesi.....	21
1.3.4. Sahip olduğu yetkiler bakımından devletin küçültülmesi.....	22
1.4. Kamu Örg ütlerinde Örg ütsel Küçülmeye Gidilmesine Neden Olan Yaklaşımlar.....	23
1.4.1. Minimal devlet kavramı.....	23
1.4.2. Yeni sağ iktisat yaklaşımı.....	30
1.4.2.1. Yeni sağ'ın ekonomik silahı:neoliberalizm.....	36
1.4.2.2. Neoliberalizmin felsefi boyutu: Muhafazakarlık.....	37
1.4.3. Kamu tercihi teorisi ve k üçülme olgusu.....	39
1.4.4. Yeni kamu yönetimi yaklaşımı(NPM).....	46

1.5.Dünya’da Devletin Küçültülmesine Yönelik Uygulamalar.....	51
1.5.1. ABD.....	52
1.5.2. İngiltere.....	54
1.5.3. Almanya.....	58
1.5.4. Japonya.....	62
1.5.5. Çin.....	65
1.6.Türkiye’de Devletin Küçültülmesinin Tarihsel Seyri ve Yapılan Çalışmalar.....	66
1.6.1. Kalkınma planları ve küçülme olgusu.....	67
1.6.2. Özal dönemi.....	74
1.6.3. Erdoğan dönemi.....	80
1.6.4. Yerel yönetimlerle ilgili çalışmalar.....	83
1.6.5. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi ve etkileri.....	89

İKİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME (DOWNSIZING)

2.1. Örgütsel Küçülme Kavramı ve Kavramın Gelişimi.....	92
2.2. Örgütlerde Küçülmenin Amacı.....	106
2.3. Örgütlerde Küçülmeyi Gerektiren Nedenler.....	109
2.3.1. Küreselleşme.....	109
2.3.2. Teknolojik gelişmeler.....	111
2.3.3. Neo-Klasik iktisat teorisi ve ekonomik gelişmeler.....	113
2.3.4. Toplumsal gelişmeler.....	114
2.3.5. Yasal düzenlemeler.....	115
2.4. Örgütsel Küçülme Stratejileri.....	116
2.4.1. İşgücünü azaltma stratejisi.....	118

2.4.2. İşlerin yeniden tasarlanması stratejisi.....	119
2.4.3. Sistemik stratejiler.....	120
2.5. Örgütsel küçülmede (downsizing) kullanılan metotlar.....	122
2.5.1. Yönetimsel kademelerin azaltılması (delayering).....	122
2.5.2. Hiyerarşik yapının azaltılması / sıfır hiyerarşi.....	123
2.5.3. Dış kaynak kullanımı (outsourcing).....	124
2.5.4. İşgücünün azaltılması veya işten çıkarma.....	126
2.5.5. Üretimi durdurma.....	127
2.5.6. Küçülerek büyüme.....	128
2.6. Örgütsel Küçülmenin Etkileri.....	129
2.6.1. Örgütsel küçülmenin olumlu etkileri.....	130
2.6.2. Örgütsel küçülmenin olumsuz etkileri.....	131
2.7. Dünyada Örgütsel Küçülme Uygulamaları.....	135
2.8. Türkiye’de Örgütsel Küçülme Uygulamaları.....	138

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME OLGUSU VEHZİMET KALİTESİ

3.1. Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Açısından Gelişimi.....	141
3.1.1. Cumhuriyet öncesi dönem sağlık hizmetleri sunumu.....	141
3.1.2. Cumhuriyet ve sonrası dönem sağlık hizmetleri sunumu.....	143
3.1.2.1. 1920-1937 arası dönem.....	144
3.1.2.2. 1938-1960 arası dönem.....	147
3.1.2.3. 1961-1980 arası dönem.....	149
3.1.2.4. 1981-2003 arası dönem (sağlıkta neoliberalleşme).....	151
3.1.2.5. 2003’ten günümüze sağlık politikaları (Neoliberalleşmenin devamı ve sağlıkta küçülme çabaları).....	158

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP).....	158
3.2.1. Sağlıkta dönüşümün nedenleri.....	159
3.2.2. Sağlıkta dönüşüm programının hedefleri.....	164
3.2.3. Sağlıkta dönüşüm projesinin temel ilkeleri.....	165
3.2.4. Sağlıkta dönüşüm projesinin bileşenleri.....	167
3.2.5. Sağlıkta dönüşüm projesinin sağlık sistemi üzerine etkileri.....	172
3.2.6. Sağlıkta dönüşüm programının sağlık çalışanları üzerine etkisi.....	176
3.2.7. SDP'nin sağlıkta küçülme üzerine etkisi: Gerçekten küçüldük mü?...	179
3.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Finansmanı.....	188
3.3.1. 663 sayılı KHK öncesi yapı (2011 öncesi).....	188
3.3.1.1 Sağlık bakanlığı merkez teşkilatı	190
3.3.1.2 Sağlık bakanlığının taşra teşkilatı	192
3.3.1.3. 663 Sayılı KHK öncesi sağlığın finansmanı.....	193
3.3.2 Sağlıkta dönüşüm sonrası teşkilat yapısı (663 no'lu KHK'dan sonra).195	
3.3.2.1. Merkez teşkilatı.....	197
3.3.2.2. Taşra teşkilatı.....	199
3.3.2.3. 663 sayılı KHK sonrası sağlığın finansmanı.....	210
3.3.3. 694 sayılı KHK sonrası bakanlık örgüt yapısı	213
3.4. Türkiye'de Sağlık Örgütlerinin Küçültülmesine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	217
3.4.1. 181 sayılı KHK.....	218
3.4.2. 3359 sayılı kanun.....	219
3.4.3. Uluslararası örgütlerin etkileri ve hazırlanan plan ve projeler.....	221
3.4.4. Kamu-özel ortaklığı modeli (KÖÖ).....	224
3.4.5. Dış kaynak kullanımı (outsourcing).....	229
3.4.6. Akılcı ilaç kullanımı.....	232
3.4.7. Kalkınma planları.....	234
3.5. Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti.....	243
3.5.1 Kalite nedir?.....	244
3.5.2. Hizmet kalitesi nedir?	245
3.5.3. Sağlıkta hizmet kalitesi	246
3.5.4. Sağlıkta hizmet kalitesinin boyutları.....	247
3.5.4.1. Christian Grönroos tarafından açıklanan kalite boyutları.....	247

3.5.4.2.Performans bazlı hizmet kalitesi modeli (SERVPERF).....	250
3.5.4.3.SERVQUAL hizmet kalitesi modeli (kavramsal hizmet kalitesi modeli / boşluk modeli).....	250
3.5.4.4.Donabedian'a göre hizmet kalitesinin boyutları.....	253
3.5.4.5.Türkiye'de sağıkta kalite uygulamaları.....	254
3.5.5. Hizmet kalitesi ilişkisi ve müşteri/hasta memnuniyeti.....	256

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ALAN ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı.....	259
4.2. Araştırmanın Önemi.....	259
4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	260
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	261
4.5. Araştırmanın Modeli.....	262
4.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	262
4.7. Bulgular ve Verilerin Analizi.....	266

SONUÇ312

KAYNAKLAR.....321

EK-A: Etik Kurul İzin Belgesi.....356

EK-B: Araştırma İzin Belgesi.....357

EK-C: Anket Formu.....358

ÖZGEÇMİŞ

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Personel Sayısı Bakımından Küçülmeye Giden Şirketler.....	140
Tablo 2. Tüm Sektörler Sağlık Personeli.....	182
Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçeleri.....	183
Tablo 4. Yıllara Göre Nüfus Sayıları.....	184
Tablo 5. Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları.....	185
Tablo 6. Hastane Verimlilik Karnesi ve Puanları.....	208
Tablo 7. Puan Aralığına Göre Başarı Sıralaması.....	208
Tablo 8. 2005-2017 Arası Özel Hastane Sayıları.....	211
Tablo 9. Hastanelere Müracaat Eden Hasta Sayıları.....	212
Tablo 10. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ile Yapımı Tamamlanan ve Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri.....	229
Tablo 11. Muğla İli Özel/Kamu Hastane Sayıları (2003-2017).....	258
Tablo 12. Araştırma Modeline Ait Hipotezler.....	263
Tablo 13. Modifikasyon Öncesi Ve Modifikasyon Sonrası Hizmet Kalitesi Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri.....	267
Tablo 14. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri.....	269
Tablo 15. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları....	270
Tablo 16. Anketin Katılımcılara Uygulandığı Yer ve Katılımcı Sayıları.....	270
Tablo 17. Katılımcıların Yaşı.....	271
Tablo 18. Katılımcıların Cinsiyeti.....	271
Tablo 19. Katılımcıların Medeni Durumu.....	271
Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Durumu.....	271
Tablo 21. Katılımcıların Mesleği.....	272
Tablo 22. Katılımcıların Aylık Geliri.....	272
Tablo 23. Katılımcıların Hastanelere Geliş Sayıları.....	272
Tablo 24. Katılımcıların Burada İkamet Etme Süresi.....	273
Tablo 25. Katılımcıların En Çok Hizmet Aldığı Poliklinik.....	273
Tablo 26. Genel Olarak Hastaneden Aldığım Hizmetten Memnunum.....	273
Tablo 27. Bu Hastaneden Gelecekte de Hizmet Almayı Düşünüyorum.....	274

Tablo 28. Bu Hastaneyi Tanıdıklarına Tavsiye Ederim.....	274
Tablo 29. Hastanelerin Sunduğu Hizmetlerin Kalitesi 2005 Öncesine Göre Daha İyidir.....	275
Tablo 30. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Dağılımı.....	275
Tablo 31. Araştırmaya Katılanların Sorulara Verdikleri Cevapların Yüzdeleri.....	276
Tablo 32. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması...	280
Tablo 33. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırması.....	281
Tablo 34. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırması.....	282
Tablo 35. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırması.....	283
Tablo 36. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Mesleğe Göre Karşılaştırması...	286
Tablo 37. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırması.....	288
Tablo 38. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaneye Geliş Sayısına Göre Karşılaştırması.....	291
Tablo 39. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının En Çok Hizmet Alınan Polikliniğe Göre Karşılaştırması.....	292
Tablo 40. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İkamet Etme Süresine Göre Karşılaştırması.....	297
Tablo 41. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaneden Aldığı Hizmetten Memnun Olma Durumuna Göre Karşılaştırması.....	298
Tablo 42. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Gelecekte de Hizmet Almayı Düşünme Durumuna Göre Karşılaştırması.....	301
Tablo 43. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaneyi Tavsiye Etme Durumuna Göre Karşılaştırması.....	303
Tablo 44. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastanelerin Hizmet Kalitesinin 2005 Öncesine Göre İyi Bulma Durumuna Göre Karşılaştırması.....	306
Tablo 45. Hipotezlerin Kabul/Ret Durumları.....	308

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 663 sayılı KHK Öncesi SB'nin Merkez Teşkilat Yapısı.....	191
Şekil 2. SB'nin 663 Sayılı KHK Öncesi Taşra Teşkilatlanması.....	193
Şekil 3. 663 sayılı KHK Sonrası Bakanlığın Teşkilat Yapısı.....	198
Şekil 4. İl Sağlık Müdürlüklerinin Yeni Teşkilat Yapısı.....	201
Şekil 5. Halk Sağlığı İl Müdürlüklerinin Yeni Teşkilat Yapısı.....	202
Şekil 6. Kamu Hastaneleri Birliği Teşkilat Şeması.....	204
Şekil 7. 694 Sayılı KHK sonrası SB Merkez Teşkilatlanması.....	216
Şekil 8. 694 Sayılı KHKI sonrası SB Taşra Teşkilatlanması.....	217
Şekil 9. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model.....	268

KISALTMALAR

Kisaltmalar	Açıklama
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	Anne Çocuk Sağlığı
AÇSAP	Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHM	Aile Hekimliği Modeli
AEP	Acil Eylem Planı
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
ANAP	Anavatan Partisi
AYM	Anayasa Mahkemesi
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
CHP	Cumhuriyet Halk Partisi
DB	Dünya Bankası
DDY	Devlet Demir Yolları
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DİK	Devlet İhale Kanunu
DKK	Dış Kaynak Kullanımı
DMK	Devlet Memurları Kanunu
DPB	Devlet Personel Başkanlığı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGM	Emniyet Genel Müdürlüğü
FTAA	Amerika Serbest Ticaret Bölgesi
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GATS	Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HSK	Halk Sağlığı Kurumu
İMF	Uluslararası Para Fonu
İSK	İşçi Sigortaları Kurumu
İSM	İl Sağlık Müdürlüğü/Müdürü

KHB	Kamu Hastaneleri Birliği
KHK	Kanun H ükm ünde Kararname
KHGM	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
KHGM	K öy Hizmetleri Genel Müdürlüğü
KİK	Kamu İ hale Kanunu
KİT	Kamu İ ktisadi Teşebbüsleri
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
md.	Madde
MB	Maliye Bakanlığı
MGK	Milli Güvenlik Kurulu
MİT	Milli İ stihbarat Teşkilatı
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
NAFTA	Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması
OECD	Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü
PDÖS	Performansa Dayalı Ödeme Sistemi
PETKİM	Petro Kimya Holding A.Ş
PTT	Posta Telefon Telgraf
RG	Resmi Gazete
s.	Sayfa
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
SSYB	Sosyal Sağlık Yardım Bakanlığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TBB	Türk Tabipler Birliği
TBMM	Türkiye B üy ük Millet Meclisi
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TKY	Toplam Kalite Y önetimi
TODAİE	Türkiye Ortadoğu Amme İ daresi Enstitüsü

TSHGM	Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
TSHK	Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu
TSK	T¼rk Silahlı Kuvvetleri
T¼PRAŞ	T¼rkiye Petrol Rafineleri A.Ş
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
YKY	Yeni Kamu Y¼netimi



GİRİŞ

Devlet, üzerinde yıllardır tartışılan kavramlardan birisidir. Devletin ne olması gerektiği bir başka ifade ile hangi görevleri yerine getireceği konusunda henüz bir fikir birliği oluşmuş değildir. Değişik dönemlerde farklı siyasi yaklaşımlar farklı tezler öner sürmüştür. Örneğin 19. yüzyılda iktisatçılar devletin ekonomiye çok fazla müdahalede bulunmaması gerektiğini, eğer piyasa kendi koşullarına bırakılırsa en iyi yolu bulacağını iddia etmişlerdir. 19. yy gelişmiş ülkelere baktığımızda kamu harcamalarının GSYİH içindeki oranı düşüktür. Daha sonra Marksist düşüncenin de etkisiyle devlete bazı görevler (sosyal güvenlik vb..) yüklenmiş ve devletin rolü değişmeye ve buna bağlı olarak harcamaları artmaya başlamıştır.

Devletlerin kamusal harcamalarındaki artış Birinci Dünya Savaşı ile hız kazanmış ve devletler savaşın bitişinden sonra da harcamalarını arttırma eğilimini devam ettirmişlerdir. 20. yy. başından itibaren önceki dönemde hakim olan “*bırakınız yapınlar bırakınız geçsinler*” fikri önemini yitirmiş ve 1929 ekonomik buhranın etkisiyle de devletin ekonomiye ve daha birçok alana müdahalede bulunmasının daha iyi olacağı fikri kabul görmeye başlamıştır. Bunun neticesinde ikinci dünya savaşı öncesi ve sonrasında kamu harcamaları artmış ve artmaya devam etmiştir. Devletin görevlerindeki artış ve değişim, kamu maliyesi üzerindeki yükü daha da artmıştır. Devlet hem asli görevlerini icra etmeye hem de sosyal devlet olmanın gereğini yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu da doğal olarak kamusal harcamaların artmasına neden olmuştur.

Devlet üzerine yapılan tartışmalar özellikle kriz dönemlerinde artmış ve krizlerin yegane sorumlusu olarak da devlet gösterilmiştir. 1970’lerdeki kriz sonucu devlet tekrardan hedef tahtasına oturtulmuş ve görevlerinin minimuma inmesi gerektiği belirtilmiştir. Sosyal refah devletinin görev alanı genişlemiş, bürokrasisi artmış ve daha katı ve merkezi hale gelmiş, devlet işsizler için iş kapısı olarak görülmüş ve siyasetçilerde bunu popülist politikalarla körüklemiş ve bunun sonucunda kamusal harcamalar aşırı derece artmıştır. Artan harcamaların kontrolü de zorlaşmış ve kamu maliyesi her geçen gün daha kötüye gitmeye başlamıştır. Bunların sonucunda da krizler ortaya çıkmıştır. Bu tür krizlerin önüne geçilmesi için sunulan reçete ise devletin küçültülmesi veya sınırlandırılmasıdır.

Devleti küçültmenin çok farklı yöntemleri vardır. Devlet özellikle mal ve hizmet üretiminde bulunduğu alanlardan çekilecek ve bu alanlar özel sektöre bırakılacaktır. Bunun sonucunda devlet küçültülmüş olacaktır. Devlet özelleştirme, yerelleşme, deregülasyon, kamu-özel ortaklığı gibi yöntemlerle/araçlarla küçültülmeye çalışılmaktadır. Türkiye de bu süreçten payını alan ve etkilenen ülkelerden birisidir. Türkiye’de da uzun yıllardan beri (1980’lerden) devletin aşırı büyüdüğü, politize olduğu ve bunun kamu harcamalarını aşırı derecede arttırdığı ve kaynakların israf olmasına yol açtığı yönünde eleştiriler vardır. Devletin küçültülmesi ve belli alanların dışında devletin denetleyici ve düzenleyici bir role bürünmesi gerektiği ifade edilmektedir. Türkiye’de küçültülmeye yönelik çalışmalar veya atılan adımlar genelde dış baskılar yoluyla yapılmaktadır. Özellikle DB, IMF, AB, OECD, DSÖ gibi kuruluşlar bu dış baskılara örnek olarak gösterilebilir. Türkiye’de devletin küçültülmesine yönelik adımlar daha çok kamusal malların özelleştirilmesi yöntemiyle gerçekleşmektedir.

Ülkemizdeki küçülme uygulamalarından birçok sektör gibi sağlık sektörü de nasibini almıştır. 1980’lerden itibaren sağlıkta özelleştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bazı dönemler artmış bazı dönemler azalmış veya bazen başarılı bazen de başarısız olunmuş ama hiç zaman bu hedeften vazgeçilmemiştir. Sağlık sektörünün kamu maliyesi açısından aşırı bir yük teşkil ettiği ve bu yükün devletin sırtından atılarak özel sektöre devredilmesi gerektiği hep dile getirilmiştir. Bu hedefe tam olarak olmasa da 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile büyük oranda ulaşıldığı iddia edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı mal ve hizmet üreten bir birim olmak çıkarak düzenleme ve denetleme görevini ifa eden bir yapıya kavuşacaktır. Kamu Hastaneleri Birlikleri ile hastaneler birer işletme haline gelecekler ve daha özerk yapılar olacaklardır. Kamu sağlık kurumlarında kaynaklar daha etkin ve verimli kullanılacak ve sunulan hizmetin kalitesi artacaktır.

İşte çalışmamızın çıkış noktasını da burası oluşturmaktadır. Çalışmamız da değinmeye çalışacağımız konu “ Türkiye’de Sağlık Bakanlığı özelinde “ bir küçülme yaşanmış mı veya küçülme olarak adlandırabileceğimiz uygulamalar mevcut mu ve oluşan yeni yapı sağlıkta hizmet kalitesini arttırmış mı? Bizim temel tezimiz özellikle 2003 sonrası sağlıkta küçülme yönünde çalışmalar sürmekte ve bunun sonucu olarak

Sağlık Bakanlığı bir dönüşüme tabi tutulmakta ve bu politikaların hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetini arttırdığı görülmektedir.

Sağlıkta küçülme çalışmalarının hizmet kalitesi üzerine etkisini araştırdığımız tezimiz dört bölümden oluşmaktadır. Çalışmamızın birinci bölümünde devlet neden büyür? Devletin büyümesine neden olan etmenler nelerdir? Büyümenin karşıtı olarak küçülme nedir? Devletin küçülmesine neden olan etmenler nelerdir? Küçülme yöntemi olarak neler kullanılmaktadır? Devletin küçültülmesine neden olan yaklaşımlar nelerdir? gibi konulara değinilecektir. Daha sonra Türkiye’de devletin küçültülmesine yönelik yapılan çalışmalar ve küçülmenin Türkiye’deki seyri üzerine bilgiler verilecektir. Çalışmamızın ikinci bölümünde ise örgütsel küçülme (downsizing) konusu işlenecektir. Örgütsel küçülme nedir? Örgütsel küçülmenin zaman içinde değişen anlamı, örgütsel küçülmenin nedenleri üzerinde durulacaktır. Ayrıca örgütsel küçülme stratejileri ve küçülme yöntemlerine, küçülmenin olumlu ve/veya olumsuz etkilerine detaylı olarak değinilecektir. Bu bölümde en son olarak Dünya’da ve Türkiye’de örgütsel küçülme örneklerine kısaca yer verilecektir.

Çalışmamızın üçüncü bölümünde tezimizin de çıkış noktasını oluşturan sağlıkta küçülme/yeniden yapılanma çalışmalarına değineceğiz. Burada ilk önce Türk sağlık sistemi ve sağlık politikaları hakkında bilgiler verecek daha sonra Türk sağlık sisteminde yaşanan dönüşüme değineceğiz. 2003 yılından itibaren Acil Eylem Planı ile hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) detaylı olarak ele alacak ve Türk sağlık sistemi üzerindeki etkilerini tartışacağız. SDP ile sağlıkta küçülme gerçekleşmiş mi bunu istatistiksel veriler ışığında tartışacağız. Yine bu bölümde sağlıkta kalite, hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve Türkiyedeki duruma değineceğiz. Tezimizin dördüncü ve son bölümünde ise Sağlık Bakanlığı’nın yaşadığı dönüşümün hizmet kalitesine olan etkileri tartışılacaktır. Tezimizin bu bölümü anket uygulamasından elde edilen bulguların değerlendirilmesi üzerinedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME /DEVLETİN KÜÇÜLTÜLMESİ (TEORİ VE GELİŞİMİ)

Devlet toplumun büyümesi ve karmaşık bir yapıya erişmesinin bir sonucudur. Devlet bir toplum içinde en üst siyasi otorite ile donatılmış kurumdur. Devlet toplumun birliğini, düzenini ve otoritesini temsil eder (Eryılmaz, 2010:60). TDK sözlüğündeki tanıma göre ise devlet, "Belli bir toprak parçası üzerinde siyasal olarak örgütlenmiş millet veya milletler topluluğunun oluşturduğu tüzel varlık" şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2005:514). Bu kelime Türkçe'ye Arapça'dan geçmiştir. Kelimenin Arapça kökü elden ele geçen iktidar veya saltanat olarak da tanımlanan "*devl*"dir. İlk başlarda bir hükümdar ailesine ait saltanatı ifade eden kelime daha sonra anlamı da genişleyerek tüm ülkeyi kapsayan egemenliği anlatır hale gelmiştir (Öztürk, 2015:199).

Devletler ilk olarak bir akraba toplulukları şeklinde ortaya çıkmışlar, daha sonraları gerçekleştirdikleri askeri fetihler, dini ve ticari ilişkiler sonucu büyümüşler ve genişleşmişlerdir. Topluluklar site devletlere, site devletler imparatorluklara, feodal devletlere ve en sonunda da ulus-devletlere dönüşmüşlerdir (Eryılmaz, 2010:60). Günümüz modern devletleri feodalite dönemlerinin parçalı iktidar yapısının sona ermesiyle ortaya çıkmıştır. Feodalitenin zayıflamasıyla birlikte toprak aristokrasisinin ve kilisenin elindeki güç ve yetkiler kralların eline geçti. Savaşlar, toprakların genişlemesi ve vergi toplama ihtiyacının ortaya çıkmasıyla kraliyet bürokrasisi doğdu. Bürokrasinin genişlemesi ile krallar daha da güçlendi ve her alanda yetki sahibi oldular. İşte bu süreç daha önce dağınık halde bulunan yetkilerin tek elde toplanmasına ve modern devletin oluşmasına neden olmuştur (Özipek, 2014:67).

Eskisi ile kıyaslandığında günümüz devletleri çok farklı özellikler taşımaktadır. Devletin işlevleri hem değişmiş hem de artmıştır. Kamu kurumları büyümüş ve harcamalar artışlar meydana gelmiştir. Devlet sadece dış ve iç güvenliği sağlayan bir kurum değil, aynı zamanda müdahale eden, planlayan, düzenleyici rolü olan ve işletmecisi bir yapı haline dönüşmüştür (Eryılmaz, 2010:60).

1.1.Küçülmenin Karşıtı Olarak Devletin Büyümesi

Küçülme kavramı büyümenin karşıtıdır; dolayısıyla bir yerde küçülmeden söz ediyorsak onun öncesinde orada bir büyümenin veya hantal bir yapının varlığı söz konusudur. Devletin genel kabul görmüş iki görevi vardır. Toplumun yararına olmayan şeyleri engellemek, iç ve dış güvenliği sağlamak devletin negatif nitelikli görevleri veya asli görevleri olarak kabul edilir. İbn Haldun devletin iki özelliğinden bahseder. Bunlar; yasakçı ve koruyucu özelliği ve hakim özelliğidir (Eryılmaz, 2010:61). Devletin ikinci görevi ise pozitif görevleridir. Burada devlet önceki yani asli görevlerinin yanında toplum için mal ve hizmet üretme görevini de yerine getirir. Devlet pozitif görevlerini yerine getirirken bir büyüme eğilimi göstermiştir. Özellikle 1980'lere kadar hâkim olan Sosyal Devlet Anlayışı devletin büyümesine neden olmuştur. Bunun yanında devletin büyümesinin birçok sebebi bulunmaktadır. Bunları genel olarak, ekonomik ve mali sebepler, politik sebepler ve sosyal sebepler olarak üç başlık altında toplayabiliriz.

Ekonomik ve mali sebeplere; “kamusal mal ve hizmetlere olan ihtiyaç (güvenlik, adalet, eğitim, sağlık ve diplomasi vb.), ekonomik krizler, enflasyonist baskılar, devletin ekonomik büyüme ve kalkınmadaki rolü (özellikle az gelişmiş ülkelerde), kamu politikalarında Keynesyen görüşün hakim olması, tam istihdam sağlanması, enerji, ulaştırma ve haberleşme hizmetlerinin kamu maliyesine getirdiği yük” örnek olarak gösterilebilir. Politik sebepler arasında savaşlar, soğuk savaş, siyasal aktörlerin kendi çıkarları peşinde koşmaları, seçim ekonomisi uygulanması, bürokrasinin bütçenin hacmini genişletmesi, çıkar ve baskı gruplarının devletten çıkar elde etmeye çalışmaları ve hükümetlerin popülist, partizanca yaklaşımları yer almaktadır. Üçüncü grup olarak adlandırılan sosyal nedenler ise; nüfus artışı, geri kalmış bölgeler sorunu, konut sorunu, terör, sosyal güvenlik hizmetleri, sosyal yardımlar ve teknolojik değişimlerdir (Aktan, 1995:49). Sosyal faktörler, devletin kontrolünün dışına çıkan alanlardan gelmesi hasebiyle, devletin büyümesinde kamu mekanizmalarının en az etkili olduğu alandır. Aktan'ın genel olarak üç başlık altında topladığı kamudaki örgütsel büyüme olgusunu, yine benzer şekilde Eryılmaz (2010:62-65) on iki - on üç madde halinde sıralamıştır:

- Sanayileşme

- Ticari ve Sınai faaliyetlerin artması.
- Devletin ekonomiyi kontrol altına almak istemesi
- Demografik yapıdaki değişiklikler
- Kentleşme olgusu
- Kişi başına düşen milli gelirin artması
- Sosyal devlet ilkesi
- Kamu hizmetlerinin çoğaltılması
- İç faktörler (bürokrat davranışları)
- Kamu işletmelerinde verimsizlik ve kamu örgütlerinin hantal yapısı
- Oy ticareti

Yukarıda sözü edilen nedenlerden ötürü devletin büyümesinin birtakım sonuçları ortaya çıkmıştır. Aktan (1999:35-42) bu sonuçları ekonomik ve siyasal sonuçlar olarak iki başlık altında toplamıştır. Ekonomik sonuçlar ağır vergi yükü, ağır borç yükü, bütçe açığı, parasal büyüme, enflasyon ve stagflasyon gibi sonuçlardır. Siyasal sonuçları arasında ise rüşvet, irtikap, iltimas, oy ticareti (logrolling), oy satın alma (milletvekili pazarlığı), lobicilik, siyasal manipülasyon, iktidarın kişiselleşmesi, rant kollama, bürokratikleşme vb. sayılabilir. Yukarıda sözünü ettiğimiz iki başlığa her ne kadar iktisatçılar ekonomik ve siyasi sonuçların bir sonucu olarak değerlendirseler de bir üçüncü başlık da ekleyebiliriz: devletin büyümesinin sosyal sonuçları. Devletin müdahaleci tutumu ve yasaklar nedeniyle vatandaşı ile arasında sorunlar çıkabilir hatta bu sorunlar bazen düşmanlığa varacak sonuçlar doğurabilir. Bürokrasinin artması vatandaş ile devlet arasındaki basamakları arttıracak ve bir kopukluğa neden olacaktır. Devletin büyümesi sivil alanın küçülmesi anlamına gelmektedir. Çünkü devlet büyüyüp genişledikçe bireyin, ailenin ve sivil toplum örgütlerinin gücü azalacaktır (Bilkay, 2016:116).

Devletin büyümesi, genişlemesine ve hantallaşmasına neden olmuştur. Bu duruma çare bulmak için ise ortaya atılan kavram büyümenin tam zıttı olan küçülmedir (downsizing). Küçülme, özellikle liberaller tarafından önerilmiş ve liberal bir devletin olmazsa olmazı olarak kabul edilmiştir. Kamu yönetiminde örgütsel küçülme uygulamalarına başvurulmasının felsefi boyutlarına baktığımızda 1980 sonra kamu yönetimi literatürüne hakim olmaya başlayan Yeni Kamu Yönetimi

Yaklaşımı (Kamu İşletmeciliği olarak da bilinir) ve Yeni Sağ anlayışını görebiliriz. Her iki yaklaşımda kamu hizmeti sunumunda ve devletin görevlerinde köklü değişiklikler getirmiştir. Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışı 1980 sonrası devletin ortaya çıkan sorunlara çözüm bulmada yetersiz kalması sonucu gündeme gelmiş bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım klasik yönetim anlayışına alternatif getirmektedir. Hemen belirtelim ki YKY klasik kamu yönetimi anlayışını tamamen reddetmemekte sadece aksayan yönlerine çözümler sunmaktadır. Bunu yaparken de aslında önceden de bilinen piyasa yöntemlerini ve rekabetçi uygulamalarını kamu sektörü için önermektedir. YKY’de en çok vurgulanan husus özel sektör yönetim tekniklerinin kamu yönetimi için de kullanılmasıdır. Etkinlik, verimlilik, bürokrasinin azaltılması, küçülme bu anlayışın temel noktalarıdır. Devletin küçültülmesinde etkili olan bir diğer yaklaşım da Yeni Sağ yaklaşımıdır. Yeni Sağ da YKY anlayışı gibi 1980 sonrası ivme kazanmış ve yönetim literatüründe sıkça tartışılmaya başlamıştır. Yeni Sağ uygulamalar İngiltere’de Thatcher ve ABD’de Reagon ile popülerliğini arttırmış ve uluslararası kuruluşlar (IMF, DB) aracılığıyla gelişmekte olan birçok devlete dayatılmış veya önerilmiştir. Yeni Sağ anlayış da devletin piyasadaki başat rolünü reddeder ve devletin mümkün olduğunca sınırlandırılmasını önerir. Her iki anlayışa göre devlet *“kürek çeken değil dümen tutan”* olmalıdır. Bu yaklaşımlara çalışmamızın ilerleyen kısımlarında detaylı olarak ve ayrı başlıklar altında değineceğimiz için burada kısa bilgiler vermekle yetindik.

1.2. Kamu Örgütlerinde Küçülme Olgusu (Devletin Küçültülmesi)

20. yüzyılın ikinci yarısına kadar dünyada hakim olan yönetim anlayışı ekonomiye piyasanın değil devletin hakim olduğu ve Keynezyen iktisat anlayışından beslenen sosyal refah devleti idi. Sosyal Refah devleti anlayışında devlet piyasa üzerinde gücü elinde bulunduran yegane aktördü. Fakat bu anlayış zamanla devletin büyümesine neden olmuştur. Bu büyüme sonucunda ulusal veya uluslararası arenada ortaya çıkan krizlerin faturası ne yazık ki piyasaya ve topluma kesiliyordu. Yani bu krizlerden en çok etkilenen kesimlerin başında özel sektör gelmekteydi. Bu yıllardaki devlet başarısızlığına çözüm olarak ise liberaller tarafından devletin yeniden yapılandırılması ve bunun bir ayağı olarak da devletin küçültülmesi tezi ortaya atılmıştır.

Kapitalizmin zaman içerisinde geniş bir alana yayılan etkisi 1960 yılının sonlarına doğru etkisini yitirmeye başlayarak yeni bir kriz dönemine girilmiştir. Bu krizin nedenleri arasında kamu harcamalarının yüksek tutarlara ulaşması, üretimdeki yavaşlama ve bunun sonucunda verimliliğin düşmesi gösterilebilir. Ayrıca yaşanan bu yavaşlamayla beraber kar marjı azalmış ve birikim modellerinin tıkanmasına neden olmuştur. Bu süreçte refah devletlerinin aldıkları önlemler ve sürece müdahaleleri üretim etkinliklerinin azaltılmasında etkili olmuştur. Bu dönemde Bretton Woods anlaşmasıyla diğer ülkelerin doların altına dönüştürülmesi yaklaşımı ABD’de altın çıkışına neden olarak krizin artmasını sağlamıştır (Aydın, 2003: 53).

Bretton Woods sistemi doların altın cinsinden tanımlandığı bir sistemdir. 1971 yılı içerisinde Bretton Woods’de yeterli etkiyi sağlayamayarak petrol fiyatlarının 1974 yılı içerisinde aşırı yükselmesiyle beraber yaşanan kriz dünya geneline yayılmıştır (Esping – Andersen, 1996: 1-2). 70’li yıllarda refah devletinin egemenliği güçlenmiş ve aşırı büyüyen devletlerde piyasaya hakim olmuştu. Bu nedenle refah devletlerinde yaşanan bütün krizler ve izlenen yaklaşımlar dünya genelinde ülkelerin etkilenmelerine neden olmuştur. Bu kriz kapitalizmin o döneme kadar alışık olmadığı türden bir ekonomik krizdi ve devletlerin buna karşı ortaya koyabilecekleri bir çözüm önerileri yoktu. Ellerinde bulunan çözüm reçeteleri ise bu kriz için yeterli olmadığı hatta bu reçetelerin abartılarak uygulanmasının krizi daha da derinleştirdiği iddia edilmiştir (Berksoy, 1995:598).

Dünya genelinde art arda yaşanan krizler halkın refahını ve piyasaları olumsuz yönde etkilemiştir. Bu durum insanları farklı beklentiler içerisine sokmuştur. Bazıları krizlerin önlenmesini devletin sağlayacağını düşünmekte iken bazıları da devletin küçültülmesi ve yetkilerinin kısıtlanmasını önermişlerdir. Özellikle yeni liberaller içerisinde yer alan Anayasal İktisatçılar daha etkili, tarafsız ve küçük bir devlet yapılanmasının gerekliliğini savunmuştur (Bilkay, 2016:119). 1980’lerden önce geleneksel kamu yönetimi devletin kabiliyetini ve gücünü artırmaya yönelik yapılan çalışmalardan oluşmaktaydı. Bu dönemde kamu sektörünün boyutu ilgi odağı haline gelmeye başlamıştır (Ömürgönülşen, 2014:20). Çünkü devletin büyüklüğünden dolayı yaşanan krizler devletin başarısızlığı olarak görülmüştür Bu başarısızlık teknik açılardan dışında siyasal sorun olarak da algılanmaya başlanmıştır. Kamu sektöründe yaşanan bu verimsiz ve hantal yapının düzeltilmesi için devletin

sınırlandırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle refah devlet anlayışı da zaman içerisinde aşağıdaki nedenlerle eleştirilmeye başlanmıştır (Sezen, 1999:55):

- Devletin piyasaları düzenleyici göreviyle doğrudan ya da üretici olarak doğrudan müdahale etmesi kamunun tekelleşmesine neden olmaktadır. Bu durumda bireysel girişimleri sınırlandırmakta ve haksız rekabet ortamlarının oluşmasına neden olmaktadır.
- Mevcutta olan kamu pahalı ve verimsiz çalışarak kaynakların gereksiz yere kullanımına ve israfına neden olmaktadır. Bu durum karşısında özelleştirme ve merkezi gücün yerel birimlere dağıtılması (deregülasyon) gerektiği düşünülmektedir.
- Sosyal harcamalar konusunda refah devletinin haksız gelir transferlerine neden olduğu düşünülmektedir.

Bu eleştirilerden hareketle özellikle iktisatçılar bu dönemde devletin büyüklüğünün olması gereken boyutu üzerine düşünmeye başlamışlar ve devletin büyüklüğünün en uygun seviyeye geriletilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Bilkay, 2016:118). Bunu yapmanın en iyi yolu olarak da küçülme stratejilerini öne sürmüşlerdir.

Küçülme kavramının temelini farklı siyasi düşünürlerde de görmek mümkündür. Locke insanların kendi can ve mal güvenliklerini korumak için devleti oluşturduklarını ve böylece sahip oldukları bazı hak ve özgürlükleri yine kendilerinin sınırladıklarını belirtmiştir. Ancak bu devleti yönetenlerin her türlü güce sahip olduğu anlamına gelmemelidir. Özellikle yöneticilerin sahip oldukları gücün ve yetkilerin de mutlak suretle sınırlandırılması gerekmektedir. Çünkü liberal anlayışta kişi özgürlüğüne yönelebilecek en büyük tehdit devletin kendisidir. Devlet yöneticiler eliyle (sahip oldukları yetki ve güç sayesinde) despot bir hal alabilir. Bunu önlemenin yolu da devleti sınırlamaktır (Aktan, 2005:7; Bilkay, 2016:121). Bu düşünceden hareketle 1980 sonrasının devleti sınırlı ve sorumlu bir devlettir.

En genel ve basit tanımıyla devletin küçültülmesi, devletin daha önce sunmuş olduğu birçok hizmetten çekilerek yerini özel sektöre devretmesidir. Devletin küçülmesi ile anlatılmak istenen şey, devletin faaliyette bulunduğu ekonomik alanlardan çekilerek toplumsal alana daha fazla özgürlük tanınmasıdır. Yani toplum hayatına daha az karışmasıdır. Küçülen devlet asli görevlerine döner ve ekonomik alan piyasaya kalır.

Ancak devletin küçültülmesi demek devletin faaliyet içinde bulunduğu her alandan elini eteğini çekmesi demek değildir. Devlet ekonomik alandan çekilirken piyasa kurallarının düzgün işlemesi için gerekli önlemleri almalıdır ve orada bir hakem/koruyucu görevi görmelidir.

Bir başka anlayışa göre ise devletin küçülmesi/küçültülmesi onun bulunması gereken alanlardan çekilmesi ve yürütmekte olduğu görevleri daha küçük ölçekte yapmasıdır. Yukarıda da belirttiğimiz gibi devletin sunduğu hizmetleri iki ana başlık altında toplayabiliriz. Bunlardan birincisi devletin asli görevleridir. Bu hizmetlerin sunumunda teknik olarak tüketicilerin dışlanması mümkün değildir. Bu tür hizmetlerin sunumu bizzat devletin kendisi tarafından yapılmaktadır. İkinci grup hizmetler ise teknik olarak bölünebilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerden yararlanmak isteyenler belirli bir ücret ödemek sorundadır yoksa hizmetlerden mahrum olabilirler. Eğer devlet bu tür hizmetleri sunmayı üstlenirse bu daha çok siyasi nedenlerden dolayıdır (Kerman, 2006:66-67). Devletin sunduğu bir hizmeti bedelli olarak sunmaya başlaması da küçülmenin bir başka boyutudur. Bir başka ifadeyle üretim araçları mülkiyetinden bağımsız olarak, hizmet sunum yöntemi değiştirilerek bedelsiz kamusal arzın, fiyat karşılığı özel arza dönüştürülmesi devletin küçültülmesi anlamına gelmektedir (Önder, 1995:653; Kerman, 2006:68).

Bunu bir örnekle açıklayacak olursak önceden devletin sunduğu eğitim ve sağlık gibi hizmetler belli bir fiyatlandırma karşılığı özel sektör tarafından sunulmaktadır. Artık devlet sahip olduğu etkinliğini özel sektör ile paylaşmakta ve aktif olduğu bu alanlardan yavaş yavaş çekilmeye başlamaktadır. Bu süreç özelleştirme olarak da ifade edilebilir. Özelleştirme refah devletini küçültmenin araçlarından biridir. Bunlara ilave olarak devletin yürütmüş olduğu faaliyetlerden bazılarını durdurması, harcamalarda kesintiye gitmesi vb. uygulamalar kamu yönetiminde küçülme uygulamalarına örnek gösterilebilir (Önder, 1994:20).

Devletin küçültülmesi kavramı ile ifade edilmeye çalışılan şey, devletin her alandan çekilmesi değil, gün geçtikçe artan kamu harcamalarının sınırlandırılması ve devlet faaliyetlerinin en uygun (optimal) alanının belirlenmesidir (Aktan, 1999:68). Devlet gerektiği kadar gerekli alanlarda olmalı, ancak piyasanın içine girmemelidir. Devlet üretici olmamalı, rekabetin önünü açmalı ve değişik yöntemlerle piyasaya arka

çıkmalıdır. Devletin küçültülmesindeki temel varsayım büyüyen devletin müdahaleci olduğu ve bireyin özgürlüklerini sınırladığıdır. Bunun önüne geçmenin en etkili yollarından birisi de devletin bireyin yapacağı alanlardan çekilmesi ve ekonomik alanda bireye/piyasaya serbestlik tanınmasıdır (Yayman, 2000:144).

Devletin küçülmesini savunanlar ve karşı çıkanlar olmak üzere iki farklı görüş bulunmaktadır. Bunlardan küçülmeyi savunan görüşe göre; devletin küçültülmesi idarenin baskıcı otoriter tavrını ortadan kaldıracak gibi aynı zamanda dünya zenginliklerinden de daha fazla fayda sağlanmasında etkili olacaktır. Ayrıca devletin tekelinde bulunan kamu gücünün topluma devredilmesi, yönetme ve yönetilme ilişkisinin de yönetim ilkesiyle sağlanmasını, karar verme ve uygulama mekanizmasının seçilmiş veya atanmışlar yerine hizmeti alanlar tarafından kullanılmasının ve sistem kurucularının STK'lar olması gerektiği savunulmuştur. Devletin öncelikli görevinin, kamu huzur ve güvenini sağlamak olduğundan yola çıkarak, özel sektörün önünün açılması ve rekabetin güvenceye alınacak düzenlemelerde bulunması yine devletin sorumluluğunda olmaktadır (Kerman, 2006:65-66). Devletin görevi aslında vatandaşı mutlu etmek değil onların mutlu olacağı ortamların ortaya çıkması için uygun zemini hazırlamaktır (Bilkay, 2016:123).

Devletin küçültülmesini savunan iktisatçılar arasında küçük farklılıklar olsa da devletin olmaması gereken alanlar konusunda çoğunlukla birbirlerine benzer öneriler sunmaktadırlar: Hayek devletin iç-dış güvenlik ve adalet haricinde bazı sınırlı görevler almasını istemektedir. Friedman devletin bireysel özgürlükler karşısında mümkün olduğu kadar geride durmasını savunur. Devlet savunma, güvenlik, adalet, mülkiyet hakkını ve anlaşmalardan doğan hakları korumak, rekabeti sağlamak, çerçeve kanunları hazırlamak, dışsallıkları çözmek ve acizleri korumak dışında faaliyette bulunmamalı, ekonomiye müdahale etmemelidir. Buchanan ve arkadaşlarına göre ise; devletin her alanda yetkileri anayasal olarak sınırlandırılmalı ve devlet topluma karşı sorumlu hale getirilmelidir. Devlet temel üç görevi dışında bir görev üstlenecekse bunun sınırları, devletin görev ve yetkileri ekonomik bir anayasa ile tespit edilmelidir. Ordo liberalleri; devletin ekonomik olarak alanlardan çekilmesi gerektiğini ama piyasanın üzerindeki denetleyici ve düzenleyici etkisinin

devam etmesini isterler. Dolayısıyla devlet işletme kurmamalı; ama kimin hangi kurallarla işletme kurup, piyasada nasıl faaliyet göstereceğine dair kuralları ve ortamı oluşturmalıdır. Libertarianistler, devletin çekileceği alanlar konusunda ikiye ayrılırlar. Bir kısmı minimal ve ultra-minimal devleti savunurken bir kısmı da devlete bütünüyle karşı çıkmaktadır. Anarşistlere göre; devletin, polis, yerini özel güvenlik şirketleri ve onların sunduğu hizmetler, kanunların yerini de kişisel sözleşmeler alabilir. Minimal ve ultra-minimal devleti savunanlar ise devletin koruyucu fonksiyonunun devam etmesini ancak gece bekçisi olmasını isterler. Bu hizmetleri de genele değil; sadece parasını ödeyenlere sağlamasını savunurlar. Post-modernistler devletin, toplumun ve ekonominin yeniden yapılandırılmasını ve siyasetin sivil toplum tarafından yönlendirilmesini savunmaktadır (Bilkay, 2016:126-127).

Kamusal alanda küçülme uygulamaları 1980'li yıllarda başlamıştır. Bu dönemde İngiltere'de Margeret Thatcher ve ABD'de Donald Reagon iktidara gelmişler ve Yeni Sağ politikaları uygulamaya başlamışlardır. Bu muhafazakâr iktidarlar kamunun yapısını, işleyiş sistemini beğenmemişler ve bunlara ağır eleştiriler getirmişlerdir. Kamunun hantal yapısına çözüm olarak ortaya attıkları reçete ise yeni sağ politikaların kamu sektörüne uygulanması ve bunun neticesinde küçülme ve özelleştirme ile devletin sınırlandırılması olmuştur (Kurt ve Uğurlu, 2007:83). ABD'de ve İngiltere'de başlayan bu süreç Çin ve Japonya'da demir yolları, Ekvator'da Merkez Bankası gibi örneklerle devam etmiş ve devletin tercih ettiği stratejiler arasında küçülme stratejileri yer almıştır. Zaman içerisinde yaşanan bu gelişme gelişmekte olan ülkelere de yansımış ve kamu sektörünün küçültülerek veriminin artırılması hedeflenmiştir (Tan, 2006).

İşletmelerin örgütsel küçülme stratejileri benzer şekilde kamu sektörüne de uygulanmaktadır. Küçülme stratejileriyle küçülerek büyüme olgusu amaçlanmaktadır. Örgütsel küçülme stratejilerinde amaç hızlı karar alımını sağlamak, çevresel tepkilere daha çabuk cevap vermek/tepki göstermek, müşteri ihtiyaçlarına odaklanmak, maliyetleri azaltmak, sorumlulukları hızlı bir şekilde yerine getirmektedir (Işık ve Öztürk:439).

Bu dönemde değişimi reddeden yaklaşımlara karşılık değişimin gerekliliğini savunan kesimlerde mevcuttur. Değişimi savunanlar devletin büyüklüğünün eleştirilmeye başlanması ile birlikte buna en iyi çözüm yolunun küçülme olduğunu dile getirmişlerdir. Bu düşünce kısa zamanda siyasal süreçlere de yansımıştır. Yaşanan değişimlerin hızlı bir şekilde ilerlemesiyle beraber toplum tarafından da kamu sektörünün yeniden yapılandırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu yaşanan süreçlerin sonucunda kamusal politikaların izlenmesine, değerlendirilmesine, formüle edilmesine ve sonuçların beklentilere göre tekrar gözden geçirilmesine neden olmuştur. Bu durum sinerjiden yararlanan bir kamu yönetimine geçilerek merkezi yönetiminde yerinden yönetim anlayışına dönüşmesi gerektiğini göstermiştir (Ergun, 1997:8).

Kamu yönetiminde yaşanan bu değişim süreçlerinin temel nedenleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Drucker, 1991:69):

- Kamu yönetiminin ve uygulamalarının genelde başarısız olması,
- Vergilendirme ve harcamalardan elde edilen gelirin sınırlı olduğunun fark edilmesi,
- Devletin gelir yaratma imkanlarının ve becerisinin düşük olması

Kamu yönetimini değişime götüren başlıca sebeplerin temel içsel sebepleri yukarıda sıralanmıştır. Yani belirtilen nedenler kamu yönetiminde değişimin devletin ve kamunun yönetimindeki olumsuzlukları göstermektedir. Buna karşılık kamu sektöründe yaşanacak değişimin içsel nedenlerin yanı sıra dışsal nedenleri yer almaktadır. Kamu sektöründe küçülme ihtiyacı kamu ve devlet yönetiminde yaşanan olumsuzlukların yanı sıra bunlara neden olan faktörlerde bulunmaktadır. Hem ülkemizde hem de dünyada küçülmenin bir ihtiyaç haline gelmesinin nedenleri genel olarak aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir (Zehir vd., 2003:647):

- Küresel rekabet ortamında yaşanan artış,
- Modernleşme sürecinin yaşanmasıyla maliyetlerin azaltılma ihtiyacı,
- Teknolojik gelişmelerin artması,
- Yaşanan gelişmeler nedeniyle yeniliklerin yetersiz kalması,
- Yönetimsel zayıflıkların artması,
- Kamu sektöründe tekelleşmenin kaldırılma ihtiyacı,

- Bilgi çağı çalışanlarına olan ihtiyacın giderek artması.

Değişimin zorunlu hale gelmesiyle beraber kamu yönetimine düşen görevler mevcuttur. Bu görevler arasında belirli kuralların belirlenmesi, devletin sadece güvenlik ve yasaların uygulanması gibi gereken işleri yapması, herkesin kurallara uymasını sağlaması, devlet dışındaki kuruluşlara yapabilecekleri işleri devretmesi gibi sorumluluklar yer almaktadır. Bu değişimler sayesinde devletin ve kamu sektörünün küçülerek etkinliğinin artırılmasının sağlanacağı düşünülmüştür (Özer, 2006:13).

Kamu örgütlerinde küçülme devletin tek otorite olarak yönetilmesinden, örgütlerin parçalara ayrılarak merkezden yönetilen bir olguya geçişi sağlamaktadır. Ayrılan her bir parça kendi vermeleri gereken hizmetleri yüklenerek bağımsız bütçelere sahip olacaktır. Bu durum verimlilik ve işlevsel etkinlik açısından gerekli bir hal almaktadır. Ayrıca aynı işi yapan birden fazla birim oluşturularak özel sektöre devredilmektedir. Bu durum rekabet ortamı da yaratarak hizmette verimliliğin artmasını sağlamaktadır (Aksoy, 2003:557).

Kamu yönetiminde örgütsel küçülmenin riskleri de bulunmaktadır. Bu nedenle kamu sektöründe küçülme yaklaşımı izlenirken doğru planlama yapılmalı ve ortaya çıkabilecek olumsuzlukların ve bunların etkilerinin en aza indirilebilmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Küçülme stratejileri uygulanırken doğru kararlar alınması amaçlanan hedeflere ulaşılması için büyük önem taşımaktadır. Mevcut hizmetlerde aksamamalar olmaması ve daha verimli bir hizmet verilebilmesi için dikkatli olunması gerekmektedir.

1.3. Kamu Yönetiminde Küçülme (Downsizing) Stratejileri

1970 yıllarından sonra kamu sektöründe önemli yoğunlaşmalar meydana gelmeye başlamıştır. 1980'de ABD'de başkan olarak Reagan'ın seçilmesi ve 1979'da İngiltere'de iktidara Thatcher'in gelmesi ile beraber kamu sektöründe her iki ülkede de reformlar yapılmaya başlanmıştır. Bu reformlar basit değişimler yerine toplum açısından kamu yönetiminin algılanışıyla ilgili büyük değişimleri içermektedir (Hughes, 1998:9). Gelişmiş ülkelerde yaşanan bu büyük değişimler diğer ülkelerinde dikkatini çekmiştir. Küreselleşmenin gereği olarak kabul edilen kamu yönetiminde standart bir anlayışın egemen olabilmesi için bazı kuruluşlarda etkin bir rol almaya başlamıştır (Emre, 2002:303).

Özellikle ABD’de kamu yönetiminin küçültülmesi, etkinleştirilmesi ve yeniden yapılandırılmasında Al Gore’un raporunun büyük etkisi vardır. 1993 yılında ABD Başkan yardımcısı Al Gore tarafından hazırlanan bu raporda Amerikan kamu yönetimi sisteminin sorunları ve bunlara yönelik çözüm önerileri yer almaktadır. Clinton ve yardımcısı Al Gore’un bu raporu hazırlamasında Osborne ve Gaebler’in “ Reinventing the Government” adlı eseri önemli bir etkiye sahiptir. Bu çalışmada yazarlar yeniden yapılanmayı on başlık altında oldukça çarpıcı bir şekilde ele almışlardır. 1992 yılında yayınlanmasının ardından çok dikkat çekince, ABD yönetimi, hemen harekete geçerek bu kitapla çok fazla benzer yanı olan ünlü Al Gore raporu hazırlanmıştır. ABD kamu yönetiminin yeniden yapılanmasının dört ana başlık altında mercek altına alındığı bu rapor, ekleriyle birlikte 168 sayfadan oluşmaktadır. Rapor kamu yönetiminde yaşanan sorunlar şu çözüm önerilerini getirmiştir¹ (Thompson, 2000:523-524).

- a) Kamu yönetiminde küçülmeye gitmek,
- b) Yönetimsel maliyetleri azaltmak
- c) kamu yönetimine reform yapmak
- d) Merkezi yönetimin sahip olduğu yetkileri özerk kuruluşlara devrederek idarenin merkezileşmesini önlemek
- e) Çalışanları güçlendirmek
- f) Kültürel değişim sağlamak
- g) Hizmet kalitesini arttırmak
- h) Kamu kurumlarının verimliliklerini arttırmak

Bütün dünyada kamu sektörleri ekonomik hayatın en önemli kısmını oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise kamu sektörleri daha önemli bir hal almakta ve istihdam kaynağı olarak kullanılmaktadır. 21.yüzyılda globalleşme ve artan rekabet ortamları nedeniyle kamu işletmeleri yeniden yapılanmaya başlamıştır ve bu durum zorunluluk haline gelmiştir. Teknolojinin de gelişmesiyle beraber iletişim teknolojileri de son dönemlerde oldukça önemli hale gelişmiştir. Bu nedenle kaliteli çalışan sayısının artmasıyla kamu sektöründe maliyetlerin azaltılması için

¹ Daha detaylı bilgi için bkz. Al Gore and Tom Peters (1993), Creating a Government That Works Better and Costs Less, USA: Plume

yapılandırma süreçleri başlamıştır (Lynch vd., 1999:149-161). Yaşanılan gelişmeler her dönemde yeniden yapılandırma süreçlerini zorunlu hale getirmektedir. Özellikle son dönemlerde yaşanan gelişmelerde kamu sektöründe önemli yapılandırmaların gerçekleştirilmesine neden olmuştur. Bu doğrultuda kamu yönetiminde de küçülme stratejilerinin değerlendirilme ve uygulanma süreçleri başlamıştır.

Stratejik büyüme ve küçülme, dış kaynak kullanımı, süreç yenileme, kıyaslama, Toplam Kalite Yönetimi gibi birçok yeni yönetim tekniği kamu yönetiminde uygulanmaya çalışılmıştır. Genellikle özel işletmeler için uygulanan bu yöntemlerin kamu yönetiminin içinde uygun olacağı varsayılmıştır. Kamu yönetiminin farklı olması nedeniyle bu yaklaşımların kolay uygulanacağını düşünmek zordur. Ayrıca kamu sektöründe devlerin müdahalesinin azaltılmasına yönelik özelleştirme uygulamaları sıklıkla görülmektedir. Bu sayede sürekli öğrenme yeteneği olan ve önemli bir bilgi birikimine sahip olan kişilerin karar verme süreçlerine kaydırıldığı bir yaklaşım gündeme gelmiştir. Ayrıca bu sayede bürokraside bulunan hiyerarşik yapıda esnemiş olacaktır (Bayraktaroğlu ve Kutanis, 2002:62). Birçok yaklaşım olmasına karşılık kamu yönetiminin diğer işletmelerden farklı ve daha zor ilerlemesi nedeniyle küçülme stratejisi birçok ülke tarafından uygulanmaktadır.

Kamusal hizmetlerin sunumunun özelleştirilmesi kamu sektörünün küçültülmesini ifade etmektedir. Bu sayede kamusal hizmetlerin sunumu özelleştirme yöntemine dönüştürülmektedir. Örneğin; devletin ücretsiz olarak verdiği eğitim hizmeti özelleştirilerek belirli bir ücret karşılığında özel kesim tarafından verilmeye başlanmaktadır (Işık ve Öztürk, 2009:440). Kamu sektörünün küçültülmesi eğitim, sosyal hizmetler, sağlık gibi kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi anlamına gelmekte ve devletin de küçültülmesini sağlamış olmaktadır (Dodgson, 1993:262).

Kamu sektörünün özelleşmesi aynı zamanda kamunun yürüttüğü faaliyetlerin azaltılması anlamına gelmektedir. Dünya’da özelleştirmeler özellikle 1970’li yıllarda başlamış ve hız kazanarak günümüze kadar devam etmiştir ve etmektedir. Her ne kadar ilk başlarda uygulandığı ülkelerde sorunlar ortaya çıkmış olsa da daha sonra bu sorunlar ve şikayetler azalmıştır. Özelleştirme yöntemiyle kamu sektörü tarafından yürütülen faaliyetler azaltılmakta ve devlet işgal ettiği bu alanlardan piyasa lehine çekilmektedir. Özelleştirmeler yoluyla kamu bürokrasisinin sahip olduğu birçok

yetki ellerinden alınarak özel sektöre devredilmiştir. Böylece bürokrasinin güç kazanması ve yayılması engellenmeye çalışılmıştır. Bunun ne kadar başarılı olduğu ise hala tartışmalıdır. Çünkü yaşanan deneyimler göstermiştir ki sadece özelleştirmeler yoluyla bürokrasinin gücü sınırlanamamıştır (Öztürk, 2017:239).

Özelleştirmeler yoluyla verimsiz ve hantal olan devlet yapısının işlevsel hale geleceği düşünülmüştür. Ayrıca özelleştirmeler yoluyla rekabet artacak ve daha kaliteli ve etkin bir hizmet sunumu gerekecektir. Kaynak israfının önüne geçilmiş olacak, KİT'lerin oluşturduğu tekel kırılacak ve piyasa lehine bir durum ortaya çıkacaktır. Özelleştirme yönteminin seçilmesiyle atıl durumda olan kurum ve personel özel sektöre devredileceğinden devlet üzerinde mali yük oluşturan ve siyasi saiklerden dolayı bir türlü çözülemeyen bu sorun da ortadan kalkmış olacaktır. Bu uygulamaların en nihai sonucu da devlet bütçesinin kamusal faaliyetler üzerine olan kısmı küçültülmüş olacaktır. Yani kamusal giderler azalmış olacak ve devlet ekonomik yönden küçültülmüş olacaktır. Kamu sektöründe yaşanan küçülmenin amaçlarına ulaşabilmesi ve daha verimli bir yönetimin sağlanabilmesi için devletin ekonomik yönden, örgüt olarak, personel istihdamı ve yetkileri bakımından küçültülmesi gerekmektedir (Kerman 2006:24).

1.3.1 Ekonomik yönden devletin küçültülmesi

Devletin küçülmesi gerektiğini savunan iktisatçılar farklı bakış açılarına sahip olmalarına karşılık devletin çekilmesi gerektiği alanlar konusunda benzer düşünceler içerisindedir. Friedman devletin ekonomiye müdahale etmemesi gerektiğini savunmaktadır. Orda liberaller ise devletin ekonomik alanlardan çekilmesine karşılık denetleyici rolüne devam etmesi gerektiğini savunmaktadır. Post-modernistler ise ekonominin tekrar yapılandırılması gerektiğini belirtmişlerdir (Bilkay,2016:136-137).

Kamu harcamalarında yaşanan artışlar devletin büyümesiyle beraber ekonomik sorunları da beraberinde getirmiştir. Kamu harcamaları genellikle toplanan vergiler yardımıyla finanse edilmektedir. Vergi geliri ile karşılanamayan kısım ise vergi dışı gelirlerle karşılanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kamu gelirleri kamu harcamalarıyla orantılı olarak artmakta ve gelir gider arasında denge durumu söz konusu olmaktadır.

Ancak 1970’li yıllarda gelir gider dengeleri bozulmuş ve önemli bütçe açıkları vermeye başlanmıştır (Eroğlu, 1999:39).

Ekonomik anlamda devletin küçültülmesi hem gelirlerin hem de giderlerin dengeli bir şekilde düzenlenmesiyle mümkündür. Gelir gider dengesinin doğru bir şekilde kurulmaması daha fazla bütçe açıklarına neden olabilmektedir. Ekonomik olarak devletin küçültülmesi genel olarak iki ana başlık altında incelenebilir. Bunlar kamu harcamaları (giderler) ve vergi gelirleri (gelirler) şeklindedir.

Gelirler açısından devletin küçültülmesi demek devletin topladığı vergi oranlarında düşüşe gitmesi demektir. Ancak vergi oranlarının düşürülmesinin bazı risklerinin olduğu da unutulmamalıdır. Bu risklerin önüne geçilememesi durumunda ekonomik dengenin bozulması da söz konusu olabilmektedir. Çünkü, toplanan vergilerde azalma olurken kamu harcamalarında da aynı oranda azalma olmazsa mevcut giderleri karşılayabilmek için devlet ya borçlanacak ya da para basmak zorunda kalacaktır. Vergi oranlarının düşürülmesinin en önemli amaçlarından biri de uluslararası sermaye sınıfının vergi yükümlülüklerini düşürmektedir. Küçülme stratejisi izleyen devletin uluslararası sermayeyi çekebilmek için izlediği vergi düşürme yöntemi vatandaşlardan alınan dolaylı verginin artmasına neden olmuştur. Bu da aslında ekonomik anlamda devletin küçültülemediğini göstermektedir. Sadece doğrudan alınan vergilerde küçülme sağlanmıştır. Buna karşılık dolaylı vergilerin artırılması istenen sonuca ulaşamamasını göstermiştir (Işık ve Öztürk, 2009:442; Kerman, 2006:75-77).

Ekonomik açıdan ele alındığında devletin küçülmesinde gelirlerin olduğu kadar giderlerin de azaltılması gerekmektedir. Devletin büyümesinde önemli bir paya sahip olan kamu harcamalarının devletin küçültülmesinde de aynı oranda öneme sahiptir. Kamu harcamalarının etkin ve verimsiz olarak kabul edilmesiyle beraber giderlerinde tekrar ele alınarak azaltılması gerekmektedir. Devletin ekonomik anlamda küçültülebilmesi için istihdam ettiği personele ödediği ücretler, sosyal yardımlar, diğer sektörlerden alınan hizmetlere ilişkin harcamalara ait düzenlemeler gerekmektedir. Bu doğrultuda devletin büyümesine neden olduğu düşünülen bütçe harcamalarını kısıtığında kamusal giderlerin azalması söz konusu olacaktır. Personel harcamaların azaltılabilmesi için ücretlerinin sabit tutulması, kamuda yeni istihdam

alanlarının yaratılmaması, ücretlerin enflasyon oranında artırılması gerekmektedir. Ayrıca yeni yatırımların yapılmaması ve yatırım harcamaların azaltılması kamu harcamalarının da düşürülmesine yardımcı olacaktır (Işık ve Öztürk, 2009:443; Kerman, 2006:74). Devletin ekonomik anlamda küçülmesi kamu harcamaları açısından ek giderlerin önlenmesine katkı sağlamaktadır. Kamu örgütlerinde sağlanan küçülmeler sonucu kaynak fazlalıkları ortaya çıkarak sermayenin daha fazla yönlendirilebileceği seçenekler oluşabilmektedir. Devletin ekonomik olarak küçültülmesi ile kaynakların çarçur edilmesinin önüne geçilecektir.

Devleti küçültmenin yollarından birisi de özelleştirme uygulamasıdır. Özelleştirmenin dar ve geniş olmak üzere iki farklı tanımı vardır. Dar anlamda özelleştirme, “yönetimi ve mülkiyeti kamunun elinde olan iktisadi üretim birimlerinin özel sektöre devri” şeklinde tanımlayabiliriz (Yılmaz, 2002:41). Dar anlamda özelleştirmeden bahsederken en az % 51 hissenin ve örgüt yönetimin özel sektöre geçmesi gerekmektedir. Fakat hisse devreninin % 51’in altında olduğu durumlarda da yönetimde üstünlüğü sağlamak için yeterli olabileceğini savunan görüşler de vardır (Orkunoğlu, 2010:2). Geniş anlamda ise özelleştirme sadece mülkiyet veya yönetim transferini değil, aynı zamanda bir iktisadi kuruluşun serbest piyasa koşullarına göre işleyen yapıya kavuşturulmasını ve bunun için gerekli uygulamaların yapılmasını kapsamaktadır. Özelleştirme uygulamaları ile devletin ekonomik etkinliklerin elinden alınarak, piyasaya karışmadan sadece gerekli düzenlemeleri ve denetlemeleri yapması, sağlanmaktadır (Bilkay, 2016:123-124). Özelleştirme ile beraber kamu harcamalarında önemli azalmalar elde edilerek ekonomik verimliliğin artırılması hedeflenmektedir.

1.3.2. Örgüt olarak devletin küçültülmesi

Devlet, kamusal kurumlar ve burada çalışan kişilerle beraber örgütsel olarak varlığını göstermektedir. Bir devletin örgütsel yapısında kamusal sektörler büyük bir alana sahiptir. Kamusal alanların artması devletinde büyümesine neden olmaktadır. Özellikle merkezi yönetim anlayışının hakim olduğu yönetim biçimlerinde devlet kurumları ile beraber oldukça büyük bir yapıyı temsil etmektedir. Bu tür yönetim anlayışlarında devlet her alanı yani tüm ülkeyi kendisi kontrol etmek istemekte, sahip olduğu yetkileri daha alt birimlere devretme eğilimi göstermemektedir. Bunun

sonucu olarak da hem personel sayısı bakımından, hem ekonomik giderler bakımından hem de örgüt yapısı bakımından sürekli büyümektedir. Devletin büyümesiyle beraber ortaya çıkan olumsuz etkileri azaltmak için daha önce kamunun kontrolünde olan birçok alan daha verimli ve daha etkili hizmet sunumu amacıyla özel sektöre devredilmektedir (Tutum, 1994:28).

Özelleştirmeler sonucunda kamu kurumları atıl pozisyona düşebilmektedir. Devletin sunduğu hizmetlerin çoğu özel sektöre devredildiği için mevcut kurumlar kapatılarak ya da özelleşerek örgüt olarak küçülmenin sağlandığı söylenebilmektedir (Işık ve Öztürk, 2009: 445). Daha önce kamunun sunduğu mal ve hizmetler özel sektöre devredildiğinde çoğu özel sektör kendi personellerini ve araçlarını kullanmaktadır. Bu da özel sektörde yeni alanların ortaya çıkmasına ve kamu sektörünün bu alanlardan tamamen uzaklaşmasına neden olmaktadır. Kamu örgütlerinin kapatılması veya özel sektöre devri gibi yollarla devletin örgütsel anlamda küçültülmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bunun yanında uygulanan bir başka yöntemde kurum birleştirmeleridir. Bu yöntem ile devlet benzer işi yapan kamu kurumlarını tek çatı altında toplamayı ve böylelikle örgütsel yayılmanın önüne geçmeyi hedeflemektedir. Kurum birleştirme yoluyla kamu hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimlilik sağlanılmaya çalışılmaktadır. Bu yöntem ile personel sayısında ve giderlerde de küçülme amaçlanmaktadır.

Özelleştirme ile beraber devlet mal ve hizmet üretiminden çekilmektedir. Çekildiği bu alanları piyasaya bırakmakta kendisi daha çok piyasa koşullarını rekabet kuralları çerçevesinde şekillendirmektedir. Devlet bizatihi hizmet sunduğu bir alandan çekilerek küçülmektedir. Örneğin önceden kamunun mülkiyetinde bulunan Telekom, enerji gibi sektörlerin özelleşmesi sonucu devlet bu alanlardan çekilmektedir. Bu sayede bu kuruluşlar özel sektöre bağlı olarak hizmet vermeye devam etmekte bu da devletin örgütsel anlamda küçülmesine katkı sağlamaktadır. Özelleştirme ile beraber devletin ticari ve sınai faaliyetlerini en aza düşürülmesi amaçlanmaktadır. Bu durumda devlet piyasadan çekilecek, atıl durumda bulunan ekonomik değerler üretime katılabilecek, kamu sektörünün yükü hafifletilecek ve giderlerin azaltılması sağlanmış olacaktır (Bilkay, 2016:129).

1.3.3. Personel istihdamı açısından devletin küçültülmesi

Kamu personeli toplumla doğrudan iletişim içerisinde olan ve toplumun gereksinimlerini karşılamakla görevlendirilmiş bireylerdir. Kamu personeli en genel tanımıyla “*bir kamu kurumunda atama usulüyle işe gelmiş kişidir*” (Güler, 2005:63). Kayar’ın (2015:28) yaptığı tanıma göre kamu personeli-kamu görevlisi olarak da adlandırılır- en geniş anlamıyla “devlet ve diğer kamu tüzel kişilerinde hem kamu hukuku hem de özel hukuka tabi olarak istihdam edilen kişilerdir”. Devletin tasarruf etmesi ve küçülmesinde kamu personelinin azaltılmasının önemli bir etken olduğu varsayılmaktadır. Çünkü devletin fazla personel çalıştırması hem masraflı olmakta hem de elde edilecek gelirden azalmalara neden olmaktadır. Devlet mal ve hizmet sunarken sunulan hizmetin daha hızlı, verimli ve kaliteli olması için personele ihtiyaç duyduğu gibi; aynı şekilde hizmette aksaklıklar yaşanmaması adına personel azaltılması yöntemine de başvurabilmektedir. Kamuda personel sayısının azaltılması ve gereğinden fazla personel istihdam edilmemesi devletin küçülmesine önemli bir katkı sağlamaktadır (Işık ve Öztürk, 2009:444). Yeni personel alımlarının durdurulmasının yanı sıra mevcut personelinde azaltılması gerekmektedir. Atıl durumda olan personellerin özelleştirilen kurumlara kaydırılması, uygun olanların emekli edilmesi ya da personel ihtiyacı olan birimlere kaydırılması gerekmektedir. (Bilkay, 2016:129).

Özelleştirme politikalarının da yardımıyla devlet kamu personeli sayısında küçülmeler sağlayabilmektedir. Personel sayısının gereğinden fazla olması maliyetlerin artmasına da neden olabilmektedir. Bu nedenle gerekli personel sayısının belirlenmesi bu konuda büyük bir öneme sahiptir. Verilecek hizmetler ve kurumlar için gereken minimum personel sayısının belirlenmesi doğrultusunda bu yönde personel istihdam politikaları belirlenmesi gerekmektedir. Personel sayısında uygulanacak küçülmeler devletinde küçülmesini sağlayarak daha verimli hizmet sağlamaya ve maliyetlerin önemli ölçüde azaltılmasına büyük katkı sağlayabilmektedir.

Personel sayısında azalmaya giderken aynı zamanda yüksek kaliteli, iyi eğitim almış ve yetişmiş personelinin özel sektöre kayması riski vardır. Daha düşük kaliteli iş gücüne sahip bireylerde özel sektörde daha zor iş imkanı bulacaktır. Özel sektörün

kaliteli personel arayışı ve çok sayıda iş fırsatı imkanı olması devletin kaliteli personellerinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu durum personel azaltılmasında alınan riskler arasında olup dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu durum beklenen sonuçların alınmasını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Jean ve Laffont, 1999:67). Personel istihdamı sonucunda yetenekli personelin çoğunun özel sektöre geçmesinin engellenmesi gerekmektedir. Ayrıca küçülmeye gidilirken personel sayısının hizmet üretmeye yetecek kadar olmasına dikkat edilmelidir.

1.3.4. Sahip olduğu yetkiler bakımından devletin küçültülmesi

Devletin güvenlik eğitim, sağlık ve adaletin sağlanması gibi birçok alanda farklı görevleri bulunmaktadır. Bu nedenle devletin küçültülmesi süreçlerinde görevlerinin de daraltılması ve sınırlandırılması gerekmektedir. Devletin küçültülmesi sağlanırken özelleştirmeler yapılmakta bu nedenle de idari değişikliklerinde olması gerekmektedir. Özelleştirmeye beraber devletin üretici rolü azalmaktadır. Bu nedenle devletin üretici görevinin yerine denetleyici görevlerinin olması gerekmektedir. Devletin daha önce kendisinin üretim yaptığı alanları özel sektöre devretmesi sonucunda bu alanlar da gerekli gördüğü zamanlarda var olmalıdır. Bu alanlarda üretici konumunda bulunmamalı; daha çok piyasayı destekleyici ve rekabeti artırıcı roller üstlenmelidir (Bilkay, 2016:126). Üretici görevini bırakan devletin mevcutta daha önce hizmet verdiği alanları desteklemesi önemli bir konudur. Küçülmeye gidilen hizmet alanlarının takibini tamamen bırakmamalı ve iyileştirilmesi için destekleyici konumda olması gerekmektedir.

Kamusal örgütlenmelerde yaşanan küçülmeler sonucunda devlet denetleme yetkisini korumalıdır. Eğitim, sağlık, çevre gibi konular toplum için önemli konular arasındadır. Bu nedenle denetlenmesi ve takip edilmesi gerekmektedir. Kamuya ait alanların özelleştirilmesiyle beraber kamusal hizmetlerin verildiği alanlardaki kontrolünü kaybetmemesi gerekmektedir. Eğer kontrol edici ve denetleyici etkisini kaybederse etkili yönetim yeteneği de kaybolacaktır (Tutum, 1994:29).

Devletin piyasaları düzenleyebilmek için bazı müdahaleleri vardır. Bunlar ücretler, destekleme politikaları, döviz kuruna ve faize müdahale, toplu sözleşmeler, üretim ve pazarlama standartları, cezalandırma politikalarıyla fiyatlara müdahale, ticaret yasası, borçlar yasası, rekabet yasası, tüketiciyi koruma yasası gibi birçok konu sıralanabilir.

Kısacası devlet düzenlemeleri yasalar veya müdahaleler yardımıyla sağlayabilmektedir (Bilkay, 2016:130). Devletin bütün yetki ve düzenlemelere müdahale edebilmesi devletin yetki bakımından da büyüyebildiğini göstermektedir. Bundan dolayı devletin küçülmesine gidilirken yetkilerinde de sınırlamalar yapılması gerekmektedir. Serbest piyasa ekonomisinin bulunduğu ülkelerde devletin düzenleme yetkisinin esnetilmesi ve devletin serbest piyasadan çekilmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu sayede devletin yetkilerinin sınırlandırılması devletin küçültülmesini de sağlayacaktır (Kerman, 2006: 81).

Kamu yönetiminde yapılan özelleştirme kamu kurumlarının sayısını azaltmada büyük bir etkiye sahiptir. Kamu kurumlarında yaşanan azalmalar aynı zamanda yetkilerinin de azaltılması demektir. Devletin yetkilerinin sınırlandırılması serbest piyasadaki birçok yetkisinin özel sektöre ve sivil toplum örgütlerine devredilmesini sağlamaktadır. Bu durumda devletin tekeli yetkilerinin azaltıldığını göstermektedir (Işık ve Öztürk, 2009:446). Devletin yetkileri bakımından küçültülmesi devletin büyümesinin önüne geçilmesindeki en önemli konulardan biridir. Eğer devlet yetkileri bakımından sınırlandırılmazsa tam anlamıyla bir küçülme sağlanmış olmayacaktır. Özellikle yetkileri açısından tekeli bir yaklaşımın devam etmesi kamu örgütlerinin küçülmesine rağmen üzerinde devletin kurumlar üzerindeki etkilerinde herhangi bir değişikliğin sağlanmadığını gösterecektir. Bu nedenle kamu sektöründe yaşanan küçülmeye beraber devletin yetkilerinin de gevşetilmesi ve sınırlandırılması gerekmektedir.

1.4. Kamu Yönetiminde Örgütsel Küçülmeyi Savunan Yaklaşımlar

Kamu örgütlerinde küçülmeye gidilmesini savunan farklı yaklaşımları bulunmaktadır. Bunlar minimal devlet yaklaşımı, Kamu tercihi teorisi, yeni sağ iktisat yaklaşımı ve yeni kamu yönetimi yaklaşımı şeklinde dört ana başlıkta incelenebilir.

1.4.1. Minimal devlet yaklaşımı

1980 ve 1990'lı yıllarda neo-liberal politikalar iki kuşak şeklinde yapısal uyarılama çerçevesinde etkili olmuştur. Bunlardan ilki devletin olabildiğince küçültülerek piyasanın öneminin artırılmasıdır. Devletin değiştirilme çabası ve bu politikaların yayılması minimal devlet yaklaşımı ile ifade edilmektedir. Daha sonrasında az

gelişmiş ülkelerde yaşanan sorunlar doğrultusunda düzenleyici devlet yaklaşımı yerini almıştır (Doğan, 2016:1796).

Neo-liberal yaklaşımlar devletin rolünün minimum düzeye düşürülmesinin gerektiğini savunmaktadır. Minimal devlet anlayışı devletin iktisadi alanlardan çekilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca minimal devlet yaklaşımı, devletin kendi asli görevleri arasında diplomasi, savunma, adalet, güvenlik, ekonomi ile ilgili yasal çerçeveler ile düzenlemeler olması gerektiğini ve bu doğrultuda sınırlandırılması gerektiğini de söylemektedir. Bu yaklaşım ekonomik gerilemelerinin temel nedeni olarak devletin müdahalelerini göstermektedir (Şen, 2005:332). Klasik liberaller devlet müdahalesini eleştirirlerken bunu dört temel üzerine oturtmuşlardır (Romani, 2015:244).

- a- Bireyler kendi çıkarlarını veya ilgi alanlarını devletten daha iyi bilirler
- b- Özel işletmeler veya örgütler kamusal olanlardan (devletten) daha iyi işlerler.
- c- Devlet müdahalesi baskı demektir, zorlama demektir ki buda kabul edilemez
- d- Eğer imkan verilmezse, bireylerin kişisel gelişimleri ve bağımsızlıkları bozulur/zayıflar.

Minimal devlet anlayışında devlet müdahalesinin sınırları devletin temel görevleri ile sınırlandırılmalıdır. Bu görevler kısaca şu şekilde özetlenebilir: Vatandaşlarını ve devleti yabancı düşmanlara karşı koruma, denkleştirici adaletin devamını sağlama ve yaşam, mülkiyet ve özgürlük hakkını koruma. Bunlara Viner bir de özel sektörün yapamayacağı kamusal işleri yapma görevini eklemiştir (Romani, 2015:244). Buradan hareketle minimal devletin-aynı zamanda *laissez faire* devlet olarak da anılır- asıl amacının önemli piyasa başarısızlıklarını düzeltmek, gerekli kamusal mal ve hizmeti üretmek veya pazar çıktılarını tamamlamak olduğunu söyleyebiliriz (Tanzi, 2011:43). Minimal devlet üzerindeki tartışmaları iki grup etrafında değerlendirebiliriz. Bunların büyük çoğunluğunu liberteryenlar oluşturmaktadır. Liberteryenlar negatif ve pozitif özgürlükler arasında kesin çizgiler çekmişler ve insanların manevi hakları olduğunu ve bunların dokunulmaz olduklarını belirtmişlerdir. Onlara göre devletin tek meşru rolü/görevi bireylerin haklarını korumaktır. Eğer kişileri başkalarına yardım etmeye zorlarsa devlet sınırını aşmış

olur. Aynı zamanda devletin ekonomik alandaki regülasyonlarına da karşı çıkmakta ve serbest piyasayı olumsuz etkileyebileceği için bunu reddetmektedirler.

Minimal devlet yaklaşımı yukarıda belirttiğimiz gibi özellikle “Liberterler” tarafından savunulmuştur. Liberterlik veya Liberteryenizm, en genel anlamda, Adam Smith’in iktisadi liberalizme ilişkin saptamalarını en uç noktasına ulaştıran özgürlükçü görüş olarak tanımlanabilir (www.felsefe.gen.tr). Liberteryenizmin temel amacı “saf özgürlüktür”. Liberteryenizm, bireylere hiçbir şekilde karışılmadığı özgürlükçü bir toplum yapısını savunur (Aktan, 1995:90). Liberteryen anlayışta devlet, özgürlüğü sınırlayan ve zedeleyen bir kurum olarak algılandığından, hoş görülmez. Bu anlayışta bireylerin mülkiyet hakları kamulaştırılmaz. Liberterler insanların temel hak ve özgürlüklerini koruyan kanunları savunurlar. Kanunlar eğer kişileri başka kişilerden gelecek saldırılara karşı koruyorsa veya koruyacaksa kabul edilebilir. Bunu sağlayacak olan devlettir ve devletin yegâne görevi bu olmalıdır. Devlet sadece genel güvenliği sağlamalıdır. Liberteryenizm’de devletin başka insanlara yardım edilmesi için yasalar çıkarması kabul edilemez bir durumdur. Çünkü insanın emek vererek kazandığı veya yaptığı her şey kendisindedir ve onun için kutsaldır. Devletin bunu göz ardı ederek başka insanlara yardım amaçlı kanunlar çıkarması doğru bir yaklaşım değildir. Devlet karışmamalıdır. Yani devlet ekonomik alanda olmamalıdır (Tosun, 2010:142).

Liberterler arasında devletin varlığı ile ilgili bir görüş birliğinden söz etmek mümkün değildir. Çünkü bazı liberteryenler devletin zorlayıcı güce sahip olduğundan devlete tamamen karşı çıkmakta ve devletsiz bir toplumu savunmaktadırlar. Bazı liberterler ise özellikle Robert Nozick, bu görüşe karşı çıkmakta ve devletin tamamen ortadan kaldırılması yerine, devletin önemli ölçüde sınırlandırılması gerektiğini savunmaktadır (Aktan, 1995:90). Aşağıda Robert Nozick’in görüşlerine ayrı bir başlık altında yer vereceğimizden burada bu kadarı ile yetiniyoruz. Minimal devlet üzerinde tartışan ve görüş belirten bir diğer grup ise sonuç odaklı minimalistlerdir. Onlar daha çok sonuca odaklanırlar. Pozitif ve negatif haklar arasındaki ayrımı belirtmek yerine, eğer bireylere azami özgürlük tanınırsa ve asgari geçimlerini sağlamaları, eğitim, sağlık ve yaşlı bakımı konularında cesaretlendirilirse toplumun uzun vadede daha iyi olacağını altını çizerek Minimal devlet taraftarları birçok modern devlette var olan büyük düzenleyici bürokrasilerin ekonomik

girişimleri engellediğini ve özellikle fakir insanların iş imkanlarını kısıtladığını belirtirler. Bundan dolayıdır ki büyük devlet, geniş ve hantal bürokratik yapı şiddetle eleştirilir (Lippke, 2016:3-4).

Minimal devlet yaklaşımı her ne kadar 20. Yüzyılın son çeyreğinden sonra gündeme gelmiş ve tartışılmış olsa da temelleri 1850'lere kadar gitmektedir. Özellikle 1851 yılında Bastiat'ın "Harmonies Economiques" ve Spencer'in "Social Statics" eserleri bu konuda etkili olmuştur. Eserinde Bastiat bütün meşru çıkarların uyumlu olduğunu belirtmiş ve gece bekçisi devletten başka bir şeye gerek olmadığını altını çizmiştir. Onun için Fransa'daki siyasi çekişmeleri bitirmede ve ekonomik istikrarın sağlanmasında "laissez faire" devlet anlayışı (minimal devlet) tek araçtır. Harmonies économiques Fransız siyasal iktisadının gelişmesinde ve anti-devletçi özelliğinin güçlenmesinde önemli rol oynamıştır. Aynı zamanda bu anlayışın farklı ülkelere yayılmasını da sağlamıştır (Winch, 2006). Benzer görüşler Spencer'in Social Statics isimli eserinde de vurgulanmıştır. Spencer'in üzerinde durduğu Eşit Özgürlük Yasasında Spencer herkesin başkalarının özgürlüğüne karışmadan ve onu zedelemeyen istediği her şeyi yapma hakkı olduğunu belirtmektedir (Romani, 2015:247).

Minimal devlet anlayışı özellikle 1980'li yıllardan sonra kendini göstermeye başlamıştır. Minimal devlet anlayışında öncelikle refah devleti ve onun politikaları kabul edilmez ve sorunlara çözüm getirmediğinden eleştirilmektedir. Bu anlayışta, devlet personel sayısı bakımından, örgütsel yapı bakımından küçültülmelidir. Devletin topluma bizzat kendi eliyle sunduğu hizmetler artık özel sektör eliyle yapılmalı, sosyal yardımlar kısıtlanmalı veya durdurulmalı, kamunun işletmecisi olduğu sektörler özelleştirilmeli ve Anonim şirketlerine dönüştürülerek halka arzı sağlanmalı ve böylece devlet ekonomik alanda da küçültülmelidir. Minimal devlet "iyi hayat" anlayışını savunmaktadır. Buradaki "iyi hayattan" kasıt, devletin bireylerin ekonomik ve sosyal hayatlarına en az şekilde müdahale etmesidir. İnsanların hayatları, özgürlükleri ve servetleri kutsaldır, kendilerine aittir ve bu yüzden başka bir güç tarafından kısıtlanamaz ya da ellerinden alınamaz. Minimal devleti savunan liberteryanizmde yöneten ve yönetilen arasındaki ilişki, eskiyle kıyaslandığında yönetilen lehine evrilmiştir. Rawls Minimal Devlet anlayışında, bir iktidara tabi olma, onun boyunduruğu altına girme, onun tebası olma gibi anlamlara

gelebilecek olan yurttaş, uyruk gibi kavramlar yoktur. Bunların yerine daha çok özgürlüğü, bağımsızlığı simgeleyen birey ve birey hakları gibi kavramlar kullanılmaktadır (Tosun, 2010:144).

Minimal devlet konusunda önemli isimlerden biri Robert Nozick'tir. Robert Nozick, "Anarşi, Devlet ve Ütopya" adlı eserini 1974 yılında yayınlamıştır. Bu eser birçok alanda önemli etkiler yaratmıştır. Nozick eserinde özellikle bireylerin haklarını konu almış ve minimal devlet anlayışı hakkında önemli yaklaşımlar ileri sürmüştür. Bunlara ek olarak devletin yetki alanları hakkında da düşüncelerini dile getirmiştir (Uslu, 2007:144). Robert Nozick en önemli eserlerinden biri olan Anarşi, Devlet ve Ütopya'da devletin küçültülmesini önermiş ve bunun için tekrardan 19. Yüzyıl liberal anlayışın benimsenmesi ve uygulanması gerektiğini belirtmiştir. O'na göre, devletin kamusal kaynakların dağıtımında bizzat rol oynamasının kişilerin özgürlüklerini tehlikeye sokacağından kabul edilmemesi gerektiğini belirtmiştir. Devletin yeniden dağıtım görevini üstlenirse bunun istemez bireylerin seçim ve etkinliklerini etkileyeceğini belirtmiştir. Devletin ekonomik alandan tamamıyla çekilmesi gerektiğini belirten Adam Smith gibi Nozick de serbest piyasanın yaratıcılığı ve karı arttırdığını ama devletin yaptığı yardımların insanları tembelleğe ittiğini öne sürmüştür. Nozick minimal devletin gerekli olduğunu ve minimal devletten daha büyük bir devletin gayri meşru olduğunu savunmuştur. Serbest piyasada ortaya çıkabilecek sorunların devlet tarafından hesaplanması ve çözülmesi gerektiğini belirtmiştir (Aktaran Uslu, 2007:150).

Robert Nozick liberteryen anlayışın öncüsü olarak kabul edilir ve minimal devlet konusunda ilk akla gelen isimlerden birisidir. Bir siyaset felsefecisi olarak da bilinen Nozick'in aklını kurcalayan en temel sorunlarından birisi şudur: "Meşru devlet nasıl oluşur ve meşru bir devletin sınırları ne olmalıdır? Bu sınırlar nerede ve nasıl çizilmelidir?" Yazar devlet'in ne olduğu ile değil nasıl olması gerektiği ile ilgilenmektedir. Nozick'in devlet düşüncesinde hem Locke'un "**doğa durumu**" hem de Smith'in kendiliğinden düzen anlayışı hakimdir. John Locke'un doğa durumu tezini minimal devletin doğuşuna kaynaklık ettiğini belirtir aynı zamanda Adam Smith'in "**kendiliğinden düzen**" anlayışının minimal devletin gelişmesine ve şekillenmesine katkıda bulunduğunu belirtir (Macit, 2011:86). Locke'çu doğa durumunda bireyler tabiat kanunlarına bağlı, kimsenin hayatına, sahip olduklarına,

özgürlüklerine ve sağlıklarına zarar vermez ve buna saydı duyarak yaşarlar. Nozick bu doğal durumu alır ve ona, doğa durumunda bireylerin kendi haklarını korumak ve kendilerini savunmak için başkaları ile işbirliği yapabilecekleri görüşünü ekler (Beriş, 2002:206). Nozick'in bunu yapmasındaki esas neden geliştirilecek olan egemen koruyucu birim ve bunun nasıl meşru minimal devlete dönüşeceğine kuramsal ön hazırlık yapmaktır (Macit, 2011:88). Anarşi, Devlet ve Ütopya adlı eserinde Nozick, Smith'in görünmez el tezini takip edeceğini ifade eder ve şunu ekler: Meşru devletin sınırlarının nerede çizilmesi gerektiği kadar önemli olan bir diğer soru da meşru devletin nasıl oluşabileceği veya nasıl ortaya çıktığıdır. Nozick'e göre ilk cevaplandırılması gereken sorunun meşru devletin nasıl doğduğudur

Yazara göre, bugüne kadar oluşturulmuş ve sınırları belirlenmeye çalışılmış devletin meşru bir temeli mevcut değildir. Bunu söylerken de günümüze kadar ortaya atılmış olan teorilerin devletin işlevsel alanını geliştirdiğini ya da genişlettiğini iddia eder. Devletin genişlemesini istemeyenlerin anarşistler olduğunu ve onların devletin varlık nedenini sorguladıklarını ve devleti ortadan kaldırmayı istediklerini belirtir. Düşünürü göre devletin görev alanının sahtekarlığı, hırsızlığı önleme ve bireylerin sözleşmelere uyulmasını sağlama gibi görevlerle sınırlandırılmalıdır (Macit, 2011:90). Devlet asla yeniden dağıtımcı bir rol üstlenmemelidir. Bu durum aynı zamanda minimal devlete ahlaki yönden bir meşruiyet sağlamaktadır. Robert Nozick devletin sahip olduğu zor kullanma araçlarını bazı insanların diğerlerine yardım etmelerini sağlamak amacıyla kullanmaması gerektiğini söyler (Nozick, 2000:21). Bu devlet anlayışında devlet, sadece kişilerin zarar görmeme ve yaşamlarını karşılamama hakkını korumakla görevlidir. İnsanlara kendi ütopyalarını gerçekleştirme olanağı tanır. Yani tek bir doğrunun veya iyi hayatın peşinde koşmayı değil herkesin kendi hayalleri peşinde koştuğu ve bunu gerçekleştirebildiği bir durumdur bu.

Minimal devlet anlayışında ne olursa olsun hiçbir koşulda insanların daha az avantajlı olanlara yardım edilmesi fikri yer bulmaz. Bunun nedeni olarak her yardımın yeniden dağıtımını gerekli kılması ve bunun devleti meşrulaştırmasıdır kibu durum da asla kabul edilemez (Sampson, 1978:93). Nozick, bir devletin insanların yaşamlarına karışma gibi bir hakkının olmadığını ve toplumda daha az avantajlı olanlara yönelik her türlü devlet müdahalesinin kabul edilemeyeceğini defaatle altını

çizer. Çünkü eşitlik adına yapılan her müdahale devletin meşru sınırlarının ötesine geçmesine zemin hazırlayabilir. Toplumda insanlar arasında zaten bir eşitsizlik söz konusudur ve bu eşitsizliği düzeltmek adına herhangi bir mekanizma tarafından müdahale hoş olmayacaktır. İnsanlar gelirlerini meşru yollardan elde ettikleri sürece herhangi bir sorun yoktur (Macit, 2011:96).

Robert Nozick'in yaklaşımında dar faaliyetlerle sınırlı minimal devlet yaklaşımı benimsenmektedir. Devletin rolünün artırılması insanları bir şeyleri yapmaya zorlamama ile ilgili haklarının ihlal edilmesine neden olacağı belirtilmektedir. Bu nedenle minimal devlet anlayışının gerekli olmasının yanı sıra yararlı olduğu da savunulmaktadır (Nozick 2000: 21). Nozick kurumsallaşmış bir devletten ve tek elde yönetilmekten uzak bir anlayışı savunmuştur. Devletin haklarının bireylerin haklarından fazla olmaması gerektiğini belirtmiştir. Bunu devletin özel sektörden daha fazla haklara sahip olmaması gerektiğini belirterek savunmuştur. Nozick'e göre hizmet veren kurumların tek elde toplanması ve devletin tamamen uzak kalması sonucunda sadece bedelini ödeyenlerin hizmet alabileceği ultra minimal devlet yaklaşımının ortaya çıkacağını belirtmektedir. Buna karşılık bedelini ödemedi de hizmet alınmasının sağlanabilmesi durumunda devletin minimal devlet olarak tanımlanabileceğini savunmaktadır (Erdoğan, 2001:100).

Nozick'in katkı sağladığı bir diğer konu ise devletin görev alanının kapsamı ve sınırı konusudur. Devletin görevlerinin koruma veya hukuk düzenini sağlamakla sınırlı olması gerektiğini savunmuştur. Devletin görevlerinin ve yetkilerinin artması insanların haklarının ihlal edilmesine neden olacaktır. Buna karşılık Nozick hırsızlık ve sahtekârlıkların önlenmesi ve sözleşmelerin uygulanmasının sağlanmasının devletin görevleri arasında yer aldığını belirtmektedir. Nozick devletin sahip olduğu yetkilerin artmasının devletin büyümesine ve otoritesinin daha artmasına neden olacağından, onun belli başlı bazı görevlerle sınırlamak gerektiğini savunmaktadır (Erdoğan, 2001:100).

Nozick'e göre devlet sadece iç ve dış güvenliği sağlamalı ve adalet dağıtmalıdır. Belirtilen bu görevler dışındaki bütün görevler devletin kendisi tarafından değil de özel sektör tarafından yapılmalıdır. Bireylerin hakları ve dokunulmazlıkları vardır. Bu dokunulmazlık alanı devlet tarafından müdahaleye açık değildir. Nozick'e göre

eğer insanlar güvenlik için devletten hizmet talebinde bulunacaksa, bunu belirli bir ücret karşılığında talep edebilirler. Nozick zor kullanma gücünü elinde bulunduran en büyük otoritenin devlet olduğunu belirtmiş ve insanların iyiliği veya güvenliği için bile olsa devletin müdahalede bulunmaması gerektiğini vurgulamıştır. Çünkü devlet bir defa müdahale ederse bunun arkası gelecek ve artık minimal bir devlet yapısından ve özgür bireylerden bahsetmek zor olacaktır.

Kamu yönetiminde örgütsel küçülmede de devletin yetkilerinin ve görevlerinin sınırlandırılması gerektiği görülmektedir. Nozick'in yaklaşımına göre de devletin olması gerekenden fazla yetkisinin olması insanların haklarını olumsuz yönde etkileyecektir. Koruma ve düzenlemeler dışında yetkilere sahip olan devletler eşitlikten uzak bir yönetim anlayışı sergileyebilecektir. Minimal devlet anlayışının ve düzenin sağlanabilmesi için devletin yetkilerinin de belirlenen çerçevelerde kalması gerekmektedir. Devletin belirlenen sorumluluklardan fazla yetkiye sahip olması devletin giderek büyümesine neden olacaktır.

1.4.2. Yeni sağ iktisat yaklaşımı

Yeni sağ düşünce İkinci Dünya Savaşından sonraki dönemlerde oluşmaya başlamıştır. Bu dönemde yaşanan ekonomik krizler yeni sağ düşüncenin şekillenmesini sağlamıştır. Yeni sağ düşünce aynı zamanda 19. yüzyıl liberalizmine getirilen yeni bir yorum olarak da kabul edilmektedir (Aksoy, 2003:547; Arslan, 2010:23-24). Ekonomik, sosyal, siyasal ve en önemlisi yönetsel dönüşümün gerçekleşmesinde büyük rol oynayan Yeni Sağ düşünce, bireysel özgürlüklerin önünde bir engel olarak görülen ve diğer aktörlerin politika oluşturma süreçlerine katılımını engelleyen devletin küçültülmesinden, piyasa mekanizmalarının tercih edilmesine, vergilerin düşürülmesinden, kamu hizmetlerinin özelleştirilmesine kadar birçok farklı düşünceyi bünyesinde barındıran oldukça geniş bir kavramdır. Diğer bir ifadeyle Yeni Sağ, sosyal refah devleti anlayışına dayanan kamu hizmeti anlayışından etkinlik, verimlilik ve piyasa temelli hizmet sunma anlayışına geçiş şeklinde ifade edilebilmektedir (Eryılmaz, 2010: 43-44; Aksoy, 2003: 545-546).

Yeni Sağ, neoliberal birikim stratejisinin hegemonya projesinin ideolojik ayağını oluşturmaktadır. Yeni sağ birçok kişi tarafından birbirine rakip iki ideolojinin- liberalizm ve muhafazakarlık- bir araya gelmesinden ortaya çıkmış olmasından

dolayı tutarlı bir düşünce yapısına sahip olmamakla eleştirilmiş olsa da, 1980'lerden itibaren büyük ölçüde hegemonik olmayı başarmış bir ideolojidir (www.academia.com, E.Tarihi:20.09.2017). Yeni sağ düşüncenin nihai hedefi refah devletinin aşırı kamu harcamalarına neden olan, bürokrasiyi arttıran ve birçok sektörü elinde bulunduran yapısını değiştirmek ve küreselleşme sonucu sınırları ortadan kalkan sermayenin önündeki engelleri kaldırmaktır (Baltacı, 2004:360).

Yeni sağ yaklaşımının güç kazanmasında refah devleti anlayışının krize girmiş olması ve artık bu devlet anlayışının sorunlara çare üretmekte yetersiz kalması ve bu kriz sonucunda ortaya çıkan neoliberal anlayış etkili olmuştur. Aslında neoliberal iktisat düşüncesi II. Dünya Savaşı'nın ardından ünlü iktisatçı Milton Friedman tarafından ortaya atılmış ancak o dönemde pek taraftar bulamamış ya da yeteri kadar ciddiye alınmamıştır. 1973 petrol krizinde hem ekonomik durgunluk yaşanırken aynı zamanda enflasyon artışı da yaşanmıştır. Bu durum stagflasyon olarak adlandırılmıştır (Peker, 2008:7). Friedman bu soruna o dönemde işaret etmiş ve bunun (stagflasyonun) sorumlusu olarak refah devletinin uyguladığı iktisat politikalarını göstermiştir (Alp, 2009:269).

Yeni sağ yaklaşıma göz attığımızda onun birçok yönüyle 19. yüzyılın klasik liberalizminin devamı olduğunu söyleyebiliriz. Her iki anlayışta da bireysellik ve pazar mekanizmaları önemli yer tutar. Bu anlayışta, kapitalizm ile pazar ilişkileri arasındaki ilişkinin seviyesi özgürlüğün ölçüsüdür. 19. yüzyıl geleneksel liberalizmden farklı olarak Yeni sağ demokrasinin çok fazla gelişebileceğini ve bunun önüne geçmenin yolunun "*daha çok pazar daha az demokrasi*" olduğunu belirtir (Kerman, 2006:41). Yen sağ anlayış rekabet koşularının hakim olduğu serbest piyasa ekonomisinin oluşturulmasını bireysel ekonomik özgürlüğün gelişmesi için bir önkoşul görmekte, devletin kaynakları verimsiz kullandığı gerekçesiyle küçültülmesi gerektiğini belirtmektedir (Aksoy, 2003:552).

Yeni sağ yaklaşımı bireylerin özgür ve güçlü olmasını, piyasanın özgürleştirilmesini ve devletin sınırlandırılmasını savunmaktadır. Bu yaklaşım krizlerin sorumlusu olarak devleti ve onun bürokratik aygıtını göstermektedir. Yaşanan krizlerin devletin büyümesinin kaçınılmaz bir sonucu olarak gören yeni sağ yaklaşımında refah devletine karşı aşağıdaki eleştirilerde bulunmaktadır (Sezen, 1999:55).

- Devletin kamusal alanlara doğrudan ya da dolaylı olarak müdahalesinin olması özel sektöre haksız rekabet ortamı yaratmaktadır.
- Kamu hizmetleri pahalı ve verimsiz olduğundan gereksiz israfa neden olmaktadır.
- Kamusal hizmetten yararlanan vatandaşların hizmetlerden faydalanacak gücü olmaması durumunda yeterli destek verilmemektedir.
- Refah devletinin harcamaları gelir transferlerinde haksızlıkların yaşanmasına neden olmaktadır.

Yeni sağ ideoloji eğer devlet bazı alanlarda faaliyette bulunması gerekiyorsa bunu katı bir bürokratik yapı ile değil daha çok piyasa koşullarına göre yapmalıdır. Böylece devlet sınırlandırılacak ve küçültülmesinin zeminini hazırlamaktadır. Eğer bazı faaliyetlerin devlet tarafından yapılması gerekiyorsa bunun kamu kuruluşları ve kamu personeli aracılığıyla değil, piyasa kurallarına göre yani özel sektörden hizmet satın alınarak yapılması gerekmektedir. Böylece devlet hem hacim olarak hem de personel sayısı olarak küçültülmüş olacaktır. Yeni sağ anlayışta devletin esas görevi vatandaşları için mal ve hizmet üretmek değil, bu hizmetlerin gerçekleştirilmesini sağlayacak ortamın hazırlamaktır. Çünkü devlet müdahalesinin fazla olması demek bürokraside verimliliğin düşmesi ve devletin hantallaşması demektir (Güler, 1996:164). Bunun yanında devletin ekonomik alana müdahalesi toplumsal refahı da sıkıntıya sokmaktadır. Bunu önlemenin yegane yolu da devletin küçültülmesi (downsizing) dir (Arslan ve Arslan, 2010:37).

Yeni Sağ düşüncede refah devleti günah keçisi ilan edilmiş ve ortaya çıkan bu sorunların kaynağı olarak gösterilmiştir. Refah devletinde devlet çok fazla görev üstlenmiş ancak zamanla bu görevlerini yerine getiremeye başlamıştır. Bunu sonucu olarak da vatandaşın devlete olan güveni sarsılmış ve eleştirilmeye başlanmıştır (Barry, 1989:1-25). Yeni sağ politikaların en önemli uygulayıcıları ve diğer ülkelere de yayılmasında etkili olan Thatcher ve Reagan, işte böyle bir ortamda iktidara gelmişler ve hızla güç kazanmışlardır. Yeni sağın bu sorunlara çözümü, ekonomik anlamda küçülmüş ancak siyasal olarak güçlenmiş bir devlet yapısının kurulmasıdır. Devlet klasik liberalizmde öngörüldüğü gibi gece bekçisi rolüne geri dönmeli, toplumu kendi dinamiklerine bırakmalıdır (Baltacı, 2004:366-367). Yeni sağ

düşüncede örgütlü toplum yapısı da hoş görülmez ve bunlardan kurtulununması gerektiği görüşü ağır basar. Yeni sağ savunucuları devletin ekonomiye müdahalesinin azaldığı oranda ekonomik etkinliğinin de artacağını ileri sürerler. Devlet sermayenin hareket kabiliyetini sınırlandırırorsa bu faydadan çok zarar getirir.

Piyasa ekonomisini ve ekonomik etkinliği savunan yazarlar/düşünürler, devletin ekonomiye müdahalesinin çok işe yaramadığını, yaramış olsa bile kalkınmada etkili tek faktör olamayacağını belirtirler. Eğer devlet müdahalesi işe yaramış olsaydı, bütün toplumlar ekonomik kalkınma görevlerini devlete verip hızlıca kalkınırlardı. Yine geçmişe dönüp bakıldığında ekonomik kalkınmayı gerçekleştirenin devletin değil toplumların bizzat kendilerini olduğunu savunurlar. Elbette burada devletler gerekli koşulları hazırlamış olabilirler, ancak kendileri bu gelişmeyi sürükleyemezler. Mesela İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra hızlı bir kalkınma hamlesi gerçekleştiren Almanya ve Japonya devletin ekonomik alana yaptığı destekle değil, bazen devlete rağmen bunu başarmıştır. Bugün refah devletleriyle ünlü ülkelerde zenginliğin kaynağı devlet değil piyasa ekonomisidir. Yani ekonomik kalkınma devlet eliyle değil serbest piyasa mekanizmaları sayesinde olmuştur. Buna örnek olarak İsveç'i ele alalım. İsveç'in zenginliği 19. Yüzyılın başlarından 20. Yüzyılın ortalarına kadar uygulanan "laissez faire" politikaları sayesinde olmuştur. Sonradan refah devleti bunun üstüne oturmuştur. Devletin ekonomik alana müdahalesini reddeden yazarların öne sürdüğü bir diğer görüş devlet müdahalesinin zenginliğin kaynağı olmadığıdır. Eğer öyle olsaydı ekonominin devlet tekelinde olduğu ülkelerin en zengin ve gelişmiş ülkeler olması gerekirdi ama öyle olmamıştır. Sonuç olarak örnekler de bize göstermektedir ki devletin piyasaya müdahalesi faydadan çok zarar getirmektedir (Yayla, 2015:393-395). Bundan dolayı yeni sağ düşünürler devletin belli başlı görevleri dışında ekonomik alandan çekilmesi gerektiğini savunurlar ve buna en iyi yol olarak da devletin küçültülmesini önerirler.

Devletin küçülmesini savunan, yeni sağ düşüncenin bu konudaki çözüm önerilerinden biri de deregülasyon diğer bir ifadeyle serbestleşmedir. Deregülasyon ile devletin sektörel olarak düzenleme, kısıtlama ve kontrol gibi yetkileri sınırlandırılmakta hatta bazıları tamamen kaldırılmaktadır. Bunun sonucu olarak kamuda tekelleşme önlenilecek, kamunun girdiği alanlara özel sektör de girebilir duruma gelerek rekabet koşulları sağlanabilecektir (Aksoy, 1995: 168). Yani,

deregülasyon (serbestleşme) ile amaçlanan, devletin tekeline bulunan alanlara özel sektörün katılımını sağlayarak rekabet ortamının oluşması ve rekabet performans değerlendirme unsurlarının da gelişiminin sağlanmasıdır. Bununla ilgili en belirgin örnek ise kamu çalışanlarının rekabet unsuru olmaksızın çalışıyor olmalarından doğan, hizmet kalitesinde ve performans verimliliklerinde yaşanan düşüşlerdir. Yeni sağ reform hareketiyle kamuda da rekabet ortamı oluşturularak, kamu çalışanlarının performans ve verimliliklerinin değerlendirilebilir hale getirilmesi amaçlanmaktadır (Küp, 2012:159-160).

Yeni sağ görüşün savunduğu bir diğer önemli unsur ise özelleştirme. Özelleştirme ile amaçlanan, ekonomik hayat içerisinde devletin rolünün azaltılarak ya da tamamen kaldırılarak bazı mal ve hizmet üretimlerinin özel sektör kuruluşlarına devredilmesidir. Böylece, kamu kesiminde küçülme yaşanırken özel sektör bu alanda daha aktif bir rol oynayabilecek ve devletin yükü azalarak daha verimli bir hale gelebilecektir (Küp, 2012:160). Yeni sağ anlayışa göre devlet küresel sermayenin ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılmalı ve yapısal uyarılma politikaları ile işlevsel hale getirilmelidir. Devlet, özelleştirme yoluyla faaliyet gösterdiği ancak bunu doğru dürüst beceremediği alanlardan çıkarılmalıdır. Hantal bürokrasi çağın gereklerine uygun bir biçimde devletin hızlı işlemesi için ortadan kaldırılmalıdır. Ekonomik etkinlikten uzak, verimsiz devlet işletmeleri kamu maliyesine ağır yük getirdiği için elden çıkarılmalı ve bu alana özel sektör çekilmelidir (Sönmez, 1998:221).

Yeni sağ, sınıf ilişkilerini sermayenin lehine olacak bir biçimde yeniden düzenlemek için bir yandan devletin güçlendirilmesini isterken diğer taraftan işçi sendikalarını zayıflatma amacını güder. Bunu yapmaktaki amaç, sendikal mücadeleyi örgütlü bir sınıf mücadelesi olmaktan çıkarıp tamamıyla etkisiz hale getirmektir. 1980 sonrasında örgütlü toplum anlayışından uzaklaşmış onun yerine bireyi merkeze alan liberal sivil toplum anlayışı kabul görmeye başlamıştır. Hayek'in düşüncesinde birey her türlü kısıtlamalardan uzak ve özgür olmalıdır. Bireyin özgür olmasını engelleyen iki faktör vardır. Bunlar, devlet ve kolektif kimliktir. Birey ancak farklılıklarıyla özgürleşir ve rasyonel kararlar alabilir (www.academia.com, E.Tarihi:20.09.2017).

Yeni sağ anlayışta birey ön plandadır ve devletin bireye müdahaleden kaçınması gerektiği özellikle vurgulanmaktadır. Çünkü birey rasyonel düşünerek kendisi için en doğru kararı verebilecek yetiye sahiptir; yeter ki devlet serbest piyasa koşullarını sağlasın. 20. yüzyılın devletinin gereğinden fazla büyümesi ve hacminin artması bireysel ve toplumsal özgürlükleri kısıtlamıştır. Oysa ki devlet gerekli rekabet koşullarını sağlayarak bireyi ve toplumu kendine haline bıraksa yukarıda sözünü ettiğimiz problemler ortaya çıkmayacaktır. Barry'nin (1989) belirttiği gibi bireyler kendi toplumsal konum ve refahlarından sorumludur. Ekonomik özgürlüğe sahip olan bireyler aynı zamanda özgürdürler ve hiç kimsenin dayatmasını kabullenmezler. Bireylerin özgürlüğu ile kastımız belli kurallar çerçevesinde, hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi özel alanları içinde istek ve tercihlerini gerçekleştirebilmesi demek olan negatif özgürlüktür (Özalp, 2008:112).

Buna ilave olarak Mouffe özgürlüğün farklı iki anlamı daha olduğunu söyler. Bunlardan birincisi, isteklerimizi gerçekleştirebilme veya bize sunulan iki seçenek arasından birisini seçme olanağının (erk olarak özgürlük) olmasıdır. Bir diğerisi ise (politik özgürlük), kişilerin hükümetin seçimine, yasa yapımına ve idarenin denetimine katılmalarıdır (Aktaran Baltacı, 2004:369).

Yeni sağ anlayışta politik/siyasal özgürlük, özgürlüğün gerekli ve önemli bir öğesi değildir. Demokrasiyi de tek hedef olarak görmek yerine onu barışı ve bireyin özgürlüğünü korumada faydalı bir araç olarak görmek gerekir. Bazen demokrasi bireylerin özgürlüğünü tehdit edecek duruma gelebilir ve böyle bir durumda tercih edilecek ya da savunulacak şey birey özgürlüğüdür (Mouffe, 1985:69). Yeni sağ düşünceenin liberal kanadı, bireyin özgürlüğünü sağlamada serbest piyasa ekonomisinin gerekli ve yeterli olduğunu savunurlar. Ekonomik alandaki özgürlük sağlanmadan politik ve zihinsel alandaki özgürlüğün sağlanabilmesi mümkün değildir (Aktaran Baltacı, 2004:370).

Yeni sağ kuramcıları liberal minimal devlet anlayışından büyük ölçüde ayrılırlar. Bireylerin kendi çıkarlarını takip etmelerini kolaylaştıracak olan düzeni sağlayacak devlet, güçlü olmak zorunda olan bir yapıdır. Minimal devletin düzenin devamını sağlamakta sorun yaşayabileceği öne sürülerek, güçlü bir devlet anlayışı benimsenir. Güçlü bir devlet aygıtını sağlamanın önemli yollarından biri de Hayek'in işaret ettiği

ve Oakeshott'ın güven ve itaat kavramları ile uyum içinde olan güçlü bir liderin varlığıdır. Yeni sağ politikaların uygulanabilmesi ancak ve ancak güçlü, kararlı ve halkın büyük desteğini almış bir lider sayesinde olacaktır. Yeni sağ taraftarlarına göre devletin demokratik olma zorunluluğu yoktur, çünkü bireyler kendi çıkarları doğrultusunda kurumlar üzerinde uzlaşabilirler. Bundan dolayıdır ki, yukarıda da belirttiğimiz gibi Yeni Sağ anlayışta demokrasi bir amaç olmaktan çok bir araç durumundadır. Kişiler demokratik olmayan rejimlerde de hedeflerini gerçekleştirebilirler (www.academia.com, E. Tarihi:20.09.2017). Yeni sağ, tarihsel olarak birbirine rakip olarak kabul edilen iki ideolojinin, liberalizm ve muhafazakârlığın, bir anlaşması olarak görülebilir. Bir başka ifadeyle yeni sağın temelinde birçok düşünür tarafından aralarında çatışma olduğu öne sürülen iki ideolojinin evliliği vardır.

1.4.2.1. Yeni sağın ekonomik silahı: Neoliberalizm

Neoliberalizmin gelişmesinde, Friedrich Hayek ve Milton Friedman gibi serbest piyasa iktisatçıların ve Robert Nozick gibi filozofların yazılarında geliştirilen klasik siyasi iktisadın güncellenmiş bir türüdür (Heywood, 2006:70). Yeni sağ düşüncenin ekonomik kanadını oluşturan neoliberalizmin şekillenmesini üç evrede değerlendirmek mümkündür. Bunlar klasik liberalizm, sosyal liberalizm ve neoliberalizmdir. Locke ve Hume'in düşünceleri ile 17-18 yüzyıllarda gelişim gösteren klasik liberalizm, 19. Yüzyılın sonlarına doğru Marksist ideolojinin etkisiyle sosyal adalet, bireycilik yerine toplumculuk anlayışı çerçevesinde Thomas Hill Green, Mill, Kant ve Hegel felsefeleri ışığında gelişim göstermiştir. 1970'lerin krizi ile birlikte neoliberal evre kendini göstermeye başlamıştır. Ancak neoliberalizm klasik liberalizmin yeni bir okuması olarak okunabilir. Neoliberalizm, klasik liberalizmin *laissez faire* anlayışından farklı olarak aktif bir devletin varlığını beklemekte ancak bu devletin bireysel hak ve özgürlükleri, özellikle girişimi ve mülkiyet hakkını sınırlayan bir devlet olmamasını istemektedir. Yani buradaki devlet sınırlı ama bir o kadar da etkin bir devlettir (Ersoy, 2002:10-12).

Neoliberalizmde devletin kendisine değil, sadece ekonomiye ve piyasalara yapmış olduğu müdahalelere karşı çıkılmakta ve etkin işleyen bir piyasa ekonomisinin kurulması için devletin vazgeçilmez bir öneme sahip olduğu dile getirilmektedir.

Devletin küçültülmesinden kasıt; devleti etkinsizleştirmek ve güçsüzleştirmek değil, küçük ama hızlı ve etkin karar alabilen ve aldığı kararları uygulayabilen yeni bir yapıya kavuşturmadır. Böylece devlet, büyük ve hantal yapısından kurtularak verimsizliğin ve etkinsizliğin nedeni olmayacaktır. Neoliberalizmin öncülerinden olan Friedman, temelde devlete değil, devletin büyük ve hantal oluşuna karşı olduğunu her fırsatta net bir biçimde dile getirmiştir (Yalman, 2006:36; Akçay ve Türkay, 2006:55). Neoliberalizm aynı zamanda siyasal ve yönetsel kurumların yapılarında ve işlevlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkararak, kamu yönetiminin yeniden yapılanmasını temin etmektedir. Neoliberal anlayışta devlet özel şirket mantığıyla yönetilmeli ve buna uygun reformlar derhal hayata geçirilmelidir. Bu noktada siyaset-yönetim dengesinin yeniden sağlanması, adem-i merkezileşme, yetki devri, vatandaş katılımı gibi konuların ön plana çıkarıldığı görülmektedir. Karar alma mekanizmalarına, klasik yönetim anlayışından farklı olarak, siyasal iktidarın dışında yeni aktörlerin katılımı öngörülmektedir (Yayman, 2008:261-268).

Allahverdiyev (2015:10), neo-liberalizmin temel özelliklerini bireycilik, piyasa ekonomisi, sınırlı devlet, hukuk devleti ve liberal rasyonalizm olarak beş kategoride toplanabileceğini belirtmiştir. Saydığımız bu ilkelerden piyasa ve birey neoliberalizmin merkezi ilkeleridir. Neoliberaler birey özgürlüğüne gelebilecek her türlü müdahaleye karşıdırlar. Bireylerin rahat bir şekilde karar verebilmelerini ve tercih yapabilmelerini sağlamak için neoliberaler devletin piyasalardaki tekelci konumunu reddederler. Böyle bir ortamda sunulan hizmetlerin kaliteli olmasını beklemek fazlaca iyimser bir yaklaşım olacaktır. Ayrıca devletin tekelci konumunun hakim olduğu bir ekonomik yapıda bürokrasinin vatandaşların talep ve beklentilerini dikkate alması ve etkin bir kamu hizmeti sunması zordur (Nacak, 2015:59). Neoliberal anlayışta birey toplumu oluşturan somut bir varlık olması hasabiyle toplumdaki diğerlerinden daha değerlidir. Yeni sağ politikaların en önemli uygulayıcılarından biri olan M. Thatcher'ın "toplum diye bir şey yoktur" sözü bunun bir kanıtı gibidir.

1.4.2.2. Yeni sağın felsefi boyutu: Yeni muhafazakârlık

Fransız ihtilali ve modernleşme sürecinde ortaya çıkmaya başlayan muhafazakârlık, güçlü bir otorite ve gelenekler tarafından kontrol edilen toplum anlayışını temel alan bir düşünce anlayışı şeklinde ifade edilmektedir (Topal, 2002: 66). Güçlü devlet,

disiplinli toplum, otoriteye dayalı toplum, hiyerarşi, itaat, ulus, gelenek, din gibi unsurların muhafazakârlığın temel değerleri arasında yer aldığı görülmektedir. Muhafazakârlık, genel manada otoriteye önem vermekle birlikte devlete de şüpheyle yaklaşmaktadır (Arslan ve Arslan, 2010: 40). Nitekim muhafazakâr sağın teorisyenleri, sosyal dengeyi korumak adına güçlü ve etkin bir devletin varlığından yana olsalar da, devletin asli görevlerini yerine getirmekle görevli olmasını ve bu çerçevede hizmet alanlarının sınırlandırılması gerektiğini ifade etmektedirler (Barry, 1989: 9). Yeni muhafazakâr görüşün temelinde 18. yüzyıl düşünürü olan E. Burke'nin düşünceleri görülmektedir. Bunun için de tüm çağdaş muhafazakâr düşünürler Burke'ü kendilerinin fikir ataları olduğunu iddia ederler (Barry 1989: 105).

Muhafazakâr Yeni Sağ, her ne kadar güçlü bir devletin varlığını kabul etse de, güçlü ve otoriter olan devletin, insanı ve tabiatı değiştirmeye çalışmamasını ve dolayısıyla da tabii oluşumları bozmamasını savunmaktadır. İlk bakışta liberalizm ile muhafazakârlığın, devlete bakış açısı noktasından, birbiriyle çeliştiği gibi bir izlenim ortaya çıksa da, gerçekte her iki düşüncenin, kendi baktıkları çerçeveden küçük ama güçlü ve etkin bir devletin var olmasından yana oldukları görülmektedir. Muhafazakârlara göre devlet, sadece sosyal düzenin sağlanması ve korunmasıyla ilgilenmeli, bireyler arasında eşitliği ya da sosyal adaleti sağlamaya çalışmamalıdır. Çünkü devletin eşitliği ya da sosyal adaleti sağlamaya yönelik müdahaleleri sistemde sıkıntılar yaratmakta, serbest piyasanın işleyişini bozmakta, ekonomik istikrarı sekteye uğratmaktadır (Barry, 1989: 10-11). Bu nedenle Muhafazakar Yeni Sağcılar, müdahaleci devlet anlayışına dayanan refah devletini büyük ölçüde eleştirmiş ve sorunların temel nedeni olarak görmüşlerdir

Yeni muhafazakârlar, serbest piyasadaki seçme özgürlüğüyle mülkiyet arasındaki ilişkiyi bir bütün olarak görerek toplumda ve çalışma yaşantısında girişimciliğin rolünün önemine inanırlar (Sallan Gül, 2006: 82-83). Yeni muhafazakârlık, klâsik açıdan yeni sağ diye adlandırılan tutumlara ilişkin yeni bir sürüm olarak görülür ve Anglo - Sakson dünyada bazen “yeni sağ” olarak adlandırılır. Yeni muhafazakâr siyaset sınırsız piyasa ekonomisine dayalı bir toplumsal yapıyı savunur ve bunu toplumsal alanda kültürel, dini semboller, cemaat hayatı dinamikleri vb. ideolojik desteklerle güçlendirir (Mert, 1997: 59-60). Bu yönüyle yeni muhafazakârlık

içerisinde kültürel tasavvurları, sosyal - felsefi insan imgelerini, sosyal bilimsel teori metinlerini ve deneysel tarifleri taşıyan ve bunların siyasi şovlar halinde dile getirildiği bir paradigmadır (Dubiel, 1998: 13). Yeni muhafazakârlığın bu niteliği bilhassa toplumsal eşitsizlikten kaynaklanan sosyal problemlerin çözülmesinde aile başta olmak üzere, komşuluk ilişkileri, yakın toplum, dini kuruluşlar ve örgütlenmeler ve özellikle de vakıflara rol vermesinde somutlaşmaktadır (Aksoy, 1998: 7).

Yeni sağ düşüncenin temel kaynakları kapsamında ele alınan yeni liberalizm ve yeni muhafazakârlık arasındaki ilişkiye bakıldığında her ikisinin de refah devleti ve Keynesyen ekonominin sebep olduğu olumsuzluklara karşı gereksinim duyulan reformların nasıl başarılacağı hususunda çok nadir nüans farklılıklarına sahip oldukları görülür. Yeni liberaller minimal devlete daha fazla vurgu yapsa da, yeni muhafazakârlarda geleneksel etik değerler ve sosyal etik üzerinde daha ısrarcı olsalar ve topluma kürtaja karşı yasa çıkartılması, okullarda zorunlu ayinler yapılması hususlarında devlet tarafından az miktarda müdahaleyi savunsalar da her iki akım bireyciliğin ve piyasanın üstünlüğünü kabul eder ve yeni sağın sosyo - ekonomik projesinde birleşir (Gollner ve Sallée, 1988: 16). Yeni liberalizmin ilkelerini birey, tercih özgürlüğü, piyasa toplumu, bırakınız yapsınlar felsefesi, yeni muhafazakârlığın ilkelerini güçlü hükümet, toplumsal otoritenizm, disiplinli toplum, hiyerarşi ve itaat, ulus olarak sıralayan Andrew Belsey (1986: 173-190) yeni liberalizm ve yeni muhafazakârlığın bu ilkeleri arasında zıtlıklar bulunduğunu, fakat bunların her iki akımdaki “kural ve düzen” temaları sayesinde muhafazakâr bir siyasal tavır lehine silindiğini, özellikle yeni liberalizmin sivil özgürlüklere yaklaşımının daha muhafazakâr bir nitelik taşıdığını belirtmektedir. Yanardağ (2004: 93) ekonomik krizlerin kamu ekonomisinden ve devlet müdahalelerinden kaynaklandığını savunmaları ve ekonomiyi siyaset ilişkisinden kopararak kendi yasaları bulunan serbest piyasayı müdahale edilemeyecek karmaşık bir ilişkiler kümesi olarak görmeleri bakımından her iki siyasal ideolojinin uzlaştığını belirtmektedir

1.4.3. Kamu tercihi teorisi ve küçülme olgusu

Kamu Tercihi Teorisi Yeni Sağ'ın neo-liberalizm ve neo-muhafazakarlıktan sonraki üçüncü ayağını oluşturan yaklaşımlardan biridir. Ancak daha sonra Kamu Tercihi

Teorisi ayrı bir alan olarak gelişmiş ve kendinden sıkça söz ettirmeye başlamıştır. Bunun nedeni ise İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra uygulanan Keynezyen politikaların ortaya çıkardığı ekonomik sıkıntılardır. Çünkü Keynezyen ekonomi politikaları kamu harcamalarını arttırmış ve kamu kesiminin genişlemesine neden olmuştur. Harcamaların artması ve devletin genişlemesine rağmen, ekonomik büyüme ve gelişme aynı oranda artmamış aksine yavaşlamış ve bütçe açıklarının ve enflasyonun artmasına neden olmuştur (Özer, 2005a:175).

Kamu Tercihi Teorisi, kamu ekonomisi alanında bağımsız ya da yarı bağımsız bir disiplin olarak, 1960'lı yıllarda Thomas Jefferson Merkezi'nde doğmuştur (Buchanan, 1986:13). James M. Buchanan, Geoffrey Brennan, Gordon Tullock, Robert Tollison, Richard Wagner ve Victor Vanberg gibi iktisatçılar, liberal siyaset doktrininin bir uzantısı olarak nitelendirilen Anayasal İktisat Teorisinin en önemli öncüleridir (Öztürk, 2004:17). Fakat, bu yaklaşımın kurucusu kamu tercihi teorisini 1948 yılında bütünüyle tanımlayan Duncuan Black olmuştur. Disiplinin gelişiminde katkıda bulunan araştırmacılar, bu alanı anlamak ve iktisadi analitik teknikleriyle siyasal davranışları, akılcı tercihler vasıtasıyla da piyasaya ait olmayan karar alma süreçlerinin modellenmesini öngörmeye çalışmışlardır (Rowley-Schneider, 2003:22) Kamu Tercihi Teorisini savunan araştırmacılar, kişilerin ve idarenin hak, yetki, görev ve sorumluluklarını sınırları belirli bir hale getirmenin gerekliliğini savunarak, Anayasal İktisat Teorisini geliştirmişlerdir (Dede, 2010:4).

Kamu tercihi teorisi aynı zamanda İkinci "Politik İktisat Teorisi" ya da "Yeni Politik İktisat" gibi isimlerle adlandırılmakta ve gelişimi İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda gelişmeye başlamıştır. Teori 1950'li ve 1960'lı yıllarda Amerika'da ve 1970'li yıllarda ise Japonya'da yoğun bir şekilde adından söz ettirmiştir (Hepaksaz, 2007: 90; Buchanan, 1999: 45-46). ABD'de kötü siyasi gidişe karşı eleştireci bir düşünce olarak ortaya çıkmış ve özellikle James Buchanan ve Gordon Tullock tarafından temsil edilen "Virginia Okulu" ile Antony Downs ve George Stigler'in temsil ettiği "Chicago Okulu" tarafından şekillenmiştir. Kamu tercihi yaklaşımının temelinde, neoklasikçilerin "Piyasa Başarısızlığı Teorisi"nin aksine "Devletin Başarısızlığı" teorisi yatmaktadır. Bu yaklaşımı destekleyen teorisyenler, devletin

başarısızlığında Keynesci yaklaşımla hareket eden akademisyenlerin, bürokratların ve politikacıların etkili olduklarını belirtmektedirler (Çoban,2003:76–78).

Her ne kadar Kamu tercihi teorisi ile ilgili çalışmalar İkinci Dünya Savaşı sonrası döneme denk gelse de, bu alandaki çalışmalar çok daha eskiye gitmektedir. Kamu tercihi teorisinin temelleri bundan yaklaşık 200 yıl önce iki Fransız matematikçi Jean Charles de Borda ve Marquis de Condorcet'in "oy verme kurallarının özellikleri" isimli ortak çalışmaları ile atılmıştır. 1873 yılında Dodgson Lewis Carrol'un çalışması Kamu Tercihi anlayışının gelişmesinde önemli bir yere sahiptir. Carrol bu eserinde Mill'in 1861 yılında yazmış olduğu "Temsili Hükümet Üzerine Düşünceler" isimli eserinden çok etkilenmiştir. Mill'in bu eseri matematik içermemesine rağmen ekonomistler tarafından siyasal örgütler üzerine yürütülmüş ilk çalışma olarak kabul edilmektedir. Daha sonra Knut Wicksell'in 19. Yüzyılın ikinci yarısında ortaya koymuş olduğu eseri özellikle Buchanan'ı etkilemiş ve Kamu Tercihi Teorisi anlayışının gelişmesinde önemli rol oynamıştır (Eryılmaz, 2015:370). Bunlara ilave olarak başka önemli çalışmalar² da kamu tercihi teorisinin gelişmesine zemin hazırlamışlardır.

Kamu Tercihi Teorisi siyasetçilerin, siyasi partilerin, bürokratların ve seçmenlerin kendi çıkarları çerçevesinde rasyonel hareket eden birimler olduğunu ifade etmekte ve tüm bunların davranışlarını ekonomik bir perspektif içinde incelemektedir (Aktaran Nacak, 2015:61). Buradan hareketle diyebiliriz ki, Kamu Tercihini savunan iktisatçılar/düşünürler, siyasal davranışları açıklamada ekonomik araçlardan yararlanırlar ve devletin büyümesi fikrine karşı çıkarlar. Kamu Tercihi Teorisi teorisyenlerine göre sanıldığı tersine devlet ve onu kuruluşları toplumun yararını düşünen ve onun iyiliğini arttırma çabasında değillerdir. Devlet, hükümet ve kamu kuruluşları sanıldığı gibi toplumun iyiliğini maksimize etme çabasında değillerdir. Aksine kişiler devlet kurumlarını ve devletin sunduğu imkanları kendi çıkarları doğrultusunda kullanma eğilimindedirler (Aksoy, 2012:584).

² Detaylı bilgi için bkz. Eryılmaz, F. (2015), " An Economic View on Politics: Public Choice Theory", Turkey at the Beginning of 21st Century:Past and Present (Ed. Recep Efe, Metin Ayışığı, Ömer Düzbaka, Mehmet Arslan), Bulgaria: Sofia University St Kliment Ohridski Publishing, ss. 367-381

Bu teori kamu bürokrasisinin, siyasilerin ve tüm bireylerin aslında kendi çıkarlarını düşünen ve faydalarını en üst düzeye çıkarmak isteyen kişiler veya yapılar olduklarını iddia eder. Politikacılar ve siyasi partiler oylarını arttırmak için yarış halindedirler. Bu süreçte bürokratlar da kendi bürolarını genişletme ve bütçelerini arttırma çabasıdadırlar. Çünkü bütçe maksimizasyonu sayesinde bürolar prestij, statü, maaş ve buna benzer başka faydalar elde edecektir. İş sürekliliği güvence altına alınacaktır. Bu durum siyasetçinin oy maksimizasyonu ile örtüşmektedir. Siyasetçi seçmenlerine çeşitli vaatlerde bulunarak onları etkilemek ve seçilmesini garantiye almak istemektedir. Verilen her vaat yeni hizmet alanının açılması veya mevcut olanların genişletilmesi ve bürokrasinin büyümesi demektir. Büyüyen bürokrasi devletin hantallaşmasına ve kamusal kaynakların verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Buna çözüm olarak ise liberal yaklaşımlar önerilmektedir (Aksoy, 2012:584-585).

Kamu Tercihi Teorisi, politik süreç dahilinde alınan karar ve uygulamaları kullanılan araç, metot ve varsayımlarla ilişkili olarak açıklayan ve bu yönüyle politika biliminin analizi olarak değerlendirilen bir disiplindir. Devletin hak ve yetkilerinin sınırlandırılması ve bununla birlikte bireylerin ekonomik hak ve özgürlüklerinin genişlemesi teorinin ana savunusudur. Buna göre, devletin yürüttüğü bütçeleme, vergi toplama, piyasaya para akışı sağlama ve borç yükümlülüğü altına girme gibi hak ve yetkilerin sınırlandırılması bireyin hak ve özgürlüklerinin genişlemesini sağlayacaktır (Baysuğ, 2017:90). Kamu Tercihi Teorisi, politik süreç dahilinde alınan karar ve uygulamaları kullanılan araç, metot ve varsayımlarla ilişkili olarak açıklayan ve bu yönüyle politika biliminin analizi olarak değerlendirilen bir disiplindir. Devletin hak ve yetkilerinin sınırlandırılması ve bununla birlikte bireylerin ekonomik hak ve özgürlüklerinin genişlemesi teorinin ana savunusudur. Buna göre, devletin yürüttüğü bütçeleme, vergi toplama, piyasaya para akışı sağlama ve borç yükümlülüğü altına girme gibi hak ve yetkilerin sınırlandırılması bireyin hak ve özgürlüklerinin genişlemesini sağlayacaktır (Baysuğ, 2017:90).

Kamu yönetimi açısından değerlendirildiğinde, Kamu Tercihi teorisinin bir takım temel önerileri bulunmaktadır. Bunlar; etkin bir yönetim sağlanabilmesi için devletin şeffaflaşması, fayda ve maliyet analizlerinin her alanda yapılması, mümkün olan her alanda rekabet ortamlarının sağlanması, etkin bürokrasi politikası yürütülmesi için

ekonomiyi teşvik eden bir sistemin geliştirilmesi, ücretlerin performansa dayalı olarak revize edildiği bir sistemin geliştirilmesi. Kamu tercihi teorisine göre, anayasal ve politik uygulamaların revize edilmesi ve bu uygulamaları yönetenlerin tabi oldukları kuralların anayasal olarak düzenlenmesi en önemli çözüm yolu olmaktadır (Kızılboga, 2012: 107)

Anayasal İktisat Teorisinin alt yapısını oluşturan, Kamu Tercihi Teorisinin gelişimi, 1940'lı ve 1950'li yıllarda olmakla beraber, Anayasal İktisat 1970'li yıllardan sonra bir disiplin olarak kabul edilir ve uygulanır hale gelmiştir (Uzun ve Tok, 2009: 223). Anayasal İktisat teorisi, kamu tercihi teorisi ile aynı temel varsayımları kullanıyor olsa da, kamu tercihi teorisi sorunların tespit edilmesi ile ilgilenirken, Anayasal İktisat teorisi ise daha çok normatif ve pozitif öneriler sunmaktadır. Felsefi açıdan devletin meşruiyeti ile ilgili incelemelerde bulunan Anayasal İktisat teorisi, devletin bireylerin güvenlik ihtiyacının karşılanması karşılığında bireyin hak ve özgürlüklerine ne gibi sınırlamalar getirebileceğini de tartışmaktadır (Dede, 2010: 5)

Anayasal İktisat Teorisi, ekonomik sorunların çözülmesine yönelik olarak izlenecek siyasi davranışların sınırlarını belirleyen anayasal çerçevenin nasıl bir içeriğe sahip olması gerektiğini belirleyerek, kamusal karar alma sürecinin iktisadi açıdan analizini yapmaktadır. Devletin harcama, borçlanma, vergilendirme ve ödeme yetkilerinin sınırlandırılması ya da bazılarının kaldırılması gerektiğini savunan bu teori aynı zamanda ekonomik alandaki birçok konu ile ilgili olarak da anayasal düzenlemeler yapılmasını önermektedir (Işık vd., 2010: 2). Buchanan'a göre; Anayasal İktisat, ekonomi ve politika ile ilgili birimlerin mevcut tercihleri ve faaliyetleri üzerinde sınırlayıcı alternatif yasal, kurumsal ve anayasal kuralları işleyiş özelliklerine göre değerlendirerek açıklamaya çalışmaktadır. Anayasal İktisat teorisinin felsefi açıdan temellerini Sosyal Sözleşme Teorisi (Social Contract Theory) oluşturmaktadır. Sosyal sözleşme, toplum hayatı içerisinde birbirleriyle etkileşim halinde bulunan bireylerin, yaşamsal hak ve özgürlükleri ile toplumsal hayata dair uyulması zorunlu kuralları içeren informal kurallar üzerinde ortak fikir birliğinin oluşması gerektiğini ifade etmektedir. Sosyal sözleşme içerisinde oluşturulmuş kural ve kuramlar, iyi bir toplumsal düzenin sağlanması açısından oldukça önemlidir (Kızılboga, 2012:102)

Kamu tercihi teorisini ortaya çıkmasında liberal tezlerin etkisi büyüktür. Liberal anlayışa göre devletin büyümesi kişisel özgürlükler konusunda sınırlamaların veya tehditlerin ortaya çıkması demektir. Ortaya çıkabileceği düşünülen tehditler sadece bireysel hak ve özgürlükler alanında değil aynı zamanda iktisadi hak ve özgürlükler alanında da kendini gösterebilir. Bilindiği üzere devletler gelirlerinin büyük çoğunluğu dolaylı ve dolaysız vergilerden sağlamaktadır. Vatandaşlardan alınan bu vergilerin siyasi amaçlar için kullanılması toplumsal adalet ve barışı bozabilmektedir. Kamu tercihi teorisi anlayışında bürokratlar sadece “kamu yararını” gözeten kişiler değil; daha çok kendi amaçları için kamu bütçesini keyfi kullanabilen kişilerdir. Sözünü ettiğimiz bu sorunlara tam anlamıyla bir çözüm bulunamaması sonucu kaynakların adil ve eşit dağıtılma ihtimali azalmaktadır. İşte bu noktada Anayasal İktisat Teorisi devreye girmekte ve kamusal kaynakların israf edilmesini ve siyasilerin veya bürokrataların kişisel çıkarları amacıyla kullanılmasını önlemek için “vergileme harcama ve para basma” gibi yetkilerin anayasal kriterler çerçevesinde sınırlandırılmasını önermektedir (Uzun, 2009:23)

Anayasal İktisatçılara göre tekrardan klasik liberal iktidai anlayışın ilkelerine dönülmelidir. Bunun için, devlet olabildiğince küçültülmeli ve iktidai olarak faaliyet gösterdiği bütün alanlardan uzaklaştırılmalıdır. Bireylerin geleceklerini garanti altına alacak mekanizma ile insanca bir yaşam sürmelerini sağlayan imkânların devletin sağladığı bütünleşik bir mekanizma olmasından çok, bunların ayrılarak özel kurumlar tarafından karşılanan süreçler haline getirilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır (Uzun, 2009: 244). Devletin varlığına karşı çıkan görüşler olsa da Anayasal İktisat bu teorilerden biri değildir. Aksine devletin mutlaka olması gerektiğini çünkü düzeni sağlayacak hukuksal bir yapının mevcudiyetini aksi takdirde anarşinin hakim olacağını savunur. Devletin yönetilemez bir dev değil; küçük ama işlevsel kabiliyeti yüksek bir yapı olması gerektiğini belirtir (Bilkay, 2016:173).

Kamu tercihi teorisinin çeşitli çalışmalardan elde ettiği sonuç devletin ekonomiye müdahalesinin maliyeti sağlayacağı sosyal faydadan daha çoktur. Teori devleti gereksiz ya da önemsiz görmemekte, aksine "ne kadar" gerekli olduğu üzerine kafa yormaktadır. Anayasal İktisatçılar devletin görevlerinin ne olması gerektiğinin "sosyal sözleşmeyi" temsil eden anayasal normlar ile belirlenmesi ve sınırlandırılması görüşünün öncülüğünü yapmaktadırlar. Kamu tercihi teorisyenleri

Anarşistlerin devletin tamamen ortadan kaldırılması fikri ile devletin hacim ve fonksiyonları bakımından aşırı şekilde büyümüş olduğu Leviathan faşizmi arasında "Optimal bir devlet" geliştirmeye çalışmaktadırlar (Aktan, 2008: 115-116).

Kamu Tercihi Teorisi yeni devlet yapılanması ve yönetimi anlayışını önermektedir. Keynesyen teorinin handikaplarını gören kamu tercihi teorisyenleri yeni bir yapılanmanın normatif kurallarını ortaya koymak için çalışmışlardır. Kamu tercihi teorisyenlerine göre toplumun temelini birey oluşturur ve her kararın temelinde bireyin çıkarları yatmaktadır. Metodolojik bireycilik, ferdi rasyonellik ve politik mübadele tezlerinin temelinde insanın kendi çıkarlarını korumak ve sahip olduğu reel faydayı arttırmak için elinden geleni yapacağı yatmaktadır. İster politikacı, ister iş adamı, ister bürokrat olsun her birey rant kollamaktadır. Bu rant kollama faaliyetleri topyekun olarak demokrasiye ve devlet zarar vermekte hatta yozlaştırmaktadır (Bilkay, 2016:214).

Bu yaklaşımda devletin ekonomiye müdahalesini önlemek için üretici özelliğinden mümkün olduğunca uzaklaştırılmalı; KİT'lerin tekelinde olan ancak özel sektör tarafından sunulabilecek ürün ve hizmetler özelleştirmeler yoluyla özel sektöre devredilerek rekabet ortamının yaratılması sağlanmalıdır. Devlet sadece piyasanın sunamayacağı veya sunmasının büyük sakıncalar yaratacağı adalet, güvenlik, denetleme ve düzenleme hizmetleri gibi hizmetler bulunmalıdır. Şayet kamunun başka hizmetleri sunması isteniyorsa bu hizmetlerin ve piyasanın bu hizmetleri sunacak güce kavuşması için devletin alması gereken önlemler anayasal olarak belirtilmelidir (Bilkay, 2016:218). Bu yolla ekonomik yönden küçülen devletin aynı zamanda bürokratik olarak da küçülmesi ve yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Devletin hantallaşmasında sadece ekonomik büyüklük değil, bürokrasinin yayılması ve genişlemesi de oldukça önemlidir. Bürokratik olarak küçülen devlet hem daha etkin karar alacak; hem de personel maaşlarındaki azalma ile tasarruf edecektir. Devlet bir lokomotif gibidir. Bu yapıya ne kadar fazla yük yüklenirse o kadar çok enerji harcar, harcadığı enerjinin aksine yük arttıkça yavaşlar. Bundan dolayı büyük devlet yapıları sarf ettikleri gücün aksine sürekli zarar eden, hantal ve işlevsiz yapılardır. Bu yapılar bir an önce yüklerinden kurtulmalı, optimal büyüklüğe geri dönmelidir. Sınırları ve sorumlulukları anayasal olarak belirlenmiş, görev tanımları iyi yapılmış devletler hem daha hızlı karar almakta hem de daha

verimli çalışmaktadır. Ayrıca piyasanın tam rekabet içerisinde çalışmasının ekonomik getirisinden hem devlet hem birey en yüksek düzeyde yararlanacaktır (Bilkay, 2016:218-219).

1.4.4. Yeni kamu yönetimi yaklaşımı (NPM)

Klasik yönetim paradigmasının sorun çözme ve politika üretmede yetersiz kalması sonucu 1980'ler ve 1990'lı yılların başlarında yeni bir yönetim anlayışı ortaya çıkmıştır (Al, 2003:138-151). Çeşitli bilim dallarınca değişik biçimde adlandırılan³ bu yönetim yaklaşımı Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, önceki anlayıştan doğan bazı sorunları hafifletme, yok etme amacı taşısa da, köklü değişiklikler getirdiği söylenemez. Yeni kamu yönetimi anlayışının kamu sektörüne hakim olmaya başlamasıyla birlikte, eskiden kamuda egemen olan hiyerarşik, katı, bürokratik kamu yönetimi anlayışı, yerini giderek daha esnek ve pazar ekonomisine dayalı kamu yönetimine bırakmaya başlamıştır. Bu aslında sıradan bir değişim adlandırılmaz. Aksine devletin toplumdaki rolünde ve devlet-vatandaş ilişkisinde önemli bir anlayış değişikliğidir. Weberyen kamu yönetimi anlayışı (geleneksel anlayış olarak da bilinir) artık sorunlara çözüm olmakta yetersiz kalınca Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışı kamuda yeni bir paradigma olarak ortaya çıkmış ve bürokrasi ve kamu yönetimi anlayışını temelden sarsmıştır. Bürokrasinin mal ve hizmet üretiminde tek yol oluşu anlayışı değişmeye başlamış ve artık özel sektöre ait yönetim anlayışı kamu yönetiminde benimsenmeye başlamıştır. Bu yeni anlayışa göre idare doğrudan hizmet üretme yerine bu işi dolaylı olarak da yapabilecektir (Bilgiç, 2013:28-29). Rhodes (1991:1)'un deyiimiyle YKY yaklaşımı verimlilik, etkinlik, işletme, rekabeti geliştirici ihale, performans, maliyeti düşürme ve çıktıların odaklanma gibi olgular üzerine yoğunlaşmıştır.

³Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons, *Public Administration*, Vol.69, Issue 1; Osborne, D. & Gaebler, T. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York.: Plume, Penguin Books; Lan, Z., and David H. Rosenbloom, D. H.(1992), *Public Administration in Transition? Public Administration Review* 52 (6); Pollitt, C. (1990), *Managerialism and Public Services: The Anglo-American Experiences*, Basil Blackwell, Oxford.

YKY kavramının oluşmasında 1983 yılında James Perry ve Kenneth Kraemer tarafından yayınlanan “Public Management: Public and Private Perspectives” isimli derleme kitap önemli bir yer tutar. Bu eserde yeni bir kamu yönetimi anlayışının doğduğu öngörülmüştür. Fakat bu okulun kavramsallaştırma sistematığının sınırlı ve yüzeysel olması okulun kendini revize etmesine neden olmuştur. Bu revize ihtiyacının sonunda ise yeni kamu yönetimi anlayışı doğmuştur (Üstüner, 2000: 16-20). Yeni kamu yönetimi kavramını ilk kullanan kişi ise İngiliz akademisyen Christopher Hood’tur. Hood’un “A Public Management for All Seasons” başlıklı makalesini yayınlamasıyla beraber kavram kendinden daha çok söz ettirmeye başlamıştır (Sapmaz, 2017).

YKY yaklaşımı ile süreç, yöntem ve kurallara uygun olarak işleri sevk ve idare etmek demek olan yönetim anlayışından (administration); performans ölçme, sorumluluk alma, kaynakları etkin ve verimli kullanma, hedef, strateji ve öncelikleri belirleme demek olan işletme anlayışına (management) doğru bir kayma olmuştur. Public Administration kavramı kamu sektörü için kullanılmakta ve kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasını ikinci plana itmektedir (Al, 2002:112). Geleneksel Kamu Yönetimi (Public Administration) halka hizmet götürme, kamu personelini, kamusal faaliyetleri, kamu politikalarının yürütülmesi sürecini ifade etmektedir. İşletme yönetimi/kamu işletmeciliği (Public Management) ise kamu yönetimini de içine alan çok geniş kapsamlı bir sürecin adıdır. Geleneksel kamu yönetiminden farklı olarak verimlilik, ekonomiklik, etkililik ve etkinlik birinci hedef konumundadır (Hughes, 1998:5-6).YKY anlayışı ilk olarak İngiltere’de Thatcher hükümeti döneminde ortaya çıkmış ve yine aynı dönemde ABD’de Donald Reagon tarafından da uygulanmaya başlanmıştır (Bilgiç, 2013:32-33). YKY anlayışının ortaya çıkmasında rol oynayan etmenleri ekonomik, sosyal ve siyasi faktörler olarak üç ana başlık altında inceleyebiliriz.

Ekonomik faktörlerin başında kamu harcamalarındaki fazlalık, bürokrasi ve refah devleti yaklaşımı sayılabilir. Refah devleti anlayışının ortaya çıkması ve o dönemde hükümetlerin yaşadığı krizlere bir çözüm olarak kabul edilmesinden sonra devletin işlevleri değişmiş, örgütsel olarak büyümüş ve kamusal harcamalar büyük oranda artmıştır. Gün geçtikçe bu harcamalar devlet tarafından finanse edilemez olmuş ve devlet ağır bir mali yük altına girmiştir. 1970’lerde yaşanan ekonomik krizle beraber

devletin küçültülmesi ve kaynakların etkin ve verimli kullanılması gündeme gelmiştir. Yine bu dönemde OECD, Dünya Bankası gibi kurumların yayınladığı raporlarda devletin büyüklüğünün büyük bir sorun teşkil ettiği, kamu harcamalarının fazla olduğu ve bürokrasinin reform sürecinde bir engel olarak durduğu sıkça dile getirilmiştir. Buna çözüm olarak küçülme, kaynakların etkin kullanımı ve piyasa odaklı bir yönetim anlayışı ortaya atılmış ve uygulanmaya başlanmıştır (Parlak ve Sobacı, 2012:225).

YKY anlayışının ortaya çıkmasında sosyal faktör de etkili olmuştur. İnsanların zaman içerisinde eğitim seviyeleri giderek artmıştır. Bunun sonucu olarak devlete her şekilde itaat eden vatandaş profili değişmeye başlamış ve hakkını arayan, siyasi otoriteye daha az itaat eden, alınan kararları sorgulayan, taleplerini, şikâyetlerini her platformda dile getiren bir vatandaş profili ortaya çıkmıştır. Ayrıca vatandaşların daha kaliteli ve daha hızlı hizmet alma istekleri de sosyal etkenlere örnek olarak verilebilir (Bilgiç, 2013:33-34). KYK anlayışının ortaya çıkmasında önemli rol oynayan üçüncü etmen ise politik/ideolojik faktörlerdir. Politik faktörlerin başında ise “Yeni Sağ” anlayışı gelmektedir. Birçok bilim insanı KYK anlayışının kamu yönetimi anlayışında etkili olmaya başladığı dönem ile Yeni Sağ ideolojinin aynı döneme denk geldiğini belirtmektedir Yeni sağ düşüncesi ile birlikte ortaya çıkan neoliberalizm de politik nedenler arasında sayılabilir. Siyasi nedenlerden bir başkası, yeni sağ ile birlikte devletin küçültülmesini öne süren yönetim bilimi alanındaki gelişmelerdir. Bu anlayışta kamu yönetimi güvenlik ve yasaların uygulanması gibi sadece devletin yapması gereken işleri yapmalı; piyasa kurallarını belirlemeli, herkesin kurallara uygun hareket etmesini sağlamalı ve devlet dışındaki kuruluşların yapabileceği işleri onlara devretmeli ve kendisi işletmeci olmaktan çıkmalıdır. Böylelikle devletin küçülerek etkinliğinin artırılacağı düşünülmüştür (Özer, 2005: 13).

Yukarıda saydığımız nedenlerin yanında teknolojik gelişmeleri de sayabiliriz. Günümüzde küresel rekabet giderek hızlanmaktadır. Bu doğrultuda her alanda teknoloji giderek yaygınlaşmakta ve bu durum yönetim düşünce sisteminde de uygulanabilecek değişimlerin incelenmesine neden olmaktadır (Eren, 2001:130). Teknolojik gelişmeler ve bilgi düzeyinin artması örgütlerin işlevsel yapılarında değişimi kaçınılmaz hale getirmiştir. Bu değişim ve gelişmeler devletlerin yapısının

yetersiz olduğunu ortaya çıkarmıştır. Özellikle bazı kamu hizmetleri nitelikleri açısından ve sosyal talepleri karşılama anlamında oldukça yetersiz kaldığı görülmüştür (Aykaç, 1995:10). Bu durum geleneksel kamu yönetiminden uzaklaşarak yeni kamu yöntemi anlayışının benimsenmesinde büyük rol oynamıştır.

Hood'a göre YKY yaklaşımının şekillenmesinde savaş sonrası dönemde oluşan Kamu tercihi ve maliyet teorileri yatmaktadır (Al, 2002:105-113). Bu teorilerden rekabet, kullanıcı tercihi, saydamlık vb idari reformlara kaynaklık eden çeşitli doktrinler geliştirilmiştir. Yukarıda sözü edilen teorilerin yanında ayrıca özel sektörde var olan işletmecilik anlayışının da YKY'nin oluşmasında etkili olduğunu görmekteyiz. Hood'un öne sürdüğü temellendirmeler paralel bir şekilde Aucoin de iki temelden bahsetmektedir. Bunlardan ilki seçilmişlerin atanmışlara olan üstünlünü savunan ve kamu tercihi anlayışına dayanan görüş, ikincisi de işletmecilik anlayışı. Aucoin'in bu görüşleri Niskanen'in 1971 yılında yayınladığı "Temsili Hükümet ve Bürokrasi" isimli çalışmasına dayanmaktadır. Yani Yeni Kamu Yönetimi reformlarının temelinde kamu tercihi teorisi ve işlem-maliyet teorileri ile özel sektör tarzı işletmecilik anlayışı vardır (Bilgiç, 2013:35).

Yeni kamu yönetimi yaklaşımı kamu tarafından sunulan mal ve hizmetlerin sunulmasında yeni yolların aranması için gerçekleştirilen çabaları yansıtmaktadır. Yeni kamu yönetimi yaklaşımında kamu yönetiminin karar verme yetkilerinin ve gücünün en aza indirgenmesi hedeflenmektedir (Gökçe ve Turan, 2008:186). Sürekli büyüyen devletin ve yetkileri büyüyen kamu yönetiminin olumsuz etkileri yeni kamu yönetimi yaklaşımı tarafından eleştirilen en önemli konular arasında yer almakta ve buna çözüm olarak idarenin yetkilerinin azaltılması gerektiği savunulmaktadır. Yeni kamu yönetimi kavramında idare yerine yönetim kavramı kullanılmaktadır. Genel itibariyle işletmeler için kullanılan bu kavram kamu yönetiminde de kullanılmaktadır. Yeni kamu yönetimi yaklaşımı ilkeleri yazarlara göre farklı şekilde belirlenmiş olsa da ana hatlarıyla şu şekilde sıralanmaktadır (Arslan, 2010:28):

- Açıklık,
- Yerleşmenin artırılması,
- Özel sektörün örnek olarak alınması (istihdam, planlama, çalışma süreleri, ücret gibi alanlarda),

- Rekabet ortamlarının sağlanması ve maliyetlerin düşürülmesi,
- Verimlilik ve tasarruf konularına verilen önemin artırılması,
- Sayısallaştırılabilen ve belirli ölçüm standartlarına dayalı sonuçlar veren performans değerlemelerinin artırılması.

Yeni kamu yönetimi anlayışı bürokrasiye dayanan rasyonel karar verme ve yönetme anlayışı yerine özel sektör yönetim düşüncesini yerleştirmeye çalışmaktadır (Eryılmaz, 2002: 233-237). Yeni kamu yönetimi yaklaşımı devletin rolünün ve kamu yönetiminin yapısının yeniden ele alınarak değerlendirilmesi ve düzenlenmesini amaçlamıştır. Bu doğrultuda devletin yaptığı bütün her şeyi ve kamu alanında yapılan bütün hizmetleri eleştirerek devletin yapması gerekenleri ve kamu alanında verilen hizmetlerde gereken bütün düzenlemelere yorum getirmektedir. Özellikle klasik modellere alternatif modeller üretilmesi amaçlanmakta ve bu doğrultuda görüşler ortaya çıkarılmaktadır. Bu yaklaşımla kamu sektörünün verimlilik, etkililik ve ekonomik rasyonellik anlamında yeniden düzenlenmesini amaçlanmaktadır (Aksoy, 1995:169). Bu yaklaşıma göre kamu yönetiminin politik alandan uzaklaşması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca faaliyetlerinin piyasa koşullarına uygun şekilde teknik olarak düzenlenmesi gerektiğini savunulmaktadır. Dünya genelinde uygulanan bu yaklaşım IMF, Dünya Bankası, OECD gibi uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenerek bu yaklaşımı teşvik eden politikalar oluşturmaktadır (Arslan, 2010:23).

Yeni kamu yönetimi yaklaşımında bürokrasinin hakim olduğu ağır kamu hukuku ve geleneksel bütçe süreçlerinin sözleşmecilik yaklaşımı ile aşılabileceği düşünülmektedir. Bu durum kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi ve özel sektör tarafından verilmesinin sağlanmasına neden olmaktadır (Lane, 2000: 305). Özellikle kamu sektörünün giderek yetersiz kalması değişik sorunlara neden olmuştur. Bu durumdan ekonomik anlamda devletin etkilenmesinin yanı sıra hizmet alan konumunda olan vatandaşlar da etkilenmiştir. Vatandaşların verimsiz ve pahalı hizmet almak zorunda kalması toplum açısından önemli bir sorun haline gelmiştir. YKY anlayışında vatandaşların alacakları kamusal hizmetlerin iyileştirilmesi ve kalitesinin artırılması hedeflenmektedir.

YKY anlayışının önemle üzerinde durduğu konulardan birisi de devletin küçültülmesidir. Bu anlayışta devlet sınırlandırılmalı ve rolleri işletmecilik anlayışına göre yeniden belirlenmelidir. Buradan hareketle YKY anlayışının devlete yüklemiş olduğu roller şu şekildedir (Bilgiç, 2013:37):

- Eski anlayıştan farklı olarak devlet artık üretici olmaktan çıkmalı, bunun yerine mal ve hizmet üreten kuruluşlara gerekli alt yapıyı hazırlamalı ve piyasa da rekabeti sağlayacak/geliştirecek ortamı hazırlamalıdır.
- Bürokrasi vatandaş tarafından denetlenmesinin önü açılmalıdır.
- Performans ölçümünde girdilerden çok çıktılara odaklanılmalıdır.
- Sorun çözümünde proaktif yaklaşımla sorunlar önceden önlenmelidir.
- Piyasa mekanizmaları tercih ve teşvik edilmelidir.
- Desantralizasyon ve katılımcı yönetim anlayışı benimsenmelidir.

Geleneksel kamu yönetimi anlayışında, devlet halkına mal ve hizmetleri bürokrasi aracılığıyla bizzat kendisi yaparken, yeni kamu yönetimi anlayışı ile birlikte, piyasada bir aktör olarak yer almaktan vazgeçerek, piyasada hakemlik rolünü üstlenmektedir. Böylece devlet hem hizmet üreten hem de bu hizmetleri yöneten olmaktan çıkmakta ve piyasa mekanizmasından daha çok fazla yararlanılması gündeme gelmektedir (Eryılmaz, 2010: 48). Bu durum, geleneksel kamu yönetimi anlayışının temel öngörülerinden birisi olan kamu yönetimi ile özel sektör yönetimi arasındaki keskin çizgileri ortadan kaldırmaktadır (Tutum, 1994: 28).

1.5. Dünya’da Devletin Küçültülmesine Yönelik Uygulamalar

Kamu yönetiminde örgütsel küçülme çalışmaları, bir başka ifadeyle devletin küçültülmesine yönelik çalışmalar özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından beri devam etmektedir. Uluslararası alanda patlak veren hemen her ekonomik krizde devlet eleştiri oklarının hedefi olmuş ve küçültülmesi istenmiştir. Dünyada modern anlamda özelleştirmeye verilebilecek ilk örnek 1961 yılında Volkswagen firmasının çoğunluk hisselerinin Federal Almanya Hükümeti tarafından halka satışdır. Ama özelleştirmelerin asıl başlangıcı ve uluslararası alana yayılması İngiltere’de 1979 yılında iktidara gelen Thatcher’ın (Muhafazakar Parti) uygulamaları ile olmuştur (Kavak, 2013:10).

Çalışmamızın önceki bölümlerinde de ifade etmeye çalıştığımız gibi devleti küçültmenin birçok yöntemi bulunmaktadır. Bunların içinden en çok bilineni ya da en çok başvurulanı özelleştirme olmuştur. Tartışmasız özelleştirme yöntemi ile devlet sahip olduğu birçok iktisadi kuruluşu çeşitli yöntemlerle özel sektöre devretmekte ve bu alanlardan çekilmektedir. Ekonomik alandan çekilen devlet doğal olarak da küçülmektedir. Özelleştirme uygulamalarına ek olarak dış kaynak kullanımı, kamu-özel ortaklığı modeli gibi uygulamalar da devletin küçültülmesinde karşımıza çıkan uygulamalardır. Bu uygulamalar en çok ulaşım, haberleşme, altyapı ve sağlık hizmetleri alanında karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızın bu başlığı altında Dünya’da devletin küçültülmesine yönelik yapılan çalışmaları farklı coğrafyalardaki devletler üzerinden tartışmaya çalışacağız. Bu fikirden hareketle ABD, Avrupa’dan İngiltere, Almanya ve İspanya, Asya’dan Japonya ve Çin’de gerçekleştirilen küçülme çalışmalarını tartışacağız.

1.5.1. ABD

Amerika Birleşik Devletleri liberal ekonominin uygulandığı ülkelerden biridir. Buradaki özelleştirme uygulamaları en çok devlet ve yerel ölçekte revaç bulmuştur. Günümüzde ABD’de deki birçok kamu özelleştirilmiş durumdadır. Özellikle yerel hizmetler, cankurtaran hizmetleri, hapisane hizmetleri, çöp toplama hizmetleri ve itfaiye işleri gibi hizmetler özel sektör tarafından yerine getirilmektedir. ABD’de federal düzeyde özelleştirme uygulamaları Reagan zamanında başlamıştır. 1982 yılında başkan Reagan tarafından kurulan Federal Mülkiye İnceleme Teşkilatı özelleştirme uygulamalarının başlatılmasında öncü bir rol oynamıştır (Kavak, 2013:11; Sarısu, 2003). Yerel ölçekte yapılan özelleştirmeler sonucunda kamu personeli sayısında ciddi düşüşler yaşanmıştır. Mesela yerel yönetimlerde gerçekleştirilmiş olan özelleştirmeler sonucunda 40 bin nüfuslu bir belediyede çalışan sayısı 55 civarına inmiştir (Aktaran Sarısu, 2003).

ABD’de özel piyasa temelli sağlık sistemi mevcuttur. ABD’de sağlık hizmetlerinin üretimi, finansman kaynağının özel ve kamu olmasına bakılmaksızın büyük ölçüde özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Bir başka ifadeyle ülkede sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda özel sektör baskın konumdadır. Sağlık hizmeti sunan birçok özel sağlık kuruluşu vardır. Diğer ülkelerle kıyaslandığında devlet sağlık hizmeti

sunumunda ana aktör değil tam tersi özel sektörü tamamlayıcı niteliktedir. ABD’de hasta yatak sayılarına baktığımızda bunun neredeyse üçte ikisi (2/3) özel sektörün elindedir. ABD’de uygulanan belli başlı küçülme uygulamaları şunlardır: eyaletlerin ihaleleri rekabete açık bir şekilde yapmaları ve sözleşmelerini kendilerinin seçmeleri, kamu hastanelerinin sözleşmeli yönetimi ve vaka yönetimi ve yönlendirilmiş sağlık hizmetlerinin kullanımı (Akıncı, 2002:73).

Sağlık hizmetlerinde seçmeli sözleşme yöntemi ödemeyi yapan tarafın-kamu veya özel fark etmez- katılımcılarına/abonelerine sağlık hizmetleri alabilecekleri kurumların sınırlı bir listesini verirler, yani sağlık hizmeti alanlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini diledikleri her sağlık kuruluşundan değil kendilerine teblig edilen listeden seçmek zorundadırlar (Gardner ve Sheffler, 1988). Bu sistem altında rekabete açık ihale süreci ile sağlık hizmetleri sunabileceklerin nihai sayısı ve bunlara gerçekleştirilecek kişi başına geri ödeme miktarları saptanmaktadır. Yine bu özelleştirme yönteminde fiyatları ve maliyet artışlarını sınırlayan sağlık hizmeti sağlayıcıları ödüllendirilmektedir. Bu ödüllendirme genel olarak sözleşmelerin tekrar yenilenmesi şeklinde olmaktadır (Christianson, 1985). Bu özelleştirme yöntemine bir örnek vermek gerekirse Medi-Cal (California Medicaid Programme-Kaliforniya Yoksullar için Sağlık Programı) buna güzel bir örnek teşkil etmektedir. Yukarıda sözünü ettiğimiz özelleştirme yöntemi kullanılarak eyalet ilk altı aylık uygulama döneminde 200 Milyon Dolar tasarruf etmiştir. Yine yıl sonunda tahmin edilenden yaklaşık olarak 160 Milyon dolar daha düşük sağlık harcaması gerçekleşmiştir (Akıncı, 2002:74).

ABD’de sağlık alanındaki bir başka özelleştirme yöntemi ise kamu hastanelerinin sözleşme usulü ile yönetilmesidir. Bu yöntemde hastane yönetim kurulu ile özel bir firma arasında resmi bir anlaşma imzalanır ve özel firma hastanenin günlük yönetimini üstlenir. Fakat özel sektör tarafından yönetilmesine rağmen hastane hala kamunun bir parçasıdır ve yasal sorumluluk yönetim kurulundadır. Bu sistem Hızlı karar alımı, müşteri beklenti ve taleplerine anında cevap verme ve ortak sermaye ve ortak satın alma gibi artı yönleri bulunmakla birlikte birçok kimse tarafından da maliyetleri arttırdığı yönünde eleştirilere de maruz kalmıştır. Bir başka özelleştirme yöntemi ise vaka yönetimi ve yönlendirilmiş sağlık hizmetleri sunumudur. Bu tür sağlık hizmeti sunumunda da yine hizmet özel sektörden satın alınmaktadır. Yani dış

kaynak kullanımı sağlık hizmeti sunumunda etkindir. Bu uygulamalarla sağlık giderlerinin düşürülmesi ve daha etkin bir sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır (Akıncı, 2002:75; Gardner ve Sheffler, 1988).

1.5.2. İngiltere

İngiltere’de devletin küçültülmesine yönelik çalışmalar 1979 yılında Muhafazakar Partinin seçim bildirgesinde devletin sahip olduğu iktisadi kurumları özelleştireceğine ilişkin hedeflerin yer alması ile başlamıştır. Muhafazakar Partinin seçim bildirgesi incelendiğinde bildirgenin büyük bölümünün özelleştirme ve böylece devletin ekonomik alandaki rolünün sınırlandırılmasına yönelik ifadeler açıkça görülmektedir. Bu döneme kadar İngiltere’de işçi partisinin uygulamış olduğu millileştirme politikaları sonucu birçok kurum devlet tarafından işletilmekte veya yönetilmekteydi. Devletin iktisadi alanda bu kadar fazla yer alması ise kamu maliyesi üzerindeki yükü arttırmış, insanların yoksullaşmalarına neden olmuş ve aynı zamanda özgürlükleri kısıtladığı yönündeki tartışmaları arttırmıştır. Yaşanan bu sorunlardan hareketle Muhafazakar Parti çözümü olarak devletin küçültülmesi ve bunun içinde özelleştirmelerin yapılması gerektiğini ve iktidara geldiğinde yapacağını ilk icraatlardan birinin bu olacağını beyan etmiştir.

Muhafazakar Parti (MP) özelleştirme uygulamalarına başvurma sebeplerini bir takım gerekçelere dayandırmıştır: Tekel konumunda olan Kamu İktisadi teşebbüslerini özelleştirerek bunların sektördeki başat konumlarını ortadan kaldırmak ve serbest rekabet politikası uygulayarak işletmeler arasındaki rekabeti arttırmak, halkın büyük çoğunluğunu hisse senedi almaya yönelterek sermayeyi tabana yaymak, sadece vergi gelirleri ve borçlanma yerine bunlara alternatif gelir kaynakları yaratmak ve son olarak kamunun borçlanma oranını düşürerek para arzını kontrol edebilmek ve böylece yüksek enflasyonun önüne geçmek (Kavak, 2013:13; Özbek, 2006:94).

MP seçimi kazanıp iktidarı ele alınca seçim bildirgesinde beyan ettiklerini yapmaya başlamıştır. Hatta diyebiliriz ki MP seçim öncesinde vaat ettiklerinden çok daha fazlasını yapmıştır (Sarısu, 2003). Thatcher iktidara gelince hızlı bir özelleştirme programı başlatmıştır. İngiltere’de özelleştirme sürecine baktığımızda 1980’li yılların ilk yarısına kadar daha çok küçük ölçekli işletmelerin özelleştirildiğini görmekteyiz. Ancak 1984 yılından itibaren daha çok British Telekom (BT), British Airport (BA), British GAS (BG) gibi büyük ölçekli işletmeler özelleştirme kapsamına alınmış ve özelleştirilmiştir.

1979 yılının son çeyreğinde British Petroleum ile başlayan özelleştirme uygulamaları ile 1996 yılına kadar kamuya ait 21 adet işletme özelleştirilmiştir (Çetinkaya, 2001:190). Bunun yanında örneğine diğer ülkelerde pek rastlanmayan bir özelleştirme uygulaması da ortaya çıkmıştır. Bu, mülkiyeti kamuya ait olan evlerin içinde oturan kiracılara satılmasıdır. Bu satış sonucu devletin kasasına 12 milyar pound girmiştir ve bu rakam oldukça büyük bir rakamdır. 1991 yılında kamunun sahip olduğu işletmelerin büyük bir bölümü özelleştirilmiştir. Bir başka ifadeyle kamu kesiminin yarıdan fazlası özel sektöre devredilmiştir. 1991 yılı itibariyle rakamlara göz attığımızda 650 bin kişi sektör değiştirmiş, belediyelerin elinde bulunan 1.250.000 konut satılmış ve 9 milyon kişi özelleştirilen şirketlerden hisse senedi almıştır (Özbek, 2006:95). İngiltere’de Thatcher’ın iktidarı döneminde devletin kasasına giren para 75 milyar dolardır (Karagöz, 2009:10).

İngiltere’de diğer ülkelerle kıyaslandığında biraz karmaşık bir özelleştirme mekanizmasına sahiptir. Her kuruluş kendine özgü bir yöntemle özelleştirilmiş ve bunun neticesinde de ortaya çıkan sorunlar ya da sonuçlar bu özelleştirme yöntemlerine özgü olmuştur. İngiltere’de uygulanan bu özelleştirme yöntemleri nelerdir? Hangi işletme/kurum hangi yöntemle özelleştirilmiştir? Bu özelleştirme yöntemleri şunlardan oluşmaktadır (Çetinkaya, 2001:189; Özbek, 2006:94)):

- a- Kamunun elinde bulunan şirket hisselerinin tamamının veya bir bölümünün özel sektöre satışı
- b- Tekel konumunda olan kamusal işletmelerin bu statülerinin kaldırılarak serbest rekabet koşullarında faaliyet göstermelerini sağlamak
- c- Kamuya ait işletmelerin ve bağlı ortaklıklarının ya da iştiraklerinin özel sektöre devredilmesi
- d-Kamunun sunduğu bazı hizmetlerin özel kuruluşlara ve özel şahıslara devredilmesi
- e- Büyük kamu kuruluşlarında sermaye ortaklığı veya ortak yatırım yapılması

İngiltere’de devletin küçültülmesine yönelik olarak yapılan bir başka uygulama da Kamu-Özel Ortaklığı (işbirliği) Modelidir (KÖO). İngiltere Dünya’da KÖO uygulamalarını ilk kurumsallaştıran ülkedir. Ülkede eğitimden sağlığa birçok alanda hizmet sunumu KÖO modeli gerçekleştirilmiştir. KÖO Modeli ile İngiltere’de 900’den fazla proje gerçekleştirilmiştir (Holden, 2009). İngiltere’de KÖO Özel

Finansman Girişimi (PFI) adı altında uygulanmaktadır. Bu model aslında devleti küçültme yollarından özelleştirme ve eksiltme yöntemlerinin üçüncüsüdür (Tekin, 2017:8). 1990'lı yıllarından başından bugüne kadar 20 milyon poundluk Kamu Özel Ortaklığı projesi imzalanmış ve bu miktarın üçte ikisinden fazlası (17 milyar pound) 1997 yılından sonra gerçekleşmiştir. KÖO ile gerçekleştirilen projelerin üçte birinden fazlası ulaştırma bakanlığına aittir. Bunun yanında sağlık ve eğitim alanında yapılan KÖO proje ve anlaşmaları da önemli bir yer tutmaktadır (Flinders, 2005:221; Tekin, 2017:9). İngiltere'de 1997-2005 yılları arasında 677 KÖO projesi gerçekleştirilmiştir. KÖO uygulamaları özellikle 2000 yılından sonra hız kazanmış ve devlet yatırımlarının % 11'i oluşturmuştur (Tekin, 2017:9). 2004 yılı sonu itibariyle imzalanan KÖO projelerine göz attığımızda sektör bazındaki dağılımları şu şekilde sıralayabiliriz: Demiryolu yatırımları % 51, Sağlık Projeleri % 11, Hava trafik kontrolü ve su tedarik projeleri % 13, yol ve köprü projeleri % 9, Eğitim projeleri % 7 ve hapisane projeleri % 3'tür (Flinders, 2005:220). Burada hemen belirtelim ki özellikle sağlık alanında uygulanan KÖO projeleri çok eleştiri almış ve iflas etmiş durumdadır. Yani beklenen faydayı sağlayamamıştır.

İngiltere'de devletin küçültülmesi sadece yukarıda sözünü ettiğimiz alanlarda değil başka kamusal alanlarda da gerçekleşmiştir. Sağlık sektöründe küçülmeden nasibini almıştır. Çalışmamızın ana konusu sağlıkta küçülme çalışmaları olduğundan bu bölümde İngiltere'deki sağlık alanındaki küçülme çalışmalarına değinmeden geçmek istemedik. Sağlıkta küçülme özelleştirme, dış kaynak kullanımı, kamu-özel ortaklığı gibi yöntemlerle gerçekleşmektedir.

İngiltere'de özelleştirme çalışmaları 1979 yılında iktidara gelen Muhafazakar Parti ile başlamıştır. Partinin özelleştirme politikası sağlık alanında birçok özelleştirme uygulamalarının önünü açmış veya özel sektöre bu konuda ışık tutmuştur. Bu dönemde sağlık alanında görülen özelleştirme (küçülme) uygulamaları; ihtiyaç fazlası olan mülklerin özel sektöre satılması, klinik ve klinik olmayan hizmetlerin dış kaynak kullanımı ile görülmesi ve bunda yaşanan artış ve özel sağlık sigortacılığının özendirilmesi şeklinde kendini göstermiştir (Akıncı, 2002:70). Sağlık alanında özelleştirmenin yaygınlaştırılmaya çalışılmasında neden yukarıda diğer sektörler için belirtmiş olduğumuz nedenlerle aynıdır: devletin rolünü ve sorumluluğunu azaltmak, özel sektöre daha fazla yer açmak ve bunun sonucunda hizmetlerde kalite, etkinlik ve

verimlilik sağlamak (Gardner ve Scheffler, 1988). İngiltere’de Muhafazakar Parti ile başlayan özelleştirme uygulamalarının sağlıktaki uygulanış biçimini Mohan (1989) dört başlık üzerinden incelemiştir. Muhafazakarların 1979’daki iktidar dönemlerine kadar İngiltere’de sağlık sistemi devletin kontrolü altında idi. Bir başka ifadeyle devlet sağlık hizmetlerinin üretm ve sunumundan birinci derecede sorumluydu ve sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu kamunun elindeydi. Fakat Margeret Thatcher hükümeti ile Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service –NHS) özel sektöre açılmaya başlandı. Bu dönemdeki sağlığın özel sektörleşmesinin felsefesi özel sektörün kamunun yerine geçen değil onu destekleyen bir yapıda olması idi.

Özel fonlar ve hastane hizmetlerinin yoğun bir şekilde özel sektöre tarafından sağlanması İngiltere’de sağlıkta özelleştirme alanındaki ilk uygulamalardan birisidir. Böyle bir özelleştirme girişimi sağlık pazarındaki kaynakları arttırdı ve ülkede bireylerin sağlık hizmetlerini seçmesinin önünü açtı. Yine yaşlılara sağlanan sağlık ve bakım hizmetlerinin özel sektörden satın alınmasının önünün açılması başka bir özelleştirme yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Muhafazakarların iktidara gelmesinin ardından hükümetin kamu bakım evlerinde yer olmaması durumunda yaşlıların özel bakım evlerinde kalmalarını ve bunun masraflarının sigortadan karşılanmasını izin veren uygulamalarından sonra özel bakım bakımevlerinin sayısında bir artış meydana gelmiştir.

Bir başka özelleştirme ve dolayısıyla küçülme uygulaması ise yan hizmetlerin özel sektörden satın alınması uygulamasıdır. 1983 seçimlerinden sonra hükümet İngiltere’deki sağlık otoritelerini çamaşırhane, temizlik ve catering-yiyecek gibi hizmetlerini rekabete açık ihale yöntemiyle temin etmelerini istemiştir. Hükümetin böyle bir yola başvurmasındaki neden hem etkinliği ve verimliliği arttırmak hem de sendikaların sağlık hizmetlerindeki rolünü ve etkisini azaltmaktır. Bunun yanında Yine İngiltere’de başlayıp daha sonra birçok ülkeye yayılan Kamu-özel Ortaklığı-İngiltere’deki adı Özel Finans Girişimi (Private Finance Initiative)- modeli de sağlık alanındaki küçülmeye yönelik gerçekleştirilen bir diğer uygulamadır. İngiltere KÖO modeli yaygın ve geniş çapta kullanana ilk ülke konumundadır. Programın ilk tanıtımı 1991 yılında olmuştur. Son 15-20 yıllık döneme baktığımızda kamu yatırımlarının büyük çoğunluğunun bu yöntem ile gerçekleştirildiğini görmekteyiz. Genel olarak Kamu yatırımlarında 600’ün üzerinde bir proje-ki toplamda 56 milyar

sterlin ediyor- KÖO modeli ile gerçekleştiriliyor. (Karahanoğulları, 2012:10). Sağlık alanında ise ilk proje 1996 yılında yap-işlet-devret modeli ile yapılan 1000 yatak kapasiteli Norwich hastanesidir. 2001 yılından itibaren ise 130'un üzerinde proje tamamlanmış, devam ediyor veya devlet tarafından onaylanmıştır (<https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnerships> E. 15.03.2019). Gerçi sağlık alanında yapılan yatırımların kamuyu zara uğrattığı İngiliz Sayıştay raporlarında açıkça görülmektedir. Bundan dolayıdır ki özellikle sağlık alanında uygulanan bu model küçülmeyi çok da sağlayamamıştır.

1.5.3. Almanya

Özelleştirme uygulamaları Batı Almanya'da ilk defa 1957 yılında başlamış ve oldukça başarılı özelleştirme uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Batı Almanya'da özelleştirme yöntemine başvurulmasının başlıca sebebi sosyal piyasa ekonomisini güçlendirmek ve gelir dağılımındaki adaletsizliği azaltmak olarak belirtilmiştir (Sarısu, 2003). Sosyal piyasa ekonomisi piyasanın görevlerini etkin bir şekilde yapmasını garanti altına alır ve ekonomik gelişmeyi teşvik eder. Almanya'da özelleştirme ile kamunun elinde bulunan kuruluşların özelleştirilmesiyle devletin ekonomik alandaki varlığını azaltmak ve rekabet için gerekli ortamı yaratmak hedeflenmiştir. Almanya'da özelleştirme uygulamalarında dikkati çeken nokta devletin sahip olduğu büyük şirketlerin tamamının özelleştirilmesi yerine bu şirketlerdeki devlet payının azaltılmasıdır (Özbek, 2006:97).

Almanya'daki özelleştirme uygulamalarını Ceylan ve Vergiliel iki dönem altında incelemiştirlerdir. Birinci dönem 1957-1980 yılları arası, ikinci dönem ise 1980 sonrası dönemdir. İlk özelleştirme uygulaması maden sektöründe gerçekleştirilmiştir. Bu sektörde faaliyette bulunan PREUSSAG adlı anonim şirket 1957 yılında özelleştirilmiştir. Bu özelleştirmede bazı sınırlandırılmalar getirilerek daha çok kişinin hisse senedi alması sağlanmıştır (Kavak, 2013:15). Daha sonra özelleştirme programına alınan bazı büyük kamu şirketleri de (VEBA ve VOLKSWAGEN) özelleştirilmişlerdir. Bu özelleştirmeler sonucunda VEBA'da % 44 olan kamu payı % 30'a inmiştir. Yine aynı şekilde VOLKSWAGEN firmasında devletin payı % 20 oranında azalmıştır (Özbek, 2006:97).

Almanya'da ikinci dönem özelleştirme uygulamaları 1982 yılında başlamış ve günümüze kadar devam etmiştir. 1984-1989 yılları arasında yapılan özelleştirmeler neticesinde federal devletin elinde bulunan işletme sayısı 900'lerden 130'lara kadar

düşmüştür. Yapılan özelleştirmelere baktığımızda çoğunlukla enerji, havayolu taşımacılığı, madencilik ve finans sektörlerinde gerçekleştirildiğini belirtebiliriz. Batı ve Doğu Almanya'nın birleşmesinin ardından doğuda yer alan büyük ve işlevsiz kamu işletmeleri hem AT standartlarına uygun hem de serbest Pazar koşullarında rekabet edebilecek hale getirmek için özelleştirilmeye başlanmışlardır. Uygulamaya konulan özelleştirme yöntemleri ile 1991 yılı Ekim ayı sonunda özelleştirilen kamusal işletme sayısı 4337 olmuştur. Gerçekleştirilen bu özelleştirmelerden o dönem için yaklaşık olarak 15.1 milyar Alman markı (DM) para devletin kasasına girmiştir (Akdiş, 1994).

Almanya'da özelleştirmeleri programlarından sorumlu dünyanın en büyük endüstriyel kamu kuruluşu olma özelliğini taşıyan bir kurum kurulmuştur: TREHANDANSTALT (THA). Bu kurum 1990 yılında kurulmuştur. Bu kuruluşun amacı Doğu Almanya'daki KİT'leri ve kamu iktisadi varlıklarını özelleştirmektir. THA 1990 yılından itibaren devraldığı 8 bin kamu kuruluşunu tekrardan yapılandırarak 12 binin üzerinde bir sayıya ulaşan şirketlere dönüştürmüştür. Şirket 1994 yılına kadar 11242 şirketi (% 95) özelleştirmiştir (Sarısü, 2003). Bu kurumun görevi 1994 yılında sona ermiştir. Sadece özelleştirmesi yapılan şirketlere danışmanlık yapma ve sözleşme takibi gibi işleri yürütmektedir. THA'nın tasfiyesinden sonra özelleştirme uygulamaları Maliye Bakanlığı aracılığıyla yapılmaktadır (Kavak, 2013:16; Karagöz, 2009:14).

Tıpkı İngiltere'de ve ABD'de olduğu gibi Almanya'da da devletin küçültülmesine yönelik bir başka çalışma da Kamu Özel Ortaklığı modelidir. Almanya'da KÖO uygulamaları 21. Yüzyılın başlarında başlamıştır. KÖO modeli ile gerçekleştirilen ilk projelerden biri Kuzey Almanya'da bulunan Rostock şehrinin yakınlarında inşa edilen Warnowtunnel tünelidir. Gerçi bu projenin uygulanmasında işler pek de yolunda gitmemiş ve bunun sonucunda KÖO ile ilgili birçok ders çıkarılmıştır. Almanya'da 2003-2014 yılları arasında KÖO modeli ile toplamda 8.1 milyar euro değerinde 200 proje hayata geçirilmiştir. Bu uygulama ile yaklaşık olarak kamu harcamalarında % 13.7'lik bir tasarruf sağlanmıştır (Jacob vd., 2014:181-182). 2017 yılı itibariyle ise toplamda 16.8 milyar Euro KÖO harcamalarına gitmiştir (Uysal, 2018:162). KÖO modeli ile gerçekleştirilen projeler genellikle sağlık, eğitim, ulaştırma gibi sektörlerde ağırlık kazanmıştır. Ülkede KÖO ile gerçekleştirilen

projelerde yatırımların kesintisiz devam ettiği tek sektör ulaşım olmuştur. Diğer sektörlere baktığımızda en az bir dönem bunlarla ilgili herhangi bir çalışma yapılmadığı görülmüştür. Ulaştırma sektörüne yapılan yatırım miktarı 3,87 milyar Eurodur. Bu rakam Almanya’da 2017 yılına kadar gerçekleştirilen KÖO yatırımlarının %53’üne denk gelmektedir (Uysal, 2018:167).

Alman sağlık sistemi refah yönelimli sağlık sistemidir ve sistemin uygulanmaya başlandığı ilk ülkedir. Alman sağlık sistemi aynı zamanda “*Bismark Modeli*” olarak da adlandırılmaktadır. Almanya’da sunulan sağlık hizmetleri nüfusun büyük çoğunluğunu kapsayan ve sosyal yönü ağır basan sağlık sistemidir. Fedaral bir devlet yapılanmasına sahip olan ülkede sağlık sistemi de buna göre şekillenmiş ve “*çoğulculuk ve özerk yönetim esaslarına*” dayanmaktadır. Sosyo-ekonomik durumları ne olursa olsun devlet herkesin sağlığının korunmasından ve geliştirilmesinden sorumludur (Erdoğan ve Ekuklu, 1994:64).

Almanya sağlık hizmetlerinde farklı özelleştirme yöntemleri kullanmaktadır. Bunlar biri hastanelerin el değiştirmesidir yani hastanelerin satılmasıdır. Bir diğer özelleştirme yöntemi kamu hastanelerinin bütün hisselerinin bir kamu temsilcisi (yerel yönetimler gibi) tarafından kontrol edildiği ve özel hukuk kurallarına tabi bir örgüte transferidir. Almanya’daki özelleştirme uygulamaları diğer ülkelerden ve özelleştirmenin genel kabuk görmüş felsefesinden biraz farklıdır. Almanya’da hastanelerin özelleştirilmesi üst yönetimden alt yönetime dikte edilen bir uygulama değil tam tersine yerel yönetimlerden (alt yönetimler) federal hükümete (üst yönetime) bir talep şeklinde kendini göstermiştir. Bunun nedeni de 1993 yılında Federal hükümetin hastanelerin finansmanında giderlerinin tümünü ödeme ilkesinden vazgeçmesi ve bunun sonucunda maliyetlerin artması ve hastane hesaplarında açıkların ortaya çıkması ve hastanelerin ağır borç yükü altına girmeleridir. Bundan kurtulmak ve hastaneleri daha etkin ve verimli hale getirmek için yerel yönetimler hastanelerin özelleştirilmesini gündeme getirmişlerdir (Maarse, 2006:997). Almanya’daki hastane özelleştirmeleri diğer AB ülkeleri ile kıyaslandığında hem daha büyük ölçekte hem de sistematik bir şekilde gerçekleşmektedir (Maarse, 2006:996). Ülkedeki sağlıkta özelleştirme uygulamalarının aratarak devam edeceği ve 2020 yılında özel hastane oranının % 50’lere varacağı öngörülmektedir (Hermann, 2010:133).

Almanya’da sağlık hizmetlerinin sunumu karma bir yapıda idi. Sağlık hizmetleri sunumunda kamu, kar amacı gütmeyen kurumlar ve özel sektör yer almaktaydı. Bu durum son 20 yıllık dönemde önemli ölçüde değişmeye başlamıştır. Kamunun sunduğu hizmetler artık özel sektör eliyle gördürülmeye başlanmıştır. Özellikle 1990’larda hastanelerin kapatılması ile başlayan süreç daha sonra kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ile devam etmiştir. 1991 yılında özel hastanelerin oranı % 11 iken, 2010 yılına gelindiğinde bu rakam % 33’lere yaklaşmıştır. Aynı dönemler arasında kamu hastanelerinin oranı da % 46’dan % 30’a gerilemiştir. (http://www.santesolidarite.be/sites/default/files/privatisation_of_the_hospital_sector_in_germany_an_ongoing_struggle.pdf E. Tarihi: 06.01.2019). Hastane sayıları bakımından değerlendirdiğimizde 2004 yılında 444 olan özel hastane sayısı 2017 yılında 581’e yükselmiştir. Kamu hastane sayılarında ise tersine bir düşüş yaşanmaktadır. 2000 yılında 2242 olan kamu hastane sayısı 2017 yılında 942’ye düşmüştür <https://www.statista.com/statistics/578444/number-of-hospitals-germany/> E. Tarihi: 06.01.2019). Kar amacı gütmeyen hastane sayıları ise aynı dönemler arasında stabil kalmıştır.

Hastane sayılarında düşüş yaşandığı gibi doğal olarak yatak sayılarında da önemli azalmalar olmuştur. 1998 yılında kamu hastanelerindeki yatak sayısı 571.6 bin iken bu sayı 2017 yılında 497.2 bin’e düşmüştür⁴. Yatak sayılarının azalmasında özelleştirmelerin önemli bir yeri olduğu kadar teknolojik gelişmelerin de önemi yadsınamaz. Ayrıca Almanya’daki özel hastanelerinin çoğunluğunun yatak sayısı azdır. Yatak sayılarının azalmasının yanında sağlık çalışanı sayısında da önemli oranda azalma meydana gelmiştir. 1990’lardan 2008 yılına kadar sağlık çalışanı sayısında %10 oranında bir düşüş yaşanmıştır (Böhlke vd, 2011). Toplam Kamu sağlık harcamalarına baktığımızda 1980 yılında toplam sağlık harcamalarının % 78,8’ini oluştururken, 2005 yılında bu oran % 76,9’a gerilemiştir⁵. Bu rakamlardan da anlaşılacağı üzere özellikle hastane sayısı bakımından ve bunun sonucu olarak da personel ve kamuya yüklenen giderler açısından Alman sağlık sisteminde bir küçülme yaşanmıştır.

⁴<https://www.statista.com/statistics/578480/hospital-beds-germany/>

⁵https://www.researchgate.net/publication/252807825_PRIVATISATION_OF_HEALTH_CARE_IN_EUROPE

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki özelleşen kamu hastanelerinin hizmet kalitesi özelleştirme öncesi döneme göre artmıştır. Yine yapılan başka bir araştırmaya göre 1997-2007 yılları arasında özelleşen kamu hastanelerinin verimliliği ilk dört yıl içinde özelleştirilmeyen hastanelere göre % 3.2 ile % 5.4 arasında artmıştır. Doktorların hastalara ayırdığı zaman bakımından da özelleşen hastaneler daha iyi durumu gelmişlerdir. 1996-2006 yılları arasında Almanaya'da bütün hastanelerdeki doktorların karşılaştıkları vaka sayısında % 13 oranında bir azalma meydana gelmiştir. Bu da doktorların hastalara daha fazla zaman ayırması anlamına gelmektedir. Özel hastanelerde ise 2006 yılında doktorların hastalara ayırdığı zaman 1996 ile karşılaştırıldığında % 25 oranında artmıştır. Hastanede bekleme süresi bakımından da özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha iyi olduğu görölmektedir. Özel hastanelerin tedavi amaçlı gelen hastaları muayene için kabul etmeleri kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarına göre % 16,4 ve kamu hastanelerine göre ise % 3,1 daha hızlı gerçekleşmektedir (Aktaran Roeder , 2012:1-4).

1.5.4. Japonya

Japonya diğer ölkelerden farklı olarak hiçbir zaman kamu işletmelerini tamamıyla piyasa koşullarında serbest bırakmamıştır. Yani devlet kamu işletmeleri üzerindeki kontrolünü her daim muhafaza etmiştir. Japon halkı diğer milletlerden farklı olarak devleti ekonomik alanda lider olarak kabul etmiştir. Japonya'da özelleştirme uygulamaları 1980'lerde başlamıştır (Bajjal, 2000:1105-1106). Özelleştirmenin yasal dayanağı ise 1984 yılında çıkarılan "Özelleştirme Yasasıdır" (Karagöz, 2009:28). Japonya'da ilk özelleştirme uygulamaları 1985 yılında başlamıştır. Bu dönemdeki özelleştirmeler üç kamu kuruluşu üzerinden başlamıştır. Bu kuruluşlar Japon Tütün ve Tuz Kamu Kuruluşu (JTS), Japon Ulusal demir Yolları (JNR) ve Nippon Telgraf ve Telefon Kurumu (NTT) (Bajjal, 2000:1106).

- a. **Japon Tütün ve Tuz Kamu Kuruluşu (JTS):**JTS 1949 yılında kurulmuş ve hisselerinin tamamı kamunun elindeydi. Kurum büyümede, tütün üretiminde vetütün ürünlerinde monopol durumundaydı. Firma 1984 yılında kabul edilen yasa ile gerçekleşmiştir. JTS'nin özelleştirilmesinin arkasında yatan sebep ekonomik değil; diğer uluslararası tütün kurumlarıyla rekabet etmede yaşadığı sorunlardır (Bajjal, 2000:1106). şirketin özelleştirilmesine rağmen

devlet hala şirket üzerindeki kontrolünü devam ettirmiştir. Şirket hisselerinin büyük çoğunluğu, yaklaşık olarak üçte ikisi devletin elinde kalmıştır. Bunun nedeni de gerçekleştirilen özelleştirmelerin piyasayı hala liberalleştirmemiş olmasıdır. Hükümetin özelleştirmesi tütün artısındaki monopolün korunmasını da içeriyordu ancak tütün ithalinde özel şirketlere daha çok imkan sağlandı (Karagöz, 2009:29).

b. Nippon Telegraf ve Telefon (NTT): Japonya 50'li yıllarda telekom faaliyetlerini iki şirket arasında paylaşmıştı. Yurtiçi iletişim için Nippon Telgraf ve Telefon Şirketi (NTT), uluslararası iletişim hizmetlerini sunmak için Kokusai Denshin Denwa Şirketi (KDD) kurulmuştur. NTT kamu girişimi, KDD ise özel bir girişim olmasına rağmen, iki kurum da Posta ve İletişim Bakanlığına bağlıydı. NTT'nin kamu mülkiyetinde olması ve pazarda rekabetin olmaması performans düşüklüğüne yol açmaktaydı. Öte yandan, büyüyen kamu borçlarına karşı özelleştirme mali yüklerin hafifletilmesinin bir aracı olarak görülmekteydi (Sato ve Stevenson, 1989: 31). Nippon Telgraf ve Telefon Kurumu 1952 yılında kurulmuştur. NTT'nin de özelleştirilmesi tıpkı JTS gibi 1984 yılında kabul edilen yasa ile 1985 yılında gerçekleşmiştir. NTT'nin özelleştirmesindeki amaç gelişen teknoloji ile birlikte Telekom sektöründeki diğer firmalarla rekabet edememesi ve değişime cevap vermede geç kalması olarak değerlendirilebiliriz (Baijal, 2000:1106; Yamamoto, 2006:158). NTT'nin satışı birkaç aşamada olmuştur. Hisselerin ilk satışı 1986 yılında olmuş ve ardından iki üç defa daha hisseler satışa sunulmuştur. Özelleştirmenin ardından NTT'deki kamunun gücü azaldığı için firma daha serbest bir şekilde faaliyet göstermeye başlamış ve klasik yönetim yöntemlerinden vazgeçerek modern yönetim yaklaşımlarını benimsemiştir. Şirket özelleştirmeye gitmesinin arkasında yatan amaca uygun olarak gelir, etkinlik ve hizmet kalitesini arttırmak için yeni bir yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Özelleştirme sonrası NTT, teknolojik alanda yeni yatırımlar yapmış, arge faaliyetlerine yönelik yatırımlar yapmış, örgütsel olarak farklı dallara ayrılmış ve global ölçekteki faaliyetlerini arttırmıştır. Şirket yeni yapılanmanın ardından yazılım, iletişim vb alanlarda hizmet sunmak amacıyla 36 yeni şirket kurmuştur. Yine bunun hemen ardından -1

yıl gibi bir süre zarfında- 49 işletme daha faaliyete başlamıştır. Özelleştirme vesilesiyle gerçekleştirilen iç yapılanma neticesinde şirket dengeli bir gelir-maliyet büyümesini yakalamış ve toplam verimliliğini önemli ölçüde artırmıştır. Ayrıca, özelleştirme bürokratik müdahaleleri ortadan kaldırdığı için şirket yönetimi daha yüksek bir motivasyonla çalışmalarını sürdürmüştür (Sato ve Stevenson, 1989: 33-34; Toyama, 1998: 394-395).

- c. ***Japon Ulusal Demiryolları (JNR)***: Şirketin geçmişi 134 yıl öncesine dayanmakla birlikte bir kamu teşebbüsü olarak kurulması ise 1949 yılında olmuştur. JNR'nin özelleştirilmesindeki esas neden işletme ve yönetim açısından gösterdiği kötü performanstır (Özbek, 2006:114). Bunun neticesi olarak kurum ağır bir borç yükü altına girmiş ve diğer rakipleriyle rekabet edemez duruma gelmiştir (Yamamoto, 2006:159). Şirketin satışı 7 blok halinde gerçekleşmiştir. Bunlardan altısı yolcu şirketlerine ve diğeri de yük şirketine verilmiştir. Bu satışlar sonucunda kurumda devletin herhangi bir hissesi kalmamıştır (Karagöz, 2009:29).

2001 yılında is basına gelen hükümetin en büyük sınavı Posta Hizmetlerinin özelleştirilmesi olmuştur. Posta hizmetlerinin bu kadar önemli olmasının iki sebebi vardır. Bunlardan ilki posta müdürlerinin yerleşim yerlerinde insanların oy tercihlerinin yönlendirilmesinde etkili olmaları; diğeri ise, postanelerin bankacılık ve sigortacılık işlemlerini de yapmalarıdır. Posta idaresinde toplam 3,2 trilyon dolar mevduat bulunmaktadır (Karagöz, 2009:29).

Japonya'daki özelleştirmelere baktığımızda özelleşen firmaların verimlilik ve karlılıklarında gözle görülür artışlar olmuştur. Örneğin kişi başına düşen olağan karlılık özelleştirme öncesi döneme göre verimliliği NTT'de 8 kat, JR 3 kat ve JT 'de 5.5 kat artırmıştır. Çalışan verimliğinde de yine gözle görülür bir artış yaşanmıştır. Yine özelleştirmeler sonrası personel sayısında da önemli oranda azalmalar görülmüştür. Özelleştirmelerden bu yana özelleşene firmaların personel sayıları % 30-40 oranında azalmıştır (Yamamoto, 2006).

1.5.5. Çin

Çin'in ekonomik alanındaki reformları 1970'lerin sonlarında başlamış ve o günlerden beri, özellikle d son zamanlarda Çin ekonomisi oldukça büyümüştür. Özel

teşebbüsler Çin'in ekonomik alandaki bu büyümesinde yürütücü konumdaydılar. 2004 yılından önce mülkiyet hakkının korunmasının Çin Anayasasında 2004 Mart'ından beri yer almamaktadır. Zamanla kamu işletmeleri, piyasadaki rekabetçi yapılarını kaybettiler. Çin'in kamu şirketleri toplumdaki tüm insanların sahipliğinde olmasına rağmen Devlet Hisseler Ajansı tarafından kontrol ediliyordu (Karagöz, 2009:29).

Çin'in özelleştirme süreci üç aşamada gelişmiştir. İlk aşama kamu işletmelerinin planlananın dışında büyüüp ortaya çıktıkları 1980'lerdir. Bundan önce kar güdüsüyle hareket eden herhangi bir kuruluş yoktu. Teknik olarak işletmeler devletin mülkiyetinde olmasına rağmen, özel şahıslar tarafından kontrol ediliyorlardı ve kar etmek için kullanılıyorlardı (Mustonen, 2013:103-104). Bu süreç kamu işletmeciliği reformlarıyla ve maddi dürtülerle teşvik edildi. Ayrıca 1982 yılında Çin Komünist Partisinin 12. Merkez komitesinde müşterek firmaların kurulması ve desteklenmesi için kararlar alındı. Katı bir şekilde devlet kontrolünde olan geleneksel işletmeler kendilerini piyasa ekonomisine adapte den önemli reform süreci yaşadılar. Firmaların karlılıkları artmaya başladı. 1980'ler boyunca ekonomik önemleri düşmeye başladı ve her yıl daha az kişi istihdam etmeye başladılar (Chow, 2007).

Çin'de gerçek manada ve büyük ölçekte özelleştirmeler 1990'ların ortalarına kadar görülmemiştir. Çin'deki özelleştirmelerin ikinci aşaması ise 1990'ların ikinci yarısından itibaren küçük ve orta ölçekli işletmelerin özelleştirilmeleriyle başlamıştır. Bu süreçte hakim olan görüş "Büyük olanı koru, küçük olanı serbest bırak" idi. Bu görüşten hareketle küçük ve orta ölçekli kamu işletmeleri merkezden yerel yönetimlere devredilmişlerdir. Böyle bir yolun tercih edilmesinin amacı ise işletme yöneticilerinin işletme hisselerini çok düşük fiyata satın almalarının önüne geçmektir (Naughton, 2007:3001-302). Özelleştirmenin üçüncü aşaması ise kurumsal çerçevenin başarılı bir şekilde tamamlanmasıdır. Büyük, önemli ve iyi yönetilen kamu işletmeleri 1990'ların başında devlet hisselerinin elde tutulmasının azalmaya başlamasıyla özelleştirme sürecine çoktan girmişlerdi. Tabii süreçte bazı aksaklıklar yaşanmıştır. Fakat özelleştirme uygulamaları devam etmiştir. Fakat devlet hâlâ elinde önemli oranda hisse tutmakta ve yeri geldiğinde daha fazla alma hakkını korumaktadır. Bütün bunlara rağmen kamu işletmelerinin sayısı azalmakta ve özel işletmelerin sayısı artmaktadır (Mustonen, 2013:104).

Çin’de gerçekleştirilen özelleştirmeler ve miktarları şu şekildedir:

<i>YIL</i>	<i>ÖZELLEŞEN</i>	<i>SEKTÖR</i>	<i>ÖZELLEŞTİR</i>
2000	Petrochina	ENERJİ	2890 Milyon
2000	Çin Birleşik İletişim	Telekom	5653 Milyon
2002	Çin Telekom	Telekom	1430 Milyon
2003	Çin Hayat Sigortası	Sigorta	3021 Milyon
2003	Yangtze Elektrik Güç	Enerji	1200 Milyon
2003	Çin İletişim Bankası	Banka	2100 Milyon
2005	Çin Merkez	Bankacılık	3.1 Milyar
2005	Çin Yapı Bankası’nın	Bankacılık	3 Milyar Dolar
2006	Dagin Demiryolları	Ulaşım	1.9 Milyar
2006	Guangse demiryolları	Ulaşım	1.3 Milyar dolar

Kaynak: Karagöz, H. (2009). *Dünya’da ve Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları*. Konya: KTO Yayını

Çin’de 2000 yılında 10.251 milyon dolarlık bir özelleştirme geliri elde edilmişken bu rakam 2007 yılında 71.531 milyon dolara ulaşmıştır (Karagöz, 2009).

1.6. Türkiye’de Devletin Küçültülmesinin Tarihi Seyri ve Yapılan Çalışmalar

Türkiye’de devlet her daim ekonomide başat rolü oynamıştır. Devlet sadece ekonomik alanda değil hemen hemen her alanda hakim konumdadır. Türkiye’de merkezîyetçi bir yapının varlığı söz konusudur. Bu durum devletin giderek büyümesine ve kontrol edilmesi zor olan bir hal almasına neden olmuştur. Devletin büyümesi hem maliyetleri arttırmış hem de verimsiz, hantal bir yapının oluşmasına neden olmuştur. Türk yönetim tarihine baktığımızda bürokrasi her dönemde etkili yapıların başında gelmiş ve kendi çıkarlarını ön planda tutmuşlardır. Bu sorun iktidara gelen birçok hükümet tarafından dile getirilmiş, kamu yönetiminin iyileştirilmesi için raporlar hazırlanmış, değişik çalışmalar yapılmış ve çözüm önerileri sunulmuştur. Ancak bunlar ne yazık ki çoğu zaman kağıt üzerinde kalmış ve gerekli adımlar atılamamıştır.

Türkiye’de 1980’li yıllara dek devletin büyümesinde etkili olan gelişmeleri üç aşamada irdelleyebiliriz. Birincisi, Osmanlı İmparatorluğu’nun yabancılara vermiş olduğu bir takım imtiyazların kaldırıldığı, bir takım millileştirmelerin yapıldığı ve

1930’larda uygulanan devletçilik politikaları ile devletin ekonomi üzerinde tam bir hakimiyetinin olduğu dönemdir. İkincisi, 1950’lerde iktidara gelen siyasi partinin özelleştirme yönündeki söylemlerinin aksi yönünde uygulamalar yapması ve bunun sonucu olarak devletin büyümesi. Son olarak, 1961 Anayasası ve sonrasında yaşanan sosyal devlet uygulamalarının devletin büyümesine yaptığı katkılardır (Kerman, 2006).

Türkiye’de devletin küçültülmesine yönelik çalışmalar özellikle 1980 sonrası döneme denk gelmektedir. Bu tarihten önce yukarıda da belirttiğimiz gibi değişik çalışmalar yapılmıştır ancak bunlar yasal bir hüviyete kavuşmamıştır. Türkiye’de devletin küçültülmesi, etkinleştirilmesi gibi çalışmalar 1960 yılından itibaren planlı döneme geçişle birlikte kendinden söz ettirmeye başlamıştır. Bu dönemdeki devlet ve kamu yönetimi ile ilgili çalışmalar daha çok devletin yeniden yapılandırılması ve bu yeni yapıyla daha etkin ve işlevsel bir yönetim modelinin yaratılmasıdır. 1960 öncesinde devletin iyileştirilmesine yönelik yapılan çalışmalar yabancı uzmanlar veya kuruluşlar tarafından yapılırken, 1960 sonrası yapılan çalışmalar yerli uzmanlar veya kuruluşlar tarafından yapılmıştır. 1960 Anayasası ile birlikte kurulan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) yeniden yapılanma çalışmaları için görevlendirilmiş ve böylece kamu yönetiminde değişiklik ve yeniden yapılanma süreci yasal bir zemine oturtulmuş oldu (Çoşkun, 2005:17). Daha sonra 1980 askeri darbe dönemine kadar birkaç çalışma daha yapılmış ancak tam anlamıyla uygulanma şansı bulamamıştır. 1980’li yıllara kadar devletin küçültülmesi veya reorganizasyonu daha çok kalkınma planları ve hükümet programları çerçevesinde ele alınmıştır.

1.6.1. Kalkınma planları ve küçülme olgusu

Türkiye’de uygulanmakta olan Beş Yıllık Kalkınma Planları (BYKP), devletin küçültülmesine yönelik yapılan çalışmalar açısından önemli bir örnektir. BYKP devletin gelecekle ilgili hedef ve stratejilerinin belirlendiği resmi belgelerdir. Bu belgelerde (BYKP) küçülmeye yönelik hedefler açık bir şekilde küçülme olarak isimlendirilmese de o manaya gelebilecek ifadelere yer verilmiştir. Bu ifadeler; “kamu harcamalarının azaltılması, personel sayısının azaltılması, bürokrasinin azaltılması, rekabetin güçlendirilmesi, devletin mal ve hizmet üretimini bırakması, özelleştirme, yerelleşme, reform, etkinlik” tir. Bizim çalışmamızın konusu açısından

bütün kalkınma planları incelenmeyecektir. Çünkü kamusal kesimin daraltılması ve bu alanların özel sektöre bırakılmasına yönelik çalışmalar 1980 sonrası döneme denk gelmiş ve o dönemden beri devam etmektedir. Biz bu çalışmamızda 5. BYKP (1985-1989), 6. BYKP (1990-1994), 7. BYKP (1996-2000), 8. BYKP (2001-2005), 9. Kalkınma Planı (2007-2013) ve 10. Kalkınma Planını (2014-2018) inceleyeceğiz.

Beşinci BYKP'yi incelediğimizde devletin görevleri tam olarak belirtilmemekle birlikte kamusal harcamalarda tasarruf yapılması yönünde tavsiyelerin olduğunu görebiliriz. Özellikle KİT'lerin, Bakanlıkların ve katma bütçeli kuruluşlarda tasarruf yapılması ve böylece bu kuruluşların büyümelerinin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Plan personel sayısı bakımından da bir sınırlama getirmektedir. Bu durum her ne kadar açık bir şekilde planda yer almasa da personel fazlalığı olan bölümlerde veya kurumlarda çalışan personelin ihtiyaç duyulan alanlara kaydırılması önerilmektedir. Bu da aslında üstü örtülü bir şekilde küçülmeye örnektir. Özel sektörün faaliyette bulunduğu ve devlet desteğinin gerek olmadığı (özel sektörün yeterli olduğu) alanlarda devletin yeni yatırımlar yapmaması ve bu alanlardaki mal ve hizmet üretiminden çekilmesi hedeflenmiştir. Böyle bir yöntem izlenerek devlet dolaylı olarak küçültülecektir. Bu planda özelleştirme sözcüğü açık bir şekilde kullanılmamış ancak KİT'lere bağlı bazı işletmelerin hisse senedi satışı yoluyla halka açılması planlanmıştır. Beşinci BYKP'de devletin bazı görevlerini yerel yönetimlere bırakması ve yerel yönetimlerin yeterli olmadığı ya da rantıbil çalışmadığı alanlarda ise piyasadan hizmet satın alması veya özelleştirme yoluna gitmesi önerilmiştir (Kerman, 2006:218-219; 5.BYKP).

AltıncıBYKP'de de Beşinci. BYKP'de olduğu gibi kamu harcamalarının fazla olduğu, bunun kamu maliyesi açısından sorun teşkil ettiği ve azaltılması gerektiği vurgulanmıştır. Personel planlamasında ve işe alımlarda kamu kurumlarının görev ve fonksiyonları ile uyumlu bir personel politikası ve planlaması yapılması, personel alımlarında belirlenen bu kriterlere azami derecede uyulması ve personel giderlerinde tasarrufa gidilerek cari harcamaların azaltılması önerilmiştir. Böyle bir yola başvurulduğunda kamudaki personel sayısının azaltılması, yeni personel istihdamına gidilmemesi ve ücretlerin düşürülmesi gibi uygulamalar ortaya çıkacaktır. Yine bu planda da bürokratik işlemlerin azaltılması önerilmektedir. Devletin özel sektörün yapabileceği anlarda faaliyetlerde bulunmaması önerilmiştir. Devletin özel

teşebbüsün hizmet ve mal üretimi gerçekleştirme kapasitesi ve yetisinin olduğu alanlardan çekilerek bu alanların özel sektöre açılması hedeflenmiştir. Devlet bu alanlardan çekilerek daha çok alt yapı yatırımlarına ağırlık verecek ve denetleme ve düzenleme fonksiyonunu yerine getirecektir. Altıncı BYKP’de de deregülasyon uygulamalarına yer verilmiştir. Ayrıca bu planda özelleştirmeye yer verilmiştir. Kamu hizmetlerinin (asli görevler dışındaki) özelleştirilmesi önerilmiştir. Plana göre özelleştirme mülkiyetin tabana yayılabilmesinin bir şartı olarak görülmüştür. Yerel yönetimlerin gelirlerinin artırılması hedeflenmiş ve böylece merkezi hükümetin görevlerinin bazılarının yerel yönetimler tarafından görülmesi önerilmiştir (6. BYKP, Kerman, 2006:219-220)

Devlette küçülmenin gerçekleştirilmesini öneren ve bu yönde hedeflerin olduğu bir başka BYKP da 1996-2000 yılları için hazırlanmış olan 7. BYKP dır. Bu planda devletin asli görevlerine dönmesi istenmektedir. Bunun için önerilen çözüm ise “*özelleştirmedir*”. Kamusal faaliyetler özelleştirilirken yukarıda da belirttiğimiz gibi piyasanın daha düzgün ve rekabet koşulları içinde işleyebilmesi için devletin düzenleme ve denetleme işlevlerine ağırlık vermesi istenmiştir. Devletin sosyal görevlerinin yeniden tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. Aslında bu planda sosyal devlet ilkesi törpülenmeye çalışılmıştır. Çünkü plana göre devletin sunduğu imkanlardan yararlananların bunun karşılığını (bedelini) ödemeleri gerekmektedir. Böylece bireyler kamusal hizmetlere katkı sağlayacaklar ve devletin üzerindeki yük azalacaktır. Bir başka deyişle devlet ekonomik yönden küçülmüş olacaktır. Planı dikkatlice incelediğimizde yine önceki planlar gibi kamu harcamalarının kısılması, KİT’lere kaynak transferinin azaltılması ve devletin yatırımlarını azaltması yönünde ifadeler içerdiği görülmektedir (7. BYKP; Kerman, 2006:221-222).

Yeni personel alımının durdurulması, geçici veya mevsimlik statüde çalışanların çalışma sürelerine sınırlamalar getirilmesi bu planda belirtilen diğer hususlardır. Özel sektör tarafından uygulanan personel istihdam modellerinin ve/veya yönetim tekniklerinin kamu kesimi içinde uygulanması istenmiştir. Özellikle kadrolu/daimi statüde çalışma yerine sözleşmeli ve esnek çalışma sisteminin benimsenmesi istenmiştir. Böyle bir yöntemin izlenmesi yoluyla da daha rasyonel ve daha verimli bir bürokrasinin ortaya çıkacağı ve bunun neticesinde de personel giderleri açısından bir küçülme yaşanacağı ifade edilmiştir. Devletin örgütsel yapısının yeniden dizayn

edilmesi ve küçültülmesi istenmiştir. Mevcut mevzuat ve düzenlemelerde sadeleştirmeye gidilmesi, esnekleştirilmesi ve hatta bazı yasal mevzuatın değiştirilmesi veya kaldırılması istenmiştir. Yani deregülasyon önerilmiştir. Kamu yönetiminin değişik alanlarında yaşanan sorunların sebeplerinin tespit edilmesi ve bunlara çözüm bulunması önerilmektedir. Bunun için devletin yeniden yapılandırılması ve görevlerinin net bir şekilde belirlenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Daha önceki planlar gibi bu planda da yerel yönetimlere daha fazla yetki ve sorumluluk bırakılması gerektiği vurgulanmıştır (Kerman, 2006:222:224; 7. BYKP).

SekizinciBYKP'yi (2001-2005) incelediğimizde devletin görevleri üstü kapalı bir şekilde belirtilmiştir. Bu plana göre devlet küçültülecek ve devlet küçültülürken veya görevleri sınırlandırılırken üretim görevleri sonlandırılmış ve daha çok alt yapıyı sağlama görevleri üzerine yoğunlaşmıştır. Devlet kamusal alanlardan çekilirken devletin bıraktığı alana giren özel sektör desteklenecektir. Planda bürokratik işlemlerin azaltılması bir başka ifadeyle bürokratik engellerin kaldırılması önerilmektedir. Norm kadro çalışmalarının ve kamu personel reform çalışmalarının tamamlanması istenmektedir. Çok zaruri haller dışında norm kadro uygulamasından taviz verilmemesi istenmektedir. Devletin özelleştirmeler yoluyla üretim alanlarından, bankacılık faaliyetlerinden ve imalat sanayinden çekilmesi önerilmektedir. Kamunun hakim olduğu enerji, haberleşme ve ulaştırma gibi alanlardan çekilmesi veya serbestleştirmeye gitmesi yoluyla bu alanlardaki özel sektör varlığının devam ettirileceği belirtilmiştir. Merkezi hükümet ile yerel hükümet arasındaki görev dağılımının dengeli bir şekilde yapılması gerektiği ve yerel yönetimlerin kendilerine verilen görevleri öncelikli olarak yerine getirmesi istenmiştir.

Dokuzuncu BYKP 2007-2013 yıllarını arasını kapsayan bir plandır. Bu planı diğer planlardan ayıran farklardan biri planın beş yıllık bir dönem için değil de daha uzun bir süre (7 yıllık) için hazırlanmış olmasıdır. Bunun nedeni olarak AB Mali takvimine paralel olarak hazırlanması olarak gösterilmektedir. Planda, kamu yönetim sisteminin iyi yönetim yaklaşımı çerçevesinde yenidenyapılandırılması hedeflenmekte, merkezi yönetim bünyesindeki kamu kurum vekuruluşlarının teşkilat kanunları görev ve yetki çatışmalarını önleyecek şekilde yeniden düzenlenecek,

kamu kurum ve kuruluşlarının işlem ve eylemlerinde uyacakları usul ve esasları içeren yaksa düzenleme gerçekleştirilecektir. Planda, kamu personeli kavramı yerine “Kamu Kesiminde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi” başlığında insan kaynakları kavramı kullanılmış ancak alt metinde yine kamu personeli kavramı kullanılmıştır. Buna göre; Kamu personelinin dengesiz dağılımını engellemek için norm kadro uygulamasına geçilecek, insan kaynakları planlaması yapılacaktır, personel performansını objektif ve saydam bir şekilde ölçmeye sağlayacak standartlar getirilecek ve kamu personelinin uymaları gereken mesleki etik kurallarını ayrıntılı olarak gösteren yasal düzenlemeler yapılacaktır.

Dokuzuncu BYKP’de de özelleştirme vurgusu yapılmış ve enerji sektörü başta olmak üzere birçok alanda kamunun hakimiyetinin azaltılması gerektiği belirtilmiştir. Özellikle enerji sektöründe kamu düzenleyici ve denetleyici görevini ifa edecek, üretim safhasında yer almayacaktır. Bu planda da yerel yönetimlerin güçlendirilmesine vurgu yapılmıştır. Avrupa Yerel Özerklik Şartı ilkeleri çerçevesinde yerel yönetimlere yetki ve sorumluluk devri gerçekleştirilecek ve yerel yönetimler idari ve mali açıdan güçlendirilecektir. Kamu kurumlarında kararlar alınırken bu kararların stratejik planlara uygun olarak ve orta ve uzun vade hedefleri göz önünde bulundurularak alınmalıdır. Kamusal kaynakların kullanımında etkinlik ve etkililik sağlanabilmesi için performans ölçütünün olması gerektiği ve bu performans programı çerçevesinde kaynak tahsisi yapılması gerektiği belirtilmiştir(9. BYKP).

Küçülme açısından inceleyeceğimiz son plan ise 2014-2018 yıllarını kapsayan 10. BYKP’dir. 10. BYKP’de de özel sektöre verilen teşviklerin devam edeceği, kamunun ekonomideki başat rolünün azaltılması gerektiği ve bu yönde gerekli adımların atılacağı ve özel sektörün yetersiz kaldığı alanlarda devlet desteğinin süreceği ifade edilmektedir. Özellikle haberleşme, ulaşım ve enerji alanlarında özel sektör yatırımlarının kritik önem taşıdığı ve bu alanlarda serbestleşme adımları kapsamında özelleştirme uygulamalarının devam edeceği belirtilmiştir. Enerji alt başlığında özelleştirmenin devam edeceği yönünde açık ifadeler yer almaktadır. Enerji sektöründe elektrik üretiminin % 50’sinden fazlasının özel sektör tarafından gerçekleştirildiği ve artan enerji talebinin karşılamak için de yine özelleştirme uygulamalarına ve özel sektöre sağlanan kolaylıkların devam edileceği

belirlenmektedir (10. BYKP; Çağlar ve Acar, 2013). Enerji üretiminde yerli kaynakların çevre dostu teknolojiler ile birlikte kullanılacağı ve dışa bağımlılığın azaltılmasına yönelik girişimlerin devam edeceği belirtilmiştir. Yerli kömür kaynaklarının özel sektöre açıldığı ve birçok kömür ocağının özel sektör tarafından işletildiği ve bunların yine aynı mantıkla işletilmesine devam edileceği belirtilmiştir. Sağlık alanında küçülmenin ipuçlarının yer aldığı bu planda ilaç ve tıbbi cihaz üretiminde yerli sermaye payının artırılması gerektiği belirtilmektedir. Böylece hem daha fazla katma değer yaratan bir sektör ortaya çıkacak hem de ilaç ve tıbbi cihaz konusunda dışa bağımlılık azalacak ve kamudan daha az para çıkışı olacaktır. Böylece sağlık alanında harcamalar azaltılarak devlet ekonomik yönden küçültülmüş olacaktır.

Türkiye’de devletin küçülmesiyle ilgili girişimler 1980’lerde başlamıştır. 24 Ocak 1980 itibariyle başlatılan istikrar ve yapısal uyum programlarıyla kaynakların etkin kullanılması ve ekonominin rekabete açık hale getirilmesi hedeflenmiştir. Böylece, dış ticarete serbestlik, kur ve teşvik politikalarının geliştirilmesi, ihracatın desteklenmesi, reel faiz oranlarının düzenlenmesi, yurt içi özel tasarruf ve yatırımların artırılması, uluslararası sermaye hareketlerinin serbest hale getirilmesi, Türk Lirası (TL)’nin konvertibil hale getirilmesi ve özelleştirme ile kamunun ekonomideki varlığının sınırlandırılması amaçlanmıştır (Kerman, 2006:137).

12 Eylül 1980 ve sonrasındaki süreçte, önceki bürokratik yapının tamamen değişmesi ile devletin her açıdan yapılanmasının sağlanmasına çalışılmıştır. 12 Eylül 1980 askeri darbesinden sonra kurulan hükümetin gündeminde Türk kamu yönetiminin yeniden yapılanması vardır. 27 Eylül 1980 tarihinde Milli Güvenlik Konseyinde okunan karar doğrultusunda merkeziyetçiliğin terk edilerek yerelin önem kazanması vurgulanmıştır. Çünkü ne kadar merkezi yönetim üzerinde durulursa ve yerel yönetim geri planı atılırsa, sistem bir o kadar ağır işleyecek ve sunulan hizmetin yavaşlaması ve kalitesinin düşmesi söz konusu olacaktır. Bu süreci değiştirmenin en büyük aracı ise kamu personelidir. İşte bu gerçeği araştırma amacıyla hükümet “yöneylem araştırması” yapması için komisyon kurmuştur (Coşkun ve Nohutçu, 2005: 15).

Oluşturulan bu komisyon ile kamu personellerinin bu süreçte neler yapacakları ve ortaya çıkabilecek sorunlar net bir biçimde ortaya konmuştur. Burada üzerinde önemli durulması gereken ve en fazla öneme sahip olan idarenin yeniden yapılanmasında rol oynayan “*Kamu Yönetiminin Yeninden Düzenlenmesi*” komisyonunun sunduğu rapordur. Bu dönemde bazı bakanlıklar birleştirilerek bürokrasinin hantal yapısı kırılmak istenmiş ve daha etkin ve hızlı karar alabilen bir yapıya dönüştürülmek istenmiştir. Bu süreçte komisyonun kararları etkili olmuştur. Bu sürecin daha etkili işlemesi ve uygulamalarda daha pratik bir yol izlemek amacıyla 1982 yılında çıkarılan 2680 sayılı kanuna dayanarak KHK’lar çıkarılmıştır. Hedeflenen çalışmaları uygulamak için Bakanlar Kurulu kararı ile komisyonlar oluşturulmuştur. TODAİE bünyesinde kurulan *Kamu Yönetimi Komisyonu* bunlar biridir ve bazı çalışmalar yapmışlardır (Çoşkun ve Nohutçu, 2005:16):

- Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında KHK Tasarısı Taslağı
- Bölge Valiliği Hakkında KHK,
- İl Özel İdareleri Hakkında KHK,
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Yurtiçi Teşkilatı Hakkında KHK,
- Devlet Organizasyon ve Yönetimi Geliştirme Başkanlığı Kurulması Hakkında KHK,
- Kamu Yönetimi Akademisi Kurulması Hakkında KHK,
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Yurt Dışı Teşkilatı Hakkında KHK,
- Başbakanlık Teşkilatı Hakkında KHK Tasarısı Taslağı,
- Belediyeler Hakkında KHK Tasarısı Taslağı,
- Üst Kademe Yöneticilerinin Yetiştirilmesi Hakkında KHK,
- Köy İdareleri Hakkında KHK,
- Anakent Belediyeleri Hakkında KHK,
- Mahalle Muhtarları Hakkında KHK.

1.6.2. Turgut özal dönemi

1980 askeri darbesinin ardından sivil yönetime geçiş için seçim yapılmış ve bu seçimler sonucunda 6 Kasım 1983 yılında daha önce 24 Ocak kararlarının mimarı olan Turgut Özal seçimi kazanmış ve Türkiye’de neoliberal politikaların önü açılmıştır. Özal hükümetleri dönemi gerçekten de Türkiye’de devletin yeniden

yapılandırılması, küçültülmesi ve etkinleştirilmesi çalışmalarının hız kazandığı bir dönemdir. Bundan önce birçoğu kağıt üzerinde kalan öneriler hataya geçirilmeye başlanmıştır. 1980 sonrası özellikle Özal ile uygulamaya konulan neoliberal politikalar, temelde devletin küçültülmesi, kamu hizmeti ve kamu yararı kavramlarını yeniden tanımlamış, daha çok özelleştirme ve devlet kısıtlamalarının azaltılması anlamına gelen deregülasyon uygulamaları ile kamunun piyasa ekonomisinin mantığı içinde işlemlerini sağlamayı amaçlamıştır (Yayman, 2005: 282). Bu çerçevede, neoliberal politikalara uygun olarak devletin işlevi yeniden tanımlanmış ve hızlı, etkin ve verimli bir kamu yönetimi için dünyanın diğer gelişmiş ülkelerinde olduğu gibi bizde de reform çalışmalarına hız verilmiştir.

Bu anlayış ile 1960'lı yıllarda başlayan ekonomik anlamda daraltılmış bir politika, yerini pazarın genişlediği bir ekonomik modele bırakmış, yönetimde reform anlayışı ve uygulamaları da bu durumdan etkilenerek beraberinde yürütme organını da kapsayan bir devleti yeniden düzenleme süreci söz konusu olmuştur (Yayman, 2005: 349). 1980'lere kadar merkez ağırlıklı bir yaklaşımla kamu hizmetleri kamu işletmeleri tarafından sağlanmaktayken bu yöntem ile birlikte, "Yeni Sağ" akımını yükselmesi, pazarın genişlemesi, yeni Pazar alternatiflerinin aranması ve merkeze bağlı ulus devletlerin ulusüstü örgütlerin çalışmalarında yer almaya başlamalarıyla sorgulanır olmuştur. Bu açıdan, uygulanması planlanan bu değişim, Türk devlet teşkilatlanmasını ve yönetim sistemini ulusüstü yapılarının ve diğer küresel finansal çevrelerin beklentileri doğrultusunda yeniden yapılandırmakta ve böylece devlet ve kamu yönetimi küçültülerek, yerel yönetimler ve sivil toplum güçlendirilmekte, serbest piyasa anlayışı temel yaklaşım olarak benimsenebilmektedir (Gül, 2005: 41).

Özal, ekonomide temelli bir dönüşüm yaratarak, Türk ekonomisinin dış pazarda rekabet edebilmesini sağlamak için, bu dönüşümü verimsiz ekonomi bürokrasisinin etkisizleştirilmesi ile olabileceğini düşünmekteydi (Acar, 2008: 197). Bu düşünceler aynı zamanda ANAP döneminin reform hareketlerinin çıkış noktasını da oluşturmaktadır. Bu reformların temel ilkeleri ise; devletin görev ve yetkilerinin sınırlı hale getirilmesi, kamuya ait kurum ve teşebbüslerin özelleştirilmesi, yerinden yönetimin güçlendirilmesi ve piyasaya cevap verebilir nitelikte ekonomik politikalar geliştirilmesi olarak sıralanabilir (Heper, 2011: 259). Bu kapsamda, sert ve bürokrasiye dayalı "geleneksel kamu yönetimi" anlayışı yerine, daha yumuşak ve

piyasa odaklı “kamu işletmeciliği” yaklaşımına doğru geçiş olmaya başlanmıştır (Ömürgönülşen, 2014: 5). 1983-1991 döneminde tek başına hükümette bulunan ANAP’ın yürütmüş olduğu projeler bu dönemde, dikkatlerin topluma doğru yönelmesinde önemli bir yer tutarak, özellikle Kamu İktisadi Teşekkülleri’nin (KİT) özelleştirilmesi, yetki devri, belediyelere aktarılan fonlar, serbest piyasa ekonomisinin ön plana çıkarılması gibi konularda sivil toplum açısından büyük kazanımlar sağlamıştır. 1980’li yıllarla birlikte, devletin merkezi yapısında bürokratik açıdan ciddi değişimler söz konusu olmuştur. Özellikle serbest piyasa ekonomisiyle birlikte DPT gibi bürokrasi odaklı kurumların varlıkları zayıflayarak, Özaltarafından yürütülen yeni ekonomik politikalarla bürokrasinin yükünden kurtulmaya çalışılmıştır.

Demokratik bir yönetimin gerçekleşebilmesi için merkezi yönetim yerine yerel yönetimlerin önemini savunan Özal, bu amaçla adem-i merkeziyetçi bir anlayış geliştirmiştir. Özellikle, eğitim, sağlık ve kamu düzeni ile ilgili görev ve hizmetlerin yerel yönetimlerce yürütülmesine çalışılmıştır. ANAP iktidarı döneminde yerinden yönetimler güçlendirilmiş ve yerel yönetimlerin daha fazla hareket serbestliği kazanmasını sağlayarak onları esnek yapılara dönüştürmek amacı ile merkezi hükümetin yerinden yönetimlere müdahalesi azaltılmıştır. Bunun yanında birçok hizmetin yerel yönetime devri, yerel menfaatler açısından ve ekonomik açıdan da gerekli görülmüştür (Ataman, 2014: 592-593).

Ülkemizde, 1984-1993 dönemlerinde ve takip eden yıllarda belediye gelirlerinde önemli oranda artış gözlenmiştir. Batı’daki yaklaşımların da etkisiyle yerel yönetimlerde “etkinlik” ilkesinin öne çıkması, belediye uygulamaları ve mali yapıları açısından fark yaratmıştır. Bu çerçevede, bireylerin ihtiyacı olan yerel hizmetlerin yerinden yönetimlerden tarafından karşılanması ve ihtiyaçlara yerinde müdahale edilmesiyle kamu kurumlarının etkinliğini arttıracakları varsayılarak yerel yönetimlere özel bir önem verilerek, mali yapının iyileştirilmesi sağlanmıştır. 1984 sonrasında belediye nüfusunun toplam nüfus içindeki payının da artmasıyla birlikte, yerel hizmetlerin iyileştirilmesi ve yerel yönetime aktarılan kaynakların artırılması zorunlu olmuştur. Bu zorunluluk, merkezi yönetimden aktarılan vergi gelirlerinden nüfusa göre aktarılan kaynaklara ek olarak, büyükşehir belediyelerine o ile ait vergilerden belirli bir pay aktarılması, emlak vergisi gelirlerinin belediyelere

aktarılması, ayrıca akaryakıt tüketim fonu ve benzeri fonlardan bu kurumlara ek kaynak ayrılması gibi uygulamaları da beraberinde getirmiştir (Aydınlı, 2003: 79).

Özal'ın iktidar olduğu dönemde hazırlanan 1985-1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (BYKP) kamu yönetiminin iyileştirilmesi başlığı altında devletin yeniden yapılanmasına yönelik değişik çözüm önerileri sunulmaktadır. Bu plan kamudaki boşa yapılan harcamaların önüne geçmek için, merkez ile yerel yönetim arasındaki yetki devrine önem veren, bürokratik işlemlerin hızlandırılmasını hedefleyen bir plandır. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma planından önceki planlarda devlet hep sektörler için öncü bir rol üstlenmekteydi, ancak Beşinci BYKP öncekilerden farklılaşmaktadır. Bu plana göre, devlet yönlendirme ve özendirme politikalarını ön plana çıkaracak, kamusal harcamalarda ekonomik ve sosyal yatırımlara öncelik verilecek ve bu yatırımlarda devletin payı azaltılıp özel sektörün payının artırılması sağlanacaktır. Piyasanın işleyişi belli ekonomik kurallar içinde düzenlenecek, kamu yatırımlarında öncelik sanayi ve ticari altyapı yatırımlarında ve kalkınmada öncelikli yörelerdeki sanayi yatırımlarında olacaktır (Sezen, 1999:262).

Beşinci BYKP 'da neo-liberal politikaların devam edeceği, koruma oranlarının azaltılacağı ve ihracatın teşvik edileceği ve zamanla tedricen serbest döviz kuru sistemine geçiş için gerekli zeminin hazırlanacağı belirtilmektedir. Özelleştirme konusu ilk defa bu plan ile birlikte kalkınma planlarında ifade edilmiştir. Daha sonra hazırlanan ve 1990-1994 yıllarını kapsayan Altıncı BYKP Beşinci BYKP'nin yöneldiği hedeflerin daha geniş bir açılımı içermektedir. Bu plan ile devletin üretimden çekilmesi hedeflenmektedir. Devlet, temel işlevi yönlendirme ve özendirme olarak belirlenmiş ve bunların dışına çıkmaması gerektiği, ekonomik büyümede lokomotif olarak özel sektör görülmüştür. Kalkınmanın sanayileşmeye bağlandığı ve bu sanayileşmenin de özel sektör eliyle yapılması gerektiği açıkça bu planda belirtilmiştir (Sezen, 1999:264-265). Özetle diyebiliriz ki yukarıda kısaca bahsettiğimiz Beş Yıllık Kalkınma Planları ile devletin küçültülmesi hedeflenmiştir.

1980'li yıllarda uygulanmaya başlanan neoliberal politikalar sonucunda Türkiye'de özellikle ekonomik alanda olmak üzere birçok alanda özelleştirme, deregülasyon, özel sektörden hizmet alımı gibi devletin küçültülmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Özelleştirme devletin küçültülmesinin önemli yöntemlerinden biridir ve

Türkiye’de Özal’ın iktidara gelmesi ile başlamış ve günümüze kadar devam etmiştir. Özelleştirme devletin sahip olduğu kamusal malların belli bir bedel karşılığında özel sektöre devridir. Kısaca kamusal malların özel teşebbüse satılmasıdır. Özelleştirme ile devletin ekonomideki başat rolü en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Bunun yanında rekabet koşulların sağlıklı işlediği piyasa ekonomisinin oluşturulması, kamusal bütçedeki devletin yükünün azaltılması, atıl durumda olan veya zarar eden kamuya ait işletmelerin ekonomiye kazandırılması, devlete ait işletmelerin özel sektöre devri ile personel ve buna bağlı yapılan ödemelerin azaltılması gibi hedeflerde özelleştirmenin amaçları arasında sayılabilir.

Devletin küçültülmesi ile her türlü kamu müdahalesinin önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde devletin küçültülmesi ve devletin yeniden yapılanmasında en çok başvurulan yöntemlerden birisi de özelleştirme uygulamaları olmuştur. Ülkemizdeki özelleştirme uygulamaları, IMF ve DB gibi kuruluşların destekleri veya onların yönlendirmeleri ile ve sermayenin istekleri doğrultusunda şekillenmiştir (Topal, 2002:80). Özelleştirme uygulamaları ile kamudan çeşitli kesimlere kaynak aktarımı söz konusudur. Bu kaynak aktarımı özellikle özel sektör açısından son derece önemlidir. Özelleştirme yoluyla küçültülmeye çalışılan devletin kaynakları hem yerli hem de yabancı sermayeye gitmektedir. Ancak burada bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kerman’ın (2006) da belirttiği gibi bu kaynaklardan nemalanmak isteyen büyük bir grup ortaya çıkmıştır. Özelleştirmeler hükümetten pay almak için onları destekleyen bu gruplara verilmiş ve bunun sonucunda da bu gruplar hangi hükümetten rant elde ediyorsa onu destekler durumu gelmişlerdir. Bu durum tabii olarak oy ve değişik destekler sağladığından iktidarlar tarafından kabul görmüş ve ihaleler bunlara verilmiştir. Ancak bu sakıncalarına rağmen özelleştirme Türkiye’de küçük devlet için öne sürülen reçetelerden biri olmaya devam etmiştir.

Türkiye’de özelleştirme tartışmaları 1983’ten sonra başlamış ve bu konuyla alakalı ilk yasal düzenleme hemen bir yıl sonra 1984 yılında Özal hükümeti ile gerçekleşmiştir. Özelleştirme adına atılan bu adım 2983 sayılı kanundur. Buna takiben yine 1986 yılında 3291 sayılı kanun yasalaşarak yürürlüğe girmiştir. 3291 sayılı kanun ile kamunun mülkiyetinde olan kuruluşların özelleştirmelerine ve buralarda dikkat edilecek hususlara ilişkin esaslar saptanmıştır. Özelleştirme programlarının yürütülmesinden Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı İdaresi (yasal dayanağı 2983 sayılı

kanun) mesul kılınmıştır. Türkiye'deki özelleştirmelerden ise Toplu Konut Kamu Ortaklığı Kurulu yetkili kılınmıştır. Daha sonra özelleştirmelerin gerçekleştirilmesi için birçok KHK çıkarılmış fakat bunlar birtakım esasların belirlenmesinden başka bir fayda sağlamamışlardır. Sonuç olarak da kendilerinden beklenen etkiyi yapmamışlardır (Sarısu, 2000:20). 1992 yılında özelleştirme sürecinde yaşanan sıkıntılara çözüm bulmak ve hem yasal hem de yönetsel yapıda bazı değişiklikler yapmak adına mevzuat değişikliğine gidilmiştir. 1994 yılında mevzuat değişiklikleri bitirilmiş ve 3987 sayılı kanunun verdiği yetkiyle özelleştirme adına KHK'lar çıkarılmıştır. Ancak söz konusu bu yasa anayasaya aykırılık gerekçesiyle AYM tarafından iptal edilmiştir. Bunun ardından bugün de hala geçerliliğini koruyan 27 Kasım 1994 tarih ve 4046 sayılı kanun yürürlüğe girmiştir.

Özellikle 1985 yılı sonrasında kamu hisselerinin büyük çoğunluğu, tamamlanmayı bekleyen tesisler, gayrimenkul niteliğindeki varlıklar, otoyollar, boğaz köprüsü, çok sayıda tesis, liman işletmeleri, şans oyunları lisans hakkı ile Araç Muayene İstasyonları özelleştirme kapsamına alınmıştır. Özelleştirme kullanımlarının büyük bir bölümü, yine bu çerçevede değerlendirilen kuruluşlara sermaye paydaşlığı, kredi borçlanmaları ve personel ödenekleri, özelleştirmeye ait bonolar ve Hazine'ye aktarma amaçlı ödenekler şeklindedir (oib.gov.tr). Kamuya ait olan çimentoişletmeleri, süt imalatları, et üretimleri, yem işletmeciliği, dokuma fabrikaları, orman işletmeleri, gemi ve liman işletmeleri, enerji üretim yerleri, kimya ve petrokimya üretim işletmeleri, maden sanayi, demir çelik fabrikaları, kağıtimalathaneleri, telekomünikasyon kuruluşları, ulaşım sektörleri ve bankacılık işletmelerigibi pek çok alanda da özelleştirmeler söz konusu olmuştur (Özbek, 2006:5). Buradan da anlaşılıyor ki özellikle 1984 yılından itibaren özelleştirme uygulamaları Türkiye'de devletin küçültülmesi ve yeniden yapılanmasında yönelik yapılan çalışmaların önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Çünkü özelleştirme uygulamaları ile birlikte devlet ekonomik faaliyetlerden çekilmekte ve buraya aktardığı kaynakları başka alanlara aktararak etkin ve verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Ayrıca özelleştirme uygulamaları ile kamudaki personel sayısı da azaltılmaya çalışılmaktadır.

Yine 1980'lerden sonra devletin küçültülmesinde yönelik kamu harcamalarında kısıtlamalara gidilmeye başlanmıştır. Cari yatırım ve transfer harcamalarında önemli düşüşler sağlanmıştır. Ancak buradaki kısıtlamalar daha çok KİT'ler ve çalışanlar üzerinde olmuştur ancak sermaye sınıfı lehine devletin yapmış olduğu destek devam etmiştir. Yani devletin küçültülmesi için yapılan kısıtlamalardan genel olarak kamu kurumları ve emekçi sınıf etkilenmiştir (Kerman, 2006:140). Bu normal olarak görülebilir çünkü buradaki amaç özel teşebbüsün teşvik edilmesiyle devletin birçok alandan çıkarılmasını sağlamaktır. Ancak burada hemen şunu belirtmekte fayda vardır. 1984 yılından 1990'lara kadar yapılan özelleştirmeler özelleştirme kanunu olmadan ve çoğu kez Anayasama Mahkemesi'nin iptalleri ile hep sekteye uğramıştır.

1990'lardan itibaren ise Türkiye iki önemli kriz yaşamıştır. Bu krizler 1994 ve 1997-1998 iktisadi krizleridir. Bu krizler sonucunda yaşanan ekonomik sıkıntıları aşmak ve kamuya mali kaynak sağlamak için hükümetler IMF ile stand-by anlaşmaları imzalamak zorunda kalmışlar ve bu anlaşmalar neticesinde IMF ve DB gibi kuruluşların da telkinleri ile özelleştirme sürecinde önemli adımlar atılmıştır. 9 Kasım 1994'te DYP-SHP koalisyon hükümeti tarafından 4046 sayılı Özelleştirme Kanunu'nun çıkartılması ve Ağustos 1999'da DSP-ANAP-MHP koalisyonu zamanında Anayasa'nın 47. maddesinin değiştirilerek⁶ özelleştirme anlayışının 1982 Anayasası'na dahil edilmesi bu açıdan vurgulanması gereken kritik gelişmelerdir (Ercan ve Öniş, 2001: 122). Bu değişiklikten önce 47. madde⁷ sadece devletleştirme başlığı adı altında yayınlanmışken 1999 yılındaki değişiklikle beraber madde 47 devletleştirme ve özelleştirme halini almıştır. Fakat bu ve buna benzer gelişmelere rağmen 1990-2000 arası dönem özellikle büyük özelleştirmeler açısından beklenen etkiyi yaratamamıştır. Bunun nedeni de o dönemde yaşanan siyasi krizler ve iktidarın sürekli olarak koalisyon hükümetleri arasında el değiştirmesidir. Dönemin büyük kamu kuruluşlarının yaşanan ekonomik krizlere çözüm olarak özelleştirilmesi dile

⁶ (Ek fıkra: 13/8/1999-4446/1 md.) Devletin, kamu iktisadî teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzelkişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usuller kanunla gösterilir. T.C Anayasası madde 47.

(Ek fıkra: 13/8/1999-4446/1 md.) Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir. T.C Anayasası madde 47

⁷Madde 47 (orijinal metin): Kamu hizmeti niteliği taşıyan özel teşebbüsler, kamu yararının zorunlu kıldığı hallerde devletleştirilebilir. Devletleştirme gerçek karşılığı üzerinden yapılır. Gerçek karşılığın hesaplanma tarzı ve usulleri kanunla düzenlenir. 1982 Anayasası R.G Yayın Tarihi: 09/11/1982 Sayı:17863

getirilse de koalisyonlar arsındaki anlaşmazlıklardan dolayı hep sekteye uğramıştır (Ercan ve Öniş, 2001: 119-121; Angın ve Bedirhanoglu, 79-80).

1.6.3. Erdoğan dönemi

Türkiye’de özelleştirme ve devletin küçültülmesi yönünde en etkili adımlar 2000’li yıllarda özellikle de Recep Tayyip Erdoğan’ın başbakanlığı döneminde atılmıştır. İlk olarak 2001 krizi sonucunda devletin kaynak ihtiyacını karşılamak için bazı devlet kuruluşları özelleştirme yoluyla satılmıştır. 2001 krizi sonrası iktidara gelen AKP hükümeti hem özelleştirme ve bu bağlamda devletin küçültülmesi ve yeniden yapılandırılması için ciddi adımlar atmaya başlamıştır. AKP hükümeti döneminde PETKİM, Türk Telekom, TÜPRAŞ ve ERDEMİR’in blok satışları yapılarak özelleştirmeleri sağlanmıştır. 2000’li yıllarda devletin küçültülmesi için yapılan çalışmalar sadece özelleştirmelerden ibaret değildir. Bunun yanında devletin yeniden yapılandırılması ve böylece daha etkin, hızlı, kaynakları verimli kullanan ve vatandaş odaklı bir devlet yönetimi hedeflenmiştir.

Elbette Türkiye’de devletin küçültülmesine yönelik olan çalışmalar sadece özelleştirme uygulamalarından ibaret değildir. Aynı zamanda özellikle 2000’li yıllarda (2003 sonrası ağırlıklı) yasal düzenleme çalışmaları da vardır. Türkiye’de devletin küçültülmesi açısından oldukça önemli sayılabilecek olan çalışmaların başında 2004 tarih ve 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun’dur. Bu kanun ile devletin yeniden yapılandırılması, bu yeniden yapılandırmayla birlikte devletin küçültülmesi ve daha etkin olması hedeflenmiştir. Bu kanun ile kamusal hizmetler ile ilgili karar alımında hükümet dışı kuruluşların (kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, sivil toplum örgütleri) görüşlerine başvurulması ve onların görüşlerinden yararlanılması kanunun 5. maddesinde açıkça belirtilmiştir. Söz konusu kanun maddesinde kamu kurum ve kuruluşları kanunda açıkça kendilerine görev olarak verilmeyen ve kuruluşun doğrudan amacıyla ilişkili olmayan işletme kuramayacakları, mal ve hizmet üretimi yapamayacakları ve bu amaçla bina, taşıt, personel vb bulunduramayacakları açıkça belirtilmiştir. Bu hüküm ile kamunun faaliyet alanı sınırlandırılmaya çalışmış ve kamu kurum ve kuruluşlarının dengesiz büyümesinin

önüne geçilmesi hedeflenmiştir (Kerman, 2006:263-264). Böylece devletin hem örgüt yapısı hem de faaliyet alanı daraltılarak küçültülmesi hedeflenmiştir.

Aynı kanunun 6. maddesi ile devletin rolü mal ve hizmet üretmekten, politika ve standartlar belirleyen ve bunların uygun biçimde yapılıp yapılmadığını denetleyen bir devlet modeline dönüştürülmektedir. Devlet kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektör ve sivil toplum örgütleri arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlayacak ve bunları sürdüreceği bir yapıyı oluşturmalıdır. Devlet birçok alandan çekileceği için buralar özel sektöre ve sivil toplum örgütlerine kalacak ve onlar daha rahat hareket edebileceklerdir. Devletin buradaki görevi onların rekabet ortamı içinde rahatça faaliyetlerini sürdürebilmek için gerekli önlemleri almaktır. Yine bu yasanın 7. maddesinde devletin asli görevleri arasındaki görevler, merkezi idarenin öncelikli görevleri olarak belirlenmiş ve bunlara ilave olarak piyasaları düzenleme görevi de bu maddede belirtilmiştir. Kanunun 8. maddesinde küçülmenin bir ayağı olan yerleşmeden de bahsedilmektedir. Madde 8'de yerel halkın ihtiyaçlarını karşılamada asıl sorumluluk yerel yönetimlere bırakılmış, merkezi yönetim ise özel görevli sayılmıştır. Bu kanunun 9. ve 10. maddesi ile yerel yönetimler güçlendirilmekte ve burum yasal olarak güvence altına alınmaktadır. Yerel yönetimlere görevleri ve sorumluluklarıyla ilgili doğru orantılı gelir kaynaklarının sağlanacağı belirtilmiştir. Yani yerel yönetimler mali yönden de güçlendirilmeye ve merkezi yönetime bağılıklarının azaltılması hedeflenmiştir.

Bu kanunda kamuda küçülme olarak değerlendirilebilecek olan bir diğer örnekte bazı bakanlıklar dışındaki birçok bakanlığın taşra teşkilatı kuramayacak olmasıdır. Kanunun 16. Maddesine ekli 1 sayılı ve 2 sayılı cetvelde hangi bakanlıkların taşra teşkilatı kurabilecekleri, hangilerinin kuramayacakları açıkça belirtilmiştir. II sayılı cetvel incelendiğinde taşra teşkilatı kuramayacak olan bakanlıklar şunlardır:

1. Dışişleri Bakanlığı.
2. Bayındırlık ve İskân Bakanlığı.
3. Sağlık Bakanlığı.
4. Ulaştırma Bakanlığı.
5. Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı.

6. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı.
7. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı.
8. Kültür ve Turizm Bakanlığı.
9. Çevre ve Orman Bakanlığı.

Yukarıdaki bakanlıklar incelendiğinde Dışişleri Bakanlığı hariç diğerlerinin hemen hemen hepsi özelleştirme ve buna benzer uygulamalarda etkilenmiş bakanlıklardır. Bu bakanlıkların birçoğu hizmet üretmekten ziyade bu işleri ya özel sektöre devretmiş ya da özel sektörden hizmet satın alma yoluyla vatandaşlara mal ve hizmet sunumu yapmaktadır. Bundan dolayı da bu bakanlıklar daha çok norm ve standart belirlemekle ve bunları denetlemekle görevlendirilmiş olup taşra birimlerinin olması anlamsız olarak değerlendirilmiştir. Taşra yapılanması olacak olan bakanlıklar genel olarak devletin asli görevlerini yerine getiren bakanlıklardır. Adalet, İçişleri, Milli Eğitim, Savunma bakanlıklarıdır (Kerman, 2006:266). 2002 öncesi bakanlık sayısı daha fazla iken (17 Bakanlık) bu kanun ile bazı bakanlıkların birleştirilerek ve taşra teşkilatları kapatılarak bakanlık sayısı azaltılması ve bunun sonucunda devletin küçültülmesi hedeflenmiştir.

Bu kanunun 49. maddesi ile 24.06.1983 tarih ve 72 sayılı Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu Hakkında KHK'nın yürürlükten kaldırıldığı belirtilmiştir. Ayrıca, 10.12.2003 tarih ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'nun eki (I) sayılı cetvelde yer alan "37- Başbakanlık Yüksek denetleme Kurulu ve " 43-Köy hizmetleri Genel Müdürlüğü" ibarelerinin çıkarıldığı ifade edilmektedir. 1985 yılında çıkarılan 3202 sayılı Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunla Kurulan Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü (KHGM) kaldırılmış ve buradaki personel, makine ve teçhizat vb şeyler il özel idarelerine devredilmiştir. Yine bakanlıkların ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının yurt dışı teşkilatları kaldırılmış ve yurt dışı kadroları iptal edilmiştir. Sadece Dışişleri Bakanlığı ile Türk İşbirliği ve Kalkınma İdaresi Başkanlığı bu süreçten hariç tutulmuştur.

Devletin küçültülmesinde uygulanacak yöntemlerden biri de bazı kamu örgütlerinin kapatılması, bazılarının da birleştirilmesidir. Bu yöntemi uygulayarak hem kamu küçülmüş olacak hem de bu küçülme sonucunda kamusal harcamalardan tasarruf sağlanmış olacaktır. Kerman'ın da (2006:269) belirttiği gibi eski ekonomik yapı

üzerine inşa edilmiş bir takım kuruluşlar işlevsiz hale gelmekte, hatta yeni kurulanlarla ya da yeni görev verilenlerle birlikte mükerrer iş yapar duruma gelmektedir. Bunu önlemenin yolu olarak da bazı kamu kurum ve kuruluşlarının kapatılması gerekmektedir. Eskiden bizzat devlet eliyle görülen hizmetler artık yeni anlayışla beraber özel sektöre gördürülmektedir. Özel sektöre iş gördürmenin en yaygın yolu da ihale yöntemidir. Yani ihale usulüyle mal ve hizmet satın alma yaygınlaştıkça devletin emanet usulüyle iş gören kuruluşları da gözde kuruluşlar olmaktan çıkmış ve eski prestijlerini kaybetmişlerdir. Buna verilebilecek en iyi örnek de yukarıda sözünü ettiğimiz KHGM'nin kaldırılarak il özel idarelerine devridir. Bu olay 2002 sonrası devletin küçültülmesi çalışmalarına verilebilecek somut bir örnektir (Kerman, 2006:269-270). Buna ilave olarak Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde 2005 yılından itibaren SSK ve devlet hastanelerinin birleştirilmesi de yine örgütsel küçülme çalışmalarına verebileceğimiz örneklerden bir başkasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Projesini ve bu bağlamda yapılan çalışmaları çalışmamızın üçüncü bölümünde detaylı olarak ele alacağımız için burada sadece bu örneği vermekle yetineceğiz.

1.6.4. Yerel yönetimlerle ilgili düzenlemeler

Devletin küçültülmesinin bir ayrı ayağı da merkezi hükümete ait yetkilerin birçoğunun yerele aktarılmasıdır yani desantralizasyonun sağlanmasıdır. Devleti küçültürken devlet sahip olduğu yetkileri yerel yönetimlere aktarmaktadır. Bu bölümde yerel yönetimlerde küçülmeyle ilgili çalışmaların olup olmadığını inceleyeceğiz. İlk olarak 22.02.2005 tarih ve 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ile başlayalım. İlk olarak bu kanunun 31. maddesinde stratejik plan hazırlanması sürecinde varsa üniversiteler, meslek odaları ve sivil toplum örgütlerinin görüşlerinin alınması ve bu doğrultuda hazırlanması ve daha sonra il genel meclisinde kabul edildikten sonra yürürlüğe girmesi benimsenmiştir. Bu uygulama ile yerel yönetişimin geliştirilmesi hedeflenmiştir.

İl özel idaresinin norm kadro ile ilgili olan 36. maddesinde, norm kadro ilke ve standartlarının İçişleri Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı tarafından beraber belirleneceği ve bu ilke ve standartlar doğrultusunda il özel idaresinin norm kadro çalışmalarını yapacağı veya yaptırtacağı belirtilmiştir. Buradan hareketle Kerman'ın

da (2006:270-271) belirttiği gibi bu çalışmaları konusunda uzman bir kuruluşa hizmet satın alma yoluyla yaptırabilir. Bunun önünde kanuni açıdan hiçbir engel yoktur. Ayrıca il özel idarelerinin norm kadro ünvan ve sayıları dahilinde olmak kaydıyla çevre, sağlık, hukuk, sosyal ve ekonomi, kültür ve sanat, bilişim ve iletişim, planlama, veterinerlik, teknik, araştırma ve geliştirme, eğitim ve danışmanlık alanlarında ihtiyaç duydukları personeli gerekli nitelikleri taşımaları şartıyla sözleşmeli olarak çalıştırabilecekleri ve bu kadrolara boş olsa dahi atama yapılamayacağı açıkça belirtilmiştir. Burada il özel idarelerine tıpkı özel sektör kuruluşları gibi esnek istihdam modeli ile personel temin etme hakkı verilmektedir. İl özel idarelerinde norm kadro uygulaması yapılarak personel sayısının azaltılması ve bunun neticesinde personel harcamalarından tasarruf edilmesi hedeflenmiştir (Kerman, 2006:271). Yukarıda saydığımız bu uygulamalar örgütsel küçülmeye örnek olarak gösterilebilir.

Yerel yönetimler açısından üzerinde duracağımız bir diğer düzenleme belediyeler ve büyükşehir belediyeleri üzerinedir. 5393 sayılı Belediye kanununun 13. Maddesindeki ifadelerden hareketle diyebiliriz ki bu kanun ve kanun maddesi ile yerel yönetişimin geliştirilmesi amaçlanmış ve bu durum yasal güvenceye kavuşturulmuştur. Madde 14’de birçok hizmetin mahalli müşterek nitelikte olması kaydıyla belediye tarafından yapılacağı veya belediyenin bu hizmetleri bu konuda uzman kuruluşlara yaptırabileceği belirtilmiştir. Daha önceden zabıta devlet memuru statüsünde iken ve belediye tarafından kolluk kuvveti olarak kullanılırken, madde 14’ün a bendine göre belediyeler zabıta hizmetlerini dışarıdan satın alabileceklerdir. Yine aynı madde incelendiğinde, belediyeler birçok alanda ihale yöntemi ile özel sektörden hizmet satın alabileceklerdir. Böylece belediyeler kadrolu personeline yaptıkları ödemelere göre daha az ödeme yapacaklar, örgütsel büyüme gerçekleşmemiş olacak ve böylece tasarruf sağlayacaklardır.

İl özel idarelerinde olduğu gibi belediyeler de çevre, sağlık, hukuk, sosyal ve ekonomi, kültür ve sanat, bilişim ve iletişim, planlama, veterinerlik, teknik, araştırma ve geliştirme, eğitim ve danışmanlık alanlarında ihtiyaç duydukları personeli yıllık sözleşme ile çalıştırabilecektir. Temininde güçlük çekilen bazı mesleklerde kısmi zamanlı olarak personel istihdam edilebilmesine imkan verilmiştir ancak bu sözleşme bir takvim yılını aşmayacaktır. Bunlara ilave olarak birçok hizmetin belediye

tarafından dışarıdan hizmet satın alma yöntemiyle gördürülebileceği belirtilmiştir. 5393 sayılı kanunun 76. maddesine göre belediyelerin kent konseyi faaliyetlerinin etkili bir şekilde yürütülmesine ve bunlara destek sağlanması istenmektedir. Yine izleyen maddede, Belediyelerin; sağlık, eğitim, spor, çevre, sosyal hizmet ve yardım, kütüphane, park, trafik ve kültür hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, özürllülere, yoksul ve düşkünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygulamaları talep edilmektedir (Kerman, 2006:276).

Yukarıda kısaca değindiğimiz uygulamalardan ve yasa maddelerinden anlaşılıyor ki, çeşitli hizmetler konusunda özel sektörün, meslek odalarının, sivil toplum kuruluşlarının karar alım ve hizmet sunma süreçlerine katılımı özendirilmekte, yönetim modeli için uygun ortam yaratılmaktadır. Genelde devletin, özelde ise yerel yönetimlerin (belediyelerin) terkeettiği birçok alan özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarına bırakılmakta ve bunların bu alanlarda yer alması için gerekli yasal düzenlemeler yapılmaktadır (Kerman, 2006:276). Böylece yerel yönetimler üzerlerinde yükün bir kısmını bunlara devrederek küçülme sağlamış olacaktır.

Çalışmamızda yerel yönetimler açısından inceleyeceğimiz son düzenleme de 2012 yılında kabul edilen daha sonra 2013 yılında 6447 sayılı kanun⁸ ile üzerinde bazı değişiklikler yapılan 6360 sayılı kanundur. Bütünşehir yasası olarak da adlandırılan bu kanun ile 14 ilde⁹ yeni büyükşehir belediyesi ve 27 yeni ilçe kurulmuştur. Bu kanun ile metropoliten yönetim anlayışında köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Kanunun gerekçesine baktığımızda “Büyükşehir sınırlarının il mülki sınırları olarak değiştirilmesi ile etkin, verimli ve daha kaliteli yönetim ve hizmet sunma anlayışı” hedeflenmektedir. Eski sistemde bazı sorunların baş gösterdiği gerekçesiyle 6360 sayılı kanun yürürlüğe sokulmuştur. Eski yapıda (5216 sayılı kanuna göre) büyükşehir sınırları içinde bulunan belediyeler sadece kendi sorumluluk alanlarında faaliyet sürdürdüklerinden parçalı bir yapı oluşmuştu. Yine belediyeler arasında koordinasyon eksikliği, kaynak israfı, küçük belediyelerin bütçe yetersizlikleri gibi

⁸14.03.2013 tarih ve 6447 sayılı On dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

⁹Aydın, Balıkesir, Denizli, Hatay, Kahramanmaraş, Malatya, Manisa, Muğla, Ordu, Tekirdağ, Trabzon, Şanlıurfa ve Van

sorunlar 6360 sayılı kanuna gerekçe olarak öne sürülmüştür. Kısaca belirttiğimiz be gerekçelerin yanında başka gerekçelerde öne sürülmektedir. Çelikyay (2014:11) 6360 sayılı kanun ile yeni bir yerel yönetim modeli getirilirken bu yeni yapının ortaya çıkmasını şu gerekçelere dayandırmaktadır:

- Eski yapıda ölçek ekonomisinden yeterince yararlanılamamıştır,
- Kamusal hizmetlerin sunumunda yerel yönetim birimleri arasında koordinasyon eksikliği yaşanıyor,
- Belde belediyeleri teknik eleman eksikliğinden dolayı uzmanlık ve teknik bilgi gerektiren hizmetleri sunmada sorunlar yaşamaktaydılar,
- Kaynak israfı yaşanıyor,
- Planlama ve koordinasyon eksikliği,
- Etkin ve kaliteli hizmet sunumunda sorunlar yaşanması,

6360 sayılı kanun ile şu değişiklikler meydana gelmiştir.

- 14 ilde yeni büyükşehir belediyesi kurulmuş (madde 1) ve Türkiye'deki büyükşehir belediye sayısı 30 olmuştur. Bunun yanında 27 yeni ilçe kurulmuştur (madde 2).
- Büyükşehir belediyelerinin sınırları il sınırı olarak değiştirilmiştir. 5216 sayılı kanunda sadece Kocaeli ve İstanbul için geçerli olan bu anlayış 6360 sayılı kanunla diğer 28 büyükşehir belediyeleri için de geçerlidir artık (madde 1/1-2).
- Büyükşehir olan 30 ildeki il özel idareleri kaldırılmıştır (madde 1/5).
- Büyükşehir olan illerdeki bütün belde belediyeleri kaldırılmış ve bunlar birer mahalleye dönüştürülmüştür (madde 1/3).
- Yine aynı şekilde 6360 sayılı yasa sonrası büyükşehir belediyelerinin bulunduğu illerdeki bütün köyler köy tüzel kişilikleri kaldırılarak mahalleye dönüştürülmüştür (madde 1/3).
- Merkezi yönetimin ildeki gözü olan ve bu kanunla kaldırılan il özel idarelerinin yerine Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlığı kurulmuştur (madde 34 ve 3152 sayılı kanuna 28/A maddesine ek).
- Büyükşehir olmayan illerde ise nüfusu 2000'nin altında olan belde belediyeleri köye dönüştürülmüştür.

- 5216 sayılı yasada büyükşehir kurulması için gerekli olan “en az üç belediye ve ilk kademe belediyeleri” şartı yeni yasa (6360 sayılı yasa) ile kaldırılmıştır,
- Büyükşehir kurulan illerdeki bucaklar kaldırılmıştır.

6360 sayılı kanunu incelediğimizde örgütsel küçülme anlamında bazı uygulamalar görmek mümkündür. İlk olarak söz konusu kanun ile büyükşehir belediyesi kurulan illerde merkezi yönetimin ildeki eli ayağı olan İl Özel İdareleri kaldırılmıştır. İl özel idarelerinin her türlü taşınır ve taşınmaz malları kurulacak bir komisyonla büyükşehir belediyelerine devredilmiştir. İl özel idaresi personeli Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlığına, büyükşehir belediyesine, belediyelere ve bağlı kuruluşlara norm kadro uygulaması esas alınarak devredilmiştir. Belediye ve bağlı kuruluşlara devredilen personelden ihtiyaç fazlası olanlar komisyonca belirlenip Devlet Personel Başkanlığına bildirilir. DPB kendilerine bildirim yapılan ihtiyaç fazlası personeli kamu kurum ve kuruluşlarına atamasını yapar. Görüldüğü üzere 6360 sayılı yasada da norm kadro uygulaması devam ettirilmektedir. Norm kadro uygulaması birçok açıdan yararlı olduğu için devamının doğru ve yerinde bir karar olduğu düşüncesindeyiz. Çünkü bu uygulama ile personel istihdamı, dağılımı ve yönetimi daha şeffaf ve adil olmaktadır. İhtiyaç fazlası personel olmadığı için kaynak israfının önüne geçilmektedir. İl özel idarelerinin kaldırılması ile büyükşehir olan illerdeki görevler tek bir merkezden yönetilecek ve bunun sonucunda da hizmet sunumunda etkinlik, verimlilik ve kalite artacaktır. Ayrıca kaynakların daha verimli kullanımı söz konusu olacaktır. İl özel idarelerinin kaldırılması yerel demokrasi açısından da önemli bir adımdır.

6360 sayılı kanun ile belde belediyeleri mahallelere dönüştürülmüştür. Ayrıca 6360 sayılı kanun ile büyükşehir olmayan diğer illerdeki nüfusu 2000'nin altında olan belde belediyeleri köye dönüştürülmüştür. Bununla beraber büyükşehir olan illerdeki köylerde köy tüzel kişiliği özelliklerini kaybetmişler ve birer mahalle haline gelmişlerdir. Bunların da taşınır ve taşınmazları büyükşehir belediyelerine devredilmiştir. Belediyelerde çalışan personel ise yine büyükşehir belediyesi, ilçe belediyesi ve bağlı kuruluşlara devredilmiştir. Nüfusu 500'ün altında olan yerlerde mahalle kurulması imkanı bu yasa ile birlikte ortadan kalkmıştır. Küçük

belediyelerin yeterli bütçe ve teknik elemana sahip olmamasının hem yönetsel anlamda hem de ekonomik anlamda sorunlar yarattığı bilinen bir gerçektir. Karaarslan'ın (2012) da belirttiği gibi nüfusu 2000'in altında olan veya bunun biraz üstünde olan belde belediyelerin merkezden aldıkları kaynaklar çoğu zaman yerel halkın ihtiyaçlarını karşılamak için değil daha çok cari giderler (maaş, taşıt yakıt vb giderler) için kullanılmıştır. Çoğu zaman merkezi bütçeden gelen bu paralar belediyelerin ihtiyaçlarını karşılayamamıştır.

Küçük belediyelerin ortaya çıkardığı sorunlar üzerine birçok araştırma yapılmış veya belgeler yayınlanmıştır. Örneğin 2000 yılında yapılan bir araştırmada (7 coğrafi bölgeden nüfusu on binin altında olan 200 belediye üzerine) % 53'nün gelirlerin büyük bölümünü (% 70) cari harcamalara ayırdığını, % 51'nin de gelirlerinin yarısından fazlasını personel giderlerine ayırdığını ortaya koymaktadır (Aktaran Oktay, 2016:104). Yine Ankara'da yapılan bir araştırmaya göre özellikle ilk kademe belediyelerinin imar ve planlama alanındaki personel yetersizliği yaşamaktadır (Tekel, 2009:204).

Benzer sorunlara Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da değinilmiş ve bu tür belediyelerin kaynak israfına yol açtığı belirtilerek ıslah edilmeleri gerektiği söylenmiştir. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında da küçük ölçekli belediyelerin kaynak israfına yol açtığı, kaliteli hizmet sunumu etkilediği ve nitelikli personel sıkıntısı çektiği belirtilmiştir. Özetle diyebiliriz ki 6360 sayılı kanun ile yerel anlayışında ve yapısında ortaya çıkan bu değişim devletin küçültülmesi adına atılmış bir adım olarak değerlendirilebilir. Her ne kadar istenilen düzeyde olmasa da il özel idarelerinin kapatılması ve küçük ölçekli belediyelerin köye dönüştürülmesi sonucu özellikle cari giderlerde bir azalma meydana gelmiş ve bazı birimler kapatılarak veya birleştirilerek kurum sayısı bakımından bir küçülme ortaya çıkmıştır. Yani kısaca özetleyecek olursak 6360 sayılı kanun ile hem örgütsel anlamda hem de ekonomik anlamda bir küçülme yaşanmıştır.

1.6.5. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi ve etkileri

Türkiye'de 1920'de meclisin açılmasıyla fiilen başlayan parlamenter sistem 2017 yılındaki referandum (16 Nisan 2017) ile gerçekleştirilen Anayasa değişikliğinin ardından yasal olarak bitmiştir. Anayasa değişikliğinin ardından 1,5 yıl öne çekilerek

24 Haziran 2018 tarihinde yapılan Cumhurbaşkanlığı ve Milletvekili Genel Seçimleri sonucunda Türkiye’de hem yasal hem de fiili olarak Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi (Türk tipi başkanlık) olarak isimlendirilen yeni bir hükümet sistemine geçilmiştir. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi ile önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu yeni sistem ile yasama ve yürütme arasında katı bir ayrılık meydana gelmiştir. Partili cumhurbaşkanı dönemi başlamıştır. Milletvekili seçilme yaşı 18’e indirilmiştir. Seçimlerin tekrardan beş yılda bir yapılması kararlaştırılmıştır. Milletvekili sayısı 550’den 600’e çıkarılmıştır.

Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin Türk Kamu Yönetimi üzerine önemli etkileri olmuştur. Bu sistemde Başbakanlık kaldırılmış ve yürütmenin başı cumhurbaşkanı olmuştur. Bir başka ifadeyle idarenin en üst mercii tek kişiden oluşmuştur (Kartal ve Demirhan, 2017:579). Cumhurbaşkanı seçildikten sonra bir veya daha fazla yardımcı atayabilecektir. Bakanlık sayısı 24’den 16’ya düşürülmüş, bazı bakanlıklar kaldırılmış bazıları ise birleştirilmiştir. 703 no’lu KHK ile Bakanlık ve bağlı kuruluşlardaki müsteşar, müsteşar yardımcılığı ve merkez valiliği kadroları kaldırılmıştır (geçici 32. md). Cumhurbaşkanı TBMM dışından bakan atama yetkisi tanınmış ve Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği kadrosu kaldırılmıştır. Cumhurbaşkanlığı idari teşkilatı; cumhurbaşkanı, idari işler başkanlığı, cumhurbaşkanı yardımcıları, politika kurulları, bağlı kurum ve kuruluşlardan, bakanlıklar ve ofislerden oluşmaktadır.

Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği 6771 sayılı Kanunla gerçekleştirilen Anayasa değişikliği ile kaldırılmıştır. Bunun Yerine İdari İşler Başkanlığı Kurulmuştur. Önceden bir bölümü Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği tarafından yapılan işlere ilave olarak kurulan bu birimin görev ve yetkileri 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile yeni sisteme uygun olarak genişletilmiştir. Bu yeni sistemde öncekinden farklı olarak kamudaki en üst düzeydeki kamu görevlisi olan Başbakanlık Müsteşarı bu özelliğini kaybetmiştir. Çünkü yeni sistemde Başbakanlık diye bir kurum olmadığından yerine kurulan İİB’nın başkanın yüksek devlet memuru statüsüne gelmiştir. İdari İşler Başkanı Cumhurbaşkanıya sorumludur ve Devlet Teşkilatının düzenli ve etkili bir biçimde çalışmasını sağlayacak ilkelerin belirlenmesi, TBMM ve kamu kurum ve kuruluşları ile olan ilişkilerin yürütülmesi ve eşgüdümün sağlanması ile güvenlik ve terörle mücadele gibi konularda görev ve

sorumlulukları vardır. İdari İşler Başkanlığı bünyesinde Hukuk ve Mevzuat Genel Müdürlüğü, Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğü, Güvenlik İşleri Genel Müdürlüğü ile Destek ve Mali Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğünün görevi üst düzey yöneticilerin atanmasına ilişkin süreci yönetmektir (Turan, 2018:62-63).

1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile doğrudan Cumhurbaşkanına bağlı 9 adet politika Kurulu oluşturulmuştur. Her biri en az üç üyeden oluşan bu kurullara atamaları Cumhurbaşkanı yapmakta ve üyelerden birini başkanvekili olarak belirleyebilmektedir. Politika kurullarının esas olarak görevleri, ilgili oldukları konularda politika üretmek ve üretilen bu politikaların uygulama aşamalarını izlemektir ve yönetmektir (Turan, 2018:63:64)

Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları

- Hukuk Politikaları Kurulu
- Kültür ve Sanat Politikaları Kurulu
- Eğitim ve Öğretim Politikaları Kurulu
- Ekonomi Politikaları Kurulu
- Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu
- Sosyal Politikalar Kurulu
- Güvenlik ve Dış Politikalar Kurulu
- Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu
- Yerel Yönetim Politikaları Kurulu

Üst düzey kamu görevlilerinin atanması cumhurbaşkanı tarafından yapılacaktır. Üst düzey kamu personelinin atama usul ve esasları 3 No'lu Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile belirlenmiştir. Yeni sistemde üst düzey yönetici olabilmek için 5 yıl kamuda çalışma şartı getirilmiştir. Eski yapıda yani 24 Haziran öncesi üst düzey yönetici olabilmek için kamuda en az 10 yıl çalışmış olma şartı aranıyordu. Cumhurbaşkanı sadece kamudan değil aynı zamanda özel sektörden de üst düzey yönetici atayabilecektir. Böyle bir yöntemin tercih edilmesi kamu yönetiminde işletmecilik/özel sektör mantığını yerleştirme çabaları olarak yorumlanabilir. Bu şekilde bürokrasinin gücü kırılmak istenmiş ve daha etkili ve kaliteli hizmet sunmaları amaçlanmıştır. Cumhurbaşkanlığı sisteminde üst düzey kamu yöneticilerinin görev süresi Cumhurbaşkanının göre süresi ile sınırlandırılmıştır.

Çalışmamız açısından değerlendirdiğimizde bakanlık sayısının azaltılması bazı kamu kurum ve kuruluşlarının kapatılması veya birleştirilmesi önem arz etmektedir. Çünkü bu uygulamalar örgütsel küçülme adı altında değerlendirilebilir. Merkez valilikleri kaldırılarak mülkiye müfettişi yapılmışlar ve daha işlevsel hale getirilmişlerdir. Bakanlıkların birleştirilmesi sonucu ekonomik anlamda ve örgütsel anlamda bir küçülmenin olduğunu söyleyebiliriz.



İKİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL KÜÇÜLME (DOWNSIZING)

2.1. Örgütsel Küçülme Kavramı ve Kavramın Gelişimi

Değişen küresel ekonomi ve küresel iş yönetimi çerçevesinde hızla ortaya çıkan değişimler pek çok sorun meydana getirmekle birlikte, bu sorunlarla baş edebilmek üzere işletmelerin yeni çözümler bulma arayışına girmelerine de etki etmiştir. Böyle değişken bir iş ortamında, işletmeler çevresel değişimlere ve yeniliklere adapte olabilecek yetenekleri geliştirmeye ve esnek yapılar kazanmaya çalışmaktadırlar. Bu tür esnek yapılar işletmelerin değişikliklere ve farklılıklara uyum yeteneği olarak görülmektedir. Organizasyon yapıları, teknolojileri, insan kaynakları, çalışma şekilleri, kaynak kullanımı, üretim süreçleri ve pazarlama stratejileri söz konusu çevresel değişimlere uyumlaştırma suretiyle işletmelerin daha dinamik bir yapı oluşturmaları sağlanmaktadır (Sayılı vd., 2006:32). Bu dinamik yapılar ile örgütler çevredeki fırsatlardan yararlanmaya, var olan tehditlerden korunmaya, tehditleri fırsatlara çevirmeye çalışmakta ve bu amaçla yapısal ve fonksiyonel bir tür dönüşüme uğramaktadırlar. Böylece, değişimin gerisinde kalmamak, değişime ayak uydurmak ve değişimlere yön vermek amacıyla fırsatlardan yararlanmak ve tehditleri bertaraf etmek üzere yeni yönetim anlayışları ve daha uygun örgüt yapıları oluşturulmaya çalışılmaktadır. Yine bunlara ilave olarak örgütler, yıllar içinde ortaya çıkan ekonomik belirsizlikler, artan rekabet ortamı ve değişen teknolojik koşullar içerisinde varlıklarını sürdürebilmek ve var olabilmek için çeşitli yönetim stratejileri geliştirmek zorunda kalmışlardır. İşte bu noktada, söz konusu örgüt yapılarından biri de örgütsel küçülme olarak karşımıza çıkmaktadır (Öndeş vd, 2011:124).

Günümüzde küçülme sözcüğü; çok az gayret ile iş gücünde azalmaya gitmek ve üstün gayret sarf ederek işletmenin çalışma sistemini ve tüm yapısını yeniden yapılandırmak suretiyle daha iyi hizmet götürmektir (Halley, 1997:23). Örgütsel küçülme kavramını ilk olarak 1980'lerde kullanan kişi Amerikalı yönetim gurusu Stephan Roach'tır. Daha sonra farklı yazarlar tarafından da dile getirilmiş ve kavram yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle Micheal Hammer'ın "Değişim Mühendisliği" isimli kitabı ve orada öne sürmüş olduğu fikirler örgütsel küçülmenin hızla yayılmasına ve büyük bir ün kazanmasına zemin hazırlamıştır (Teece,

1999:241). Tabi burada yukarıda da değindiğimiz gibi Wayne F. Cascio'nun 1993 yılında yazdığı " Downsizing: What do we know? What have we learned?" adlı çalışmasını da unutmamak gerekir.

Örgütsel küçülme (downsizing) nedir? Uzun yıllardan beri yönetim literatüründe var olan ve birçok örgütün başvurduğu bir strateji olan bu kavramın üzerinde tam anlamıyla fikir birliğine varılmış bir tanımı yoktur. Literatürde, örgütsel küçülme kavramından, örgütsel küçülme, stratejik küçülme veya ölçek küçültme şeklinde söz edildiği de görülmektedir. Yine örgütsel küçülme yerine veya onunla birlikte, gerileme (decline), yeniden yapılanma (reorganization), Modernleşme, Yeniden örgütlenme, Bölümlere ayırma (demassing), Vites düşürme/yavaşlama (downshifting), Birleşme/birleştirme (consolidating), Parçalara ayrılma (dismantling), Fonksiyonelleşme, Örgüt yapısının ideal boyuta getirilmesi veya doğru ölçeği bulma (rightsizing), Yenilenme (renewing), Kısaltma (compressing) gibi kavramlar sıklıkla kullanılmıştır. Bu kavramların ortak anlamları olmakla birlikte, her biri farklı ve kendisine has anlamlar da içermektedir.

Literatürde küçülme kavramı; en genel ifadeyle, örgütlerin işgücünü çok kısa zaman aralığında azaltacak şekilde aldığı tedbirler olarak tanımlanmaktadır. Bu çerçevede öncelikle, işten ayrılacak olan çalışanlar tespit edilmekte, sonrasında da belirlenen çalışanlar örgütten ayrıldıktan sonra kalan çalışanlar görev ve iş tanımları kapsamında yeniden düzenlenerek ve gerekli organizasyonlar yapılarak yeniden bir yapılanmaya gidilmektedir (Bali, 2006:2). Konu hakkında yapılan literatür incelemelerinde görüldüğü gibi, "örgütsel küçülme"; örgütlerin basamak azaltma, işlem alanı daraltma ve bazı uygulamalarda dış kaynak kullanımına yönelme şeklinde gerçekleşmektedir. Bu süreç içerisinde, örgütlerin işgücü miktarında, boyutunda, çalışma yöntem ve süreçlerinde bazı değişiklikler ve gelişmeler sağlanmaktadır. Tüm bu uygulamalar ile birlikte küçülme olgusu rekabet edebilirlik elde etme ve müşteri memnuniyeti sağlamak amacıyla uygulanan bir yöntem olarak tanımlanabilmektedir (Zehir vd., 2003:646). Böylece, küçülme; örgütlerde bir iyileştirme yapma, yeniden yapılanma gerçekleştirme, yalınlaştırma, öneri geliştirme gibi çeşitli değişim uygulamalarında olduğu gibi örgütlerde rekabet gücü elde etmek ve çevreye uyumu sağlamak için gerçekleştirilen bir strateji olarak görülmektedir.

Örgütsel küçülme, yeniden yapılanma (reorganization), yönetsel kademelerin azaltılması (delaying), doğru ölçeği bulma (rightsizing) gibi kavramlarla ilişkilidir. En basit tanımıyla küçülme, çalışan sayısı bakımından örgütün küçültülmesi demektir. Yani çalışanların bir kısmının işten çıkarılmasıdır. Örgütsel küçülme bir örgütün belli bir yönetim kademesi tarafından alınan kararlar bütünüdür. Bu kararların amacı örgütün verimliliğini, etkinliğini ve rekabet gücünü arttırmaktır (Cameron, 1994:192; Agwu vd, 2014:1-2).

Cascio'nun (1993:95) yaptığı tanıma göre ise örgütsel küçülme, *“işlerin veya pozisyonların planlı bir şekilde azaltılmasıdır”*. Bu tanıma göre küçülmeye gitmedeki amaç örgütün işgücü sayısını azaltmaktır. Örgütsel küçülme dar anlamda örgütün maliyetlerini daha aşağı çekmek için alınan kararlar bütünüdür. Ancak geniş perspektiften ele aldığımızda ise örgütsel küçülme örgütün yapısını, iş süreçlerini örgüt kültürünü, değerlerini ve misyonunu değiştirmek için uygulamaya konan stratejik değişim modelidir (Gandolfi, 2009:415). Budros da (1999:70) yukarıdaki tanımlara benzer şekilde örgütsel küçülmeyi *“bir örgütün etkinliğini ve/veya verimliliğini arttırmak için bilinçli bir şekilde kalıcı olarak personel sayısını azaltma”* olarak tanımlamaktadır.

Yukarıda saydığımız amaçlarından hareketle örgütsel küçülmeyi bürokrasiyi azaltmak, karar verme sürecini hızlandırmak, iletişimi güçlendirmek, girişimciliği ve yaratıcılığı teşvik etmek, verimliliği ve etkinliği arttırmak için örgütteki işlerin ve pozisyonların azaltılması sürecidir (Seymen ve Özdemir, 2002:249). Bedük (2005:161) yukarıda yapılan tanımlara benzer şekilde örgütsel küçülmeyi *“örgüt yönetiminin işlerin bir bölümünü üzerine alarak örgütsel etkinliği geliştirmeyi planlayarak, üretim ve rekabet yeteneğini geliştirmek için örgütün işgücü boyutunu ve çalışma yöntemini değiştirme stratejisi”* olarak tanımlamaktadır. Küçülme şirketlerin verimliliğini, hisse değeri oranlarını ve böylece şirketin değerini arttırabilen bir yönetim stratejisidir (Makawatsakui ve Kleiner, 2003:52). Beylerian ve Kleiner (2003:97) örgütsel küçülmeyi *“örgütlerin çevrelerinde meydana gelen değişimlere verdikleri cevap”* olarak tanımlamaktadır.

Küçülme, örgüt yapısı ile birlikte işletme süreçlerinin de analiz edilerek temel yeteneğin dışında olan işlevleri gerçekleştiren birimlerin ayrılması, tasfiye edilmesi ve tüm süreçlerin değerlendirilerek yeniden şekillendirilmesidir (Gümüştekin, 2004:245). Dinçer (2004:225)' e göre küçülme, yalnızca örgütün yapısında olarak görmemek gereklidir. Küçülme aynı zamanda işletmenin bir bütün halinde yaptığı tüm faaliyetlerinin gözden geçirilmesi ve neticesinde onun temel yetenekleri haricindeki faaliyetlerinin durdurulup, bu faaliyetleri gerçekleştiren bölümlerin kapatılmasıdır. Bu şekilde küçülme ile örgütün etkinliği ve verimliliği artacaktır. Bunlardan hareketle küçülmenin sistematik, amaçlı ve programlı birer yönetim uygulaması olduğunu söyleyebiliriz.

Örgütsel küçülmeyi yalnızca tehditlerden dolayı uygulanan bir yöntem olarak düşünmemek gerekir. Çünkü küçülme, aynı zamanda fırsatları kovalamanın da bir methodudur. Bazı kaynaklarda örgütsel küçülme yeniden yapılanma kavramı ile birlikte ele alınmaktadır. Genel olarak yeniden yapılanma, bir örgütün düşünme ve iş yapma biçimlerini köklü bir biçimde değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım daha da genişletilecek olursa, sözü edilen değişim, iş süreçlerinin, örgütsel yapının, yönetim tarzı ve yaklaşımının, ücretlendirme ve ödüllendirme yöntemlerinin ve örgüt sahipleri, müşteriler, tedarikçiler ve diğer dış çevre faktörleri ile olan ilişkilerin farklı ve yeni bir anlayış ile değerlendirilmesini ifade etmektedir (Seymen, 2000:4).

Tüm bu açıklamalara dayanarak, örgütsel küçülme; örgütlerde kademe azaltma, faaliyet alanını küçültme ve bazı operasyonel uygulamalarda taşeron kullanma şeklinde gerçekleşen örgütün çalışan sayısı miktarında, birimlerin sayısında ve örgütün çalışma süreçlerinde değişikliğin ve gelişmenin yaşanmasını kapsayan sistematik bir strateji olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, küçülme, dış kaynaklardan yararlanma, kademe azaltımı ve takım yönetimi oluşturma, şebeke örgütler oluşturma gibi diğer yönetim şekilleri ile bir arada ele alınmalıdır. Öyle ki, örgütsel küçülme tüm bu yönetim uygulamaları ile birlikte örgütsel süreçlerin iyileştirilmesi, verimliliğin artırılması ve müşteri memnuniyetinin sağlanması suretiyle rekabet gücü oluşturmak ve yüksek performansı sağlayarak örgütsel verimliliği istenen seviyeye getirmek çabası olarak nitelendirilmektedir.

Türkumut'un (2010:6) ifade ettiği gibi örgütsel küçülme; *“stratejik bir uygulama olarak rekabet gücünün arttırılabilmesi ve kaynakların daha etkin kullanımının sağlanabilmesi amacıyla, verimliliği olumsuz etkileyen fiziksel, insan kaynakları ve örgütsel sistemlerde azaltmaya gidilmesidir”*. Böylelikle, örgütler, küçülmeyle birlikte, bürokrasiyi azaltabilmekte, yüksek hiyerarşik yapı yerine daha az kademenin bulunduğu daha esnek örgüt yapılarını oluşturabilmekte, daha hızlı karar vermeyi ve etkin bir iletişim mekanizması oluşturmayı sağlayabilmekte, çalışanların gelişimini ve girişimciliği özendirilmekte ve verimliliği arttırabilmektedirler. Ancak örgüt küçülme konusunda iyimser olmayan görüşler de vardır. Craig Litter, örgütsel küçülmenin uzun ve kısa vadeli etkileri üzerine çalışan bir profesör, örgütsel küçülmeyi bir örgütün kendi kendini imha etmesi olarak tanımlıyor. Ona göre bir örgütü küçülme stratejisini uygulayarak daha etkin ve verimli hale getirmeye çalışmak, bir kanser hastasını sigara ile tedavi etmektir (Carswell,2002:3).

Yukarıda verilen değişik tanımlardan hareketle örgütsel küçülme, *“bir örgütün yönetim kademesi tarafından alınan ve sadece kriz dönemlerinde değil aynı zamanda çevredeki fırsatları değerlendirmek, rekabet gücünü, verimliliğini arttırarak daha fazla kar elde etmek için hem çalışan sayısına azaltıma hem de örgüt yapısında değişime gitmek”* olarak tanımlayabiliriz. Ancak örgütsel küçülme sadece çalışan sayısının azaltılması değildir. Küçülme örgütte köklü değişiklikler meydana getiren yeniden yapılanmayı, yalınlaşmayı, esnekliği ve daha iyi iletişimi amaçlayan modern bir yönetim stratejisidir. En çok kullanılan veya ilk akla gelen tanımı “işçi çıkarma” olsa da bunun daha ötesinde bir süreçtir. Biz de çalışmamızda örgütsel küçülmeden bahsederken sadece çalışan sayısının azaltılması ve maliyetlerin düşürülmesinden bahsetmeyeceğiz. Çalışma konumuz “genelde kamu yönetiminde örgütsel küçülme, özelde ise kamu sağlık örgütlerindeki küçülme” olması hasabiyle kamuda meydana gelen örgütsel değişimden bahsedeceğiz.

Kamu normalde hemen hemen bütün ülkelerde büyüme/genişleme eğilimindedir. Her ne kadar küçültülmesi yönünde reformlar yapılsa da, gerekli mevzuat çıkarılsa da bir türlü istenilen sonuçlara ulaşılamamıştır. Bu durum bizim ülkemiz açısından da aynıdır. Yıllardır kamunun küçültülmesi, giderlerin kısılması ile ilgili girişimler yapılmaktadır. Dolayısıyla kamuda küçülmeden bahsederken işgücü sayısı ve maliyetlerin kısılması oldukça zordur. Biz örgütsel küçülmenin diğer boyutları

üzerinden –yeniden yapılanma, dış kaynak kullanımı, bürokrasinin azaltılması gibi- sağlıkta küçülme olgusunu irdelemeye çalışacağız.

Örgütlerin küçülme yöntemine başvurarak, maliyetlerini düşürmek ve rakipleri karşısında konumunu ve pazardaki payını koruyarak ve daha çok üretken olmayı hedeflemektedirler. Bu süreçte de küçülme olağan bir durum olarak kabul edilmektedir. Örgütler küçülme uygulayarak, amaçlarına daha az maliyetlerle ulaşabilmekte ve yapılarındaki hiyerarşiyi azaltarak daha hızlı kararlar verebilmektedir.

İlgili literatürde, örgütsel küçülme trendinin daha çok 1970’lerin sonlarında başladığı belirtilmektedir. Özellikle Amerikan şirketleri arasında küçülme uygulaması çok fazla görülmüştür (Mishra vd., 1998:83). 1970’li yıllarda Sears, General Dynamics, General Motors, Citicorp, Digital Equipment, Unisy, United Technologies ve Aetna Life & Casualty gibi büyük şirketlerin de küçülme uygulamalarını gerçekleştirmiş olduğu gözlenmiştir (Yıldırım ve Yavan, 1998:182). Ancak unutulmamalıdır ki örgütsel küçülme sadece ABD’de- özellikle Kuzey Amerika- uygulanan bir yöntem değildir; ilgi uyandırması ve çıkış noktası ABD’dir. Wayne F. Cascio’nun 1993 yılında yazdığı “ Downsizing: What do we know? What have we learned?” adlı makaleden sonra akademik çevreler konuya daha fazla ilgi göstermeye başlamışlardır (Gandolfi, 2009:414). Fakat ABD dışında Latin Amerika ülkeleri, Doğu Avrupa ülkeleri ve Rusya gibi devlet kontrollü ekonomilerden serbest piyasa ekonomisine geçen/geçmeye çalışan birçok ülkede uygulanmış ve üzerine akademik çalışmalar yapılmıştır. Bu ülkelerde uygulanan özelleştirme politikaları örgütlerin ve kamunun küçülmeye gitmesine zemin hazırlamıştır. Ayrıca, Japonya, İsveç gibi gelişmiş ve istikrarlı istihdam politikaları uygulayan ülkelerde bile örgütsel küçülme uygulamalarına gidilmiştir. Yukarıda bahsettiğimiz ülkelerin yanında günümüz Dünyasının en önemli üretim merkezlerinden biri haline gelen Çin de küçülme uygulamalarından etkilenmiştir. 2003 yılında 25 milyondan fazla çalışan devlet işletmelerinin dönüşümü ve özelleştirilmesi sonucu işini kaybetmiştir (Gandolfi, 2009:416).

1970'li yılların ortalarında ortaya çıkan çevresel koşullar ve artan rekabet karşısında, kurumlar rekabet edebilme becerilerini arttırabilmek ve ayakta kalabilmek için yeni yönetim çözümleri bulmaya çalışmışlardır. Bu çözümler arasında daha çok büyüme stratejisini uygulamaya başladıkları gözlenmiştir. Değişen çevre şartları içerisinde, örgütler daha fazla rekabet avantajı elde edebilmek için kaynaklarını ve yönetim süreçleri daha çok büyütme, satışlarını arttırmaya ve pazar payını yükselmeye odaklı politikalar izlemişlerdir. Bu dönemde özellikle büyük ölçekli kurumlar daha hiyerarşik ve bürokratik/formel bir yapıya bürünmeye başlamışlar ve bu durum ise örgütlerin esnekliğini kaybetmesine ağır ve fazla yönetim basamaklarından oluşan bir yapıya sahip olmasına yol açmıştır. Tüm bu oluşumlar ise, özellikle 1980'li yıllarda başlayan hızlı küreselleşme ile uluslararası rekabette yeterince esneklik sağlayamamalarına, rekabet edebilecek bir yapıda olamamalarına ve değişen pazar beklentilerine yeterince hızlı ve doğru yanıt verememelerine neden olmuştur. Böylece, pazara yeterli yanıtın verilemesi, pazar beklentilerinin yeterli esneklikte karşılanamaması, en önemlisi de, küreselleşmenin gerektirdiği yalınlıktan uzak bir şekilde yüksek hiyerarşik basamaklardan oluşan bir yapıya sahip olunması sebebiyle rekabet güçleri azalan çok sayıda kurum yeniden yapılanmaya gitmeye karar vermiştir (Tüz, 2001:10). Böylece uygulanan yeniden yapılanma ile daha az sayıda basamaktan oluşan, hantallıktan uzak ve daha esnek bir yapıya kavuşulacağı beklentisiyle kurumlarda küçülmeler meydana gelmeye başlanmıştır.

1980'lerin ortalarına kadar küçülme örgütsel verimliliği iyileştirme rotası olarak tercih edilmiştir. Örgütsel başarı ve değişim arasındaki ilişki üzerinde duran temel varsayımlardaki değişimler, yeni düşüncelerin ortaya çıkmasına ve 1980'lerin sonlarında küçülme kavramının popüler olmasına yardım etmiştir (Özyılmaz ve Ölçer, 2008:429). Bu noktada, 1980'lerdeki ekonomik durgunluğun baskısı ile hükümet ve işletmelerin işgücünde indirime gitmesi ile başlamış olduğu göze çarpmaktadır. Bu durumda, küçülme bir nevi yeniden yapılanma olarak algılanabilmektedir. Küçülme veya işgücü indirimi çalışan sayısında azaltmaya giderek işletmenin yapısını daraltmak, sıkılaşma stratejisidir.

Örgütlerin büyümesi ve küçülmesi durumu yönetim ve organizasyon literatüründe önemli yer alan konulardan birisi olmuştur. Eski anlayışta büyüme, örgütsel yaşam için çok doğal kabul edilen bir konudur. Ancak, küçülme, örgütlerin tehlikeler ve

krizler karşısında kendini savunmak ve ayakta kalabilmek amacıyla uyguladığı bir yöntem olarak görülmüştür. Buna dayanarak, örgütsel büyüme bir örgüt için sağlık göstergesi iken, küçülme verimsiz veya “hasta” olarak nitelendirilebilen bir örgütün iyileşmesi amacıyla uygulanan bir önlem olarak görülmüştür (Koçel, 2007:428). 70’li yıllardaki rekabet ve örgütlenme alanında yaşanan sorunlara, yönetim uzmanlarınca ortaya konulan tek ve küresel çözüm büyüme, daha fazla büyüme olmuştur. Bu dönemde şirketlerin büyümelerinde ve faaliyet alanlarını genişletmelerinde talep artışları bunun sonucunda şirketlerin pastadan daha fazla pay alma istekleri etkili olmuştur. Bu dönemde özellikle XEROX, IBM, GM, gibi büyük ölçekli birçok Amerikan şirketi çok kademeli hiyerarşik ve bürokratik bir yapıya bürünmüşlerdir. Bundan 20-25 yıl önceki yönetim kültürü anlayışına aşağıda kısaca değineceğimiz dört konu hakimdi ve bunlar üzerinde tartışmak neredeyse imkansızdı (Cameron, 1994:189):

a. Büyük örgütler daha iyi örgütlerdir: Bu görüşle anlatılmak istenen şey, örgütler ne kadar büyürlerse o kadar güçlü olacaktır. Bu dönemde başarı elde edilen gelirin bir önceki yıla oranla daha fazla olması yani artması, sahip olunan işgücünün daha fazla olması ve pazarda daha büyük hatta en büyük payı almaktır.

b. Sonsuz büyüme örgütsel büyümede doğal ve istenen bir süreçtir: Büyüme dışındaki her model hem örgütün normlarından bir sapma hem de bir zayıflık göstergesi olarak algılanırdı. Eğer bir kurum veya birim gelişmez ve büyümmez ise durağan ve verimsiz olarak kabul edilirdi. Örgütlerin durağanlığı ve büyüememeleri Örgütsel Yaşam Döngüsü anlayışına tersti ve kabul edilemezdi.

c. Süreklilik ve ahenk etkili örgütlerin ayırt edici özelliklerdir: Stratejiyi, örgüt yapısını, sistemleri, stilleri ve yetenekleri bir araya getirmek etkili bir örgütün ön koşuludur. Örgüt içi uyum, ahenk, ve süreklilik yönetimin olmazsa olmazları olarak kabul edilmektedir.

d. Örgütsel uyum ve esneklik kaynak bolluğu/fazlalık ile ilişkilendirilir: Organizasyonların çevik, esnek ve uyumlu olabilmeleri için bağımsız olmaları ve kaynak bolluğuna sahip olmaları gerekir. Kaynakların, işgücünün ve tamponların fazlalığı örgütleri tehlikelere veya fırsatlara hızlı cevap vermelerine ve beklenmedik tehlikeleri engellemelerine yardım eder.

Daha sonları ise yukarıda bahsettiğimiz görüşlerin doğruluğu sorgulanmaya başlanmıştır. Ortaya çıkan rekabetçi, sosyal, ekonomik ve siyasi çevre ve şartlar bu görüşlerin yerine yeni fikirlerin ortaya atılmasına zemin hazırlamıştır. Burada hemen belirtelim ki bu görüşler eskinin reddi veya ondan çok farklı değil, sadece onları tamamlayıcı/destekleyici niteliktedir. Bu yeni görüşler kısaca şunlardır (Cameron, 1994:189-190; Atwood vd, 1998:47-48):

- Büyük olduğu kadar küçük örgütler de iyi örgütler olabilir.
- Örgütsel küçülme ve gerileme, büyüme kadar doğal bir süreçtir.
- Sıkı işbirliği ve gereğinden fazla işçi çalıştırmamak da örgütsel uyum ve esneklik açısından iyi olabilir.
- Çatışma ve uyumsuzluk, uyum ve ahenk gibi örgütsel etkinliğin bir göstergesidir.

Gerçekten de bir örgütte uyum ve ahenk olabileceği gibi bazen çatışma uyumsuzluk olabilir. Eğer iyi yönetilirse bu çatışma ve uyumsuzluk örgüt için bir artı bile olabilir. Neo-Klasik Yönetim hareketinin önemli isimlerinden biri olan Mary Parker FOLLET (1868-1923) da örgütte var olan kavga ve sürtüşmelerin iyi olmadığına inanır. Fakat bunların örgüt açısından faydalı olabileceğini de söyler. Follet'a göre çatışma, kavga değişik düşünce ve çıkarların ya da farklılıkların meydana çıkmasıdır. Follet kavga/çatışma terimini Farklılık olarak kullanmakta ve farklılıklardan kaçınamayacağımıza göre onları örgüt lehine kullanmanın daha yararlı olacağını belirtmiştir (Öztürk, 2014:54-55).Bu anlayış bir nevi kazan kazan mantığının da temelidir.

Örgütsel küçülmeyi savunan ve büyük olanın iddia edildiğinin aksine iyi bir şey olmadığını savunan yazarlardan biri de E.F. Schumacher'dir. 1973 yılında yayınlamış olduğu "Small is Beautiful (Küçük Güzeldir)" adlı çalışmasında küçülmenin ne gibi artları olduğunun altını çizmiştir. Yazar aslında hiç kimsenin büyük örgütleri sevmediğini çünkü hiç kimsenin bir üstünden emir alan bir üstten, emir alan bir üstten ..emir almayı sevmediğini belirtir. Yazar büyük örgütlerin bürokratik yapılar olduğunu ve kuralların ne kadar insancıl olursa olsun insanların bu kuralların boyunduruğu altında yaşamak istemediğini belirtir. Büyük örgütler

kalıcıdır ancak burada önemli olan şey büyük örgütün içinde küçüklüğü yakalayabilmektir. Schumacher'e göre büyük ve küçük örgütte belirli bir açıklık ve düzenlilik olmalıdır. Düzenlilik durağan bir kavramdır. Bunun için yaratıcı fikirleri engellememesi gerekmektedir. İşte örgütsel büyüklük tam burada karşımıza sorun olarak çıkmaktadır. Çünkü büyük örgütler düzenliliğe eğilimlidir ve bu durum ne yazık ki yaratıcı özgürlüğün önünde bir engeldir. Örgütler büyüdükçe düzen ihtiyacı kaçınılmaz bir hal alır. Örgütler bu gereksinimi karşılarken kişilerin yaratıcılıklarına engel olurlar. Bunun sonucunda da örgüt dinamizmini kaybeder ve cansızlaşır (Schumacher, 1989:180-181).

Schumacher eseri yazdığı dönemde teknolojik gelişmelere paralel olarak örgütlerin de zorunlu olarak büyüme eğilimine girdiklerini ancak bununla birlikte küçük örgütlerin/birimlerin de sayısının artmakta olduğunu belirtmiştir. Bu küçük birimlerin çoğunun gayet iş yaptıklarını topluma yararlı olduklarını belirtmiştir. Söylenenin aksine büyük örgütlerin çok da iyi bir şey olmadığını altını özellikle çizer. Büyük örgütler yakından incelendiğinde açıkça görülmektedir ki örgütlerin büyüdükçe küçülmeye yönelik çabaları vardır. Buna örnek olarak General Motors'da ve İngiliz Ulusal Kömür Şirketi'nde yaşanan dönüşüm süreçlerini göstermiştir. General Motors'da, Sloan bu devasa şirketi daha küçük birimlere bölerek şirketi adeta bir federasyona dönüştürmüştür. Yine aynı şekilde İngiliz Ulusal Kömür Kurulu'nda Lord Robens'in başkanlığında şirketin büyüklüğü muhafaza edilerek çok sayıda yarı şirketlerden oluşan bir yapı oluşturulmuştur. Schumacher küçük ölçekli örgütlerin daha esnek yapılar olduğunu belirterek yönetilmelerinin kolay, daha insancıl ve rahat olduklarının altını çizmiştir (Schumacher, 1989:46-47).

Yazar büyüklüğün yarattığı sorunlara ülkeler üzerinden de örneklere çalışmıştır. Ona göre kentler aşırı büyümemeli nüfusları 500 bin civarında olmalıdır. Kentlerin aşırı büyümeleri, kalabalık bir almaları kente bir artı değer katmadığı gibi büyük sorunlar da ortaya çıkarmaktadır. Tarihte en güzel olarak kabul edilen kentler bugünün ölçülerine göre daha küçük kentlerdir. Schumacher büyük olanın genelde sorunlar ürettiğini Peru üzerinden de göstermeye çalışmıştır. Peru'nun başkenti Lima'nın 1920'lerde küçük bir kent olduğunu ve 175.000 kişilik bir nüfusa sahip olduğunu belirtmiştir. Fakat bu şehrin nüfusu gelen göçlerle birlikte zamanla büyümüş ve 3 milyona dayanmıştır. Bu nüfus artışı birçok sorunu da beraberinde

getirmiştir (Schumacher, 1989:48-51). Schumacher özetle büyük olanın genelde sorun yarattığını, yönetilmesinin ve kontrol edilmesinin zor olduğu bu yüzden küçülmenin bu sorunlar için bir çözüm olabileceğini belirtmiştir. Kısacası yazara göre "Küçük Güzeldir".

Stratejik yönetim literatürüne 1970'lerde giren örgütsel küçülme kavramı 1990'lardan sonra örgütlerin başvurdukları ve bunun sonucunda yüzlerce örgütü ve milyonlarca çalışanı etkileyen bir strateji haline gelmiştir. Örgütsel küçülme üzerine yapılan akademik çalışmalar genelde Kuzey Amerikan otomobil endüstrisine dayanmaktadır. Hatırı sayılır sayıdaki örgüt ile alakalı terim otomobil sanayinden yönetim ve örgüt literatürüne girmiştir. 1970'lerde bir Amerikan aile arabası ortalama 2 ton ağırlığında 17 feet uzunluğunda ve V8 motorlara sahipti. O dönemdeki hakim anlayışa göre büyük güzel, daha büyük olan ise daha güzeldi. 1973'teki petrol krizi aileleri daha ekonomik ve performansı daha düşük araçlar kullanmaya yöneltti. İşte bu türden araçların üretilmeye başlanması küçülme (downsizing) olarak adlandırılmaya başlandı (Gandolfi, 2009:415). Cameron ve Mishra ve Mishra'ya göre küçülme kavramının otomobil endüstrisinde ortaya çıkmasının birçok nedeni vardır. Özellikle dinamik ve rekabetçi ortamı, küçülme uygulamalarındaki büyüklüğü ve Kuzey Amerikan ekonomisindeki payı -ABD GSYH'nin % 40'nı oluşturur- bu nedenlerden bazılarıdır (Appelbaum vd, 1999:535). Örgüt ve işgücü ile ilişkilendirilmeye başlanması ise 1980'deki resesyonda hem kamunun hem de özel sektörün çalışan sayısında azaltıma (işten çıkarma-lay off) gitmeye başlamaları ile olmuştur. Örgütsel küçülmenin, örgütsel ve stratejik nedenler, çevresel nedenler, finansal nedenler ve teknolojiye meydana gelen ilerlemeler olmak üzere dört ana başlık altında değerlendirebileceğimiz nedenleri vardır.

Örgütsel ve stratejik nedenlere, örgütlerdeki yönetimsel kademelerinsayısını azaltarak karar verme sürecini hızlandırmak, bürokrasiyi azaltmak, temel yeteneğe dönmek, haberleşme ortamını daha etkin hale getirmek ve iyileştirmek ve çalışanları güçlendirmek gibi nedenler örnek gösterilebilir (Hitt vd., 1994:24). Son otuz yıldan beri örgütsel küçülme trendi ile paralellik gösteren ve bu olgu ile yakından ilişkili başka bir unsur ise şirket birleşmeleri ve satın almalarıdır. Rust (1999) birleşme ve satın almaları izleyen yıl içinde işletmelerin birçoğunun küçüldüğünü belirtmektedir.

Küçülmenin çevresel faktörlerine bakıldığında, işletmelerin diğer işletmeleri izleme güdüleri ile küresel anlamdaki rekabete daha kolay bir şekilde uyum gösterme çabaları göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, Hannan ve Freeman tarafından geliştirilen “Yapısal Eylemsizlik Teorisi” ile örgütsel küçülme arasında bir ilişkinin varlığı söz konusudur. Bu ilişki uyarınca çevresel anlamdaki değişim, örgütsel değişim ihtimalini güçlendirmelidir (Kelly ve Amburgey, 1991). Lee (1997), rekabet halinde olan firmalar içerisinde birkaçı maliyetleri düşürmek adına küçülmeye gidiyorsa, diğerlerinin de onları takip ederek küçülmeye gideceğini ifade eder. Budros’a (2000:28) göre ise uygulamaların daha yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmasının küçülme faaliyeti için bir temel dayanak olacak ve daha fazla işletme tarafından benimsenecektir. Yöneticiler ise diğer işletmeleri taklit ederek modern çaptaki uygulamaları takip ettikleri algısını yaratmak istemekte ve bununla birlikte bu çabaları yatırımcılara sempatik gelecek hisse senedi fiyatlarını arttıracığını düşünmektedir (Allan, 1997:578).

Finansal sebeplere baktığımızda tasarruf yapmak ana nedenlerin başında gelmektedir. Diğer yandan işletmenin verimliliğini ve karlılık oranını arttırmak, piyasa değerini yükseltmek, rekabet gücünü arttırmak diğer finansal faktörlerdendir (Guild, 2002:883). Gelişen teknoloji ile birlikte işgücüne gereksinim azalmış ve atıl kapasite meydana gelmiştir. Bundan dolayı birçok işletmede teknolojik anlamda yaşanan ilerlemeler küçülmeye sebep oluşturmuştur (Pinsonneault ve Kraemer, 1997:659).

1990’lı yıllara bakıldığında örgütsel küçülme nedenlerinin geçmiş dönemdekilerden farklılık gösterdiği görülmektedir. Örgütsel küçülme ilk olarak 70’li yıllarda uygulanmaya başlanmıştır. Bu yıllarda genellikle bir küçülme yöntemi olarak çalışanlar işten çıkarılmakta ve bu şekilde maliyetlerinin azaltılacağı düşünülmekteydi. Özellikle bu dönemde dünyada yaşanan krizlerden dolayı meydana gelen durgunluk ve ürün taleplerindeki gerileme gibi sebepler küçülmenin dayanağı olurken, 1990’lı yıllardaki küçülmeye dair uygulamalar ise proaktif bir görünümde olmuştur. 1990’lardaki küçülmelerin nedenleri ise; işletmelerin rekabetçi güçlerini ve verimliliklerini arttırmak, hisse senetlerinin fiyatını yükseltmek istemeleri gibi nedenlere dayanmaktadır (Koeber, 2002). Bu yıllarda hemen hemen dünyanın her köşesinde birçok kurum (özel-resmi) küçülme uygulamalarına gitmeye başlamıştır.

ABD Çalışma Bakanlığının istatistiklerine göre 1981-1986 yılları arasında yaklaşık 11 milyon çalışan şirket birleşmeleri, satın alımları ve/veya iş yerlerinin kapanması sonucu işinden olmuştur (Ryan ve Macky, 1998:29). Aynı şekilde 1987-1991 yılları arasında 5,6 milyon kişi kalıcı olarak işini kaybetmiştir. Dahl ve Esheim'in (1998) belirttiği üzere ABD'de 1989 yılından sonra her yıl yaklaşık 3 milyon civarında pozisyon boşalmış ve 1979 yılından itibaren ise 43 milyon civarında insan örgütsel küçülme uygulamaları sebebiyle işsiz kalmıştır. Dünya genelinde yayınlanan çalışmalara bakıldığında aynı resmi farklı bölgelerde de görmek mümkündür. Örneğin, Avustralya ve Yeni Zelanda'da 1997 yılında Litter ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre 1993-1995 yılları arasında Avustralya'da şirketlerin % 57'si ve Yeni Zelanda'daki şirketlerin % 48'i küçülmeye gitmiştir. Örgütsel küçülmeyi bir strateji olarak benimsemiş ve uygulamış olan Yeni Zelanda şirketlerinin % 34'ü 3 veya daha fazla, % 63'ü ise en az iki kez küçülme yoluna gitmişlerdir (Ryan ve Macky, 1998:29).

Örgütsel küçülme yaygın olarak kullanılan ve kabul gören tanımı nedeniyle bazen örgütsel gerileme (organizational decline) kavramı karıştırılmakta ve birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ancak küçülme ve gerileme kavramları birbirinden hem kavramsal hem de ampirik olarak ayrılmaktadır. Örgütsel küçülmenin kendine has özellikleri onu gerilemeden ve diğer kavramlardan ayırt etmeye yarar.

İlk olarak, örgütsel küçülme örgütlerin başına gelen bir şey değildir, aynı zamanda örgütlerin bilerek ve planlı bir şekilde uyguladıkları bir şeydir. Bu da örgütsel küçülmeyi gerilemeden ayırt eden bir özelliktir. Çünkü gerileme sahip olunan kaynakların örgütün isteği dışında kaybedilmesidir (Freeeman ve Cameron, 1993:12). İkinci olarak yukarıda da belirttiğimiz gibi örgütsel küçülme işgücünün azaltılması anlamında kullanılmaktadır fakat sadece çalışan sayısının azaltılması ile sınırlı değildir. Çalışanların transferi, emekliye sevk edilmeleri, yeniden yerleştirme (outplacement), yıpratma (attrition), içten çıkarma (lay off), satın alma paketleri ve personel azaltma stratejileri de küçülme ile ilişkilendirilmektedir.

Örgütsel küçülmenin bir diğer özelliği ise örgütlerin verimliliği üzerine odaklanmasıdır. Örgütsel küçülme hem reaktif hem de proaktif özellik gösterebilmektedir. Eğer örgütün gerilemesine yönelik savunmacı bir tavırla

uygulanırsa reaktif (tepkili-savunmacı), verimliliğin ve rekabetin artırılması amacıyla uygulanırsa proaktiftir. Ne şekilde uygulanırsa uygulansın amaç örgütün gelişmesi, rekabet gücünü artırması içindir. Son olarak örgütsel küçülme, isteyerek veya istemeyerek iş süreçlerini etkilemektedir. Örneğin, çalışan sayısı sınırlandırılmak istendiğinde aynı işi yapmak için daha az sayıda çalışan bırakılır ve bu da işin yapılışını ve türünü etkiler. İş yerinde çatışma, tükenmişlik, fazla iş yükü, verimsizlik ve moral ve motivasyon düşüklüğü gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu negatif etkilerinin yanında küçülmenin örgütlerde verimliliğin artması ve işlerin daha hızlı yapılması gibi olumlu etkileri de olabilir. Yine Cameron'un (1994:192-193) belirttiği gibi örgütsel gerilemeden farklı olarak başarısızlık ve/veya verimsizlik örgütsel küçülmenin ön şartı değildir. Örgütler karlılığını, verimliliğini ve/veya rekabet gücünü arttırmak istediği durumlarda da küçülmeye gitmektedirler.

Küçülmeden farklı olarak örgütsel gerileme (organizational decline), kaynakların, genellikle gelirlerin ve pazar payının, istemdişı kaybıdır. Örgütsel gerileme örgütleri bazı alanlarda işlevselleştiren 12 etkiye sahiptir. Bundan dolayı da Cameron, Kim ve Whetten tarafından "Kirli Düzine" olarak adlandırılır. Bu etkiler: Moral, güven, iletişim ve inovasyon seviyelerinde düşüklük ve çatışma, suçlu başkasına yükleme, kötü muamele ve tutuculuk seviyelerinde artıştır (Cameron vd, 1991:58).

Zaman içinde örgütsel küçülmenin anlamı ve amacı değişmiştir. Kavram 1960 yıllarda daha çok örgütlerin ekonomik durumları ile ilgili olmuş ve örgütlerin kriz durumlarında başvurdukları bir strateji olmuştur. Bu strateji daha çok reaktiftir ve cutback (azaltma) olarak adlandırılır. Bu özelliğini 80'li yıllara kadar devam ettirmiştir. 1990 yıllardan itibaren ise küçülme stratejisi proaktif bir özelliğe bürünmüş (Ryan ve Macky, 1998) ve asıl amacı sadece personel sayısında azalmadan ziyade örgüt yapısında köklü değişiklikler meydana getirme ve rekabet gücünü arttırma olmuştur (Litter vd, 1997:65-79; Dolan vd, 2000:34-46).

Bir diğer değişim ise örgütsel küçülmenin amacında meydana gelmiştir. 1960'lı ve 1970'li yıllarda daha çok saat başı çalışan vasıfız mavi yakalı işçiler, lise mezunları, zorunlu eğitimini bitirmemiş işçiler ile daha düşük seviyedeki beyaz yakalılar işten çıkarılırken; 1990'lardan itibaren yaşlı çalışanlar, beyaz yakalılar, üniversite

mezunları, profesyoneller ve orta kademe yöneticiler küçülme uygulamalarının hedefi haline gelmişlerdir (Beaumont ve Haris, 2002:378; Hitt vd, 1994:18).

2.2. Örgütlerde Küçülmenin Amacı

Küçülme uygulamaları, işletmenin iş süreçlerini, kademe veya personel sayısını sistemli bir şekilde azaltma olarak tanımlanabilmektedir. Küçülme uygulamalarının faydalı olduğunu savunan araştırmacı ve uygulamacılar, küçülmenin örgütün başarısına katkıda bulunduğunu ve örgütü başarı odaklı bir kuruma çevirdiğini düşünmektedirler (Cameron, 1994). Ancak, en temelde etkili olan faktörler arasında küreselleşme ve onun sonucunda doğan rekabet ortamı, ekonomik, yönetsel, finansal, teknik etkenlerin örgütlerin küçülmesinde etkin rol oynamakta olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve Tengilimoğlu, 2006:36). Cascio (1993:97) değişik sebeplerle küçülmeye giden örgütlerin temel amaçları arasında aşağıdaki faktörleri sıralamıştır:

1. Maliyetleri düşürmek,
2. İletişimi kolaylaştırmak,
3. Bürokrasiyi azaltmak,
4. Karar sürecini hızlandırmak,
5. Verimliliği artırmak.

Örgütlerin küçülmesinde çeşitli nedenler bulunmaktadır. Bunlar iç ve dış faktörlerdir. Rekabetin yükselmesi, yaşanan durgunluk, karlılık oranının düşmesi ve gelirin azalması, tüketicilerde oluşan memnuniyetsizlik, çevreye uyumda yaşanan sıkıntılar, yasaların varlığı vb. gibi faktörler dış faktörlere örnektir. Örgütün yaşı ve göstermiş olduğu başarı, sahip olduğu büyüklük, ileri seviyede teknolojiyi sağlama oranı, stratejisindeki değişim, yeniliklere ve girişimciliğe açık olmasında göstermiş olduğu isteklilik ve düşük verimlilik gibi faktörler iç faktörlere örnek olarak sayılabilmektedir (Büte, 2005:11-13).

Bu amaçları gerçekleştirmek için örgütler planlı ve sistemli yapılmakta olan işleri, bu işleri yapan işgörenlerin sayısını, örgütteki mevki ve hiyerarşik kademeleri azaltmaktadır. Bu noktada, örgütsel küçülmeye bağlı olarak örgütlerin çoğu zaman “küçülerek büyümekte” oldukları ifade edilmiştir. Öyle ki, örgütün kendi bünyesindeki faaliyetler azaltılmakta, fakat dış hizmet alımı (outsourcing) arttırılmak

suretiyle eskisinden daha fazla iş yapılarak mali durumu iyileştirilmektedir (Koçel, 2007:311-312). Öte yandan 1980'lere kadar takip edilen büyüme stratejileri ile şirket birleşmeleri de küçülmeyi gerekli kılan faktörlerden bir diğeridir.

Küçülmeyi başka nedenlere bağlayan kaynaklar da mevcuttur. Örneğin McKinley vd. (1995:35-37) küçülmelerin toplumsal etkilerle yapıldığını ve özellikle “zorlayıcı (constraining)” “benzeşme (cloning)” ve “öğrenme (learning)” etkileri ile gerçekleştiğini öne sürmektedirler. Bunlardan “zorlayıcı etkiler” ile kastedilen yöneticiler üzerindeki baskılardır. Bu baskılar yönetim bilimi faaliyetlerinde arasında “meşruiyet” kazanmış olanlarının doğru olduğu ve bunların yapılması gerektiği baskısıdır. Benzeşme etkisi ile kastedilen ise benchmarking faaliyetleri ortaya çıkan bir durumdur. Son olarak öğrenme etkisi eğitim ve araştırma kuruluşlarından gelen verilerin ışığında ortaya çıkan bir etki olarak görülmekte ve örgütlerin küçülme kararlarında etkili olabilmektedir (Burke ve Greenglass, 2000:285).

Organizasyon kültürünün de küçülmenin uygulanabilirliği üzerine etkisi büyüktür. Oldukça köklü bir değişimi beraberinde getiren küçülme kararı, insan kaynakları birimlerini üstesinden gelmesi zor bir duruma düşürür. Bu radikal değişim, organizasyon kültürüne bağlı olarak kimi işletmelerde kolay, kimilerinde ise zor ve hatta imkansızdır. İşletmenin kişiliğini, davranış biçimini ve huylarını yansıtan organizasyon kültürü, tıpkı insanlarda olduğu gibi işletmenin değişime ne kadar elverişli veya kapalı olduğunun aynasıdır. Genellikle yönetim tarafından bilinçli bir biçimde şekillendirilen organizasyon kültürü, yeterli önem verilmediği takdirde, küçülme gibi önemli değişim süreçlerinde sorunlara neden olan bir nokta olarak yönetimlerin karşısına çıkmaktadır. Değişimin cesaretlendirildiği ve başarılı değişim denemelerinin ödüllendirildiği örgütlerde küçülme süreci sorunsuz geçirilirken, aksi durumlarda küçülme örgüte zarar verebilmekte ve küçülme sonrası gelinen durum öncekinden daha kötü olabilmektedir (Bali, 2006:4).

İşletmelerin ve kurumların zaman içinde yüzleştiği bir takım negatif etkenler, işletme yönetiminin bilinçli ve proaktif olarak aldığı kararlar ve uyguladığı stratejiler ile küçülerek çalışanların sayısını, maliyetleri, işleri ve süreçleri azaltmaya zorlamaktadır. Personel sayısında artış ve buna bağlı idari kadro genişlemesi birçok işletme tarafından işletmenin olgunlaşmasına paralel bir sosyal gaye olarak

görülmekte; zamanla hiyerarşide gereğinden fazla tabakalaşmaya ve kurumsal bürokraside aşırılığa yol açmaktadır. Böyle bir ortamda önceliğe sahip olması gereken kurumsal ihtiyaçlar ve amaçlar gölgelenmekte ve arka plana itilmektedir (Öndeş vd., 2011:127).

Diğer taraftan bu şekilde bir uygulama yapılması, örgütün daha kaliteli ve nitelikli bir hizmet verebilmesinin önünü açmakta ve daha memnun müşteri kitlesi yaratılmasına olanak sağlamaktadır. Yine bu yönetim strateji ile birlikte kurum müşterinin taleplerine daha hızlı bir şekilde yanıt verecek ve daha kaliteli mal ve hizmet üretebilecektir (Öndeş vd., 2011:126). Bu yapı, müşteri memnuniyetinin sağlanması ve amaçlara ulaşmada bir aracı niteliğindedir. Müşteri memnuniyeti bir işletme için en önemli konulardan birisidir. Çünkü memnun müşteri demek, sadık müşteri ve kazançların garantisidir. Bu bağlamda müşteri memnuniyeti işletmenin gerek şimdiki dönemde ve gerekse de gelecek dönemdeki performansı için son derece önemli bir husustur (Lewin vd., 2010:697). Fakat müşteri memnuniyetini sağlamak, hantal bir kurumsal yapıdan ziyade esnek bir kurumsal yapıya sahip olmayı gerektirmektedir. Küçülerek müşteri memnuniyetini sağlayan örgütler, kar ve gelir sağlama bakımından büyük örgütlerin geldiği seviyeye gelmektedirler. Bundan dolayı da, küçülme, işletme için problem oluşturan unsurları yok etmenin ve daha iyi hale gelmenin bir yoludur. Küçülme ile örgütler değişimlere daha hızlı bir şekilde yanıt vermekte, fırsatları daha erken görüp, onlara daha hazırlıklı olmakta ve kaynakları daha etkili olacak şekilde kullanmaktadır (Öndeş vd., 2011:126).

Yukarıda belirtmiş olduğumuz örgütsel küçülme nedenlerini kısa şu şekilde özetleyebiliriz (Koçel, 2003:429-430; Dalay, 2003:287):

- Maliyetleri düşürmek
- Karar alma süreçlerini hızlandırmak
- Rakiplerin davranışlarına daha kısa sürede cevap verebilmek
- İletişimdeki bozulmaları (distortion) azaltmak
- Daha çok sonuç odaklı olmak
- İşletme içi gereksinimlerden çok müşteri gereksinimlerine odaklanmak.
- Personel güçlendirmeyi (empowerment) hızlandırmak,
- Verimliliği arttırmak

- Yeni fikirlerin daha çabuk uygulanmasını sağlamak
- Sinerjiyi arttırmak
- Kişisel sorumlulukları daha kolay izlemek

Ancak hemen belirtelim ki, küçülme uygulamaları her zaman istenilen sonuçları vermeyebilir. Küçülme küçülmeyi doğurmaktadır. Bir örgütün bir kere küçülme stratejisi uygulaması daha sonra işlerin düzeleceği, verimliliğin ve karlılığın artacağı anlamına gelmez. Küçülen bir örgüt her zor durumda tekrar tekrar küçülmeye gidebilir. Mesela, Kodak firması 1982 ve 1992 yılları arasında dört defa küçülmeye gitmiştir. Honeywell dört yıl içinde iki defa, Xerox, IBM, ve Digital Equipment 1990'lı yıllarda defalarca küçülme uygulamasına başvurmuşlardır (Appebaum vd., 1999:537).

2.3. Örgütlerde Küçülmeyi Gerektiren Nedenler

2.3.1. Küreselleşme

Küreselleşme günümüz dünyasının ana niteliğini yansıtan bir olgu olup; yalnızca ekonomik anlamda değil, sosyal, kültürel ve siyasal alanlarda da varlığını hissettirmektedir. Özellikle son 30 yıllık dönemde dünya ekonomisi, küreselleşmeye bağlı olarak hatırı sayılır bir ekonomik büyüme yaşamıştır. Küreselleşme, dünyada değişimi de beraberinde getirmiş ve bu değişim oldukça hızlı olmuştur. Değişimin bu denli hızlı gelişmesine bağlı olarak siyasal ve ekonomik alanda köklü bir dönüşüm süreci yaşanmıştır. Bu dönüşüm, hem ulusal ve hem de uluslararası sistemde yeni yönetim modellerinin uygulanmasını zorunlu kılmıştır. Bunun sonucunda örgütlerin geleneksel yapıları ve fonksiyonları değişmeye başlamıştır (Köze, 2011:3).

Küreselleşme daha çok ekonomik alanda kendini hissettirmiş ve bu yüzden de ekonomik bir kavram olarak kullanılmıştır (Tezcan, 1996:187). Küreselleşme, ulusal sınırların dışına çıkılması, rekabetin sınırsız hale gelmesi, sermaye dolaşımının önündeki engellerin kaldırılıp evrenselleşmesi, siyasal ve kültürel bütünleşme vb. gibi durumlarla ifade edilebilir. Daha sade bir şekilde ifade etmek gerekirse küreselleşmeye dünyanın tek Pazar haline gelmesi de denilebilir (Kaçmazoğlu, 2002:49). Rekabet edilebilirlik kavramı ile küreselleşme olgusu yakın ilişkilidir. Bu kavram, küreselleşme ile birlikte ortaya çıkmıştır. Rakiplere nazaran küresel pazarın

gereklerini daha etkili bir şekilde karşılayabilme yeteneği ve bunun sürdürülmesi, rekabet edilebilirlik olarak adlandırılmaktadır (Toulmin, 1999:906). En sade tanımıyla küreselleşme, evrensel nitelikte kurallara sahip, özel sektöre göre oluşturulmuş ve dünyanın genelinde tek bir ekonomik sistemin meydana getirilmesidir (Barlow, 2002:2). Friedman' a göre küreselleşme enternasyonel bir sistemdir. Yani kendine ait bir sistemi ve mantığı olan, tüm ülkelerin gerek ulusal politikalarını ve gerekse uluslararası ilişkilerini biçimlendiren kapsayıcı bir sistemdir (Patten ve Dolan, 2002:2). Küreselleşme kavramının varlığı, çok sonraları anlaşılmıştır. Küreselleşme kavramının her ne kadar 80'li yıllarda ortaya çıktığı vurgulansa da, esas olarak kökü daha eskilere dayanmakta olup, 90'lı yıllarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Küreselleşmenin amaçları arasında ticaretin arttırılması, devletlerin küçültülmesi, ticaretin liberalizasyonu, kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ve deregülasyonu (serbestleştirilmesi) sayılabilir. Bu özelliklerinden dolayı küreselleşme hem kamu örgütlerini hem de özel şirketleri etkisi altına almaktadır. Küreselleşme NAFTA, GATS, FTAA gibi birçok uluslararası serbest ticaret anlaşmasının ortaya çıkmasına vesile olmuştur. Küreselleşme ve uluslararası ticaretteki engellerin ortadan kalkması ile özellikle işgücü maliyetleri birçok işletme için rekabeti zorlayıcı bir etmen olmuştur (Zehir, 2004:13). İşletmeler bu maliyetleri karşılayabilmek için yapılarında küçülmeye gidebilmek zorunda kalmışlardır.

Küreselleşme sonucunda rekabetin artmasıyla birlikte, performansı iyi olan örgütler avantajlı konuma geçerler. Çünkü rakiplerinden herhangi birinin sunmuş olduğu en düşük fiyat, en yüksek kalite ve en iyi hizmet kısa zamanda diğerleri için de uyulması sorunlu bir ölçü oluşturmaktadır. Böylesi bir rekabet ortamında en iyilerle baş edemeyen bir işletme, kısa zamanda yarıştan çekilmek zorunda kalabilir. Bu da örgütlerin hayatta kalabilmek için daha rekabetçi ve daha etkin olmalarını zorunlu kılar. Bu etkinliği sağlamak, rekabet gücünü elde edebilmek ve müşteri taleplerine daha hızlı cevap verebilmek için örgütler küçülmeye gidebilirler (Naktiyok, 2001:209).

Küreselleşmeyle birlikte yoğun rekabet ortamı, işletmelerde gelir ve karlılık azalması ile birlikte çevreye uyum problemleri yaşanmasına neden olmuştur. Örgütler bu acımasız rekabet ortamında sık sık krizlerle de yüz yüze gelmek zorunda kalmışlar ve bu krizlerden etkilenmişlerdir. Bu süreçten en az zararla çıkabilmek ve rekabet gücünü arttırmak için “Küçülmeyi” stratejik bir tercih olarak görmüş ve uygulanmışlardır. Özellikle takım çalışması, süreç yenileme, toplam kalite yönetimine ulaşma ve tam zamanında üretim gibi sistematik küçülme uygulamaları sonucunda, iş örgütlerinde verimlilik artışı yaşanabilir. Bu tür uygulamalar sistematik olarak yerine getirildiğinde verimlilik ve karlılıkta artış sağlanabilir ve örgüt ve çevresi ile arasındaki uyum artırılabilir (Büte, 2005:12).

2.3.2. Teknolojik gelişmeler

Teknoloji kaynakları mal ve hizmetlere dönüştürmek için organizasyonlar tarafından kullanılan teknik ve yöntemlerin toplamıdır. Aynı zamanda teknoloji bir örgütün dış çevresinin en hızlı değişen ögesidir (Akçe, 2005:17). Teknoloji değişikliklere ayak uydurmak, varlığını devam ettirmek ve geliştirmek zorunda olan işletmeler için bir ihtiyaçtır (Deming, 1996:124).

1960’ların sonunda doğan üretim sistemlerindeki değişiklikler ve teknolojik ilerlemeler işletmelerde yönetim yapısı açısından birtakım etmenlerle değişikliğe yol açmıştır. 20. yüzyılın sonunda Fordist üretim anlayışının getirdiği uzmanlaşma yerini esnek uzmanlaşmaya; bireysel çalışma yerini takım çalışmasına bırakmıştır. Yapılan işler hem nitelik hem de sayısal olarak zorlaşmıştır. Teknolojik gelişmeler de işin yapılma şeklini ve işgücünün iş yapma biçimini etkilemiştir. Daha çok finans sektöründe bu değişimler yaşanmıştır ve teknolojik gelişmelerle birlikte hem işlerin sayısı azalmış hem de geride kalan faaliyetleri yapmak için gerekli olan çalışan sayısı da düşmüştür (Arslan, 2004:101). Tüm bu nedenlerle, teknolojik ilerlemeler ve yeni üretim ve çalışma koşulları sonucunda, işletmeler daha fazla verimlilik ve etkenlik sağlayabilmek amacıyla, yeniden yapılanma ve küçülme gibi bazı uygulamalara yönelmişlerdir. Böylece verimi arttırmak koşuluyla bazı kademelerde azaltma, verimli görülmeyen işgücünde azaltıma gidilme ve teknolojiden yararlanma ile küçülme uygulamasına yönelme söz konusu olmuştur. Bu noktada, bilgi teknolojilerindeki sıçrama (özellikle bilgisayar ve telekomünikasyon teknolojileri) ve

değişen küresel rekabet koşulları (çabuk hareket etme, kaynaklara kolay ulaşma, değişen müşteri ihtiyaçları, yeni ürün ve hizmetler sunma zorunluluğu) küçülme stratejilerinin de itici gücünü oluşturmuştur (Koçel, 2001:364).

Örgütlerin yenilikleri takip edebilmeleri ve kendilerini güncelleyebilmeleri adına teknolojik gelişmelere göre kendilerini yeniden yapılandırmaları gerekmektedir. Kendilerini yeniden yapılandıramayan örgütler, hem yeni teknolojiler ile hem de yeni ürünler ile güçlenen rakipleri karşısında rekabet edebilirliklerini kaybederler. Buna bağlı olarak da örgütün satış ve karlılığında azalma yaşanır. Ekonomik olarak çökmeye başlayan örgütten başarılı çalışanlar da ayrılmaktadır. Bu durumda ekonomik olarak zarara giren işletmeler aynı zamanda kalifiye elemanlarını da kaybetmektedirler. Örgütsel yapının giderek zayıflaması neticesinde yeniden yapılanma buna bağlı olarak da örgütsel küçülme başvurulacak ilk çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır.

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte işletmelerde kullanılan teknolojik araç ve gereçler örgütlerde yeni yeni yapılanmalara ve işleyiş biçimlerine neden olabilirler. Bu yeni yapılanmalar ve işleyişler işletmelerin insan kaynaklarında sorunların çıkmasına neden olabilmektedir. Bilgi akışının yoğun olması çalışanları, bilgiyi yorumlama, organize etme, birleştirme ve değerlendirme gibi zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Bu nedenle personelin bu bilgi akışından gelen bilgileri yorumlama, birleştirme, değerlendirme aşamalarında başarılı olabilmeleri ya da yeni teknolojiyi öğrenebilmeleri adına eğitim almaları gerekmektedir. Bu eğitim süreçleri teknolojik gelişmeler neticesinde işletmeler için bir zorunluluk haline dönüşmüştür. Bu bağlamda çalışanların aldıkları üniversite eğitimleri kariyerlerine devam etmek için yeterli olmamaktadır. Bu çalışanlar için zor bir ortam yaratmakla birlikte bu şekilde eğitimlerle bilgi ve teknolojinin gelişimine paralel düzeyde ilerleyemeyen işletmeler rekabet edebilirliklerini kaybedebilmektedirler. Diğer rakipleriyle yeteri kadar rekabet edemeyen örgütler ya yok olma aşamasına gelmekte ya da yok olmamak için yukarıda da değindiğimiz gibi yönetim süreçlerinde değişime gitmektedirler. Küçülme de bu aşamada başvurdukları yöntemlerden biridir. Yine bunlara ilave olarak teknolojik gelişme ve yenilikler sonucunda örgüte yeni teknoloji girişi, birçok sürecin otomatikleşmesine neden olmuştur. Bu gelişmeler, bilgi toplama, analiz etme

ve bu bilgileri aktarma görevini ifa eden elamanların sayısında azalmayı ve bazı örgütsel kademelerin ortadan kalkmasına neden olmuştur (Büte, 2005:13).Özetle diyebiliriz ki teknolojik gelişmeler ile örgütsel küçülme arasında yakın bir ilişki vardır ve teknolojideki gelişmeler örgüt yapısını etkilemektedir.

2.3.3. Neo-Klasik iktisat teorisi ve ekonomik gelişmeler

Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, neo-klasik iktisat teorisi ve dünyada yaşanan ekonomik krizlerin veya gelişmelerin örgütlerin küçülmelerinde etkili olmuştur. Örneğin, İngiltere'de 1979'da Başbakan olan Thatcher'ın uyguladığı neo-liberalist süreçte, 1979 ile 1994 yılları arasında kamu sektöründe istihdam hacmi %29 oranında küçülmüş ve sendikasız 2 milyon kişi işten çıkarılmıştır. Neo-liberalist görüşü savunan kesimler için daha az sayıda insanla çalışmak ekonomik politikalar ve hisse senedi piyasasındaki sonuçlar açısından daha fazla desteklenen bir durum olmuştur (George, 1999, www.globalpolicy.org). Thatcher'ın ardından 1981'de Ronald Reagan'ın Amerika Birleşik Devletleri Başkanı olmasıyla, neo-liberal politikalar Amerika Birleşik Devletleri'nde de hızlı ve yoğun bir şekilde uygulanmaya başlamış ve bu sistemin kuralları "yapısal uyum programları" ismi ile diğer ülkelerde de benimsenir hale gelmiştir. Yapılan bir değerlendirmeye göre ise, bu tür politikalar neticesinde işsizlikte hızlı bir yükselme yaratmış, ücretlerin düşmesine sebep olmuş, çevresel ortamda kirlilik yaratmış, sağlık sisteminde bozulmalar meydana gelmiş, eğitim seviyesinde düşme ortaya çıkmış, çok sayıda ülkede üretim kapasitesinde gerileme olmuş, dış borçlarda artış görülmüştür (Amin, 1993:63-72).

Öte yandan, günümüze kadar sürekliliğini koruyan sanayi toplumunun temeli 18. yüzyılda atılmıştır. Bu yüzyılda tarım ekonomisi yerine sanayi ekonomisi benimsenmiştir. Burada yapısal anlamda bir dönüşümün varlığı söz konusu olmuştur. Ekonominin yapısal dönüşümünün en belirgin özelliği istihdam etme koşulları ve üretimde maden ve inşaat gibi ikinci sektördeki eğilimler ve yükseliş olmuştur (Cameron, 1997:164). Günümüz dünyasında üretim sürecinde çalışmakta olanların katma değer yaratmadaki payları giderek düşmekte, bilgi üretip, onu elinde bulunduranların katma değer yaratmadaki payı ise gün geçtikçe artmaktadır. Ülkeler ve örgütler açısından refah, ekonomik güç ve sermaye gibi kavramlar yavaş yavaş

topraktan kitle üretimine ve elektronik ticarete kayma eğilimi içerisinde olmuştur (Miller, 2001:147). Bu bağlamda Adam Smith'in sıkça vurguladığı endüstrileşmenin kaynağı uzmanlaşmadır söylemi günümüzde de geçerliliğini yitirmemiş fakat aşırı uzmanlaşma ise endüstride bazı önemli problemlere sebebiyet vermiştir. Gerçekten de uzmanlaşma aracılığıyla işin bölünmesi neticesinde verimliliğin yükseleceği düşüncesi yöneticileri örgütlerde işbölümü yapmaya itmiştir (Arslan, 2004:2). Ancak uzmanlaşma ve işbölümünün aşırı boyutlarda olması haddinden büyük yapıların oluşmasına sebebiyet vermiştir. Bu durum da hantallığı arttırmıştır. Bu şekilde örgütlerin rekabet gücü zayıflamıştır. Bu sebeplerden ötürü küçülme, stratejik anlamda işletmelerin verimliliklerini arttıracak ve onları daha dinamik yapıya kavuşturacak düşünülerek uygulanmaya başlanmıştır.

2.3.4. Toplumsal gelişmeler

Günümüz örgütleri oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Eskiyle kıyaslanmayacak kadar büyük yapıları ve çok sayıda çalışanı söz konusudur. Örgütler ayakta kalabilmek için yoğun rekabet ortamı içinde yaşarlar. Özellikle küreselleşme sonucunda sadece ülkedeki örgütler sadece kendi ülkelerindeki örgütler ile değil, aynı zamanda uluslararası alandaki örgütler ile de rekabet etmek zorundadırlar. Örgütlerin buldukları çevre gerçekten çok dinamik bir çevredir ve bu çevrede bir örgütün sahip olduğu avantajlar hızlı bir şekilde dezavantaja dönüşebilmektedir. Organizasyonlar da bu durumdan etkilenmemek için kendilerini sürekli olarak yenilemek ve geliştirmek durumundadır (Öztürk, 2014:65). Örgütler aslında birer açık sistemlerdir ve açık sistem olmaları nedeniyle de çevresinden/toplumdan etkilenmemeleri söz konusu değildir. Eğer kendilerini dış çevreye kapatırlarsa (yeni gelişmeleri takip etmeme, teknolojilerini yenilememe, çevrenin istek, talep ve tercihlerini görmezden gelme vb..) yok olmaya ya da yapılarında değişime gitmeye mahkumdurlar.

Örgütler, açık sistemdirler. Bu yüzden toplumsal anlamdaki gelişme ve değişimler onları her daim etkilemektedir. Tüketici tercihleri, ticaret anlayışları, finansal anlamdaki düzenlemeler, teknolojik yenilikler, tüketici tercihlerinin ve yaşam tarzının değişmesi gibi etmenler örgütsel küçülmenin toplumsal etkilerine örnek olarak gösterilebilir. Bununla beraber, gelecek döneme ilişkin önem arz eden iki

değişim de toplumların değişmesine sebep olmaktadır. Bunlardan ilki; zengin ve fakir arasındaki ayrımın iyice belirgin hale gelmesi ve sosyal bağların kopma derecesine gelecek kadar zayıflaması, diğeri ise toplumun önemli kesimlerinden olan siyasal partilerin, kamu kurumlarının ve bazı örgütlerin saygınlık ve güvenilirliklerini kaybetmesidir (Arslan, 2004:3)

Toplumsal etkilere örnek olarak McKinley ve arkadaşlarının (1995:35-37) ortaya attığı benzeşme, öğrenme ve zorlayıcı etkileri gösterebiliriz. Zorlayıcı etkiler yöneticiler üzerinde baskı oluşturan etkilerdir. Bu baskılar yönetim bilimi çerçevesinde gerekli olan ve yapılması zorunlu baskılardır. Benchmarking faaliyetleri neticesinde ortaya çıkan etkiler ise benzeşme etkileridir. Son olarak öğrenme etkisi ise eğitim ile araştırma kuruluşlarından gelen veriler doğrultusunda örgütleri değişmeye zorlayan etkilerdir (Burke ve Greenglass, 2000:28).

2.3.5.Yasal gelişmeler

Hükümet tarafından ekonomi ve diğere alanlarda alınan kararlar bazı işletmeler için fırsat manasına gelmekteyken, bazıları için ise kriz anlamına gelmektedir. Bu açıdan hükümetler bazı işletme veya sanayi kollarının ayakta kalması ve istikrarını sürdürebilmesi amacıyla onlara vergi indirimini yapmak, eğitim masraflarını karşılamak, ucuz kredi temini ya da iflasa sürüklenen işletmelerin hisselerini satın almak şeklinde destekler sağlamaktadır(Dinçer 1998:387).

Yasal değişimlere örgütlerin anında yanıt vermesi isteniyorsa, bunun yolu demokratik örgüt modellerinin kullanılması ise mümkün olacaktır. Günümüzde işletmeler ürettikleri ürünün ne olursa olsun satılacağı düşüncesi geçerliliğini yitirmiştir(Pala, 1996). Örnek vermek gerekirse; tüketiciyi korumak için yapılan yasal düzenlemeler örgütlere bir dizi yükümlülükler vermiştir (Hatipoğlu 1986:53-54). Bu yükümlülükler;

- Standartları karşılayan mal ya da hizmet üretilmesi,
- Belirtilen garantilere uyulması,
- Bireyleri aldatıcı nitelikte olan reklamlardan uzak durulması,
- Satış sonrasında verilmesi gereken hizmetlerin sağlanması,
- Malların üzerinde onları tanıtıcı nitelikte olan etiketlerin bulunması

Ayrıca devletin ücret ve fiyatlara ilişkin denetimi, iş güvenliği, çalışma şartları ve çevrenin korunmasına dair yasal düzenlemeleri de örgüt yaşamı üzerinde oldukça etkili olan bir faktördür. Bu duruma örnek vermek gerekirse; üretim yaparken zehirli atıklarını çevreye yayıp, bunun için de herhangi bir şekilde bir yaptırıma tabii tutulmayan işletmeler, çevre sağlığına ilişkin alınan önlemler çerçevesinde faaliyetlerine devam etmek için ek yatırımlar yapmak zorunda bırakılmışlardır. Bunları uygulamak zorunda kalan işletmeler organizasyon yapılarını yeniden revize edecekler ve neticesinde de bir kriz durumu ile baş başa kalacaklardır (Akçe, 2005:18).

Devletin aldığı politikalarda yapmış olduğu değişiklikler de krizlere neden olabilmektedir. 5 Nisan 1994 yılında gerçekleşen bir krizle bankaların mali yapıları zedelenmiş ve neticesinde de finans kurumlarına duyulan güven sarsılmıştır. Fakat hükümet daha sonra tüm tasarruf mevduatını garanti altına almış ve bu da finans kurumlarında yeni bir krizle karşılaşılmasını engellemiştir (Akçe, 2005:18-19).

İşletmelerin örgütsel anlamda küçülmeye gitmeleri, onların işgücünü de azaltacakları anlamına gelmektedir. Fakat işletmeler işgücünde azaltmaya gidecekleri zaman sendika ile anlaşmak zorundadırlar. Çünkü sendikaların kuruluş amacı işletmelerin hak ve menfaatlerini korumaktır. Buna ilaveten hemen hemen tüm modern devletlerde olduğu gibi işçi ile işveren arasındaki ilişkiyi koruyan çağdaş manada iş hukuku kanunları mevcuttur. Buradan da anlaşılacağı üzere işletmeler keyiflerine göre rastgele olacak şekilde işgücü çıkaramazlar. Bu yüzden işletmeler işçiyi işten çıkaracaklarsa eğer onların çalışma süresini hesaplayarak uygun tazminat ödemek zorunda olacaklar, önceden bildirilmesi gereken işten çıkartılma ile ilgili tebliğ süresi vb. gibi yaptırımları göz önünde bulunduracaklardır (Labib ve Appelbaum, 1994:59-84).

2.4. Örgütsel Küçülme Stratejileri

Ekonomide son yirmi yılda yaşanan yerel ve küresel nitelikteki eğilimler neticesinde birçok modern örgüt bundan derin bir şekilde etkilenmiştir. Bu çerçevede örgütler gelecek dönemlerdeki başarılarını arttırmak, bu eğilimlerin getirdiği olumsuzlukları azaltmak ve meydana gelen fırsatlardan maksimum düzeyde faydalanmak için birtakım stratejiler geliştirmişler ve uygulamışlardır. Günümüz dünyasında yaşanan

hızlı değişimler neticesinde büyük örgütlerin gelişimleri yavaşlamış ve verimlilikleri ise düşmüştür. Bu manada örgütler müşteriye hizmet etmeyi bırakmışlar, bunun yerine bürokrasiye hizmet etmeye başlamışlar; yine hızdan ziyade denetime, liderlikten yönetmeye, kazanmaktan ziyade kazandıklarını muhafaza etmeye yönelmişlerdir (Slater, 2000:117). Durum böyle olunca daha fazla hız, verim ve esneklik anlamına gelen küçülme stratejileri örgütler için alternatif bir yönetim anlayışı olmuştur (Kim, 2003:460).

Örgütler bazen mevcut durumunu ve rekabet üstünlüğü avantajını korumakta, bu şekilde varlıklarını sürdürmekte zorluk çekmektedir. Böyle bir durumda ise işlerini geçici ya da sürekli olacak şekilde daraltmak zorunda kalabilmektedirler. Bunu yapmak için de küçülme stratejisine başvurumaktadırlar. Küçülme yoluna başvurmuş örgütler açısından bazı istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumları sıralayacak olursak; çevresel faktörlerin tehdit boyutlarını yükseltmesi, varlıkların küçülüp kaybedilmesi şeklindedir. Bu sebeplerden ötürü işletmelerin küçülme kararı alması istenmeyen bir durum olup toplum üzerinde negatif anlamda etkilere sebebiyet vermektedir (Ülgen ve Mirze, 2004:203). Küreselleşme neticesinde uluslararası rekabet hızla artan bir durum olmuş, beraberinde ise örgütler ekonomik, yönetsel, finansal ve teknik açılardan küçülmeye gitmişlerdir. Küçülmenin amacı ise örgütsel bazda etkinlik ve verimliliği arttırmaktır (Cameron, 1994:192). Farklı nedenlere dayalı olarak küçülmeye giden örgütlerin temel amaçları aşağıda sıralandığı şekildedir (Cascio, 1993:97):

1. Maliyetleri düşürmek,
2. İletişimi daha basit hale getirmek,
3. Bürokrasiyi azaltmak,
4. Karar vermede süreci hızlandırmak,
5. Verimliliği yükseltmek

Örgütlerin küçülme kararı vermesi kadar küçülmenin örgüt için verimlilik ve etkinliği arttırması için gerek duyulan strateji de oldukça önemli bir konudur. Örgütler küçülmeye giderken işgücü azaltımı, işlerin yeniden tasarımı ya da sistematik strateji belirleyip küçülmeye gidebilir (Thornhill ve Saunders, 1997:278).

2.4.1. İşgücünü azaltma stratejisi

İş gücünü azaltma örgütsel küçülmede en riskli stratejidir. Ancak uygulanması oldukça basit olduğundan en sık başvurulan stratejidir. Bu strateji genel itibariyle erken emeklilik, işten çıkarmalar, transferler biçiminde uygulanmaktadır. Küçük çaptaki krizlerde dahi örgütlere parasal açıdan bir rahatlama imkanı sunmasından ötürü işten çıkarmalara sıkça başvurulmaktadır. Fakat gerçekte örgütlerin gerek rekabetçi güçlerini arttırmak ve gerekse de verimliliklerini yükseltmek için bu stratejiyi uygulamaları bir zorunluluk durumu teşkil etmemektedir. Bu konuya ilişkin bir araştırma yapılmış ve araştırma sonucunda örgütlerin insan kaynağını % 10 oranında azalttığında maliyetlerinin % 1,5 kadar düştüğünü, küçülme stratejisine başvuran işletmenin hisse senetlerinin 3 yıl içinde % 4,7 arttığını, küçülmeyen örgütlerin ise aynı süre zarfında söz konusu hisse senedi artışının % 34,3 olduğu ve nihai olarak da küçülme stratejisini uygulayan örgütlerin sadece yarısının karının arttığı saptanmıştır (Mishra vd., 1998:23).

İşgücü azaltma stratejisinin esas amacı gereksiz pozisyonları azaltmak veya ortadan kaldırmak ve böylece işgücünde indirimde gitmektir. Erken emeklilik, transferler ve yer değiştirmeler, erken emekliliğe teşvik için yapılan toplu ödemeler, işe alımları süresiz durdurarak yapılan doğal aşındırma ve en sonda geçici işten çıkarmalar gibi faaliyetlerden oluşur (Cole, 1995:93; Cameron ve Freeman, 1994:5; Cameron, 1994:197). Cameron ve Freeman (1994:5) bu stratejiyi “kalabalık bir odaya pimi çekilmiş bir el bombası atıp, daha sonra kapıları kapatarak belli bir oranda çalışandan kurtulmak için patlamasını beklemeye” benzetmektedirler. Bu stratejide kimin gidip, kimin kalacağını ya da hangi işçilerin toptan ödeme paketlerinden veya erken emeklilikten avantaj sağlayacağını; örgütün sahip olduğu hangi bilgilerin, hangi örgütsel hafızanın ve hangi kritik becerilerin ortadan kaybolacağını önceden tahmin etmek oldukça güçtür (Cameron ve Freeman, 1994:5; Cameron, 1994:197). En uygun ayrıcalıkların seçimi onların performansları ile potansiyelleri göz önünde bulundurularak yapılması gerekmektedir. Bu manada öncelikle performansı yüksek olan çalışanın saptanması ve bunların sonucunda ise firmanın geleceği üzerinde etkilerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bunun için ilk olarak işletmelerde dikkatli bir şekilde hazırlanmış performans değerlendirme kriterleri ile verileri gerekmektedir. Eğer bir işletmede performans değerlendirme ve kariyer planlama sistemi zayıfsa yüksek performans gösteren çalışanın belirlenip, şirketin geleceği üzerinde etkilerinin saptanması oldukça zorlaşacaktır.

Bu stratejinin esas amacı organizasyonu muhtemel tehlikelere karşı uyarıp onu gelecek dönemdeki değişime hazırlamaktır(Appelbaum vd., 1999:541). Bu stratejiyi tek başına uygulamak genellikle sonuç vermez. Uygulanmasının kolay olmasına ve kısa vadeli hedeflere yönelik olarak hızlı sonuç verebilmesine rağmen işgücünü azaltma stratejisi uzun vadeli hedefleri için uygun değildir. Yukarıda belirttiğimiz bazı dezavantajlarına rağmen durumun vahametinin çalışanlarca farkına varılması, tasarruf sağlanması ve orta-uzun vadeli hedefler için bir altyapı oluşturması gibi bazı avantajları da vardır. İşgücü azaltma stratejisi bazı kaynaklarda itme ve çekme olarak gruba ayrılmıştır.

İtme stratejisinin daha çok direkt olarak uygulandığı ve mutlaka bu uygulama içerisinde çalışanların işten çıkarılmasının öngörüldüğü belirtilmektedir. Çok sayıda müdür ve çalışan işten çıkartılmaktadır (Öztürk, 2007:18). Bu stratejide çalışanların yetenek ve performansları esas alınır.

Çekme stratejisinin ise daha az dikkat çekici sonuçlar doğurduğu ve itme stratejisi kadar direk ve sert olmayan bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Dinçer, 2004:226). Bu stratejide, bütün çalışanlarda biraz azaltma yapılmaktadır ya da alt gruplar halinde azaltmaya gidilebilmektedir. Örneğin, çalışanlar arasında yaşlı olanların erken emeklilik ile örgütten gönüllü olarak ayrılmaları cesaretlendirilebilmektedir. Bunun yanında, dış kaynaklardan yararlanmanın uygulanabilmesi üzere, verimli olmayan ve maliyetleri de yükselten bazı örgüt fonksiyonlarında tasfiye yapılabilmektedir. Diğer bir uygulama şekli ise dikey bütünleşme yapmış olan bir örgütün, kendisi için ürettiği girdi veya çıktıları ayrı ayrı SİB (Stratejik İş Birimi) olarak tanımlamasıdır. Bu şekilde belirlenen birimler bağımsız birer yönetime dönüştürülebilmektedir. Böylece, büyük bir yapının bölünmesiyle birden fazla küçük yapı oluşturulabilmekte ve verimlilikte bir artışın meydana gelmesi sağlanabilmektedir (Dinçer, 2004:226).

2.4.2. İşlerin yeniden tasarlanması stratejisi

Bu stratejinin uygulanmasındaki temel hedef iş gücünü düşürmekten ziyade yapılan iş sayısını azaltmaktır. Bu strateji uygulanırken fonksiyonlar, hiyerarşik seviyeler, gruplar, bölümler veya ürünler elenir, bazı birimler tek bir çatı altında toplanır ya da çalışma saatleri azaltılır. Bu stratejiyi uygulamadan önce iç ve dış çevre ayrıntılı bir

şekilde incelenmelidir. Bu yüzden bu stratejinin hızlı bir şekilde uygulanması oldukça güçtür (Cameron, 1994:198). İşletmelerin bu sürece başvurma nedenleri ise şirket birleşmeleri, iflaslar, mali anlamda sıkıntılar, özelleştirmeler vb. gibidir.

Bu stratejide benimsenen şey işçilerden ziyade iş olmaktadır. Genel itibariyle işin işlevlerini, hiyerarşik seviyelerini, gayri ihtiyari birimlerini elimine etmek için bu stratejiye başvurulmaktadır (Cameron, 1994:198; Cameron vd., 1991:62; Appelbaum vd., 1999:541-542). Küçülme stratejisinde en fazla kademe azaltma stratejisi uygulanmaktadır. Kademe azaltmada yöneticilerin kontrol alanları büyütülerek daha basık örgüt oluşturma hedeflenir. Bu stratejinin içerisindeki diğer faaliyetler ise; görev tanımlarını yeniden oluşturmak, departmanların konsolidasyonunu sağlamak ve birleştirmek, çalışma saatlerini düşürmek şeklindedir (Cameron, 1994:198; Appelbaum vd., 1999:541-542). Orta vadeli bir strateji olan yeniden tasarlama stratejisinde organizasyon küçültülür, basitleştirilmiş bir yapısı olduğundan dolayı verimlilik yükseltilebilir (Cameron ve Freeman, 1994:6; Küçük, 1999:18). Drucker (1994:205) bu stratejinin iş gücünü azaltma stratejisinden daha faydalı olacağını ifade etmiştir. Drucker, bunu maaşları azaltmak amacıyla işçi çıkarmanın arabayı atın önüne bağlamakla aynı olacağını savunmuştur.

2.4.3. Sistemik stratejiler

Bu strateji türü, yukarıda ayrıntılı bir şekilde anlatılan diğer iki stratejiden de farklıdır. Çünkü bu stratejide örgütün tümünde yeniden yapılanma söz konusudur. Yani bu strateji iş gücü boyutunu değiştirmekten ziyade örgüt sistemi, kültürü ve çalışanların tutumlarını değiştirmeye yöneliktir (Cameron, 1994:199; Küçük, 1999:18). Uzun vadeyi kapsayan bu strateji küçülmede uygulanmaktadır. Bu strateji sayesinde örgüt devamlı bir iyileştirme ile geliştirme yeteneğine sahip olmaktadır (Thornhill ve Saunders, 1997:275). Sistemik stratejilerde küçülmeyle birlikte sürekli gelişim ön plandadır. Burada iş görenler eliminasyonda en ön planda değiller, bunun yerine diğer alanlarda küçülme fikirlerini meydana getirip uygulamaya yardımcı kaynaklar biçiminde tanımlanmaktadır. Bütün iş görenler harcamaların azaltılması ile düzenlemelerden sorumludurlar (Atwood vd, 1998:50; Cole, 1995:94; Öztürk ve Tengilimoğlu; 2006:35).

Bu stratejide küçülme, organizasyonun bütün sistemlerinin daha basit ve sade hale getirilmesi ile aynı anlama gelmektedir. Buradaki bütün sistemler tedarikçileri, envanteri, tasarım proseslerini, müşteri ilişkilerini, pazarlamayı, satış sonrası desteği kapsamaktadır. Bu stratejide küçülmeye tedarikçi sayılarının azaltılmasını, örgüt içerisindeki sorumlulukların azaltılmasını örnek olarak verebiliriz (Appelbaum vd., 1999:541-542).

Bu strateji, örgüt içerisindeki bütün işçilerin maliyetleri azaltmasını, yeni gelişmeler bulmasını sorumlu tutmaktadır. Yine bu sistem uzun vadede işgücü azaltma stratejilerinin tekrarlanmasının önüne geçer (Küçük, 1999:18-19). Uzun dönemi kapsayan bir strateji olan sistematik stratejiler kaliteyi yükselterek maliyetleri düşürmek için işgörenlerin tutum ve davranışları ve örgütün sahip olduğu kültürü değiştirir. Cameron ve diğerlerine göre (1991:33-34) bu stratejide üç ana öge vardır: Örgütsel kültür ve örgütsel değerler, İnsan kaynakları sistemi ve Sürekli gelişmedir.

Hangi stratejinin kullanımının daha uygun olduğuna dair yol gösterici üç temel değişken mevcuttur. Bu değişkenlerden ilki; işgücü arzı ile talebi arasındaki farkın büyüklüğü, bu farkın zaman boyutu ile stratejilerin maliyetidir. Eğer işgücü talebi ve arzı arasında fark büyükse kısa vadeli yöntemlerin uygulanması daha muhtemeldir. Çünkü böyle bir durum söz konusu olursa işletmedeki insan kaynakları departmanını planlama yaparken işçilerin iş güvencesine dair alacakları kararlar onların aleyhine olacak şekilde kararlar verecekler, bunun neticesinde de işten çıkarma, çalışma sürelerinin azaltılması, zorunlu transfer gibi durumlar meydana gelecektir. Bununla birlikte arz ve talepteki dengesizliğin de ne kadar süreceği çok önemli bir değişkendir. Eğer işletme arz ve talep arasındaki dengesizliği mali durumu ölçüsünde uzun süre boyunca ikame edemeyecek ölçüde hassas bir yapıdaysa bu durumda kısa vadeli önlemler alınacaktır. Fakat böyle bir durumun varlığının söz konusu olduğu durumlarda ise yapılacak olan işten çıkarmalar neticesinde işçilere tazminat ödenmesi zorunlu olacak; bu da mali dengeleri bozacaktır. Burada üçüncü değişken olan maliyet devreye girecektir. Küçülme stratejilerini etkileyen en önemli unsur ise seçilecek olan strateji yöntemi ve bu yöntemin işletmeye getirdiği maliyettir. Çünkü kısa vadeli stratejilerin uygulanması maliyeti arttıran bir etken iken; maliyetlerin azalması ise küçülmeyi uzun vadeye yayacaktır.

2.5. Örgütsel Küçülmede (Downsizing) Kullanılan Metotlar

Örgütlerin küçülmek amacıyla uyguladıkları yöntemlere baktığımızda genel olarak yönetsel kademelerin azaltılması (delaying), Sıfır hiyerarşi (zero hierarchy), Dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing), Küçülerek büyüme gibi yöntemleri seçtikleri görülmektedir (Göksel, 2001:65). Örgütün sahip olduğu yapı ve amaçlarına göre çeşitli zamanlarda kullanılan bu yöntemler aşağıda başlıklar halinde incelenmiştir.

2.5.1. Yönetsel kademelerin azaltımı (Delaying)

Koçel bu yöntemi örgütün en üst kademesi ile en alt kademesi arasındaki mesafeyi azaltmak ya da aralardaki kademelerin sayısını azaltmak olarak açıklamıştır. Burada yönetsel kademeler azaltılarak örgütün yapısı daha basit ve sade bir hale gelir ve karar veren birim ile işi yapanlar arasında mesafe azalır. Bu şekilde ise örgütsel yapının daha basık hale gelmesi ve yönetim alanının genişlemesi sağlanacaktır (Koçel, 1999:333-334). Örgüte yapılan her müdahale bilgilerin etkin bir şekilde yukarı taşınması ihtimalini büyük ölçüde azaltmakta ve iletişimde aksaklıklara sebebiyet vermektedir.

Ara kademeler ortadan kaldırılırsa, bu durumda bu kademeler tarafından yapılan işler çalışanlara yeniden dağıtılır. Kademelerin azaltılması örgütü daha sade ve basit hale getirir. Bu durumda alt kademedeki bilgi çok daha hızlı ve doğru bir şekilde üst kademeye ulaşır ve kararlar daha hızlı alınır. Böylece de değişimlere verilen tepki daha hızlı olur ve rekabette üstünlük sağlanır (Yeniçeri, 2002:221).

Örgütler tarafından sıklıkla uygulanan kademe azaltma yöntemi, küçülme ile oldukça ilgili bir kavram olup, maliyetleri azaltmada avantajlıdır. İşletmelerde kademe azaltma neticesinde örgütler daha basık bir vaziyete bürünmekte olup, iletişim daha hızlı hale gelir ve karar verme hızı da aynı derecede artar. Yani azalan kademe sayısı sayesinde yönetim ile iletişim çok daha hızlı olur (Dubrin, 1996:15). Kademeyi azaltma işlemi işletmelerin karar vermesinde etkili olur ve operasyonlar için de faydalıdır. Diğer yandan verilecek olan kararlarda çalışanların katılımının da artmasını sağlar ve onlara inisiyatif tanır. Daha da önemli bir sonuç ise basit ve sade bir işletme meydana getirerek takım çalışmasını artırır (Akçe, 2005:94).

Kademe azaltma ile birlikte işletmede örgüt şeması daraltılmaktadır. Böylelikle yönetim alanı da genişlemektedir. Kademe azaltmanın işletmeye pek çok yarar sağlayacağı ifade edilmiş ve bu yararlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Dalay, 2003:455):

- Maliyetlerin düşmesi,
- Örgütün yalınlaşması
- Alt düzeylerdeki işgörenlerin güçlendirilmesi,
- Buna bağlı olarak örgütte motivasyonun yükselmesi,
- Kademelerin azalmasıyla birlikte iletişimdeki aksaklıkların giderilmesi,
- Örgüt ve müşterilerin birbirine daha da yakınlaşması.

Kademe azaltmanın yararlı yönlerinin yanı sıra zayıf ve olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Kademe azaltma sonucunda kaldırılan kademelerin sorumlu oldukları iş yükü başka birimlere dağıtılacaktır. Böylelikle bu birimlerde iş yükünde artış olacaktır. Bu iş artışı olumsuz etkiler yapabilmektedir. Bununla birlikte çalışanlar ve işveren arasında çok sayıda yöneticinin işten çıkarılması nedeni ile güven ve buna bağlı olarak örgütsel bağlılık düzeyinde düşüşler yaşanması ortaya çıkabilecektir.

2.5.2. Hiyerarşik yapının azaltılması / sıfır hiyerarşi

Bu çalışmada daha önceki başlıklarda da belirtildiği üzere 1980' li yıllara kadar verimlilik ilkesiyle kitle üretimi yapılmıştı. Bu şekilde bir üretimin yapılması ve beraberinde getirmiş olduğu hiyerarşik ve bürokratik organizasyon yapısı küreselleşme ve küreselleşmenin getirdiği yoğun uluslararası rekabetin etkisiyle artık organizasyonlarda ihtiyaçları karşılayamayacak hale gelmiştir. Kitle üretimin yapıldığı modeller daha çok az gelişmiş ülkeler ve geleneksel işletmecilik anlayışına sahip organizasyonlarda tercih edilmekteyken esnek üretim ile uzmanlaşma ise modern ya da post modern örgütlerce tercih edilmiştir. Bu manada bu yeni modeller kitle üretime has olan hiyerarşik ve bürokratik yaklaşımın da bazı özelliklerini bünyesinde barındırırken uzmanlık, esneklik ve bağımsızlık gibi üstünlükleri de benimsemiştir (Yıldız, 2006:13). Bu örgütler çok fazla kademe yerine bazı departmanları veya pozisyonları elimine ederek daha yalın bir yapı oluşturmaya başlamışlardır. Sıfır hiyerarşi de bu süreçte uygulanan küçülme metotlarından biridir.

Efil (2006), 1980' li yıllarda bu yönetsel metodun genellikle işçilere uygulandığını, son 10 yılda ise orta kademedeki yöneticilerin sayısının düşürüldüğünü ve hatta hiyerarşik basamağın ortadan kaldırıldığını savunmuştur. Bilgi teknolojilerinin hızla gelişmesi, değişen iletişim ve denetim fonksiyonları ile üst yönetimle operasyonel kademe arasındaki bağlantıyı meydana getiren orta kademe yöneticilerine duyulan ihtiyaç iyice azalmıştır. İyice elimine edilen orta kademe yöneticileri ile birlikte organizasyonun piramidi basıklaşmış ve hiyerarşik basamaklar da azalmıştır (Efil, 2006:389).

Piramidin basık olması, hiyerarşik yapıyı minimum düzeye çekmekle ilgili bir durumdur. Şöyle ki; genel müdür yardımcılığının kaldırılıp yalnızca genel müdürün olduğu ve genel müdürün iletişimi doğrudan bölüm başkanları ile kurduğu veya bölüm başkanlarının ortadan kaldırılıp genel müdür yardımcıları ile bölüm yöneticileri arasındaki iletişimin doğrudan kurulduğu bir örgüt modelinin piramidi basık olacaktır. Sıfır hiyerarşik denetimde orta kademe yöneticilerinin elimine edilmesiyle denetim görevleri çalışanlara verilir, yetki ve sorumluluklar çalışanlarca paylaşılır (Kanbur, 2008:399). Kariyer sağlamaktan ziyade yapılan işlerin kaynağında rol esası mevcuttur. Burada verilen rollerin en iyi şekilde yerine getirilmesi önemlidir. Ayrıca sıfır hiyerarşide kişilerin yaratıcılıklarını ortadan kaldıran iş tanımları, otorite baskısı, sıkı ast-üst ilişkisi yoktur, yürütmeye dair işler ekiplerce yapılmaktadır (Genç, 2004:184).

2.5.3. Dış kaynak kullanımı (Outsourcing)

Küreselleşme ile birlikte değişen ekonomik yaşam içerisinde rekabet son derece önemli bir unsur haline gelmiştir. Rekabet edebilirlik işletmelerdeki bilgi kullanımı, işleyişte uzmanlık derecesi ile var olabilmektedir. Son yıllarda işletmeler uzman olmadıkları konularda yapmaları gereken işleri yapmaktan kaçınmaktadırlar. Örgütün sahip olmadığı yetenek ve becerileri kullanması gereken işler için personel eğitmek, araç gereç satın almak yerine, yapılacak iş konusunda uzman olmuş olan kurumlara yaptırmak çok daha faydalı olmaktadır (Koçel, 2005:389).

İşte bu süreçte başvurulan küçülme yöntemlerinden biri de dış kaynak kullanımıdır (outsourcing). Kavram literatürde çok farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Dış kaynaklardan yararlanmayı “bir örgütte onun öz yetenekleri haricindeki hizmetleri ya

da üretimde kullandığı öğeleri kurum dışındaki başka bir firmadan satın almasına dönük bir strateji olarak tanımlamak mümkündür. Bir diğer tanıma göre ise; *“geleneksel olarak bir örgütün kendi personeli ile kaynakları tarafından yürütülmekte olan faaliyetlerin diğer örgütler vasıtasıyla yaptırılmasıdır”* (Kanbur, 2008:400). Ayrıca bu olayı daha önceden kendi kaynakları tarafından yönetilmekte olan bir işin; süreli olacak şekilde kontrata tabi tutulması ile gerekli durumlarda çalışanların transfer edilmesi suretiyle bir tedarikçi üzerine kaydırmak şeklinde de tanımlanması mümkündür (Quelin ve Duhamel, 2003:647).

Dış kaynaktan yararlanma ile işletme sahip olduğu ana yetenekleri haricinde yapmış olduğu işlerin bir bölümünü daha ucuz ve daha kaliteli yapabilme imkanına sahip diğer işletmelere aktaracaktır. Bu yolla işletmenin küçülmeye gidip ana işlerine odaklanması ve maliyetleri azaltması sağlanacaktır (Kocaoğlu, 2010). Örgüt, diğer örgütlerden girdi niteliğine sahip ürün ya da hizmet sağlayarak dış kaynak kullanımını gerçekleştirmektedir.

Firmalar dış kaynaklardan yararlanarak en başarılı oldukları temel işlere odaklanma imkanına sahip olurlar. Günümüz dünyasında dış kaynaklardan yararlanılarak maliyet açısından bir tasarruf elde edilerek tek boyutlu ilişkilerden firmanın çekirdek iş kollarını destekleyen çok boyutlu ilişkiye dönüşmektedir (Elmuti vd., 1998:20). Bu yöntem yaklaşık olarak 40 yıldır kullanılmaktadır (Tekinay, 2004). Birçok faaliyet ve kullanım alanını içeren bu yöntemin gün geçtikçe daha da önemli hale gelmesinin sebebi; karmaşık yapıya sahip ve hızlı bir döngüde olan piyasalarda uzman hizmet verebilmenin en hızlı yolu olmasıdır. Buna ilaveten daha az bir maliyet meydana getirmesi, işletmelere sağladığı esneklikten ötürü problemlerin minimuma indirmesi veya tamamen yok etmesine olanak sağlaması da önemli bir sebeptir. Yukarıda saydığımız bu özellikler aynı zamanda örgütsek küçülmenin de hedefleri arasında olduğundan küçülmede en çok başvurulan metotlardan biri olmuştur.

Aşağıda maddeler halinde dış kaynaktan yararlanmanın özellikleri verilmiştir (Kanbur, 2008:400):

- Dış kaynaklardan yararlanmanın en önemli niteliği örgütlerin öz yeteneklerine odaklanmasıdır. Böylece örgütlerin öz yetenekleri dışında kalan işleri veya faaliyetler Dış kaynaklardan yararlanma kapsamında alınmaktadır.

- Dış kaynaklardan yararlanmayı uygulayan işletmeler, farklı yerlerde veya farklı iş kollarında faaliyet sürdürürler.
- Dış kaynaklardan yararlanma, ilgili işletmeler arasında stratejik ve süreklilik taşıyan bir işbirliği çerçevesinde gerçekleşmektedir.
- Örgütün dış kaynaklardan yararlanma çerçevesinde başka işletmelerle yaptırmayı planladığı işler veya faaliyetler mevcut personeli ve kaynakları ile sürdürülmektedir.
- Dış kaynaklardan yararlanma gerçekte bir tür ortaklık olmaktadır ama aynı zamanda hukuki anlamda bir ortaklık da sayılmamaktadır.
- Günümüzde dış kaynaktan yararlanma sıklıkla bilgi-işlem, temizlik, kurye, danışmanlık, insan kaynakları vb. gibi birçok alanda kullanılmaktadır.

2.5.4. İşgücünün azaltılması veya işten çıkarma

Genel itibariyle örgütsel küçülme, daha çok iş görenlerin işten uzaklaştırılmalarına neden olmaktadır. Piyasadan çekilen, ürün/hizmet çeşitliliğini azaltan, değişimler karşısında yeniden yapılanmaya ve süreç yenileyerek bazı proseslerini durduran ve finansal darboğaz içinde bulunan işletmeler iş gören maliyetlerini de dikkate alarak işçi/çalışan çıkarma metodunu uygulamaktadırlar (Göksel, 2001:70).

Küçülmenin en ayırt edici methodu ve en önemli methodlarından birisi çalışan sayısının düşürülmesidir. Örgütler içerisinde çalışan ya da işgören çıkarımı ile alakalı birçok strateji mevcuttur. Bu stratejiler ise genellikle transferler, başka bir yere yerleştirme, toplu bir şekilde işten çıkarma, emeklilik vb. gibi uygulamalar şeklindedir. İşgörenlerin işten çıkarılması tüm bölümler için geçerli olmayabilir. Yani bir bölümde işgörenler işten çıkarılırken diğer bölümdeki işgörenler işe devam edebilirler. Örnek vermek gerekirse; bir işletmede pazarlama bölümünde işgörenler işten çıkarılırken, üretim bölümündekilere dokunulmaması (Türkmüt, 2010:12).

Örgütsel küçülmede en sık başvurulan yöntem olan işten çıkarmalar sonucunda iş yükünün artması gibi bir durum söz konusu olabilmektedir. Bu durum bazı durumlarda personel sayısının önemli derecede düşürülmesi, bazı durumlarda da işletme için çok önemli pozisyonda çalışan nitelikli elemanın işten çıkarılması sonucu kendini gösterebilmektedir. Bundan dolayı bu strateji uygulanırken sadece çalışan sayısı düşürülmemeli, aynı zamanda yapılan işler de azaltılmalıdır. Bu strateji

fonksiyonları, hiyerarşik seviyeri, birimleri, bölümleriveya ürünleri elimine etmek, departmanları birleştirmek, merkezileştirmek ya da çalışma saatlerini yeniden düzenlemek, azaltmak veya esnekleştirmek biçiminde görülebilmektedir (Öztürk ve Tengilimoğlu, 2006:37). Örgütsel küçülmede sıkça kullanılan bir method olan işten çıkarma genellikle iki şekilde uygulanmaktadır.

a) Geçici süreyle çıkarma

Bu yöntem kısa dönemi kapsamaktadır. Kademeli bir şekilde de geçici olarak işten çıkarma yapılabilmektedir. Bu yöntem uygulanırken çalışanlara ücretli, ücretsiz ya da ücretlerinin bir bölümü verilerek izin kullandırılmaktadır. Geçici olarak ara vermelerde üretime rastlanılmaktadır. Üretim başladığında kullanılacak kapasite ölçüsünde çıkarılan çalışanların yeniden işe alınması mümkün olacaktır (Akçe, 2005:97).

b) Süresiz çıkarma

Firmalarda uzun dönemi kapsayan değişimler neticesinde gerçekleşen süresiz çıkarma kıdemli işten çıkarmalar, emeklilik ya da erken emeklilik şeklinde gerçekleşmektedir. Bu yöntem sıfır hiyerarşi ve yönetsel kademe azaltma uygulamalarından farklı olarak bütün örgüt kademelerinde uygulanabilmektedir (Cameron vd., 1991:62). Oysa sözünü ettiğimiz iki küçülme yöntemi daha çok orta ve üst kademe yöneticileri etkilemektedir. Eğer bir işletme faaliyet yaptığı bir alan ya da pazardan daimi bir şekilde ayrılırsa, ürün ya da hizmet çeşitliliğini azaltırsa ya da iflas ederse süresiz işten çıkarma yöntemine başvuracaktır. Diğer yandan üretim ya da üretimin belli bir bölümünü sürekli olacak şekilde dondurma sonrası da bu strateji işletmelerce uygulanır. Geçici işten çıkarmaya nazaran daha negatif bir yöntemdir. Çünkü eğitilmiş çalışanların süresiz bir şekilde işletmeden ayrı olması işletme açısından daha tehlikelidir (Akçe, 2005:97).

2.6.5. Üretimi durdurma

Diğer küçülme metotları ile kıyaslandığında örgütün en zor vereceği karar olduğunu söyleyebiliriz. Bu metot örgütün ağır finansal kaygılar taşıdığı durumlarda ve kriz dönemlerinde kullanılır. Bir küçülme metodu olarak üretimi durdurmanın da iki şekilde gerçekleşebildiğinden söz edilmektedir. Bunlar kısaca aşağıda kısaca özetlenmiştir.

a) Geçici süreyle durdurma

Üretimin geçici süreyle durdurulmasının sebepleri arasında, mevsimsel dalgalanmalar, stoklarda birikim, ekonomik krizler ve geçici pazar kayıpları sayılabilir. Örgütlerin bu gibi durumlarla karşılaşması sonucu üretimlerini durdurmalarının yanında geçici süreyle işçi çıkarma yoluna da gitmektedirler (Göksel, 2001:71; Akçe, 2005:98).

b) Süresiz durdurma

Üç yatay şekil örgütsel küçülme içerisinde mevcuttur. Bunlar üretimin bir bölümünü bütünüyle durdurma işlemidir. Pazardan çekilme, üretilen ürün sayısının azaltılması, üretimin bir bölümünden çekilme, bu duruma örnek olarak verilebilir. Örgütsel küçülmede mevcut iki dikey form, ağırlıklı bir şekilde üretimin belirli aşamasından veya üretimden sonra meydana gelen dağıtım birimlerinden çekilmeyi ifade etmektedir. Üretimin merkezi hale getirilmesi ve uzmanlaşmanın artması, tedarikçi ilişkilerinin değiştirilmesi ve yönetsel sorumlulukların tek bir çatıda toplanılması harcamanın azaltılması taktiklerine örnek olarak verilebilir. Artık ihtiyaç duyulmayan üretim birimlerinin kapatılması üretim süreçlerinin yeniden tanımlanmasını gerektirmektedir. Eğer üretim daimi bir şekilde durdurulursa daimi işgören işten çıkarılacaktır (Göksel, 2001:72).

2.5.6. Küçülerek büyüme

Zaman içerisinde meydana gelen olumsuz durumlar neticesinde örgütler birtakım kararlar alarak çalışanların sayısını, maliyetleri, işleri ve süreçleri azaltma yoluna başvurabilir. Bir işletmede işgören sayısı ne kadar fazla olursa yönetsel kadroda o oranda artacaktır ve bu durum neticesinde de hiyerarşik olarak bir tabakalaşma olacak ve bürokrasi kurumsal anlamda hantallaşacaktır. Böyle bir durum neticesinde de asıl kurumsal ihtiyaçlar ikinci planda kalacaktır. Buradaki bürokratik anlamda aşırı yığılma ve hantallaşma neticesinde küçülerek büyümeyi uygulama oldukça yararlı bir yöntem olacaktır.

Günümüzde örgütler güçlenmek ve diğer örgütlerle rekabet edebilmek için yeni stratejiler geliştirmektedirler. Büyük şirketlerin işlevselliğini kaybetmiş, genişlemiş ve hızlı karar alma kabiliyetlerini belli ölçüde kaybetmiş olduklarına dair önemli ibareler mevcuttur. Büyük şirketlerin karlılık durumlarının reelde azalan bir eğilim

gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Büyük çaptaki şirketlerin yapıları genel itibariyle dik bir piramit şeklinde olmakta, yönetsel kademeler artmakta ve karar verme mekanizmaları zorlaşmaktadır. Bir şirketin gelişmesi doğru kararların alınması kadar bu kararların alınmasındaki ve uygulanmasındaki hız da önemlidir. İşletmenin bu hızı yakalayabilmesi için girişimci, dinamik, çevik ve hareket yeteneğinin yüksek olması gereklidir. Bu noktada küçülerek büyüme stratejisi işletmelerin faaliyetleri ile etkinliklerini düzenleyen bir stratejidir. Küçülerek büyümede örgüt her ne dar fiziksel ve örgütsel olarak küçülse de nitel olarak büyür (Kocaoğlu, 2010).

Örgütlerde zamanla insan ve fiziksel ihtiyaçlarında artış ve yığılma olduğu gözlenmiştir. Bu durumun oluşmasına, yani örgütlerin ihtiyaçtan fazla personel buldurmasına neden olan faktörler ise; teknolojiye yaşanan gelişmeler, kaynakların iyi kullanılamaması, Pazar koşullarında yaşanan değişimler, artan talebe hızlı bir biçimde yanıt verme isteği vb. gibidir. Burada örgütler daha gevşek hale gelir. Küçülerek büyümede elde mevcut atıl ve gevşek kaynaklar maliyet öğeleri de göz önünde bulundurularak gerçekçi olacak şekilde kullanıma yöneltilir (Akçe, 2005:98; Göksel, 2001:72-73).

2.6. Örgütsel Küçülmenin Etkileri

Küçülme yaklaşımı günümüz dünyasında örgütlerin oluşan yeni şartlara ve yaratıcı rekabete ulaşabilmeleri için bir zorunluluk halini almıştır. Yadsınamayan birçok faydasına karşın küçülme uygulamalarında öngörülmesi mümkün olmayan problemler de mevcuttur. Eğer örgüt arzu ettiği başarıya ulaşacaksa kaliteli işgücü oluşturmak zorundadır (Ryan, 1989:40).

Eğer küçülme uygulaması plansız bir biçimde yapılırsa iş görenler üzerinde olumsuz birçok etki meydana getirmektedir. Yapılan küçülme sonrasında iş görenler örgüte ve onun adalet anlayışına karşı olumsuz tavır takınacaklar ve örgüte bağlılıkları azalacaktır (Saylı, 2003:31). Küçülme süreci kapsamına alınmayan iş görenin örgüte karşı tutumu negatif olacaktır. Bu durumlardan ötürü iş görenin kesinlikle küçülme sürecinde duygu ve düşünceleri dikkate alınmalı, bu sürecin iş göreni fazla etkilememesi için yönetimce onlara destek hizmetleri sağlanmalıdır. Örgütsel küçülme uygulamasının işletmeler açısından çeşitli olumlu ve olumsuz etkilerinden söz edilmektedir.

2.6.1. Örgütsel küçülmenin olumlu etkileri

İşletmelerde uygulanan küçülme stratejisi sonrasında hiyerarşik anlamda mevki ve basamaklar azalır, örgütün sahip olduğu piramit daha basık hale gelir ve yöneticilerin denetim alanı genişler. Bu şekilde daha hızlı kararlar alınır. Netice itibariyle de daha sade ve esnek bir örgüt oluşturulur ve bürokrasi azaltılır. Bu durumda da daha sade ve basit, müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılamada daha hızlı ve duyarlı, verimlilik ve kalitedeki artışı sağlama potansiyeli daha yüksek bir örgüt modeli ortaya çıkar. (Koçel, 2001:351).

Örgütsel küçülmede maliyetler azalacak, rekabet edilebilirlik seviyesi artacak, sermaye birikimi de aynı şekilde yükseleceği için her daim pozitif anlamda tepkiler almaktadır. Hissedarlar ve analistler tarafından örgütsel küçülme sonucunda cazip finansal neticelerin doğacağı düşünülmektedir (Atwood vd., 1995). Örgütsel küçülmenin maliyeti düşürme ve örgütsel başarıyı artırma açısından iki tür olumlu etkisi söz konusudur. Bu etkilerden birincisi; insan kaynakları ile ilgili olan olumlu sonuçlar diğeri ise şirket veya organizasyon ile ilgili olumlu sonuçlardır.

Örgütsel küçülmenin insan kaynakları ile ilgili olumlu sonuçları: Çalışanlar arasında rekabetçiliğin gelişmesi, çalışanların kabiliyetlerinin etkin bir biçimde kullanılması, kariyer gelişimi açısından yaratılan imkanlar, örgütsel manada küçülmenin olumlu sonuçlarına örnektir (Appelbaum vd., 1999:437).

Örgütsel küçülmenin organizasyon ve işletme ile ilgili olumlu sonuçları: Örgütsel küçülme sonrasında organizasyonlar dikey özelliğini yitirerek yatay bir yapılanmaya sahip olmaktadır. Bu şekilde de bireylerarası ilişkiler gelişim göstermekte, koordinasyon kolaylaşmakta, iletişim çok daha etkin hale gelmektedir.

Küçülmenin organizasyonlara faydası oldukça büyüktür. Küçülme neticesinde organizasyonun performansı daha iyi hale gelir, daha hızlı kararlar alınır, daha esnek bir yapı oluşturulur, iletişimdeki aksaklıklar azalır. Tüm bunlara ilave olarak küçülmeyle birlikte organizasyonda, sonuca yönelik olacak şekilde çalışma disiplini sağlanır, personel güçlendirme hızlanır, yeni fikirleri daha kısa zamanda değerlendirilir ve uygulanır, sinerji yükselir, bireysel sorumlulukların izlenmesi daha basit hale gelir ve bürokrasi azalır.

Küçülmenin pozitif manadaki etkileri şu şekildedir (Öztürk, 2007:52):

- ❖ Maliyetlerin azalır.
- ❖ Optimum yapıya ulaşılır.
- ❖ İşler daha hızlı yapılır ve bununla birlikte etkinlik ve verimlilik yükselir.
- ❖ Rekabet kapasitenin artar.
- ❖ Kademelerin azalır.
- ❖ İletişim artar.
- ❖ Finansal performans daha iyi hale gelir.
- ❖ Müşteri beklentilerine daha duyarlı yaklaşılır.
- ❖ Karar alma süreci daha basit hale gelir.

Küçülmede yalnızca örgüt yapısının sadeleştirilmesi söz konusu değildir. Küçülmede örgüt yapısının sadeleştirilmesine ek olarak işletmenin faaliyetleri yeniden gözden geçirilerek ana faaliyetleri dışında kalan diğer faaliyetler ve bunlara dayalı bölümler kapatılır. Bu yüzden küçülmenin işletmelerin verimliliği ve esnekliğine etkisi çok büyüktür (Dinçer, 2004:225).

2.6.2. Örgütsel küçülmenin olumsuz etkileri

Küçülmeyle birlikte organizasyonlar sadece fiziksel açıdan etkilenmez, aynı zamanda organizasyondaki çalışanların moral, motivasyon ve gelecek endişeleri de küçülmeden etkilenir. Yani küçülme çalışanları psikolojik anlamda etkilemektedir (Gümüştekin, 2004:252). Bazı çalışanlar küçülmeye bağlı olarak işten çıkarıldıklarında tepkisiz kalıp soğukkanlı bir şekilde olaya yaklaşırken, bazıları ise daha duygusal tepkiler vermektedir. Yine bazıları üzülürken bazıları ise bu duruma öfkeyle yanaşabilmektedir. Fakat genellikle çalışanlar için küçülme negatif etkiler ve stres meydana getirmektedir. Bu manada özellikle de 40 yaşın üstünde çalışanlar için kariyerinde geriye gitmek oldukça zor bir durumdur. Burada söz konusu olan kişinin sadece yukarı yönlü kariyer adımlarının durdurulması değil; kişinin kendine olan saygısının kaybetmesi durumu da önemlidir. Çalışanların burada düşündükleri şey organizasyonlarda ciddi ekonomik sıkıntıdan ziyade kendilerinin kurban edildiğidir (Buren, 1996:50).

Küçülmeden sonra hiyerarşik anlamda karmaşıklıklar yaşanmakta ve çalışanların davranışlarını kontrol eden yöneticilerin sayısı azalmaktadır. Bu gibi dönemlerde ise güven ve yetkilendirme işletmedeki asli fonksiyonlara düşmektedir. Buna ek olarak küçülmenin uygulandığı dönemlerde yönetim ile çalışanlar arasında güven iyice zayıflar.

Bu durumun sebeplerini ise küçülmeden sonra geride kalan çalışanların yönetimin dürüstlüğüne dair güven duymaması, yönetim tarafından onların ihtiyaçlarının önemsenmediğinin düşünülmesi, işletmenin güvenilirmez olduğunun düşünülmesi gibi açıklayabiliriz. Buna ilaveten çalışanlar yetkilerini kullanıp kullanmamakta kararsızlık yaşamaya başlarlar. Çalışanları buna iten sebep ise; işletmede kendilerini geçici görmeye başlamaları ve yaptıkları işleri anlamsız bulmalarıdır. Bu durum neticesinde ise çalışanlar yaptıkları işin gerektirdiği riskleri almaktan kaçınırlar ve işten çıkarılan işçilerin de işlerini üstlendikleri için kontrolü kaybederler. Yani onlar, tüm bu nedenlerden dolayı bir sonraki dönemde işten çıkarılacak kişilerin kendileri olacağından korkarlar (Mishra vd, 1998).

Organizasyonların yönetim şekli, uzun dönem çerçevesinde küçülmeden ciddi manada etkilenmektedir. Küçülen organizasyonlarda ekonomik ve psikolojik boyutta birçok problemle karşı karşıya kalınabilir. Yapılan bir araştırma neticesinde küçülmeden ötürü yöneticilerin % 51'i işini kaybettiği saptanmıştır. Yine bu araştırmaya göre işini kaybeden yöneticilerin % 10'u işteki yetersizliklerinden, % 24'ü işten çıkarma neticesinde işlerini kaybettikleri belirtilmiştir. Ancak küresel rekabet pazarında küçülmenin zorunlu olduğu belirtilmiştir. Eğer bir işletme ayakta kalmak istiyorsa, küçülmeyi mutlak suretle her daim gündeminde tutmalıdır. Netice itibariyle organizasyonlar, maliyetlerinde etkinlik ve işlerinde yeterlilik ile çalışmak zorundadırlar (Lee, 1997:879).

Yapılan çeşitli araştırmalar, bazı küçülmelerin örgütsel faaliyetler içerisindeki etkinliğini arttırdığını belirlerken, bazıları ise küçülmenin işletme için olumsuz etkilere sebep olduğunu savunmuştur. Bütün örgütlerde küçülme tam manasıyla örgütleri hedeflerine ulaştıramamaktadır (Huber ve Glick, 1993).

Yapılan bir araştırma küçülmenin, küçülme öncesine göre işletmenin performansını önemli ölçüde arttırdığını ortaya koymuştur (Espahbodi, 2000:108). Öte yanda bazı küçülme deneyimlerinin işletme açısından beklenen ekonomik faydaları gerçekleştirmediğinin ve bununla birlikte orta ve uzun vadede beklenen örgütsel manada iyileşmeleri sağlayamadığı görülmüştür (Cascio, 1993:96). Yine birçok küçülme deneyiminde yalnızca işgücünde bir küçülme söz konusu olmuş, örgütsel manada yeniden yapılanma sağlanamamıştır. Bundan dolayı sağlanan tasarruflar genellikle kısa vadeli olmuştur. Amerika'da 1991'de yapılan bir araştırma neticesinde küçülmenin amaçları ile küçülen işletmelerin bunları gerçekleştirme oranı verilmiştir. Küçülme, maliyet açısından bir tasarruf sağlamak için yapılan bir faaliyet olmasına karşın örgüte bazı maliyetler de yüklemektedir. Bu maliyetler ise; kıdem ve ihbar tazminatı, yeniden yerleştirmeye dair destek danışmanlığı masrafları, azalan verimlilik, işsizlik sigortası primleri vb. gibidir (Arslan, 2003:23).

Wall Street Journal'ın (1991) yaptığı bir araştırma, küçülme faaliyetleri uygulayan firmaların yalnızca % 12'sinin Pazar payını yükselttiğini, % 9'unun ürün kalitesini arttırdığını, % 7'sinin ise buluşlarını arttırdığını gözler önüne sermiştir. Bu araştırma bizlere örgütsel küçülmeyi uygulayan işletmelerin hepsinin istediği neticeleri almadığını göstermektedir. Bu şekildeki başarısızlığın altında birçok faktör vardır. Örneğin; Verimlilik paradoksu olarak adlandırılan durumu Koonce (1991), bir çok organizasyonun verimliliği yükseltmek amacıyla dikkatli bir planlama yapsa dahi küçülmeye dair yaptığı uygulamalarda başarıyı sağlayamadıkları ile betimlemiştir. Bu noktada asıl önem arz eden şey ise; insan unsurunun gereği kadar göz önünde bulundurulmaması, yeni uygulama ile alakalı hedeflerin yeterli ölçüde açık olmaması, işçilere çok az seviyede bilgi aktarılmasıdır. Cameron ve diğerleri (1991) örgütsel küçülmelerdeki başarısızlığı incelemişler; bu durumu iki faktörle bağdaştırmışlardır;

1. Örgütsel küçülmenin yeterli ölçüde planlanmaması, yönetilememesi ve tamamlanamamasıdır.

2. Küçülme işten kalanların güvenini kırmış ve çalışanlar arasında küskünlük yaratmıştır.

Öte yandan sermaye piyasalarının ilk olarak küçülmeye tepkisi pozitif olsa da akademik çalışmalar neticesinde örgütsel küçülme çabalarının çok azının örgütsel amaçlara ulaşmada başarıyı sağladığı gözler önüne serilmiştir (American Management Association 1994). Bu şekilde de küçülme faaliyetleri neticesinde firmaların hisse senedi fiyatları uzun dönemde ilk olarak yükselme, sonrasında ise düşme şeklinde ortaya çıkmıştır (Laabs 1999). Bu hususta yapılmış olan diğer çalışmalar neticesinde ise küçülmenin her daim işletmelerin karlılığı ve üretkenliğini arttırmadığı ortaya konulmuştur. Burke'un (1998) araştırmalarından elde ettiği sonuçlara göre küçülme, işletmenin finansal ve performans hedeflerine ulaşmada daha çok başarısızlığa neden olmaktadır. Son yıllarda birçok ülkede kriz yaşanmıştır. Bu krizler neticesinde ise küçülme ve ayrıştırma zorunlu hale gelmiştir. Dünya üzerindeki çoğu ülkenin ekonomisinin yılda % 2 ya da % 3 oranında büyüyeceği öngörülürken, işgücünde sadece % 1'lik bir büyüme söz konusu olmuştur. Küçülmenin sonucunda iş doyumsuzluğu gün geçtikçe yükselmektedir, vasıflı ve tecrübeli işgücü açığı ile karşılaşmaktadır (Jamrog, 2004). Wright ve Berling tarafından 1998' de Kanada'daki işletmeler üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda küçülme ile birlikte sadece işten ayrılanlar ya da devam edenler değil aynı zamanda yöneticiler de psikolojik olarak olumsuz etkilenmişlerdir (Şenturan, 2005:4).

Cascio (1993)' ya göre küçülme örgütsel manada maliyetli bir iştir. Bu maliyetler işletmeler açısından olumsuz neticelere neden olan görünür ya da görünmez yollar ile ortaya çıkmaktadır. Cascio çalışmasını 1998 yılında bitirmiştir. Bu çalışmasında işletmeleri 12 yıllık bir dönemde toplam kar marjı, toplam kaynakların varlığı, küçülmeden 2 yıl önce, küçülme yılında ve küçülme sonrasındaki 9 yıl boyunca Fortune Dergisinde yer alan performans sıralamasında 100 işletme arasındaki durumları çerçevesinden değerlendirmiştir (DeMause vd, 2004). Bu işletmeler, daha önce hiç küçülme uygulaması yapmamış olan işletmeler ile kıyaslandığında; küçülme yılından sonra birkaç yıl içindeki performansları düşük olmuş, sonrasında ise diğer işletmelerin seviyesine çıkabilmişlerdir.

Yapılan araştırmalar küçülmenin dört önemli negatif etkisi olduğunu gözler önüne sermiştir. İlk etki psikolojik nitelikte olan işini kaybetme korkusudur. Küçülme çerçevesinde yapılan işten çıkarmalar neticesinde örgütte kalanlar da negatif manada

etkilenmektedir. İlk etapta küçülme mali anlamda tasarruflar sağlayabilmektedir; fakat küçülme bazı örgütsel anlamda değişiklikler ile birlikte olmazsa, uzun dönem açısından başarısız olacaktır. Örgütlerde küçülmeyle başarı sağlamak oldukça zor ve zahmetli bir süreçtir. Çünkü küçülme ile birlikte yapılan işten çıkarmalar devam etmese dahi, mevcut çalışanların yönetime olan güvensizliği ve işlerini kaybetme korkusu motivasyonu olumsuz manada etkileyecektir.

İkinci etki ise küçülmeyle birlikte işten çıkarılanların işini mevcut işçilerin almasıyla artan iş yükü etkisidir. Bu durumda stres ve endişe artacaktır. Çalışanlar bu durumda daha az zamanda daha fazla iş yapmış olacaktır. Netice itibariyle de iş tatmini ve motivasyonu düşmekte, çalışanların tamamında memnuniyetsizlik oluşmaktadır.

Üçüncü etki örgüte yansımaktadır. İşçi ve yönetim arasında güvensizlik oluşmakta, işçiler arasındaki sosyal ilişkiler zayıflamakta ve işletme günden güne kötüye gitmektedir. Çünkü küçülmeyle birlikte birçok mesai arkadaşı işten çıkarılmıştır ve bu durum ise onların büyük bir panik yaşamasına ve huzursuz olmasına neden olmaktadır. Bu durumda örgütün çalışanları arasında kişisel çatışmalar, fikir çatışmaları, motivasyon eksikliği yaşanmaktadır. Kararlara katılım ciddi manada düşmektedir.

Dördüncü etki ise işletmelerin yönetim düzeylerini arttırdıkça, birçok iletişim bağlantısını yok etmektedir. Halbu ki küçülmede iletişimi iyileştirmek son derece önemlidir. İşlerin yapılış üslubunda herhangi bir değişiklik yapılmaksızın uygulanan kademe azaltma neticesinde eşit miktardaki iş, küçülmeden sonra örgütten atılmayan personele geçecektir. Bu şekilde kaçınılmaz olarak verimlilik ile kalite azalacaktır (Mabert ve Schmenner, 1997).

2.7. Dünyada Örgütsel Küçülme Uygulamaları

Örgütsel küçülme, 1980 ve 1990'larda başta Amerikan işletme yöneticilerinin ve daha sonrada Dünyadaki birçok örgüt yöneticisinin ve yönetim kuramcılarının üzerinde durduğu önemli konulardan biri olmuştur. Küçülme ve en çok kullanılan stratejisi olan işgücü azaltma (işten atma) on yıllardan beri hem ulusal hem de çok uluslu şirketler tarafından sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır ve bu trend hala devam etmektedir. Örgütsel küçülme ABD, Güney Kore, Yeni Zelanda, Türkiye, Kanada, Japonya ve Avustralya gibi ülkelerde hemen hemen her kriz döneminde ve başka nedenlerden dolayı sıklıkla başvurulan bir yönetim stratejisi olmuştur.

ABD Çalışma Bakanlığının istatistiklerine göre 1981-1996 yılları arasında yaklaşık olarak 11 milyon çalışan şirket birleşmeleri, satın almalar ve/veya iş yerlerinin kapanması dolayısıyla işini kaybetmiştir (Ryan ve Macky, 1998:29). Yine 1987 ve 1991 yılları arasında da 5.6 milyon kişi kalıcı olarak işini kaybetmiştir. Buch(1992) belirttiği üzere ABD menşeli Fortune 500 şirketlerinden % 85'i 1989-1994 yılları arasında küçülmeye gitmiştir (Cameron, 1994:190). 1980 yılından itibaren ABD'deki işletmelerin işçi çıkararak küçülme yöntemine başvurması sonucu 43 milyondan fazla kişi işinden olmuştur ki bu oran, ABD'deki ailelerin neredeyse dörtte üçüne tekabül etmektedir.

Yukarıda da değindiğimiz gibi günümüz işçi çıkarma anlayışı ile eski anlayış artık birbirinden farklıdır. Eskiden işçi çıkarmalar sadece kriz dönemleriyle sınırlı ve genelde geçici iken günümüzde ise sürekli ve olağan dönemlerde de şirketler verimliliklerini ve performanslarını arttırmak için küçülmeye gitmektedirler. Geçmişte küçülme mavi yakalıları etkilerken, 1980'lerin sonlarından itibaren beyaz yakalıları ve orta kademe yöneticilerini de etkilemeye başlamıştır. Örneğin, ABD'de 1989 yılından bu yana % 77 oranında beyaz yakalı işini kaybetmiştir (Anfuso, 1996:66). Günümüzde ise bu durum daha da artarak devam etmektedir.

Birçok Amerikan şirketi 1990 ve 1995 yılları arasında yeniden yapılanarak küçülmeye gitmişlerdir. Bu firmalar arasında Eastman Kodak, General Motors, IBM, Philip Morris, Proctor & Gamble, Sears ve Roebuck yer almaktadır. IBM işgücünün % 7'sine denk gelen 30000 çalışanını , ITT, 100000 çalışanını (personel sayısının % 44'ü), AT&T 32000 çalışanını (çalışan sayısının % 10'u), Kodak 14000 kişiyi (işgücünün % 10'u), Sears 50000 çalışanını (% 12 si) işten çıkarmıştır (Cameron vd., 1993:22). Colgate-Palmolive Şirketi de örgütsel küçülme stratejisini uygulayan şirketlerden biridir. Şirket, küçülme yönetimine başvurarak maliyetlerde tasarrufa giderek etkinliğini ve küresel rekabet gücünü arttırmayı hedeflemiştir (Akçe, 2005:55). 11 Eylül'de ABD'de yaşanan teörist saldırıların ardından ekonomik yönden problem yaşamaya başlayan ABD'li havayolu şirketleri yaşadıkları bur krizi aşabilmek için yirmi altı binden fazla çalışanını işten çıkarma kararı almıştır. Bu şirketlerden US Airways onbir bin kişi, America West American Trans Air 1500 kişi, Continental Airlines personelinin beşte biri olan 12 bin çalışanını, Air Transport Association grubu 100 kişiyi ve Holdings Corp ise 2 bin kişiyi işten çıkarma kararı

almıştır. Yine 2001 yılında dünyanın en büyük uçak üreticisi olan Boeing, ticari uçak üretim bölümünden 20-30 bin arası çalışanını işten çıkarmıştır (Dalyan, 2013:56).

Küçülme uygulamaları ve bunun neticesinde işten çıkarmalar sadece ABD’de meydana gelmemiştir. Ayrıca Avrupa ve Asya kıtasında bulunan ülkelerde de işten çıkarmalar birçok çalışanın ve ailenin hayatını etkilemiştir. Mesela İngiltere’de BT, BP ve Rolls Royce gibi birçok büyük şirket bünyesinde bulunan çalışanlarının bir kısmını işten çıkarmıştır. 1991-1995 yılları arasında British Telecommunications (BT) çalışanlarının % 37,3’nü, British Petroleum (BP) işgücünün % 43,6’sını ve Rolls Royce ise % 34’nü işten çıkarmıştır (Sahdev ve Vinnicombe, 1998:1). Almanya’da örgütsel küçülmeden etkilenen ülkelerden biridir. Alman şirketleri maliyetleri düşürmek ve verimliliklerini arttırmak için örgütsel küçülmeyi tercih etmişlerdir. 1991-1996 yılları arasında değişik sektörlerde yaklaşık 980000 kişi işini kaybetmiştir. Bu süreçten sadece beyaz yakalılar değil aynı zamanda mavi yakalılar da etkilenmiştir (Bloch, 1999:289).

Örgütsel küçülmeden etkilenen diğer bir Avrupa ülkesi de İspanya’dır. 1989-1994 yılları arasında büyük şirketlerin yaklaşık % 50’si çalışan sayısında % 31 oranında bir indirime gitmiştir. 1998-2001 yılları arasında İspanyol basınında 354 küçülme duyurusu yer almıştır. İspanyanın en büyük bankalarından olan BSCH ve BS birleşme planlarına göre üç yıllık süreçte 4500 kişiyi işten çıkarmayı planlamışlardır. 1999 yılında BNP ve Paribas arasında birleşme görüşmeleri yapılmış ve görüşmelerde ilk üç yıllık süreçte her yıl 2000 kişinin emekli edilerek çalışan sayısında indirime gitmeyi planlamışlardır (Arslan, 2004:18). Ancak İspanya’da bütün şirketler küçülme uygulamalarında işçi çıkarma yoluna başvurmamışlardır. Resmi haberleşme şirketi Aranzadi işçi çıkarmak yerine mevcut çalışanlarını eğitime yoluna gitmiştir. Böylece çalışanların kaliteyi artırma ve riskleri önleme konusundaki farkındalıkları arttırılmıştır. Yeni işe alımlarda ise özellikle lisans ve/veya yüksek lisans öğrenimi görmüş ve üst düzey yetenekleri olan tercih edilmiştir (Simon vd., 1999:244-246).

Avustralya ve Yeni Zelanda’da 1997 yılında Littler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre 1993-1995 yılları arasında Avustralya’da şirketlerin % 57’si ve Yeni Zelanda’daki şirketlerin % 48’i küçülmeye gitmiştir. Örgütsel küçülmeyi bir strateji

olarak benimsemiş ve uygulamış olan Yeni Zelanda şirketlerinin % 34'ü 3 veya daha fazla, % 63'ü ise en az iki kez küçülme yoluna gitmişlerdir (Ryan ve Macky, 1998:29)

1990'ların sonlarından itibaren birçok Güney Kore firması örgütsel küçülme yoluna gitmiştir. Örgütlerin küçülmeyi tercih etmelerinde özellikle 1997 yılındaki finansal krizin etkisi büyüktür. Ocak 1997 ile Ekim 1998 arasında şirketlerin % 53'ü erken emeklilik ve/veya işten çıkarma yolu ile küçülmüştür (Yu ve Park, 2004:231). Güney Kore'de örgütsel küçülmeyi uygulayan firmalara en iyi örnek olarak Samsung Electronics gösterilebilir. Firma 1996 yılı ile 2002 yılı kıyaslandığında hem çalışan sayısında indirime gitmiş hem de satışlarını kar oranını arttırmıştır. 1996 yılında 60000 çalışanı olan firma 13 milyar dolarlık satış ve 1.2 milyar dolarlık bir kar elde etmiştir. 2002 yılında ise 45000 çalışan ile 34 milyar dolar satış ve 6 milyar dolarlık bir kar marjına ulaşmıştır (Cascio vd, 1997:135). 2016 yılında yaklaşık bankacılık, sigorta ve güvenlik sektöründe 5000 kişi işini kaybetmiştir. İşçi çıkarmaların büyük çoğunluğu finans, çelik, gemcilik ve havacılık sektöründedir. Bu sektörlerdeki küçülmeler işçi çıkarma, verimsiz birimlerini/şubelerini kapatma veya başka bir firmaya satma şeklinde gerçekleşmektedir.

İşçi çıkararak küçülmeye başvuran şirketler arasında hayat boyu istihdam politikası izleyen Japon firmaları da vardır. Japonya'nın en büyük telekomünikasyon şirketi NTT bu süreçte 45.000 işi elimine etmeyi planladığını duyurmuştur. Yine Nissan firması 7.000 iş görenini işten çıkarmayı planladığını bildirmiştir. Son dönemlerde görülen uygulamalardan biri de birleşen şirketlerde, birleşmelerinin hemen ardından küçülmeye gitmeleridir (Dahl ve Nesheim, 1998:82).

2.8. Türkiye'de Örgütsel Küçülme Uygulamaları

Türkiye 2001 yılında büyük bir ekonomik kriz yaşamıştır. Yaşanan bu krizin etkileri Türk ekonomisi ve Türk halkı açısından ağır olmuştur. Öyle ki bu süreçte birçok işyeri kapanmış ve yaklaşık 1.500.000 kişi işini kaybetmiştir. DİE tarafından yapılan bir araştırmaya göre krizin yaşandığı bu süreçte 1 milyon 366 bin olan işsiz nüfus 2 milyon 355 bine yaklaşmış ve bunlardan 507.000'ini – % 21.7'sine denk düşer-yeni işten çıkarılanlar olmuştur. DİE'nin verilerini incelediğimizde 2002 yılının ikinci çeyreğinde otomotiv sektörü işçi çıkaran sektörlerin başında gelmektedir

(% 9.1). İstanbul Sanayi Odası'nın gerçekleştirdiği bir başka araştırmaya göre Türkiye'nin en büyük 500 sanayi kuruluşunda işgören sayısı 2001 yılında bir sene öncesine göre % 5.7 azalmıştır. Yine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın açıkladığı verilere göre 2001 yılında yaşanan kriz sonrası en çok işçi çıkarmaların yaşandığı ilk üç sektör şöyle sıralanmıştır (Dalay, 2013:58):

1-İnşaat sektörü : 288.348 kişi,

2-Ticaret ve büro işleri : 269.530 kişi,

3- Tekstil sektörü: 135.767 kişi

Yine kriz sonrası özel sektörde işten çıkarmalar ve bunun sonucunda küçülme yaşandığı gibi kamu bankaları da bu süreçten etkilenmiş ve küçülmüşlerdir. Banka çalışanlarının başka kurumlara nakilleri gerçekleşmiştir. Kamu bankalarının (Ziraat Bankası, Halkbankası ve Vakıfbank) daha etkin ve verimli çalışmalarını sağlamak ve bu bankaları özelleştirmeye hazırlamak adına bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. 4603 sayılı kanun bu sürecin yasal alt yapısını oluşturmuştur. Bu kanuna göre kamu bankaları özel hukuk kuralları çerçevesinde yeniden düzenlenmiş ve buralarda çalışan bazı personelin istihdamında özel hukuk hükümleri uygulanmaya başlanmıştır. 4046 sayılı kanununun 22. maddesi uyarınca bu bankalarda çalışanların istemeleri halinde başka kamu kurumlarında çalışma hakkı tanınmıştır. Aynı kanununun 3. maddesi uyarınca Emekli Sandığı'na tabi olarak çalışanların statü kadrolarının boşalması durumunda baka hiçbir işleme gerek kalmadan iptal edilmesi kararlaştırılmıştır.

Aşağıda tabloda Türkiye'de küçülme stratejisi uygulayan bazı işletmeler ve personel sayısı bakımından küçülme oranları görülebilmektedir

Tablo 1. Türkiye’de Personel Sayısı Bakımından Küçülmeye Giden Şirketler

Firma (Yıl)	Çalışan Sayısında Azalma (%)	Firma (Yıl)	Çalışan Sayısında Azalma (%)
Arçelik	16	Hürriyet (95)	58
Vestel (92)	10	Hürriyet (97)	40
Bekoteknik (92)	15	Milliyet (95)	10
Bekoteknik (93)	23	Katronsan (97)	12
Bekoteknik (94)	17	Netaş (95)	11
Bekoteknik (95)	14	Oysaniğde çmn (95)	36
Eczacıilaçsn (93)	10	İstnbmotorpis (95)	36
Altınyıldız (93)	15	Sınmezpamuklu (95)	42
Tofaş (94)	21	Sınmezfilament (96)	42
Tofaş (95)	16	Turcaspet (97)	13
Tofaş (97)	15	Rakselktevalet (97)	23
Kordsa (94)	15	Egebira (97)	35
Demirdöküm (94)	14	Egeseramik (97)	62
Siemens (94)	20	Otakar (97)	72
Çukurova (95)	14	Güneybira (97)	28
Çukurovaelkt (97)	15	Metaş (97)	25
Maret (95)	46		

Kaynak: Recai Coşkun; Erhan Bilgili, “Stratejik Küçülmenin Türk İşletmelerinin Finansal Performanslarına Etkisi”, (9. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 24-26 Mayıs 2001, Silivri), Bildiriler, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, 2001, 523.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK ÖRGÜTLERİNDE KÜÇÜLME OLGUSU VE SAĞLIKTA HİZMET KALİTESİ

3.1 Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Açıdan Gelişimi

Çalışmamızda Türk sağlık sistemini önce iki ana dönem ve daha sonra bunların alt dönemleri olarak inceleyeceğiz: Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyet sonrası dönem. Cumhuriyet öncesi dönemi de İslamiyet'in kabulünden önceki süreçten başlatıp cumhuriyetin kurulmasına kadar olan dönemi kısaca özetleyeceğiz. Cumhuriyet ve sonrası dönemi ise dört alt dönem altında irdelemeye çalışacağız.

3.1.1. Cumhuriyet öncesi dönem sağlık hizmetleri sunumu

Her ne kadar İslamiyet öncesine dair yazılı kaynaklar konusunda kıtlık bulunsa da özellikle Oğuz Türklerinin sağlık konusunda devirdaşları arasında ileri seviyede oldukları, kısmi derecede de olsa cerrahlık yaptıkları belirtilmektedir¹⁰. Dini inanışları olan Şamanizm'de çeşitli hastalıkların kötü ruhlardan kaynaklandığını düşündüklerinden şamanlar tarafından hastalara psikoterapiler uygulandığı dahi bilinmektedir. İslamiyet sonrası dönemde önemli tıp adamlarını dünya literatürüne kazandıran Türk devletlerinde sağlık her zaman ön planda tutulmuştur. Biruni, İbn-i Sina, Ali bin Abbas, El-Razi gibi sayısız bilim adamı tarihte ilkleri başarmıştır. Örneğin Ali bin Abbas doğum olayının kasların kasılması ile gerçekleştiğini bularak Hipokrat'ın doğum tezini tarihin tozlu raflarına kaldırmıştır. Selçuklular döneminde sağlık hizmeti Vakıflar aracılığıyla devam ettirilmiş; merkezi yönetim tarafından imparatorluk sınırları içerisinde belli başlı merkezlere hastanelerinde içerisinde bulunduğu kompleksler inşa edilmiştir. Bu dönemde hekimlik faaliyetleri usta çırak ilişkisi şeklinde yürütülmekte, kurumsal olarak ise vakıflar eliyle icra edilmekteydi. Selçuklular döneminde bürokrasinin önemli makamlarından biri olan hekim başı tüm sağlık sisteminden ve darüşşifalardan sorumludur. Selçuklular döneminde oluşturulan ilk sağlık kuruluşu "Kayseri Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve SağlıkMedresesidir (1206). Aynı dönemde Anadolu'nun başka yerlerinde¹¹ de şifahaneler oluşturulmuştur (Terzioğlu 1992: 167; Muallim, 1938: 35-38; Beylik vd, 2015:184)).

¹⁰Biruni, El-Âsâr'il Bâkiye an'ilKurûni'iHâliye

¹¹ Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum

Osmanlılar, Selçuklular zamanında oluşturulan yapıyı hemen hemen hiçbir değişikliğe uğratmadan 19. yüzyılın ortalarına kadar sürdürmüşlerdir (Beylik vd, 2015:184). Tanzimat'tan önceki Osmanlı sağlık sisteminin İslami, doğulu ve klasik bir karakter taşıdığı söylenebilir (Tok, 2008:790). 13. Yüzyıl sonlarında Anadolu'da oldukça farklı ve zengin bir sağlık örgütlenmesinin olduğu görülmektedir. Birçok büyük şehirde Darüşşifa, Darüsıhha, Bimaristan, Maristan gibi vakıf hastanelerinin olduğu ve bunların halka sağlık hizmeti sundukları bilinmektedir. İmparatorluğa geçişle birlikte Fatih Sultan Mehmet Döneminde “ Hekimbaşılik” önemli bir kurum olmuş ve bu kurum Osmanlı'da 380 yıl varlığını devam ettirmiştir. Bu süreçte Osmanlı'da 46 hekimbaşı görev yapmıştır (Ayдын, 2004). Özet olarak diyebiliriz ki Osmanlı'da topluma sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler 19. yüzyılın sonlarına kadar devletin asli görevleri arasında sayılmadığından dönemin gelişmiş toplumlarıyla karşılaştırıldığında onların oldukça gerisinde kalmıştır. III. Selim dönemine kadar Osmanlı sağlık sistemi Selçukluların tekrarı niteliğindedir. Çeşitli isimlerle açılan sağlık kuruluşları ya devlet adamları ya da vakıflar tarafından sunulmuştur (Beylik, vd, 2015:184). Bunlar resmi kurumlar olarak değil sosyal yardım kuruluşları şeklinde örgütlenmişlerdir (Yavuz, 1988:123).

19. yy' ın ortalarından itibaren diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da Batı'ya eğilim söz konusu olmuştur. Bu şekilde, devlet eliyle uygulanmakta olan sağlık hizmetleri, ordu ile sarayın da dışına çıkmış; geniş kitlelere ulaştırılmıştır. 1849 yılında Hekimbaşı kurumu kapatılmış; kurumda çalışan yetkililer 1850'de kurulan Tıbbiye Nezareti' ne bırakılmıştır. 1862 yılında hekimlik uygulamaları ile alakalı bir nizamname yayınlanmış, hekim olabilmenin şartı tıp okullarından mezun olmaya bağlanmıştır. 1867 yılında İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi yayınlanmış,buradagenel idari yapıda sağlık örgütlenmesi de yer almıştır (Akyay, 1982). Yine bu tarihten sonra sağlık ve hekimlik ile ilgili birçok yasal nitelikte belgeler oluşturulmuş ve uygulanmaya başlanmıştır(Beylik vd, 2015:185). Osmanlı Devlet' inde 1854 yılında Sehremanti adıyla ilk belediye kurulmuştur(Eryılmaz, 2015:233; Ökmen ve Parlak, 2013:177). Bu belediyeler sonraları sağlıkta da hizmetler yapmışlardır. Akabinde 1861 yılında Belediye Sağlık Örgütü kurulmuştur. Günümüzdeki Sağlık Bakanlığı'nın temeli niteliğinde olan Cemiyeti Tıbbiye-i Mülkiye1869 yılında kurulmuştur. Bu kuruluşun görevi ise; Belediye sağlık

personelinin atama ve benzeri işlerini yapmak, yurtdışı eğitimi görendoktorlara Osmanlı Devlet’inde hekimlik yapmaya dair izin vermek ve eczane ruhsatı vermektir. Osmanlı’da belediyelerin halka sağlık hizmeti vermeye başlaması 7 Temmuz 1870’de “Tababet-i Belediye’nin İcrasına Dair Nizamname”nin yürürlüğe girmesiyle gerçekleşmiştir (Beylik vd, 2015:185).

Osmanlı Devlet’inde kamuda görevini icra etmekte olan hekimlerin büyük çoğunluğu ordu mensubuydu. Serbest çalışan hekimlerin birçoğu ise yabancı uyrukluydular. Bu sebepten ötürü ki Osmanlı Devlet’inde ilk olarak ihtiyacıkarşılacak kadar hekim yetiştirilmesi gerekli görülmekteydi. Bu amaç doğrultusunda ise askeri tıp okulu haricinde hekimlerin yetişeceği, sivil özellikte yeni bir tıp okuluna ihtiyaç duyulmuştur. 1827’de II. Mahmut Döneminde açılan Tıphanei Amire okulu Osmanlı Devlet’inde Batılı anlamdaki ilk modern tıp okuludur. Akabinde ise Cerrahhane kurulmuş, 1831’de bu iki okul yeniden düzenlenmiştir. Sonrasında ise Avrupada’ki gelişmeler takip edilerek tıp ve cerrah okulları tek bir çatı altında toplanmıştır. Bu okulların dilleri Fransızca idi, ancak 1866’da Osmanlıca’ya dönüştürülmüştür. Sağlık teşkilatları da diplomasız çalışan hekimlerin önüne geçilmesi ya da sınava tabi tutulmaları şeklinde denetlenmeye çalışılmıştır (Beylik vd, 2015:185). Sağlık teşkilatı II. Mahmut Dönemi’nde sağlık askerî ve sivil yapılar şeklinde ayrılmış ve sivil teşkilatın başına “Sıhhiye Nazırı” getirilmiştir (Aydın, 2004: 193). Netice itibariyle tüm bu çalışmalara rağmen sağlık hizmetleri, Cumhuriyet Dönemi’ne kadar arzu edilen ölçüde gelişim gösterememiştir.

3.1.2. Cumhuriyet ve sonrası dönem sağlık hizmetleri sunumu

Türkiye’de cumhuriyet ve sonrası sağlık hizmetlerinin gelişimini dört dönem altında incelemeye çalışacağız. Bu dönemler sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında birbirlerinden farklılık arz etmektedirler. Mesela 1920-1960 yıllarını kapsayan dönem sağlık hizmetlerinin kurumsallaşma dönemi olarak isimlendirilebilir. Çünkü bu dönemde sağlıkla ilgili yasal düzenlemeler yapılmış, kurumlar oluşturulmuş ve sağlık hizmetleri için gerekli olan bütün altyapı hizmetleri (finansman ve personel açısından) oluşturulmuştur (Bağırğan, 2007:27; Görmüş, 2013:117). 1960-1980 yılları arasındaki dönem ise sosyalleştirme dönemidir. Bu dönem aynı zamanda Türkiye’de planlamaya geçildiği dönem olduğu için planlı

dönem olarak da isimlendirilir. Bu yıllar arasında sağlık hizmetleri tüm yurda yayılmaya çalışılmıştır. 1980'den sonraki dönem ise sağlıkta neoliberal politikaların uygulandığı dönemdir. Bu dönemde sağlıkta piyasa temelli bir yaklaşım benimsenmiştir.

3.1.2.1. 1920-1937 arası dönem

Cumhuriyet dönemini 23 Nisan 1920 TBMM'nin kurulması ile başlatmak daha doğru olacaktır. Çünkü Türkiye Cumhuriyeti'nin temelleri bu dönemde atılmış ve sağlıkla ilgili kararlar alınmaya başlanmıştır. Cumhuriyet dönemi her açıdan farklı olduğu gibi özellikle eğitim ve sağlık açısından çok büyük gelişmelere sahne olmuştur. TBMM'nin kurulmasından çok kısa bir süre sonra (henüz on günlükken) 03 Mayıs 1920 tarihinde 3 numaralı kanun¹² ile Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekilliği (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurularak merkezi örgüt ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır (TBMM, 1997-1998). Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarında savaş vb. nedenlerden dolayı salgın hastalıkların yaygınlaşması, ülkede sağlık hizmeti sunacak kuruluş ve insan gücünün olmaması sağlık hizmetlerinde devletin öncü rol oynamasına neden olmuştur (Öztek, 2001:60-64).Dönemin şartları ağır, ekonomi harap, halk savaştan yılmış, yıllardır ihmal edilmiş Anadolu topraklarında yaşayanlar hastalıktıdır. Ahmet Haşim'in 1917 yılında Manisa milletvekili Refik Şevket Bey'e gönderdiği mektup dönemin portresini gözler önüne sermektedir.

“Refik; Ankara’da, Almanya imparatorunun Anadolu hastalıklarını tetkik etmek üzere gönderdiği bir tıp heyetinin bazı büyük rütbeli ileri gelenleriyle görüştim. Bunlar, bir seneden beri her gelen hastayı ücretsiz muayene etmek ve mümkün olduğu kadar incelemelerini sıhhatli kişiler üzerinde(mektep talebesi gibi) yapmak suretiyle şunu anlamışlardır ki, Anadolu Türklerinin karınları kurtlarla yüklü ve kanları bu kurtların salgıladığı parazitlerle dolu bulunuyor. Cinsi, yakın bir yok olma ile tehdit eden bu hâlin sebebi neymiş bilir misin? Beslenme eksikliği.” Demekte ve devam etmektedir; Anadolu, hemen bir uçtan bir uca frengilidir. Anadoluların güzelliği de bozulmuştur. Bir köy, bir kasaba veya bir şehrin kalabalığına bakılsa, şehrin kalabalığında o kadar

¹²2 Mayıs 1920 tarihli ve 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun

topal, topalların o kadar çeşitlisi, o kadar cüce, kambur, kör ve çolak görülür ki, insan kendini eşyanın şeklini bozan dışbükey bir camla etrafa bakıyorum zanneder."¹³

İşte bu genel görünümün üzerine savaşlarla geçen altı yıl daha eklediğimizde durumun daha da kötüye gittiği aşikârdır. Genç Türkiye Cumhuriyeti bir taraftan kendisini modern dünyaya kabul ettirmeye çalışırken ve üzerinde emelleri olan devletlerle mücadele ederken, diğer yandan bitap, perişan ve hasta durumdaki eğitimsiz halkıyla ilgilenmek durumundaydı. Mustafa Kemal belki de çoğu liderin alamayacağı bir risk alarak bütçede ordu masraflarında kesintiye giderek sağlık ve eğitim giderlerini arttırmıştır.¹⁴

TBMM'nin ilk sağlık bakanı Adnan Adıvar olmuş ve bu görevine 1923 yılına kadar yani Cumhuriyetin ilanına kadar devam etmiştir. Adıvar'ın bu göre geldiği dönemde Türk sağlık sistemi örgütsel, yapısal ve yasal olarak birçok sorunla karşı karşıyaydı. Sistemin yeniden veya sil baştan tekrardan oluşturulması gerekiyordu. Bugün hala geçerli olan ve ülkenin tamamını kapsayan sağlık alt yapısının temelleri bu dönemde atılmıştır diyebiliriz (Akdur, 1999:49). Adıvar'dan sonra Dr Refik Saydam sağlık bakanlığı görevine getirilmiştir. Saydam Cumhuriyetin kurulmasından sonra göre gelen ilk sağlık bakanıdır. Kısa bir dönem dışında 14 yıllık bir bakanlık dönemi geçirmiştir. Yani Refik Saydam 1937 yılında Türkiye Cumhuriyetinin Sağlık Bakanlığı görevini icra etmiştir

Cumhuriyetin ilk dönemlerinde sağlık hizmetlerine yönelik birçok adım atılmıştır ve bu konu üzerinde çok fazla durulmuştur. Burada meclisin en çok üzerinde durduğu konulardan biri de sağlık hizmetleri ile yapılandırılması olmuştur. Bu manada 1923 yılı dahil son onüç yıl içerisinde sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi için elli yasa çıkarılmış ve uygulanmıştır (Eren ve Tanrıtanır, 1998:10). Bu yasaların tamamı kurucu ve kapsamlı yasalardır. 1928 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan, sağlık mesleklerinin nasıl yürütüleceğine açıklık ve disiplin getiren "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" Cumhuriyet döneminde bu manadaki en önem az eden eserlerdendir. Yine benzer bir biçimde 1930' da çıkarılan "1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" o yıllarda çıkarılmış önemli bir yasadır.

¹³ Ahmet Haşim'in, 3 Eylül 1919 yazında Manisa milletvekili Refik Şevket beye yazıp gönderdiği mektup. Güzel Yazılar-Mektuplar (1997), Ankara: TDK Yayınları

¹⁴Genel Muvazeneye Dahil Dairelerin 1924-1948 Yılları Bütçe Giderleri" ak. Prof. Dr. Ferudun Ergin, Atatürk Zamanında Türk Ekonomisi, Yaşar Eğitim ve Kültür Vakfı Yayınları, No: 1,1977

Nitekim birçok ülkede buna benzer genel bir sağlık yasası mevcut değildi (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:162-170).

Yukarıda belirtmiş olduğumuz gelişmelerin yanında 1930 yılında çıkarılan “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” Refik Saydam döneminin en önemli yasal düzenlemesidir – ki bu yasa hala günümüzde yürürlüktedir. Bu yasa ile sağlık hizmetleri devletin kontrolü altına alınmaya çalışılmıştır. Böyle bir yola gidilmesinde 1929 yılında yaşanan ekonomik krizin etkisi büyüktür. Bu kanunda devletin sağlık ve sosyal yardımlar konusundaki sorumluluğu ve denetim yetkisi, gıda hijyeni, işçi, okul sağlığı, hamilelik ve doğum sonrası sağlık hizmetleri ve içilebilir su kaynaklarının denetimi gibi konular yer almaktadır (Akkuş, 2016:5).

Bu dönem uzun yıllar Sağlık Bakanlığı yapmasından dolayı “Refik Saydam” dönemi olarak da adlandırılmaktadır. Saydam hastaları tedavi etmek/iyileştirmek yerine herhangi bir sağlık problemi olmayanların yani hasta olmayanların sağlıklı hallerinin devamının sağlanması/sağlıklarının korunmasının daha önemli olduğunu belirtmiştir. Bundan dolayı tedavi edici sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılarak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanınmıştır (Akkuş, 2016:4). Yerel yönetimlere, özellikle belediyelere, sağlık işletmeciliği konusunda örnek teşkil etmeleri amacıyla Ankara, İstanbul, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır’da Numune Hastaneleri açılmıştır (Aktaran Çirpici, 2015:72). Bu dönemde ülkede birçok bulaşıcı hastalık baş göstermiş ve büyük bir savaştan çıkan toplum yıpranmış ve sağlık sorunları yaşamaktaydı. Bunların yanında sağlık insan gücü de yetersizdi. Ülkede yaygın olarak görülen bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ve sosyal yardımların kırsal kesimlere ulaştırılmasında iki yol izlenmiştir. Bunlardan birincisi her il ve ilçede en azından birer hekim istihdam edilmesi, seyyar tabiplik yöntemi getirilerek kırsal kesimlere sağlık hizmeti ulaştırılması ve hastane bulunmayan yerlerde muayene ve tedavi evlerinin kurulmasıdır (Özdemir, 2001:260). İkinci yöntem ise tek bir hastalıkla savaşan örgütlerin olduğu dikey örgütlenme yoluyla sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşan örgütler kurulmuştur (Aktaran Çirpici, 2015:72).

Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın sivil yönetime paralel olarak oluşturduğu sağlık teşkilatı merkezde bakan ve bakanlık örgütü, illerde valinin sağlık alanındaki danışmanı konumunda olan ve valiye karşı sorumlu olan il sağlık müdürü,

ilçelerde ise kaymakamın danışmanı olan ve kaymakama bağlı olarak çalışan hükümet tabiplerinden oluşmaktaydı. Hükümet tabipleri bu yapılanma içinde çok önemli bir konuma sahiptiler. Çünkü cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun büyük çoğunluğu (% 90'dan fazlası) kırsal kesimlerde yaşamakta ve ortaya çıkan sağlık sorunlarının büyük bir bölümü buralarda görülmekteydi. Bundan dolayıdır ki hükümet tabiplerinin koruyucu hekimlik, adli hekimlik, sağlık yöneticiliği ve iyileştirici hekimlik gibi birçok görevleri bulunmaktaydı (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:166).

Refik Saydam dönemi sağlık politikaları dört temel ilke üzerine inşa edilmiştir. Bunlardan birincisi, sağlık hizmetlerinin planlanıp programlanarak yönetiminin tek elden yürütülmesidir. İkinci olarak koruyucu tabiplik merkezi yönetime, tedavi edici tabiplik ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Üçüncü ilke, sağlıktaki yetersiz olan işgücünün azaltılması veya giderilmesi için tıp fakültelerinin cazip hale getirilmesi ve mezunlarının mecburi hizmete tabi tutulmasıdır. Son olarak ise, yukarıda bahsettiğimiz bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının hayata geçirilmesidir (SB SDP, 2008:15; Eke, 2014:91). Bu dönemde (Refik Saydam Dönemi) sağlık hizmetlerinin tamamı devletin görevi ve sorumluluğu olarak benimsenmiş ve bu görevler devletin çeşitli birimlerine dağıtılmıştır. Sağlık personeli ile ilgili her türlü işlemde Sağlık Bakanlığı yetkilendirilerek sağlık hizmetlerinin merkezileşmesi sağlanmıştır (Görmüş, 2013:120).

3.1.2.2. 1938-1960 arası dönem

Türkiye'de sağlık sisteminin Cumhuriyet'in kurulmasından sonraki dönemin ikinci periyodunu oluşturan dönem 1938-1960 yıllarını kapsayan dönemdir. Bu dönemin önemli gelişmelerinden birisi İşçi sigortaları Kurumunun (1945) kurulmasıdır. İSK 1952 yılından itibaren sigortalı işçilere sağlık hizmeti vermek amacıyla sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır. 1952 yılında daha önceden mevcut olan dikey örgütlenmelere Anne-Çocuk Sağlığı (AÇS) hizmetleri eklenerek, Anne Çocuk Sağlığı merkezleri hizmete girmeye başlanmıştır (Öztek, 2001:62).

Bu dönemde Refik Saydam'ın ilkelerinden vazgeçilmiş ve Sağlık Bakanlığı sadece koruyucu sağlık hizmetlerinden değil aynı zamanda yataklı tedavi hizmetlerinden de sorumlu hale gelmiştir. Bunun sonucu olarak bazı il ve ilçelerde devlet hastaneleri

açılmaya başlanmıştır. Belediyeler bünyesinde bulunan hastanelerin bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki uzman hekim sayısında bir artış meydana gelmiş ve uzman hekimler pratisyen hekimlere göre daha yüksek oranda maaş almaya başlamışlardır. Bütün bu iyileşmelerin sonucunda kırsalda veya koruyucu hizmetlerde çalışan hekimler kente doğru göç etmeye başlamışlardır (Öztek, 2001:62). Bu dönemin en önemli ismi Saydam'dan sonra Sağlık Bakanı olan Behçet Uz'dur. Uz, 1946-1948 ve 1954-1955 yılları arasında iki defa bakanlık yapmış bir isimdir. Bu dönemdeki önemli projelerden birisi 1946 yılında dönemin SB Uz tarafından hazırlanan ve 1946 yılında düzenlenen 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulup ardından yürürlüğe giren Birinci On yıllık Sağlık Planıdır. Bu planın amacı tüm sağlık hizmetlerini birleştirmek ve tüm yurda yaymaktır. Bu plan ile birlikte sağlık hizmetlerini tümü merkezi hükümetin uhdesine girmiştir (Akdur, 1999:51). Uz ikinci kez Sağlık Bakanı olduğunda Milli Sağlık Planı adıyla ikinci bir plan ortaya koymuştur.

Behçet Uz Planı olarak da bilinen planlara göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılarak her bölgedeki yapılanmanın kendi kendine yeter hale getirilmesi sağlanacaktı.. Oluşturulan bu sağlık bölgelerinde her 40 köye 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak buralarda iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Kurulan bu sağlık merkezleri hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Hizmetlerin daha hızlı ve kolay sunumu için her sağlık merkezine bir araç tahsis edilecekti Bölgeler oluşturulduktan sonra her bölge için bir tıp fakültesi kurulması planlanıyordu (Aydın, 1997:21-44; Kocakoç, 2014). Tıp fakültelerinin besin ihtiyaçlarını karşılamak için fakülte bünyesinde bir çiftlik kurulması ve sağlık giderlerinin karşılanabilmesi için sağlık bankası kurulması hedeflenmişti. Ancak bu plan hayata geçirilememiş ve Uz'dan sonra gelenlerde bu planı rafa kaldırarak uygulamamışlardır. Bu plan çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır. Bu planların hayata geçirilememesinin bazı sebepleri vardır. Özellikle ilaç sanayinin denetlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçların SB tarafından üretilmesi, süt-mama gibi çocukların ve bebeklerin beslenmesi için zaruri olan besinlerin SB tarafından kurulan tesislerce üretilip piyasaya sürülmek istenmesi bu işleri yapan veya yapacak olan sermayenin çıkarlarına zarar vermekteydi. Bundan ve buna benzer sebeplerden dolayı bu planlar hayata geçirilememiştir (Dirican ve Bilgel, 1993:547-548).

1950-1960 yılları arası Demokrat Parti (DP) dönemi olarak bilinir. Bu dönemde yerel yönetimlerin bünyesinde hizmet veren hastaneler SB'ye devredilmiş ve giderleri genel bütçeden karşılanması benimsenmiştir. Genel sağlık sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmış, uluslararası kuruluşlar ile özellikle DSÖ ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım alınmasına önem verilmiştir. Özellikle 1950-1960 yılları arasında koruyucu sağlık hizmetler arka plana itilerek, hastanecilik hizmetleri ön plana çıkarılmıştır. Büyük devlet hastanelerinin yapımında devletin yetersiz kaldığı durumlarda dış borçlardan yararlanılma yoluna gidilmiştir (Öztek, 2001:60-64; Çirpici, 2015:76). Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için ülkeye yabancı uzmanlar davet edilmiş ve bu uzmanlar sağlık sisteminin daha iyi duruma getirilmesi için bakanlığa raporlar sunmuşlardır. Bu raporlar arasında en önemli olanı Dr. Olle tarafından hazırlanan rapordur. Fakat bu raporda özellikle üzerinde durulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir (Fişek, 1991).

3.1.2.3. 1961-1980 dönemi (sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi)

1960'lı yılların sağlık politikalarına ve örgütlenmesine damgasını vuran gelişme, 05 Ocak 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanun'dur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi olarak da anılan bu girişimin amacı sağlık hizmetlerinin sosyal adalet ilkesi gereğince toplumun tüm kesimlerine yaygınlaştırılması ve götürülmesidir. Bu kanuna göre sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumundan devlet sorumludur (Özdemir, 2001:264; Görmüş, 2013:123; Kocakoç, 2014). Bu kanun ilk olarak 1963 yılında Muş ilinde uygulamaya konmuş ve her yıl uygulanan il sayısı artarak 1979 yılında 49'a ulaşmıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinin her anlamda entegrasyonu ve tek elden yurda yayılması hedeflenmiştir. 224 Sayılı yasanın temel amacı sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, vatandaşın ayağına kadar götürülmesi ve bunu gerçekleştirebilmek için yeni örgütlenme yapısının seçilmesi ve eski anlayışın değiştirilmesidir. Bu yasanın bazı temel ilkeleri vardır. Bunlar, eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip, denetlenen, uyum ve nüfusa göre hizmet ilkeleridir (Kocakoç, 2014). 1960 sonrası dönem aynı zamanda planlı dönem olarak da isimlendirilmektedir. Çünkü 1960 askeri darbesinden sonra kurulan hükümet kamuda planlı döneme geçmiş ve beşer yıllık kalkınma planları hazırlanmasını amaçlamıştır. 1961 Anayasası doğrultusunda 1963-

1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Bu plana göre halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi için halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmelidir. Bunu gerçekleştirebilmek için tedavi edici hizmetler koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az kişinin faydalandığı ve oldukça pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedavi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması hedeflenmiştir (Akdur, 2006:32-33).

224 sayılı kanun ile toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için ülkenin en uç noktalarına kadar sağlık hizmet ağı oluşturulması öngörülmüştür. Yine bu kanun ile sevk zincirinin oluşturulması hedeflenmiştir. Buna göre hastalar ilk önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuracaklar ve burada tedavi edilemeyenler bir üst basamak olan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edileceklerdir. Bu kanunun dikkat çeken bir başka noktası da sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında katılımcı bir yönetim modelini benimsemesidir. Bu amaçla sağlık ocakları içinde bir sağlık ocağı kurulu kurulacak, bu kurulda muhtar, imam, okul müdürü gibi toplum liderleri bulunacak ve bu kurul üç ayda bir toplanıp bölgedeki sağlık hizmetleri hakkında alınan kararlara katılacaklardır. Her 5000-10000 kişi için bir sağlık ocağı, köylerde veya mahallelerde her 2500 kişi için bir sağlık evi kurulması bu kanunun amaçları arasındadır.

224 sayılı kanun ile hedeflenen bir diğer husus ise sağlık çalışanları ile ilgili olanıdır. Kamuda çalışan hekimler özelde çalışamayacak, sözleşmeli olarak ve özelde çalışan bir hekimin aldığı ücret seviyesinde bir ücretle kamuda çalışacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise iki yöntem benimsenmiştir. Bunlardan ilki hastaların sağlık giderlerinin merkezi bütçeden karşılanması, diğeri ise hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmeti için bir miktar cepten ödeme yapmalarınıdır. Ayrıca bedelini ödemek kaydı ile hekim veya sağlık kurumu seçme hakları da olacaktır. 1965 yılında TBMM'ce kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmış ve hekimlerin tam süreli çalışmaları sağlanamamıştır. Yukarıda sözünü ettiğimiz birçok hedef ne yazık ki gerçekleştirilememiştir. Bu hedeflerin gerçekleşmemesinin birçok sebepleri vardır. Hükümetler sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle birinci basamağın

önemini kavrayamamışlardır. Hastanelere ve sağlık merkezlerine atfedilen önem sağlık ocaklarına verilmediğinden niteliksiz kurumlarmış gibi algılanmışlar ve hükümetler uzun yıllar çoğu sağlık ocağına tabip ataması yapmamıştır. Daha sonra bu açığı kapatmak için zorunlu hizmet şartı getirilmiş ancak bu da çok başarılı olamamıştır. Diğer sağlık personeli yetiştirilmesine ve onların eğitime gerek önem verilmemiştir. Halkın katılımının sağlanmasını hedefleyen kurullar kurulamamıştır (Öztek, 2001; Çirpici, 2015:76-79).

3.1.2.4. 1981-2003 arası dönem (Sağlıkta Neoliberalleşme)

Türkiye Cumhuriyeti 12 Eylül 1980 tarihinde ikinci bir darbe felaketi yaşamıştır. 1960 askeri darbesinin açtığı yoldan güvenlik ve asayiş bahane eden askeri elitler 1980 yılında bir darbe gerçekleştirmişlerdir. Bu darbe ülkenin bütün kurumlarını ve sistemini etkilediği gibi doğal olarak sağlık sistemini de etkilemiştir. 1961 Anayasası ile kabul edilen 224 sayılı kanun sağlığı bir insan hakkı olarak nitelmiş ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini amaçlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyal devlet olma gereğinin bir ilkesi olarak devlet tarafından karşılanmasını benimsemiştir. Bu sosyal devletçi anlayış 1980 darbesi sonrası değişmiş ve 1982 Anayasası'nın 56. maddesiyle devlet sağlık hizmetlerinin sunumundan direkt olarak sorumlu değil, düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmiştir (Soyer, 2000:259-260). 1980 öncesi Türkiye'sinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devletçilik ilkesi ön planda iken 1980 sonrası bu anlayış değişmiş ve piyasanın arz ve taleplerine göre şekillenmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasaya göre şekillenmesi "özelleştirme" olarak isimlendirilen bir döneme geçişin başlangıcı olmuştur (Akdur, 2003:30). Sözü ettiğimiz bu anlayış 12 Eylül Askeri darbesinden önce 24 Ocak kararlarıyla başlamıştır. 24 Ocak Kararları Dünya genelinde yaşanan ekonomik krizden etkilenen Türkiye'nin DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşlardan dış borç almasının sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Çünkü DB ve IMF gibi kuruluşlar krizdeki ülkelere maddi yardım yapma şartı olarak ülkelerinde kendilerinin belirlediği yapısal uyarlama programlarını uygulama zorunluluğu getirmiştir. 24 Ocak 1980 kararları Türkiye'nin neoliberal politikaların uygulanmaya başlandığı dönem olmuştur.

1980 askeri darbesinden sonra yönetimi Milli güvenlik Kurulu (MGK) üstlenmiş ve sağlık alanında çeşitli uygulamalar gerçekleştirmiştir. Burada göze çarpan ilk önemli gelişme yukarıda da sözünü ettiğimiz 1982 Anayasası ve bunun devletin artık sorumlu değil denetleyici ve düzenleyici olduğunu belirten 56. maddesidir. Bu dönemde, daha önce çıkarılmış olan 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun hizmet ihtiyaçlarını karşılayamadığı ve devleti gereksiz mali yükün altına soktuğu gerekçesiyle MGK tarafından 2368 sayılı Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır. Bu dönemin ikinci önemli uygulaması ise kırsal kesimlerdeki hekim açığının giderilmesi amacıyla doktorlara dört yıl boyunca zorunlu çalışma yükümlülüğünün getirilmesidir. 657 sayılı Kanunda 1983 yılında yapılan bir değişiklik ile ilçelerdeki tüm devlet memurlarının amiri kaymakamlar olmuştur. Bunun sonucu olarak da kaymakamlar sağlık çalışanlarının da amiri konumuna gelmişlerdir. 224 sayılı Yasa'da yer alan ve hizmette idari sınırlar yerine ihtiyaçlar ve coğrafi yakınlığı öngören uygulama da sona ermiştir (Yavuz, 2013:192)). Bunun yanında 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu, 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) yasası ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHCEK) kanunu gibi kanunların çıkarılması dönemin diğer önemli gelişmelerindendir.

1982 yılında çıkarılan bir KHK kararname ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB)/ SB yeniden yapılandırılmıştır. 1983 yılındaki seçimlerden sonra 24 Ocak kararlarının mimarı olan Özal'ın kurmuş olduğu hükümet ile (ANAP) yeni bir KHK çıkarılmış ve bakanlık yeniden yapılandırılmıştır. Aynı yıl sosyalizasyon ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. MGK yönetiminde Türk sağlık sisteminde ekonomik anlamda 24 Ocak kararlarıyla başlatılan program doğrultusunda sağlık alanında özel sektörün desteklenmesine yönelik kısmi düzenlemeler yapılarak, sağlık yatırımları teşvik altına alınmıştır. Ekonomik anlamda uygulamaya sokulan bir diğer husus ise devletin özel sektöre fon aktarmasıdır. Bu dönemde tekrardan gündeme getirilen bir başka konu ise Genel Sağlık Sistemi uygulamasına geçilmesidir. Bu uygulama ile (GSS) herkesin belirli bedeller ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanması hedeflenmiştir (Eke, 2014:99).

1980 sonrası dönem Türk kamu yönetiminde ve özelde de sağlık sisteminde neoliberal politikalar hayat bulmaya başladığı için neoliberalleşme dönemi olarak adlandırılır. Sağlık hizmetlerinin neoliberalleşmesine yönelik ilk adım 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu (TSHK) ile atılmıştır. 3359 sayılı kanun ANAP döneminin sağlık alanındaki en önemli belgelerinden birisidir. Bu kanunla SB'ye kamu ve özel sağlık kurumlarının düzenlenmesi görevi verilmiş, özel hekim ve sağlık kuruluşlarından yararlanma imkanı getirilmiş ve kamusal fonların özel sağlık kuruluşlarına aktarılmasının önündeki engeller kaldırılmıştır. Ayrıca, devlet yabancı uyruklu sağlık personeli çalıştırma, sağlık personellerine özel sağlık kuruluşlarında veya kamu sağlık kuruluşlarında zorunlu hizmetlerini yerine getirtme ve sosyal güvenlik fonlarına el koyup yönetme yetkisini ele almıştır (Büyükses, 2012:101). Bu kanun ile Milli Savunma Bakanlığı hariç tüm sağlık hizmetleri SB tarafından planlanıp, denetlenecektir. Bu kanun ile GSS'nin ilk adımları tanımlanmış, kamu hastanelerinin birer işletmeye dönüştürülmesinin önü açılmıştır (Görmüş, 2013:126). Top (2004) bu kanunu sağlık sektörünü açık Pazar ekonomisine adapte etme yolunda atılmış ilk adım olarak tanımlamaktadır.

TSHK ile kamu sağlık kuruluşları ile özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış ve devlet her ikisine de eşit mesafede durmaya çalışmıştır. Kamu sağlık kuruluşları özel sektör mantığıyla işletmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvencesi olan herkesin ister kamu ister özel sağlık kuruluşlarından yararlanabilmesi olanaklı hale getirilmiştir (Eke, 2014:100). 3359 sayılı kanun sağlık hizmetlerinin metalaştırılarak özel sektöre açılması ve kamunun sağlık alanındaki sorumluluğunu terk etme yolundaki girişimlerin öncüsüdür. Fakat bu kanunun bazı maddeleri sosyal devlet ilkesi ve personel rejimiyle bağdaşmadığı (Büyükses, 2012:101) gerekçesiyle AYM tarafından iptal edilmiş ve bu yüzden bu kanundan beklenen yarar sağlanamamıştır (Bulut, 2007:117-118; Görmüş, 2013:126).

Birçok ülkede olduğu gibi sağlık politikalarının ve reformlarının şekillenmesinde DB, IMF ve DSÖ gibi kuruluşların büyük etkisi olduğu su götürmez bir gerçektir. 1987 yılında Türkiye Cumhuriyeti hükümeti DB ile ülkemizdeki sağlık sisteminin durumunu değerlendiren bir anlaşma yapmış ve bunun neticesinde 1988 yılında ilk DB Proje taslağı hazırlanmıştır. Yine aynı yıl DPT Dünya Bankası ile yapılan

anlaşmanın bir parçası olarak sağlık sektörünün sorunlarını ve çözüm yollarını belirlemek için bir çalışma başlatmış ve 1990 yılında “*Sağlık Sektörü Master Planı Etüd Çalışması*” adında bir plan hazırlanmıştır (Yavuz, 2013:193; Görmüş, 2013:127). Bu plan bir anlamda Türkiye’de sağlık reformlarının başlangıç noktası olarak kabul edilebilir.

Yapılan çalışmalar sonucunda DB ile çeşitli anlaşmalar yapılarak krediler alınmıştır. Bu krediler ile sağlık projeleri başlatılmış, bakanlığın kendi deyiimiyle sağlık reformlarının teorik alt yapısını hazırlayan ve ilki 1992 ikincisi 1993 yılında düzenlenen Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir (Yavuz, 2013:193). Bu kongrelerle birlikte Ulusal Sağlık Dokümanı hazırlanmıştır. Dokümana göre, 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık sistemi oluşturulacak, aile hekimliği modeli uygulamaya konulacak, hastaneler birer işletmeye dönüştürülecek veya bu mantıkla hizmet sunmaya devam edecekler, sağlık personeli istihdamında merkezi yönetimin etkisi ortadan kaldırılacak ve GSS sistemi kurulacaktır (Özbay vd, 2007:99-101; Akdağ, 2008:18; Görmüş, 2013:127).

1990 yılında DB ile Birinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmıştır. Bu anlaşma ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlamak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sektörün yönetiminde etkinliği arttırmak ve Bakanlığın yönetim ve teknik kapasitesini güçlendirmek hedeflenmiştir. 1996 yılında SB tarafından 2000 yılına kadar olan dönemi kapsayan Sağlık Reformu hazırlanmış ve bu reform Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer almıştır. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planında döneme hakim olan neoliberal anlayış açıkça kendini göstermektedir. Plana göre Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyan, sağlık hizmetlerinin standartlarını belirleyen bir yapı haline getirilecek, sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin rolü arttırılacak, hastalara hekim ve hastane seçme hakkı getirilecek, hastaneler hem idari yönden hem de mali yönden özerk yapılar haline gelecek, hastaneler kendi gelirleri ile kendilerine yeten kurumlar haline gelecekler ve böylece kamusal kaynaklar buraya aktarılmayacak, koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyacı olan sağlık hizmetleri dışında kalanların bedeli hizmeti satın alanlardan karşılanacak ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilip teşvik edilecektir (Görmüş, 2013:127; 7. BYKP, 1995). Ancak yukarıda sayılan bu hedefler gerçekleştirilememiş sadece yeşil kart uygulaması hayata geçirilmiştir.

Yeşil Kart uygulaması toplumdaki yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması için çıkarılan bir uygulamadır. Bu uygulama 1992 yılında 3816 sayılı Kanuna¹⁵ dayanılarak 05.08.1992 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır. Yeşil kart uygulamasının amacı herhangi bir sosyal güvence sistemi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayamayacak durumda olan vatandaşların sağlık giderlerinin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanmasıdır (madde 1). Kanuna göre yeşil kart sahibi olabilmek için bazı şartlar vardır. Bunlar; hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmamak (sigortalı olmamak) ve 14756 sayılı İş Kanuna göre asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az geliri olmak (madde 2). Yasaya göre yeşil kart sahibi olacakları belirleme yetkisi ilçelerde ilçe idare kurulu, illerde ise il idare kurulu kararı uyarınca Valiler ve Kaymakamlar yetkili kılınmıştır (madde 8).

Yeşil kart uygulaması ilk olarak 20 Ekim 1991 seçimleri öncesinde dönemin muhalefet partisi Doğru Yol Partisi (DYP) programında yer almış ve seçim çalışmalarında hem parti lideri S. Demirel hem de kurmayları tarafından sıkça dile getirilmiştir. DYP'nin seçimi kazanmasının ardından Demirel Sağlık Bakanına (Yıldırım Aktuna) talimat vererek çalışmalarını başlatmıştır. İlgili çalışma 03 Temmuzda 1992'de yasalaşmıştır. İlk başlarda 5-8 milyon kişiye verileceği açıklanmıştır. Kart uygulamasından öncelikle 65 yaş üstü olan ve yoksulluk aylığı alanlar yararlandırılacaklardır. Bu sayı zamanla artmış (2000 yılında 9 milyon, 2008 yılı itibariyle 15 milyon) ve uygulamanın istismar edildiği gerekçesiyle eleştiri oklarının hedefi haline gelmiştir. Her ne kadar bu artışı ülkenin yoksullaşmasına bağlayanlar olsa da biz olayın istismar edildiğini düşünüyoruz. Bu şikâyetlerden sonra daha sıkı incelemeler yapılmış ve birçok kişinin haksız olarak bu uygulamadan yararlandığı tespit edilerek yeşil kartları iptal edilmiştir.¹⁶Kapitalist sistemde devletin sosyal tarafını temsil eden Yeşil kart uygulamasına 2012 yılında son verilmiştir. Bu program kapsamında olanlar GSS'ye devredilmiştir (Kasapoğlu, 2016:147.)

¹⁵ 3.7.1991 tarih ve 3816 sayılı “ Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”. R. G Yayın Tarihi: 3.7.1992 Sayı:21273

¹⁶ 2008 yılında 6 milyona yakın kişinin yeşil kartı kapsam iptal edilmiştir. Adanan vd, 2011, Sağlık Koruma Programlarında Koruma Sorunu: Yeşil Kart

1980 sonrasında iktidara gelen hemen her parti, reform adı altında sağlık hizmetlerine yönelik yeniden yapılanma çalışmaları yürütmüştür. Ayrıca 1980'li yıllarda devlet özel sektöre daha fazla önem vermiş ve çeşitli teşvikler sağlayarak özel sektörün sağlık alanındaki ağırlığını arttırmaya çalışmıştır (Savaş, 2001:94). 1981-2002 arası dönemde diğer birçok sektör gibi sağlık sektörü de neoliberal politikalardan etkilenmiş ve özel sektörün yatırım yaptığı alanlardan biri haline gelmiştir. Devlet bazı kolaylıklar sağlayarak sağlık alanında özel teşebbüsün gelişmesini desteklemiştir. Bunun sonucu olarak devlet yatırımları azalırken özel sektör yatırımları artmıştır (Gül, 2004:294; Çirpici, 2015:80).

Türkiye'de özel hastaneler ile ilgili ilk yasal düzenleme 1933 yılında yapılmıştır. 1933 yılında çıkarılan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nda hususi hastane kavramı ortaya konmuş ve bu kanuna istinaden çıkarılan tüzük ve yönetmeliklerde ise özel hastane kavramı kullanılmıştır (Öksüz, 2013:18). Daha sonra 1983 yılında 17924 sayılı Resmi Gazetede özel hastanelerin işleyişleri ve faaliyet alanları ile ilgili yeni düzenlemeler getiren Özel Hastaneler Tüzüğü yayınlanmıştır. Zaman içerisinde bu tüzüğün yetersiz kalması sonucunda bazı değişiklikler yapılmış ve 1997 tarih ve 22996 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır (Yerebakan, 2000:67).

Özel sektörün sağlık alanına çekilmesi bir başka ifadeyle sağlık sektörünün özel sektör için cazip hale gelmesi devletin 1985-1992 yılları arasında ve 1994 sonrası dönemde sağladığı teşvikler sayesinde (Öksüz, 2013:19). Günümüzde geçerli olan Özel Hastaneler Yönetmeliği 2002 yılında 24708 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren yönetmeliktir. Bu yönetmelikte özel hastaneler ile ilgili hususlar yer almaktadır. 2003 yılından itibaren SDP ile özel sektörün önü açılmış ve sağlık alanında söz sahibi olmaya başlamıştır. Devletin SDP sonrası özel sağlık kuruluşlarına yönelik bir başka düzenlemesi de 17 Nisan 2003 tarih ve 25082 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmeliğin ardından Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalanmasıdır. Bu protokole göre devlet memurları 01.06.2003 tarihinden geçerli olmak üzere özel sağlık kuruluşlarından hizmet almaya başlamışlardır (Temel, 2003:18; Öksüz, 2013:19).

Günümüzde özel sağlık kuruluşlarının sayısı hızlı bir şekilde artış göstermiştir. 2002 yılında özel hastane sayısı 271 toplam hastaneler içindeki oranı % 23 iken, 2015 verilerine göre toplam hastane sayısı 1533 ve özel hastanelerin sayısı 562, toplam hastaneler içindeki oranı % 37'dir. 2017 yılı itibariyle ise özel hastane sayısı 571 olmuştur. Bu sayı yaklaşık olarak 2017 yılı itibariyle toplam hastane sayısının % 37,6'sı gibidir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Bu kuruluşlar tanı ve tedavi hizmetlerinde oldukça lüks durumdadırlar. Devlet özel sağlık kuruluşlarının açılması yöndeki teşvik ve kolaylık sağlamasının en temel nedeni kamunun üzerindeki yükü atmak ve böylece özel sektöre ağırlık vererek sağlık alanında küçülme sağlamaktır.

Görüldüğü gibi doksanların ikinci yarısı sağlık reformunun teorik çerçevesinin tamamlandığı ve Sağlık Bakanlığı'nın desantralizasyon temelinde değişiminin sağlanmaya çalışıldığı ve bu amaçla çeşitli yasal düzenleme girişimlerinin olduğu bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuç olarak sağlık alanında 1980 sonrası, darbe Anayasası ve düzenlemeleri çerçevesinde neoliberal eksenli bir "sağlık reformu" sürecinin temellerinin atıldığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde dört başlıkta özetlenebilecek ana çerçeve genel sağlık sigortası, aile hekimliği, hastanelerin işletmeleştirilmesi ve desantralizasyon eksenli Sağlık Bakanlığı işlev ve rollerinde değişim olarak özetlenebilir. Darbe Hükümeti'nce çizilen Sağlık Bakanlığı merkezteşkilat şeması korunmuş, gereksinim ve ihtiyaçlar ölçüsünde değişiklikler yapılmıştır. Bu dönemde dikkati çeken reformun hazırlanan yasa taslaklarıyla uygulamaya geçme girişimlerinin de yoğunluğudur. Dönemin Hükümeti tarafından 1993 yılında hazırlanan "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı ve Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı" gibi taslaklar Sağlık Bakanlığı ve sağlık yönetimi yapılanmasını bütünüyle değiştirmeyi amaçlayan girişimlerdir. Bu girişimler o dönemde hayata geçirilememiş ve daha sonraları bir başka hükümet tarafından hayata geçirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yapılanmasındaki değişimlerin ortak yanı darbe sonrasında bu güne değişimlerin Kanun Hükmünde Kararnameler ile yapılmasıdır

3.1.2.5. 2003'ten günümüze sağlık politikaları (neoliberalleşmenin devamı ve küçülme çabaları)

Türkiye Cumhuriyeti 2001 yılında ağır bir kriz yaşamış ve bu krizden hemen hemen bütün sektörler ve doğal olarak vatandaşlar da etkilenmiştir. Yaşanan bu krizin ardından 2002 yılında erken bir genel seçim yapılmış ve bu seçim sonucunda iki parti (AKP ve CHP) meclise girmiş ve Türk siyasi tarihinde uzun yıllar devam edecek olan Tek Parti hükümeti kurulmuştur. Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından kurulan 58. Hükümet 3 Ocak 2003 tarihinde “Acil Eylem Planı” (AEP) adı altında bir plan yayınlamış ve bu planda kamu yönetimi ve ekonomi alanında acil yapılacakları listelemiştir. Sağlık hizmetleri de bu eylem planında “SAĞLIKLI TOPLUM” başlığı altında kendine yer bulmuştur. Sağlık alanında yapılması planlanan değişiklikler bu planda şu şekilde sıralanmaktadır: SB'nin yeniden organizasyonu, daha önceden çok başlı bir şekilde hizmet üreten hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi, hastanelerin idari ve mali yönden özerk yapılara dönüştürülmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, aile hekimliği sistemine geçilmesi, etkili bir sevk zincirinin oluşturulması, GSS ve kurumunun kurulması, anne ve çocuk sağlığına ayrı bir önem verilmesi ve bu alanda etkili çalışmaların yürütülmesi, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının sağlanması/özendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamasının yaygınlaştırılması (Acil Eylem Planı 2003, 99-101; Eke, 2014:107; 58. ve 59. Hükümet Programları) 58. hükümetin ömrü kısa sürmüş ve AKP'nin kurucusu R.Tayyip Erdoğan'ın Siirt'ten milletvekili seçilerek parlamentoya girmesi ve bunun ardından Başbakan olması ile 59. Hükümet kurulmuştur. 59. Hükümet de Acil eylem Planı'na (AEP) sadık kalmış ve yapılacakları aynen benimseyerek Sağlıkta Dönüşüm Projesini (SDP) başlatmıştır.

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 2002 yılında iktidara gelen Ak Parti tarafından kurulan 58. Hükümetin Acil Eylem Planı adı altında başlattığı reform çalışmalarının sağlık ayağını oluşturan ve sağlıkta ortaya konulan son reform çalışmalarının genel adıdır. SDP sağlık alanındaki dönüşümün, yeniden yapılanmanın ve Türk sağlık sisteminin özel sektörleştirilmeye çalışıldığı çalışıldığı çalışmaların genel adıdır diyebiliriz. Sağlıkta Dönüşüm Programı sıfırdan başlatılan bir reform programı

değildir aksine 58. Hükümetten önce yapılmaya çalışılan reform çabalarının güncellenmiş en son halidir. SDP geçmişten günümüze kadar olan proje ve reform çalışmalarını değerlendirerek gelecekteki sağlık sistemini dizayn edecek ve bu sisteme geçiş için gerekli değişimleri yapmayı planlayacaktır (Çavmak ve Çavmak, 2017:52; SB, 2008).

3.2.1. Sağlıkta dönüşümün nedenleri

Türkiye’de uzun dönemden beri kamu yönetiminde ve dolayısıyla kamunun yönetiminin ve kamu hizmetlerinin bir parçası olan sağlık alanında reform önerileri hep dile getirilmiştir. Sağlık alanında yapılan reform çalışmalarını 1980 sonrasına tarihlendirmek daha doğru olacaktır. Çünkü sağlıkta yeniden yapılanma, neoliberalleşme, özelleştirme vb çalışmalar hep bu dönemden sonra hız kazanmıştır. 1980 öncesi sosyal refah devleti anlayışı ve bu anlayışın bir parçası olan sağlık hizmetleri artık piyasa temelli bir şekil almaya başlamıştır. Sağlık alanında gerçekleşen yeniden yapılandırma çalışmalarının arka planına göz attığımızda küreselleşme ve uluslararası kuruluşların etkisi, yeni kamu işletmeciliği anlayışı, Avrupa Birliği’ne üyelik süreci, nüfus artışı ve demografik yapıdaki değişiklikler, bilgi ve iletişim teknolojilerinde ve sağlık teknolojilerinde ortaya çıkan gelişmeler ile refah düzeyinin yükselmesi ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması gibi nedenlerin etkili olduğunu söyleyebiliriz (Memişoğlu, 2011).

Sağlıkta dönüşüm programı 2003 yılında AKP’nin iktidara gelmesinin ardından Acil Eylem Planının bir parçası olarak başlatılmıştır. Türk sağlık sisteminin SDP’den önceki durumuna göz attığımızda karşımıza şu sonuçlar çıkmaktadır: Sağlık sigortası sistemi ve Yeşil Kart programının sigorta kapsamı yüksek olup nüfusun neredeyse %85’ini kapsamaktaydı. Daha güvenilir bir veri bulunmadığı için, bu veri Türkiye’de o döneme ait sağlık sigortası kapsamına ilişkin yapılan en iyi tahmindir. Bu dönemde herhangi bir sosyal güvencesi olmayan insanlar hasta olduklarında sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alma konusunda kararsız kalmaktaydılar. Çünkü onların ödedikleri ücret (cepten yapılan sağlık harcamaları) sigortası olanlara göre çok yüksekti. Bu durumda olan insanlar genelde kayıt dışı çalışanlar insanlardır ve ülkenin yoksul kesimini oluşturmaktadır. Bunun yanında bölgesel düzeyde ve bölgeler arasında var olan eşitsizlikler sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmakta ve

aynı zamanda sunulan hizmetin fiyatını artırmaktadır. Mesela kentlerde yaşayanlar kırsaldakilerle kıyaslandığında daha düşük ücret ödeyerek sağlık hizmetlerinden faydalanmaktaydılar (OECD, 2008:28-29).

Türkiye sağlık için yapılan harcamaların büyük bölümü daha masraflı olan yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerine gitmekteydi. Hastaların büyük çoğunluğu birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin daha düşük olmasını gerekçe göstererek buralardan hizmet almak yerine bir üst basamağı tercih etme yoluna gidiyorlardı. Normalde ayakta tedavi hizmetlerinin büyük çoğunluğunun birinci basamak sağlık kurumlarında (sağlık ocakları) gerçekleştirilmesi gerekirken hastalar daha çok hastanelere yani ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktaydılar. Bunda ayrıca sevk zincirine uymayı teşvik edici veya uymamayı caydırıcı önlemlerin yokluğu da etkilidir. Hastaların sevk zincirini atlayarak bir üst sağlık kurumundan hizmet almaya çalışmaları hem iş yoğunluğunu hem de giderleri arttırmaktadır. Sağlık alanındaki kayıt dışı ödemeler aşırı boyutlara varmıştı. Bu durum, hakkaniyet, şeffaflık ve sağlık sektörünün finansmanı konusundaki hesap verebilirlik hususlarına ilişkin endişeleri artırmaktaydı.

Kayıt dışı ödeme sorununun ortaya çıkmasında birçok etken bulunmaktadır. Bunlar, sosyal güvenlik kurumlarının finansmanının yetersiz olması veya çok az kişinin sigortalı olarak çalıştırılması, kamuda çalışan doktorların hastane dışında da (özel sağlık kuruluşları ve-veya özel muayeneler) çalışmasına imkan tanınması ve bunun sonucunda doktorların hastaları hastanelerde muayene ve tedavi etmek yerine kendi özel muayenelerine yönlendirmeleri gibi etik dışı uygulamalardır. Bunlara ek olarak ameliyatlara için “Bıçak Parası” adı altında hiç de etik olmayan bir şekilde hastalardan ek ücret talep edilmesi ve fakir insanların istismar edilmesi de eklenebilir. Ayrıca sağlık kuruluşları birçok fiziksel problemle karşı karşıyaydı. Yaşanan bu sorunlar 58. Hükümet ile Sağlıkta Dönüşüm Projesinin (SDP) başlamasında etkili olmuştur (OECD, 2008:29-30).

Yukarıda değindiğimiz sorunların yanında SDP'nin başlatılmasının başka nedenleri de bulunmaktaydı. Bunları maliyetlerdeki artış, vatandaşların beklentilerindeki yükselme ve ödeme kapasitesi adı altında üç başlıkta toplayabiliriz. Günümüzde neredeyse ülkelerin hepsinde sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetler artış

göstermektedir. Maliyetlerin artmasında yaşlı nüfus oranındaki artış ve buna bağlı olarak baş gösteren kronik hastalıklar ve bunların sayısındaki artış, hastalık yapılarında meydana gelen değişiklik ve teknolojik gelişmeler etkili olmuştur (Aykır, 2016:31; SDP, 2012:55-56). İkinci neden ise yükselen beklentilerdir. Kişilerin gelirlerinin artması, teknolojik gelişmeler sayesinde bilgiye daha hızlı ve çabuk erişmeleri sayesinde tüm dünyadaki gelişim ve değişimleri takip etmeleri onları daha kaliteli bir yaşam ve hizmet anlayışına olan taleplerini arttırmıştır. Ayrıca demokrasi kültürünün gelişmesiyle birlikte insanlar hükümetlerden daha kaliteli hizmet talep etmeye başlamışlardır. İktidarını korumak ve tekrardan yönetime elinde bulundurmaya isteyen yöneticiler de kaçınılmaz bir şekilde bu talep ve beklentileri karşılama yoluna gitmeye ve bu yönde politikalar belirlemeye başlamışlardır (Aykır, 2016:31).

Sağlıkta dönüşüme gidilmesinde etkili olan bir başka etken de ödeme kapasitesi ile ilgili sorunlardır. Gümüsel'e göre (2012:7) ödeme kapasitesi ile ilgili sorunlar; ekonomik büyümenin sağlık sektöründe ortaya çıkan talep ve maliyetlerden daha düşük kalması ve SDP'nin uygulanabilmesi için Dünya Bankası ve IMF'den sağlanan kredilerin kamusal harcamalarda ve kamu yönetiminde zorunlu tasarrufa ve küçülmeye gidilmesini zorunlu kılmasıdır. Belirtilen bu küresel sebeplerden ötürü Türk sağlık sisteminde bir reformun yapılması zaruri hale gelmiş ve SDP şu gerekçelere dayandırılmıştır (Gümüsel, 2012:8)

- Nüfusun büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinden yoksun oluşu veya yeteri kadar hizmet alamaması
- Mevcut sağlık sisteminden duyulan tatminsizlik
- Kaynakların verimsiz kullanılması
- Ekonomide dönüşüm ve uluslararası ilişkiler
- Aşırı bürokrasi
- Etkili bir sevk zinciri sisteminin olmayışı veya uygulanamaması

Elbek ve Adaş (2009:35) da yukarıda bahsedilen nedenlere benzer nedenleri sayarak bunların SDP'ye gidilmesinde etkili olduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenleri şu şekilde sayabiliriz; Kamusal harcamaların çok fazla boyutlara ulaşması ve bunun kamu bütçesinden karşılanamaması, mevcut sağlık sistemin her yönüyle (personel,

araç-gereç, kaynak dağılımı, kurumsal yapı vb.) yetersiz kalması, sağlık hizmetlerinin aşırı merkeziyetçi yapıda olması ve sorunlara çözüm üretmekte yetersiz kalması, sağlık harcamaları için kullanılan bütçenin farklı kaynaklardan sağlanmasının ciddi adaletsizliklere yol açması ve sağlık örgütlerinin parçalı yapısının kaynakları etkili ve verimli kullanılmasının önüne geçmesidir (Görmüş, 2013:172).

Yukarıda saydığımız nedenlerin yanında SDP'nin başlatılmasının şu gerekçelere de dayandırıldığını hatırlatmakta yarar vardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesi; doktorların hastanelerin imkanlarını kullanarak yaptıkları ameliyatlarda hastalardan “bıçak parası” adı altında ve hiçbir yasal dayanağı olmayan ücret almaları, hekimlerin hastaneler dışında özel muayene açmaları ve hastaları buralara yönlendirerek haksız kazanç elde etmeleri, hastanelerdeki veya sağlık ocaklarındaki aşırı yoğunluk, muayene olamama, farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının (SSK, Bağkur, Yeşilkart, Emekli Sandığı) olması, bu bunlara tabi olan hastaların istedikleri sağlık kuruluşundan hizmet alamaması, hastaların hekim seçme hakkının olmaması, ödeme güclüğü çeken hastaların hastanelerde rehin kalmaları veya kefilli senet karşılığı hastaneden ayrılmalarına izin verilmesi, SSK'lı hastaların istediği eczaneden ilaç alamaması, sevk ve buna bağlı evrak işlerinin uzun zaman alması, bürokratik iş ve işlemlerinin zorluğu, uzun poliklinik ve ilaç kuyrukları, insan onurunu zedeleyen davranışlar, koğuş sistemi odalar, karmaşa ve karışıklıklar. Saydığımız bu sorunlardan dolayı 2003 yılında başlatılan SDP'nin halk nezdinde büyük kabul görmesini sağlamıştır (Aykır, 2014:40-41).

Gerçekten de 2003 öncesi dönemi detaylı incelediğimizde yukarıda belirttiğimiz sorunların birçoğunu görmek mümkündür. Özellikle hastalardan alınan bıçak paraları, hastaları özel muayenelere yönlendirme ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak için senet vb şeyler imzalamak zorunda kalmaları sık sık gündeme gelen konulardı.

Mesela 2003 yılında basına yansıyan bir habere göre Eskişehir'de 72 yaşındaki Sefer Umut adında bir vatandaş kırılan ayağının kangren olması sonucu Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'ne başvuruyor. Burada tedavi için 6000 TL (eski parayla 6 milyar) isteniyor. Yakınları bu parayı buluyor ve hasta tedaviye alınıyor.

Ancak daha sonra bu hastanede tedavisi devam ederken vefat ediyor. Hastane yönetimi hasta yakınlarına 31 milyarlık (31000 TL) bir fatura çıkarıyorlar ve bunun ödenmesini istiyorlar. Ödenmediği için de cenazeyi hasta yakınlarına vermiyorlar. Araya siyasilerin de girmesine karşılık cenaze yakınlarına verilmiyor (<http://www.internethaber.com/cenaze-borca-karsilik-rehin-kaldi-1011571h.htm> E. Tarihi: 10.10.2018). Yine benzer bir olayda SDP sonrası yaşanıyor. O dönem Başbakan olan Recep Tayyip Erdoğan'ın "Kimse hastanelerde rehin kalmayacak" sözüne rağmen rehin kalma olaylarına bir yenisi Adana'da görülmüştür. Hastane hastane dolaştıktan sonra üçüz evlatları olan Fatih ve Leyla Kandemir çifti, sosyal güvenceleri olmadığı için 4500 TL'lik hastane masraflarını ödeyemeyince senet imzalamak zorunda kalmışlardır (Cumhuriyet, 31 Ocak 2008).

Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Bunların yanında bıçak parası ile ilgili de basına yansımış birçok vaka mevcuttur. Mesela Bingöl Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde kadın doğum hastalıkları uzmanı olarak görev yapan bir doktor, hastasından bıçak parası adı altında para (200 mark) istemiştir. Bunun üzerine hasta yakını bu teklifi kabul etmiş ve ön ödeme olarak 100 Mark vermiş geri kalan meblağın ise bir gün sonra verileceğini belirterek ayrılmıştır. Daha sonra durumu kolluk kuvvetlerin bildirmiş ve yapılan operasyon sonucunda doktor suçüstü yapılarak göz altına alınmıştır. Doktor daha sonra çıkarıldığı mahkemece tutuklanarak cezaevine gönderilmiştir (<https://www.tgrthaber.com.tr/gundem/16572.html> E. Tarihi: 15.10.2018).

2003 yılında Samsun'un Çarşamba İlçesi Devlet Hastanesi'nde cerrah olarak görev yapan bir doktor hasta sahibinden 'bıçak parası' adı altında para alınca suçüstü yakalanıp tutuklandı. Oğlunun ameliyatı için hastaneye başvuran vatandaşın ameliyat için o dönemin parasıyla 150 milyon isteyince suçüstü yapıp göz altına alındı. Daha sonra çıkarıldığı mahkemece tutuklanıp hapse gönderildi. (<http://www.habervitrini.com/saglik/bicak-parasi-alan-doktor-tutuklandi-83735>).

Buna benzer bir başka olay da Adana'da meydana gelmiştir. Yine 2003 yılında Adana devlet hastanesinde görevli bir doktor hastasından bıçak parası aldığı gerekçesiyle tutuklanmıştır (<http://www.hurriyet.com.tr/bicak-parasi-alan-doktor-cezaevinde-38446687>. E. Tarihi: 15.10.2018). Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür.

3.2.2. Sağlıkta dönüşüm programının hedefleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı; Sağlık hizmetlerinin, halkın sağlık düzeyini yükseltecek şekilde *etkili*; maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmet üretebilecek şekilde *verimli*; insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına güçleri oranında katkıda bulunmalarını sağlayarak *hakkaniyete* uygun şekilde, organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır (Ersöz, 2010:83; Çoşkun, 2014:153). Kısacası SDP'nin amacı, etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sisteminin kurulup onun sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır. SDP'nin amacı Acil eylem planında herkese sağlık başlığı altında açıkça belirtilmiştir. Bu hedefler şunlardır (Görmüş, 2013:171):

- Sağlık Bakanlığı'nın hem idari olarak hem de işlevsel olarak yeniden yapılandırılması,
- Dağınık vaziyette bulunan (devlet hastanesi, SSK hastanesi vb..)sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesi,
- Herkesin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
- Aile hekimliği sisteminin kurulması,
- Anne ve çocuk sağlığına ayrı bir önem verilmesi,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması, özellikle kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan personel sıkıntısının giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

3.2.3. Sağlıkta dönüşüm projesinin temel ilkeleri

Sağlıkta Dönüşümün temel ilkelerini özetle şu şekilde sıralayabiliriz.

- a. **İnsan merkezlik:** Buradan kasıt sistem planlanırken ve sağlık hizmetleri sunumu gerçekleştirilirken bu hizmetten yararlanacak olan kişinin, ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır. Buradaki hareket noktası sağlığın aile ortamında başladığı ve sağlıklı bireylerin sağlıklı bir aile oluşturduğu ve sağlıklı ailelerin varlığı da sağlıklı bir toplum ve ülke oluşturduğudur.

Bundan dolayıdır ki birey bu sistemin en temel noktasını oluşturmaktadır (Çirpici, 2015:100).

- b. Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülke kaynakları ve koşulları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek devamlılığının olmasıdır (Çirpici, 20015:100).
- c. Sürekli kalite geliştirme:** Kalite sağlıkta dönüşümün önemli unsurlarından birisidir. Birçok nedenlerden dolayı sadece sağlık hizmetlerinde değil hemen hemen bütün sektörlerde kalite hizmet alıcılar açısından önemli hale gelmiştir. Sağlık sektörünün de bu olgudan kaçamayacak olması ve değişen kamu hizmeti anlayışı çerçevesinde kalite önemli hale gelmiştir. Sürekli kalite gelişiminden kastedilen şey, kaliteli hizmet sunma aşamasında ulaşılan noktanın yeterli görülmeyle, hep daha iyiye ulaşmasıdır. Bunu yaparken sistemin kendi kendisini denetleyip değerlendirmesi ve geri bildirim sağlanması ve bunun sonucunda varsa hatalardan veya eksikliklerden ders alınarak sistemin iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Çirpici, 2015:100-101; Erdoğan, 2014:115).
- d. Katılımcılık:** Katılımcılık ilkesini sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, konuyla ilgili bütün tarafların görüş ve önerilerinin alınarak, olumlu yönde bir tartışma ortamı sağlamak ve farklı fikirlerinde yer aldığı bir platform olarak ifade etmek mümkündür. Ayrıca, sağlık sistemini oluşturan bütün bileşenleri kapsamına alarak yapılan uygulamada kaynak birliğinin sağlanması da hedeflenmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetleri sunucularının, finansman kaynaklarının ve sağlık hizmetleri alan bireylerinde katılımının sağlandığı bir sistemi oluşturma çabası söz konusudur (Bostan, 2009:27; Erdoğan, 2014:115).
- e. Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yönetimin gereği olarak özel sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak bir noktada buluşmak (Çirpici, 2015:101). Kısacası özel sektör kamu işbirliğinin daha fazla artırılması ve çatışma yerine çözüm ve uzlaşma odaklı bir yönetimin benimsenmesi.

- f. Gönüllülük:** Diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de hem hizmet alanların hem de hizmet sunanların sisteme katılımında gönüllülük esası önemlidir. Bu sistemde bütün kesimler (hizmet alan ve hizmet sunan/üreten) zorla değil, teşvik edici önlemler alınarak gönüllü bir şekilde yer almaları hedeflenmektedir (Çirpici, 2015:101; Erdoğan, 2014:115; Çamcı, 2007:250)
- g. Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlayan, denetleyen ve hizmeti üreten yapıların birbirinden ayrılması ve böylece sağlık hizmetlerinin etkin sunumu ve sunulan hizmetin kalitesini etkileyecek olan çıkar çatışmasının engellenmesidir (Çirpici, 2015:101; Çamcı, 2007:250).
- h. Desantralizasyon:** Bir diğer adıyla yerelleşme olan ve merkezi yönetimin sahip olduğu yetkilerin bir kısmının taşradaki birimlere devri olarak bilinen bu ilkeden kasıt, merkezi yönetimden kaynaklanan hantal yapıdan kurtularak, hızlı karar alabilen, kaynaklarını daha verimli ve etkili kullanabilen, idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler kurmaktır. Sağlık Bakanlığı bu yeni sistem ile birlikte sahip olduğu yetkilerin bir kısmını taşra birimlerine bırakması hem üzerindeki yükü azaltacak hem de karar alımını hızlandırmış olacaktır. Bunun sayesinde kaynak tasarrufu da sağlanmış olacaktır.
- i. Hizmette rekabet:** Bu ilke ile sağlık hizmetlerinin devlet tekeline çıkarılarak özel sektör tarafından da sunulması hedeflenmektedir. Bunu gerçekleştirirken belirli standartlar oluşturulmalı ve sağlık alanında hizmet sunmak isteyen herkesin bu standartlar altında rekabetçi bir ortamda yarışmasının önü açılmalıdır. Bu yapıldığı zaman sürekli kalite gelişimi sağlanacak ve kamunun üzerindeki yük azaltılmış olacaktır.

3.2.4. Sağlıkta dönüşüm projesinin bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, sağlık sektörünü bütün boyutlarıyla ele almak üzere şekillendirilmiş sekiz ana bileşenden ve bunlara bağlı alt bileşenlerden oluşmaktadır. Bileşenler arasında sıkı bir ilişki vardır. Bir başka ifadeyle her bileşen, diğer bileşenler ile ilişkilendirilmiş ve programın bütünlüğüne uygun hale getirilmiştir (Görmüş, 2013:172). Bu bileşenleri şu şekilde sıralayabiliriz (Çirpici, 2015:102-113):

- ❖ **Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı (SB) diğer birçok bakanlık gibi hantal bir yapıya sahiptir ve bürokrasinin olumsuz etkileri hep hissedilmiştir. SDP ile birlikte bakanlığa bağlı kuruluşlar yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılacak ve Sağlık Bakanlığı hizmet üreten ve sunan bir yapıdan daha çok planlayan, denetleyen ve politika üreten stratejik bir yapıya dönüştürülecektir. Böylece Bakanlık 1980 Anayasası'nda belirtildiği şekliyle devletin sağlık sektörünü tek elden planlama görevini icra edecektir. Bakanlığın bütün örgütsel yapısına sinmiş olan dikey yapılanma ortadan kaldırarak entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanma modeli getirilecektir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak koruyucu hizmetlere öncelik verilecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Bu yeni sistem ile SB'nin görevi yukarıda da değindiğimiz gibi bütün hizmetleri üretmek değil daha ziyade politika hazırlamak ve sistemi denetlemek olacaktır.
- ❖ **Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası (GSS):** SDP öncesi ülkemizdeki sağlık sigortası parçalı bir yapı halindeydi. İşçiler SSK'ya, çiftçi ve esnaf Bağkur'a, memurlar Emekli Sandığı'na ve yoksul kesim ise Yeşil Kart'a tabiydi. Bu parçalı yapının SDP ile birleştirilmesi hedeflenmiştir. SDP ile hakkaniyet ilkesi doğrultusunda herkesin ödeme gücüne göre katkıda bulunabilecekleri ve ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerinden yararlanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturulması hedeflenmiştir. GSS oluşturulmasının gerekçeleri, SGK'lar arasında standart birliği sağlamak, farklı düzey veya yöntemlerle hizmet sunumunu veya satın alınmasını ortadan kaldırmak, bütün hastalara aynı düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak, fiyat kontrolünün ve sağlık hizmetlerinin finansmanının tek elden yapılmasını sağlamak, hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini kaldırmak olarak belirtilmiştir. Bunun yanında özel sağlık sigortacılığının da teşvik edilmesi ve geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bunun nedeni ise GSS'yi tamamlayıcı nitelikte olmasıdır.

❖ **Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi:** SDP ile sağlık hizmeti sunmak isteyen bütün aktörlerin sistem içine alınarak daha kaliteli ve rekabet ortamının oluşturulduğu bir yapı hedeflenmiştir. Bu bağlamda, sağlıkta sosyalleştirme dönemimin bir mirası olan sağlık ocağı ağı güçlendirilirken, diğer taraftan da vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de sağlık hizmeti yer alması öngörülmüştür. SDP ile dezavantajlı durumda olan bölgeler arasındaki eşitsizliği gidermek için kamunun harcamalarının azaltılarak bu alanların özel sektöre devredilmesi anlayışı yerine, ihtiyaç olan yerlerde kamunun daha fazla yer alması, kamunu sunduğu hizmetlerin niteliğinin artırılması ve özel sektör ile yarışabilir bir yapının oluşturulması amaçlanmıştır.

SDP ile temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek aile hekimliği modeline hedeflenmiştir. Hastalara hekim seçme hakkı tanınarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, seçtikleri bu hekimler aracılığıyla yürütülmesi hedeflenmiştir. Etkili bir sevk zinciri kurabilmenin ön şartı hastaların güvendiği ve kendi tercih ettikleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir hekimden hizmet almalarını sağlayan aile hekimliği modelini kurmaktır. Yani etkili kademeli sevk zinciri uygulamak programın hedefleri arasında yer almıştır. Burada bahsi geçen sevk sistemi sadece aşağıdan yukarıya değil, yukarıdan aşağıya doğru da işleyen bir mekanizmadır. Bu sistem ile tanı veya tedavi amaçlı bir daha üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına (ikinci veya üçüncü basamak) sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilecektir. Böylece daha etkili bir tıbbi kayıt sistemi oluşturulmuş olacak ve sağlık hizmetleri daha zamanda daha az maliyetle daha kaliteli olacaktır. Sevk zincirine girmek istemeyen yani doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardan ek katkı payı alınması hedeflenmiş ve bu durumun sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı olmayacağı belirtilmiştir.

- ❖ **Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü:** Kamuda oluşturulan politikaların ve yeni sistemin başarılı bir şekilde hayata geçirilip uygulanabilmesi için sahadaki uygulayıcıların en iyi şekilde eğitilmesi gerekmektedir. Bunun için Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasında ilk olarak sağlık çalışanların AB'ye uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması hedeflenmiştir. Doktorlara verilecek olan eğitimler onların ihtiyaç ve talepleri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. SDP'nin sac ayaklarından biri olan Aile Hekimliği Modeli için Üniversitelerle işbirliği içinde yeni bir müfredat programının hazırlanması amaçlanmıştır. Programın özünü oluşturan "aile sağlığı" kavramının güçlenerek yaşama geçmesi için aile sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması hedeflenmiştir. Ayrıca topluma gerekli eğitimlerin verilerek ağız ve diş sağlığı konusunda bilinçlenmeleri sağlanacaktır. Bütün diş hekimlerinden birinci basamak sağlık hizmetleri içinde en üst düzeyde yararlanılması, uzman diş hekimlerine ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yer verilmesi hedeflenmiştir.

Bu yeni sistemde sağlık alanında profesyonel yöneticilik uygulaması hedeflendiği için yöneticiliğin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak gelişip güçlenmesine önem verileceği ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımının sağlanacağı ifade edilmiştir. Böylece hekimlerin yetiştirilme amacı dışında kullanılmasının önüne geçilecek ve hekimlerin bilgi ve birikimlerinden azami derecede faydalanılacaktır. Bunun yanında sistemde sadece kamunun değil yerel yönetimlerin, dernek veya vakıfların, sivil toplum örgütlerinin aktif bir biçimde rol oynamaları öngörülmüştür. Sağlık personelinin ülke geneline dengeli dağılımının yapılması hedeflenmiştir.

- ❖ **Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları:** Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirebilmek ve programın devamlılığını sağlayabilmek için halk sağlığı konusunda bilgi ve beceriye sahip ve bunun yanında ayrıca sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve planlaması konularında bilgili ve deneyimli kişilere ihtiyaç vardır. Bunun yanında sağlık sektörü ile

ilgili araştırmalar planlayacak, analizler yapabilecek, hükümetlere danışmanlık hizmeti verecek, sağlık sektörünün ihtiyaçı olan insan gücüne mezuniyet sonrası da eğitimler verebilecek bir kuruma gerek duyulmaktadır. Halk sağlığı konusunda tıp fakülteleri bünyesinde açılmış olan halk sağlığı anabilim dalları mevcuttur. Ancak bu bölümler daha çok toplum hekimliğine yönelik eğitimler vermektedir. Oysa ki toplum sağlığı tek başına toplum hekimliği uygulamalarını içeren bir bilim dalı değil aksine birçok bilim dalı ile ilişkili multidisipliner bir bilim dalıdır. Bu amaç kapsamında sağlık sektörünün ihtiyaçı olan eğitilmiş donanımlı personeli sağlayacak bir kurum olarak cumhuriyetin ilk yıllarında kurulmuş olan fakat daha sonraları işlevini yitirmiş ve sadece yasalarla varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Enstitüsü günün ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde yeniden tasarlanmış ve eğitime hazır hale getirilmiştir.

- ❖ **Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon:** Kalite birçok hizmet kolunda olduğu gibi sağlık sektörü içinde oldukça önemlidir. Kalite çalışmaları SDP öncesinde başlamış hem özel hem de kamu sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır. Ancak kurumsal bir yapıya kavuşması SDP ile olmuştur. Program ile birlikte kalite konusunda çalışmalar yapacak olan ve daha önce var olmayan özerk yapıda ve sektördeki paydaşların da söz sahibi olduğu “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” kurulması amaçlanmıştır. Bu kurum kalite, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını belli standartlar dahilinde olması gerektiği gibi düzenleyecektir. Oluşturulması planlanan bu kurum sağlık sonuçlarını ölçecek bir sistem oluşturacak ve elde edilen veriler performans göstergeleri oluşturulmasında kullanacaktır. Bu kapsamda 2004 yılında Kalite Koordinatörlüğu birimi kurulmuştur. Bu birimin kurulmasındaki amaç kurumsal verimliliğin esas alınarak sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi ve vatandaş ve çalışan memnuniyetinin arttırılmasıdır. Kalite Koordinatörlüğu Biriminin kurulmasından sonra sağlıkta kalite çalışmaları kurumsal bir nitelik kazanmış ve Bakanlık bu konuda ne kadar kararlı olduğunu göstermiştir (Dervişoğlu, 2013:99). Yine bundan sonra 2006 yılında ve 2012 yılında kalite ile ilgili çalışmalar yapmak üzere çeşitli birimler oluşturulmuştur

- ❖ **Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma:** SDP ile ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normlarda, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar kurulması planlanmıştır. Bu kapsamda Ulusal İlaç Kurumu kurulmuş ve bu kurum ile ilaç ve tıbbi cihaz sektörünün yaşadığı sorunların, sıkıntıların bilimsel esaslara ve tarafların yaklaşımlarına uygun biçimde çözülmesi hedeflenmiştir (Dervişoğlu, 2013:100). Ayrıca bu kurumla birlikte ilaçların ruhsatlandırılması ile ilgili süreçlerin daha hızlı ve daha şeffaf hale gelebileceği belirtilmiştir. Sağlık sektöründe kullanılan tıbbi cihaz ve araç-gereçlerin çoğunun ithal olması sertifikasyon, kalite ve denetim gibi konularda uluslararası kurumlara bağımlık yarattığından bundan kurtulmak için Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmıştır. Bu kurumun kurulması 2011 yılındaki 663 sayılı KHK ile gerçekleşmiş ve kurumun adı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu olmuştur. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Kurumun kuruluş amacı SB politikaları çerçevesinde ilaç ve tıbbi cihaz sektöründe düzenlemeler yapmak ve standartlar belirlemektir. Bunun yanında ilaç ve tıbbi cihazların ruhsatlandırılması, üretimi, denetimi ve tıbbi cihazlar için onaylanmış kurumları belirlemek gibi görevleri vardır (Resmi Gazete 28103, 2011).
- ❖ **Sağlık bilgi sistemi (SBS):** Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferinin sağlanması ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması için Sağlık Bilgi Sistemi kurulmuştur. Bu sistem ile kayıtlar güvenli ve sürekli olarak tutulacak, zevk zinciri daha etkin, hızlı ve güvenilir olacak, hizmet verimliliği ve kalitesi artacak ve kaynakların nerede ve nasıl kullanıldığının takibi daha kolay olacaktır (Çirpici, 2015:112-113). SBS sağlık politikalarının belirlenmesinde, sektörle ilgili sorun ve önceliklerin tespitinde ve kaynakların planlanmasında önemli rol oynayacaktır. SBS bilgi işlem teknolojileri kullanılarak oluşturulan ortak bir veri tabanı üzerinden çalışmaktadır. Bu sistem ile vatandaşların kimlik numaralarıyla sağlık bilgilerinin eşleşmesi sağlanarak sevk zincirinin daha etkin çalışması hedeflenmektedir (SB SDP, 2008:36). Bunun yanında

vatandaşı merkezine alan ve hasta memnuniyetini sağlayan, randevu alma sürecini kısaltan ve daha etkin hale getiren bir e- randevu sistemi kurulmalıdır

3.2.5. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri

Ülkemizde uygulamaya konulan SDP 1980 sonrası tüm Dünyayı etkisi altına alan ve özellikle gelişmekte olan Ülkeler ile üçüncü dünya ülkelerinde daha çok kendini hissettiren (Bretton Woods kurumları aracılığıyla) neoliberal politikaların bir sonucudur. Neoliberalizm yapısal uyarılama politikaları, kamu reformları yönetim vb. gibi isimlerle uygulamak istediği politikaları yukarıda sözünü ettiğimiz yerlerde uygulamaya koymaktadır. Bu anlayışla ortaya çıkan sağlık reformları temel olarak sağlık hizmeti alanlar ile bu hizmeti sunanların birbirinden kesin olarak ayrılmasını, sağlık sistemlerinin desantralizasyonunu, özel sektörün sağlık alanında daha fazla yer edinmesini, hasta tercihlerinin daha ön planda tutulmasını önermektedir. Bu önermenin yapılmasındaki amaç sağlıkta rekabetin fiyatları düşüreceği, hizmette kaliteyi arttıracığı ve bu yolla da hasta memnuniyetinin yükseleceği varsayımdır (Belek, 2004:39). Ancak bu varsayım çoğu zaman tutmamıştır. Hatta bazı ülkelerde sorunu daha da derinleştirmiştir. Çalışmamızın bu bölümünde yukarıda saydığımız hedeflerle yola çıkılarak başlatılan SDP'nin Türk sağlık sistemi üzerindeki etkilerine kısaca değinmeye çalışacağız. Bu etkileri birkaç alt başlık altında tartışmaya çalışacağız.

SDP'nin sağlık sistemi üzerindeki ilk etkisi "*Bireyselleştirme*"dir. Bu kavramdan kastığımız bir başka ifadeyle neoliberalizmin bireysellik prensibi sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi kamusal sorunlara kolektif yaklaşımın yerine bireysel olarak çözüm bulmasını önermektedir. Bu yaklaşımda sağlık yardımlarının nüfusun en yoksul kesimine verilmesini, geri kalanların ise sağlık harcamalarını prim, katkı payı, ilave ücret, özel sigorta gibi uygulamalarla kendilerinin karşılaması önerilmektedir (Görmüş, 2013:218; Feo, 2008:227). Böylece sağlık harcamalarında bir azalma olacak ve kamunun ekonomik/harcamalar yönünden küçültülmesi sağlanmış olacaktır. Çünkü bu yaklaşımla sağlık yardımları nüfusun genelini değil sadece en yoksul kesimlerini kapsayacaktır.

Ataay (2007:89) SDP ile ortaya çıkan Aile Hekimliği Modelinin sağlık ocağı modeline dayanan, giderleri genel bütçeden karşılanan, toplumsal ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldırdığını bunun yerine bireyi ön plana çıkaran bir yaklaşımı benimsediğini belirtmektedir. Bu modelle birlikte aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve ayaktan tedavi edici hizmetlerini sunmaya başlamışlardır. Böyle bir yaklaşımın benimsenmesi sonucu bütüncül bir anlayışla sunulmaya çalışılan koruyucu sağlık hizmetleri önemini kaybetmiş, bir ekip hizmeti olarak birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri 1000 ile 4000 arası nüfusa, birey odaklı olarak sunulmaktadır. Ayrıca GSS'nin sağladığı olanaklardan yararlanmak için prim ve katkı payı ödemek ve borcu bulunmamak, katkı payı ve ilave ücret ödemek gibi birtakım zorunluluklar ortaya çıkmıştır. Bunun gibi uygulamalar da toplumdaki tüm kesimlerin ulaşabildiği, nitelikli bir sağlık hizmetinden eşit şekilde faydalanma fırsatını ortadan kaldırmıştır. Sağlık hizmetlerinden alınan katılım payı sağlık hizmetlerinin herkesi kapsamaması, ulaşılabilir olması ve herkesin eşit bir şekilde yararlanması ilkelerine ters düşüğü açıktır. Yeşil kart uygulamasında yoksul sınırın asgari ücretin 3/1 olarak şekilde daraltılması bireyselleştirmenin en açık örneğidir (Görmüş, 2013:218).

SDP'nin Türk sağlık sistemi üzerindeki ikinci önemli etkisi ise **sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir**. Sağlıkta Dönüşüm Programının neoliberal bir anlayışla hayata geçirildiğini yukarıda belirtmiştik. Neoliberal yaklaşımda devletin birçok alandan çekilmesi ve kürek çeken değil dümen tutan devlet olması hep ön plandadır. Devlet ticari faaliyet içinde olmamalıdır. Güvelik, adalet, eğitim gibi alanlar dışında devlet hiçbir şekilde yer almamalı, küçültülmelidir. Neoliberal anlayıştaki bu yaklaşım kamu sektöründeki birçok alanı etkilediği gibi doğal olarak sağlık sektörünü de etkisi altına almıştır. Bu yaklaşımın temel varsayımı piyasanın kaynakların dağıtımında hem daha iyi hem de daha hızlı ve etkin olduğudur. Devletin olduğu yerde otorite vardır, ekonomik büyümenin önünde engel vardır, kaynak israfı vardır. Bu yaklaşımdan hareketle sağlık hizmetleri devlet tarafından ücretsiz olarak sunulan bir hizmet olmamalı, bunun yerine cepten ödeme veya özel sigortalar yoluyla finanse edilen bir sisteme geçilmelidir. Devlet tek başına sağlık sektöründe yer almamalı, özel sektörde teşvik edilmeli ve birçok hizmet özel sektörden hizmet satın alma yoluyla gerçekleştirilmelidir.

Sağlıkta dönüşümün aile hekimliği modeli, GSS ve Kamu hastaneleri birliği adı altında üç sacayağı olduğunu daha önce belirtmiştik. Aile hekimliği modelinin sağlık sistemi üzerindeki etkilerini bir önceki başlıkta (bireyselleştirme) kısaca değindik. Onun için benzer şeyleri AHM için burada tekrar etmeyeceğiz. Sağlıkta özelleştirilmesi noktasında önemli olan ve etkileri açıkça görülebilen uygulamalardan biri Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıdır. Bu sistem birinci basamak sağlık hizmetleri, özel sektör sağlık hizmetleri ve KHB'lerin finansmanı için düşünülmüştür. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sağlık hizmetlerini sunarken yurt içi veya yurt dışı sağlık sunucuları ile yapacağı sözleşmeler ile ve/veya sözleşme yapılmamış hizmet sunucularından temin ettiği sağlık hizmeti giderlerini ödeyerek karşılayacaktır. Bu sistemde birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerinden, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel hastanelerden ve KHB'lerden sağlanacaktır. Sağlık hizmeti alımında kamunun önceliği yoktur. Özel sağlık işletmeleri ve özerk sağlık kuruluşları rekabet içinde sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirebileceklerdir. Rekabet edemeyen veya rekabet koşullarına göre kendilerini yenilemeyen, müşteri tatminini sağlamayan sağlık kuruluşları piyasadan çekileceklerdir (Görmüş, 2013:219-220).

Sağlıkta özel sektörleşmeye örnek olarak gösterilebilecek bir başka uygulamada SDP'nin son sacayağı olan ve 2017 yılında 694 sayılı KHK ile varlığı sona eren KHB'lerdir. Kamu Hastane Birliklerinin ilk tasarısında kamu hastanelerine hem idari hem de mali özerklik verilmesi hedeflenmişti. Ancak 663 sayılı KHK'da ise sadece mali özerklik tanınmış, idari özerklik ise tanınmamıştı. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına mali özerklik tanınması KHB'lerin birinci fazı olarak görülmektedir. Daha sonra KHB'lere tam özerklik tanınarak onların önce tamamen özerkleşmesi ve ardından da özelleşmeleri hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çeşitli yollarla yapılmaktadır. Bunlar; devletin elinde bulunan sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devri, klinik ve klinik olmayan hizmetlerin ihale yoluyla özel firmalardan alınması, sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi ve desteklenmesidir (Özkal, 2002:48). Kamu sağlık kurumlarının dış kaynak kullanımı yeni bir olgu değildir. 663 sayılı KHK'dan öncede sağlık sektöründe yemek, temizlik, güvenlik gibi birçok hizmet artık devlet tarafından değil sunulmamakta ve özel sektörden satın alınmaktaydı. Bu hizmet satın alımlarına

laboratuar ve görüntüleme gibi tıbbi hizmetler de girmiştir. Ayrıca veri hazırlama görevlisi, hasta kayıt görevlisi gibi kişilerde hizmet satın alma yoluyla temin edilmektedir.

SDP'nin sağlık sistemi üzerindeki bir etkisi de sağlık çalışanlarına özellikle hekimlere getirilen *performansa dayalı ödeme sistemidir*. Bir başka ifadeyle bu sistem hastanelerde döner sermaye kurulması ve oradan çalışanların performansları oranında pay almasına dayanan bir sistemdir. Her ne kadar SDP ile gündem de yer almışsa da bu yeni değildir. İlk olarak 1961 yılında çıkarılan 209¹⁷ sayılı kanun ile yataklı sağlık kuruluşlarının bazı giderlerinin kurulan döner sermayeden karşılanması amaçlanmıştır. 1989 yılında çıkan 375 sayılı KHK ile çalışanlar döner sermayeden pay alamaya başlamışlardır. Daha sonra 2001 yılında yapılan bir başka düzenleme¹⁸ ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye kurularak burada çalışan sağlık personelinin döner sermayeden pay alması sağlanmıştır (Etiler, 2011:6). Performansa dayalı ödeme sistemi (PDÖS) ile ilgili son gelişme 2003 yılında uygulamaya konulan SDP ile olmuştur. SDP'nin bileşenlerinden biri "Performansa dayalı öde biçimi" şeklindedir. PDÖS ilk önce 2003 yılında 10 hastanede pilot uygulama olarak başlatılmış daha sonra 2004 yılı başından itibaren tüm devlet hastaneleri ve sağlık ocaklarında (1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında) uygulanmaya başlanmıştır. Son olarak da 2011 yılından itibaren tüm üniversite hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır.

Performansa dayalı ödeme sistemi sağlık personelinin sağlık hizmetleri üretimi ve sunumuna katkısı oranında aldığı ödemelerden oluşan bir sistemdir (Kart, 2013). Bu uygulamanın amacı hastanelerde hem sunulan hizmetin kalitesini arttırmak hem de çalışan çalışmayan ayrımını yapmak olarak belirtilmiştir. Daha fazla çalışan daha fazla kazanacağı için sağlık personelinin işine daha fazla odaklanacağı düşünülmüştür. Ayrıca hastalara doktor seçme hakkı tanındığı için ve doktorundan memnun olmayan hastanın hekimini değiştirme hakkı bulunduğu için doktorların

¹⁷4/1/1961 tarih ve 209 nolu Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun. R.G.Yayın yılı ve Sayısı: 09/01/1961 - 10702

¹⁸11.01.2001 tarihinde kabul edilen 4618 sayılı yasa: Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri İle 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

hastalarına daha güler yüzlü davranacakları ve onlarla daha fazla ilgilenecekleri düşünülmüştür. Böylece hasta sayılarını arttırarak döner sermayeden daha fazla pay alma imkanına kavuşacaklardır. Kısacası bu uygulamayla hem hizmet kalitesini arttırmak hedeflenmiş hem de daha etkin hizmet sunumu amaçlanmıştır diyebiliriz. Ancak uygulamaya baktığımızda sürecin yukarıda izah etmeye çalıştığımız gibi sorunsuz yürüdüğünü söylemek pek mümkün görünmemektedir. Sistemin bazı aksayan yanları vardır. Bundan dolayı da çeşitli kesimlerce eleştirilmektedir.

3.2.6. Sağlıkta dönüşüm programının sağlık çalışanları üzerine etkisi

Sağlıkta Dönüşüm Programının etkilediği bir diğer alanda sağlık çalışanlarıdır. Burada çalışan kelimesini özellikle tercih ediyoruz çünkü bu terimden kastımız sadece doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli değil, bir sağlık kuruluşunun her departmanında hizmet veren bütün kesimlerdir. Aslında neoliberal politikaların bir sonucu olan emek üzerindeki bu etkiler sadece sağlık alanında değil neredeyse kamunun bütün alanlarında yaygınlaşmış ve bir istihdam felsefesi haline gelmiştir. Sağlık sektörü de emek yoğun bir sektör olduğundan bu politikalardan tabii olarak etkilenmiştir.

Yukarıda da belirttiğimiz gibi SDP sağlık insan işgücü üzerinde önemli etkiler yaratmıştır. SDP ile birlikte kamuda sağlık personeli istihdamı daimi statüden sözleşmeli statüye doğru kaymaktadır. Bir başka deyişle sözleşmeli personel istihdamında büyük artışlar olmuştur. Sağlıkta dönüşüm aynı zamanda 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na dayanan hizmet satın almayı da hedef edinmiştir. Sağlık Bakanlığı kadrolu personel statüsünde azaltma yoluna giderek daha çok sözleşmeli personel istihdamına ve hizmet satın alma yoluna gitmeyi tercih etmiştir. Bunu SDP ve onun sac ayaklarını oluşturan Aile Hekimliği Modeli ve KHB ile yapmaya çalışmıştır. Sağlık bakanlığında personel istihdamı iki ana başlık altında incelenebilir. Bunlardan ilki 4/A statüsü (kadrolu personel) ve sözleşmeli personel statüsüdür. Sözleşmeli personel 657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine göre, 4924 sayılı kanun'a göre, çalıştırılmaktadır. Ayrıca 5258 sayılı göre aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ve 663 sayılı KHK'ya göre performansa dayalı özel sözleşmeli sağlık yöneticileri istihdam edilmektedir. SDP ile birlikte sağlık sektöründe çalışan arasında ancak farklı ücret alan ve farklı statülere sahip, tabii oldukları mevzuatları farklı olan ve bunların neticesinde farklı ücret ve özlük haklarına sahip birçok kadro ortaya çıkmıştır (Çakıroğlu ve Seren, 2016:38).

2003 yılında yapılan bir düzenleme ile sağlık sektöründe sözleşmeli personel çalıştırmanın önü açılmıştır. 23 Temmuz 2003 tarihinde 4924 sayılı bir Kanun¹⁹ yayınlanmıştır. Bu kanunda “ *personel temininde zorluk çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, SB ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli*” tanımlanmıştır. Bu kanun maddesi ile kamuda sağlık personeli istihdamında sözleşmeli personel çalıştırma yönünde bir ilke benimsenmiştir (Aydoğan, 2010). Aynı kanununun 11. maddesiyle 657 sayılı DMK’nın 36. maddesine bir ifade eklenerek bazı hizmetlerin satın alma yoluyla gerçekleştirilebilmesinin önü açılmış oldu. Bu ifade ilgili kanununun III- Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıf bendinde kendini bulmuştur. Buna göre “ *Bu sınıfa dahil personel tarafından yapılması gereken hizmetler, eğer gerekli görülürse Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde hizmet satın alınması yoluyla yerine getirilebilecektir. Ancak bu satın alınan hizmetin bedeli döner sermaye gelirlerinden karşılanacaktır*”.Buradan hareketle diyebiliriz ki sağlık sektöründeki birçok hizmet (temizlik, yemek, güvenlik vb hizmetler) hizmet satın alma yoluyla temin edilecektir. Böyle bir yöntemin benimsenmesinin bize göre en temel amacı sağlık alanında personel alımını azaltmak ve böylece sağlıkta personel bakımından ve dolayısıyla personel giderleri bakımından küçülme yoluna gitmektir.

Sağlık alanında sözleşmeli statüde personel modelini öngören bir başka uygulama da 2004 yılında kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’dur. Bu kanun ile birlikte aile sağlığı merkezlerinde çalışacak olan sağlık çalışanları SB ile bir sözleşme yaparak çalışmaya devam etmişlerdir. Ancak bu personelin esas kadroları ile ilişkileri kesilmeden aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmışlardır. Bu uygulama geçiş dönemi için düşünülmüş daha sonra hekimler SGK ile sözleşme imzalayarak çalışmaya başlamışlardır. Denetimleri yine SB tarafından yapılmaya devam etmektedir. Doktorlarla beraber çalışan diğer sağlık personelleri (ebe, hemşire, sağlık memuru vb..) ise birer işçi halini almıştır (Etiler, 2011:4; Çakıroğlu ve Seren, 2016:39). Bir başka yasal düzenleme ise 2005 yılında yapılmıştır. Bu düzenleme ile 657 sayılı DMK’da yer alan 4/A (memur) statüsünün

¹⁹4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun R.G Yayın Tarihi: 24/7/2003 Sayı: 25178

yanında sözleşmeli olan 4/B statüsü de kabul edilmiştir. Bir başka ifadeyle bu düzenleme ile birlikte sağlık çalışanlarında sözleşmeli statü ortaya çıkmış ve yasal hale gelmiştir. Bir diğer gelişme de 2005 yılında 657 sayılı kanunun 86. maddesine ilave bir madde ile toplumda vekil ebelik ve hemşirelik olarak bilinen yeni bir statü ortaya çıkmıştır. Bu personelin atamaları açıktan atama yoluyla yapılacak ve bunlar köy sağlık evleri, sağlık ocaklarında çalışacaklardır. Bu şekilde 2006 ve 2007 yıllarında yaklaşık olarak 5700 civarında personel alımı yapılmıştır. Bu personelin maaşları da oldukça düşüktür. Diğer sözleşmeli personel ile kıyaslandığında gelirleri en düşük olanlar yine bunlardır (Etiler, 2011:4-5; Çakıroğlu ve Seren, 2016:39).

Bu şekilde bir istihdam yöntemi ile Bakanlık personel alımını azaltmayı ve dolayısıyla giderlerde azalmaya gitmeyi hedeflemiştir. Normal şartlarda bu personel kadrolu veya 4/B statüsünde çalıştırılmış olsa idi kamuya maliyeti daha yüksek olacaktı. SB'nin böyle bir yolu seçmesinin bir diğer nedeni de Etiler'e göre (2011:5) aile hekimliği uygulaması ile boşalan kadroları bunlarla doldurmaktır. Sonuç olarak toparlayacak olursak SDP ile birlikte sağlık çalışanlarının istihdamında çeşitlilik artmış ve aynı işi yapan fakat farklı statüde olan, farklı maaş alan ve özlük hakları farklı olan sağlık çalışanları ortaya çıkmıştır. Bu durum kamu personel sisteminde esnekliğin, YKY anlayışının artık kamuda hakim olmaya başladığın bir göstergesidir. SB artık kadrolu (4/A) statüde personel çalıştırmak yerine sözleşmeli statüde personel çalıştırmayı tercih etmektedir. Böylece bakanlıkta küçülmeyi gerçekleştirebileceğini düşünmektedir. Yukarıda detaylarını kısaca açıklamaya çalıştığımız istihdam modellerini şu şekilde özetleyebiliriz (Etiler, 2011:5; Çakıroğlu ve Seren, 2016:39; Ünlütürk Ulutaş, 2011).

- Kadrolu sağlık çalışanı (657 sayılı DMK'nın 4/A maddesine göre),
- Sözleşmeli personel (657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine göre),
- 4924 sayılı yasaya göre sözleşmeli personel,
- Hizmet satın alma yoluyla personel çalıştırma,
- Vekil ebe ve hemşire uygulaması (657 sayılı DMK'nın 86. maddesine yapılan ekleme ile),
- Aile Hekimliği Uygulaması ve buna bağlı olarak sözleşmeli sağlık çalışanları,
- Üniversite vakfının elamanı olarak sözleşmeli statüde çalışma.

Sağlık çalışanlarını özellikle doktorları ilgilendiren bir başka konu “*İthal Hekim*” tartışmalarıdır. İthal hekim tartışmasının çıkış noktası ülkedeki özellikle Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgesindeki hekim açığı kapatmak olduğu söylenebilir. Bu tartışma 2006 yılı Şubat ayı ortalarında şimdiki Cumhurbaşkanı R. Tayyip Erdoğan’ın başbakanlığı döneminde ortaya atılmıştır. Daha sonra bu konu birçok meslek örgütünün tepkisine rağmen bir kanun tasarısı haline getirilmiştir. Burada SB yabancı hekimler çalışabilmesi için ayrı bir taslak hazırlamak yerine 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun bazı maddelerine değiştirme yoluna gitmiştir. 1219 sayılı kanunun 1. maddesinde ve 4. maddesinde değişikliğe gidilmiştir. Söz konusu kanunun madde 1’deki doktorların göreve başlayabilmeleri için “TÜRK” olmak ibaresi kanun metninden tamamen çıkarılmıştır. Madde 4’de yer alan “...izinli Türk hekimlerinin...” ibaresi yeniden yazılarak “ mezun hekimlerin” şeklinde yazılmıştır. Bakanlık bu çalışmayı en başta belirttiğimiz nedenlerin yanında ayrıca AB’ye uyum sürecinin bir gereği olarak savunmuştur (Orhan, 2006:188). Kanaatimizce bu uygulama sağlıkta neoliberalizmin bir uygulamasıdır. Böylece hekimlik mesleği rekabete açılacak, iyi olmayanın piyasadan silinmesi sağlanacaktır. Ayrıca sözleşmeli hekimlik yaygınlaştırılacak, iş güvencesi ortadan kalkacak yani garanti görülen devlette istihdam ortadan kalkacak. Bu sonucu da aslında personel bakımından küçülmeye giden yolun başlangıcı sayılabilir.

3.2.7. SDP’nin sağlıkta küçülme üzerine etkisi: Sağlıkta gerçekten küçüldü mü?

Çalışmamızın sorunsalı son dönemlerde yapılan çalışmaların genelde kamu özelde ise sağlık alanında bir küçülme yaratıp yaratmadığıdır. Özellikle 2003 sonrası hayata geçirilen SDP ile devletin sağlık sektöründeki varlığı azaltılmak istenmiş ve devletin çekildiği alanların özel teşebbüse bırakılması hedeflenmiştir. Çünkü sağlık harcamaları sadece ülkemiz açısından değil hemen hemen bütün devletler açısından önemli bir gider kaynağıdır. Sosyal devlet ilkesi gereği sağlık harcamalarının devlet tarafından karşılanması fikri ve uygulaması uzun yıllardan beri devam etmektedir. Bir başka deyişle devlet sağlık hizmetlerinin üretilmesinden ve sunulmasından birinci derecede sorumlu tutulmuştur. Bu anlayış 1980’lerin ikinci yarısından itibaren yaşanan ekonomik krizlerin etkisiyle değişmeye başlamıştır. Bu krizlerin nedenleri

arasında devletlerin kamusal harcamalara ayırdığı bütçenin yüksek olması ve bunun kamu maliyesinde bir kambur oluşturduğu düşüncesi yatmaktadır.

Türkiye’de 1980 öncesi dönem sağlık hizmetleri devlet eliyle sunulurken ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal devlet ilkesi hakim iken, 1980 sonrası dönemde daha çok neoliberalleşme politikaları uygulanmaya başlanmıştır. Bir devlet görevi olan sağlık artık özel sektöre bırakılmaya başlanmıştır. Bu süreç Kerman’ın da (2006) belirttiği gibi bazı dönemlerde hız kazanarak bazı dönemlerde yavaşlayarak devam etmiş ancak hiçbir zaman tamamen durmamıştır. Gelen her hükümet sağlık harcamalarının fazla olduğunu belirterek bunun kısılması gerektiği ve bunu sağlamanın en önemli yollarından biri olarak küçülme ve/veya küçülme sayılabilecek yöntemlere başvurmayı göstermiştir. Bu yollara başvurulurken de yasal düzenlemelerden, uluslararası örgütlerin önerileri ve projelerinden, kalkınma planlarından, hükümet programları vb. yollardan yararlanılmıştır. Bu çalışmaların bir kısmı uygulanma şansı bulmuş bir kısmı ise uygulamaya geçirilememiştir. Sağlıkta küçülme adına atılan en önemli adım 2003 yılında AKP hükümetleri tarafından başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesidir (SDP). Bu projenin amaçlarına ve bileşenlerine baktığımızda sağlık sistemimizde önemli değişiklikler öngörüldüğü açıkça görülmektedir. Yukarıda detaylı olarak değindiğimiz için tekrardan burada SDP’yi anlatmayacağız.

Peki SDP ile Türk sağlık sisteminde bir küçülme yaşanmış mıdır? Yaşandıysa bunun boyutları nedir? Bunu sayısal veriler ve yapılan çalışmalar üzerinden yorumlamaya çalışacağız. Çalışmamızın önceki bölümlerinde de belirttiğimiz gibi küçülmeden bahsederken sadece personel sayısı bakımından küçülmeyi ele almıyoruz. Örgütsel küçülmenin farklı yöntemleri vardır veya küçülme olarak adlandırabileceğimiz uygulamalar söz konusudur. Türk sağlık sisteminde küçülme olarak adlandırabileceğimiz uygulamaları şu şekilde sıralayabiliriz: Dış kaynak kullanımı, Kamu-özel ortaklığı modeli, özelleştirmeler, bürokrasinin azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalar, genel sağlık sigortası (sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, Kamu hastane birlikleri (gerçi 694 sayılı KHK ile kaldırıldılar), yeniden yapılanma çalışmaları.

Sağlıkta küçülmeye örnek olarak verebileceğimiz uygulamalardan biri dış kaynak kullanımıdır. Dış kaynak kullanımı (outsourcing) SDP ile başlamış bir uygulama değildir aksine SDP öncesinde de uygulanmaktadır. Ancak en fazla kullanıldığı ve yoğun bir şekilde başvurulduğu dönem SDP ile olmuştur. Hastaneler DKK'da yemek, temizlik, güvenlik hizmetleri için DKK'ya başvurmuşlardır. SDP ile birlikte değişen şey ise tıbbi hizmetlerin de DKK yöntemi ile karşılanmaya başlanmıştır. Kamu hastaneleri tıbbi hizmetlerin büyük bir bölümünü kendileri sunmak yerine başka kurumlardan alma yoluna gitmişlerdir. Dış Kaynak kullanımını çalışmamızın önceki bölümlerinde değindiğimiz için tekrar olmaması açısından burada daha fazla detaya girmeyeceğiz.

Sağlıkta küçülme olup olmadığını ölçmenin yöntemlerinden biri de personel sayısına bakmaktır. Çünkü çalışan sayısının fazla olması kamunun büyüklüğünün göstergelerinden biridir. Bundan dolayıdır ki sadece özel örgütler değil kamu örgütleri de küçülmeye giderken ilk başvurdukları yöntemdir personel sayısının azaltılması. SDP öncesi yani 2003 öncesi toplam sağlık personeli sayısı 256518'dir bu sayının yaklaşık olarak 68.000'i (67.496) diğer personel ve hizmet alımıyla alınan personel iken kalanı Bakanlığın bünyesindeki kadrolu veya sözleşmeli sağlık çalışanı idi. Yani toplam sağlık çalışanlarının % 26.3'ü hizmet alımıyla temin edilen personellerden oluşmaktaydı. 2003 yılından sonra ise yine Bakanlığın personel sayısında azalma olmamıştır. Personel sayısı her yıl artmıştır. Ancak hizmet alımı yöntemiyle bir başka ifadeyle DKK yöntemi ile (taşeron olarak da adlandırılabilir) çalıştırılan personel sayısı diğer personel sayılarındaki artış aynı oranda değildir. Hizmet alımı yöntemiyle temin edilen personel sayısında ciddi oranda bir artış yaşanmıştır.

2017 yılı itibariyle SB bünyesinde toplam 590.559 kişi istihdam edilmekte ve bunların % 37'si (215.402 kişi) diğer personel ve hizmet alımı ile alınan personellerden oluşmaktadır. Bunu 2003 öncesi ile karşılaştıracak olursak 2002 yılından bu yana hizmet alımı yöntemiyle istihdam edilen sağlık personeli sayısı yaklaşık olarak 3.2 kat artmış ancak Bakanlığın kadrolu veya sözleşmeli olarak istihdam ettiği personel sayısı ise sadece iki kat artmıştır. Kısacası 2003 yılından itibaren (SDP ile birlikte) Bakanlık kadrolu personel çalıştırmak yerine daha çok hizmet alımı yönetimi ile personel istihdam etme politikası uygulamaya başlamıştır.

Ayrıca SDP ile birlikte hastaların özel sağlık kuruluşlarından hizmet almasının önünün açılmasıyla birlikte özel sektörün sağlık alanındaki payı artmış ve buna bağlı olarak da özel sektörün istihdam ettiği personel sayısında önemli oranda bir artış meydana gelmiştir. Böyle bir uygulama ile personel giderlerinin azaltılması hedeflenmiştir diyebiliriz. Aşağıdaki tabloda çalışan sayıları verilmiştir.

Tablo 2. Tüm Sektörler Sağlık Personeli Sayısı

Meslek	2002	2017
SB Toplam Sağlık Personeli	189.322	375.157
SB Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	215.402
Özel Sektör Personel Sayısı	120.237	189.295

Kaynak: SB Sağlık İstatistikleri Yıllıklarından (2002-2017) derlenerek hazırlanmıştır.

Örgütsel küçülmenin yöntemlerinden bir diğeri de ekonomik olarak küçülmedir. Sağlık Bakanlığında ekonomik anlamda küçülme olup olmadığını anlamak için ise Bakanlığın bütçesine ve harcamalarına (gelir-giderlerine) bakmak gerekmektedir. SDP öncesi ve SDP sonrası karşılaştığımızda hem ayrılan bütçe hem de sağlık harcamalarında azalmanın değil bir artışın olduğu göze çarpmaktadır. Ancak burada dikkat çeken başka bir nokta bulunmaktadır. SDP ile birlikte SB'ye ayrılan bütçenin yanında döner sermaye gelirleri önemli bir yer tutmaktadır. Hastanelerin bu gelirleri sundukları hizmetler karşılığında sosyal güvenlik kurumundan ve hastalardan alınan katılım paylarından oluşmaktadır. 2002 yılından bu yana sadece 2005 ve 2017 yıllarında döner sermaye gelirleri Bakanlığın bütçesinden daha azdır. Sözü edilen bu yıllar dışında hastanelerin döner sermayeden aldıkları pay merkezi bütçeye göre daha fazladır. Döner sermaye gelirleri sayesinde SB merkezi bütçeden daha az harcama yapmakta ve çalışanlarına ödediği ek ödemeleri ve DKK yolu ile sunduğu hizmetlerin ücretlerini devlete yük olmadan ödeyebilmektedir.

Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçeleri

YIL	DÖNER SERMAYE GELİRLERİ	MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇESİ	SB BÜTÇESİ (Döner Sermaye+Merkezi Yönetim Bütçesi) (Milyon TL)	GSYİH İÇİNDEKİ PAYI(%)
2002	2.583	2.510	5.093	1,5
2003	3.955	3.076	7.031	1,5
2004	5.182	3.716	8.898	1,6
2005	4.868	4.993	9.861	1,5
2006	7.811	5.733	13.544	1,8
2007	9.920	6.611	16.531	2,0
2008	11.094	8.099	19.193	2,0
2009	11.414	9.429	20.843	2,2
2010	12.257	10.574	22.831	2,1
2011	14.170	12.478	26.648	2,1
2012	16.890	14.973	31.863	2,2
2013	19.869	17.012	36.881	2,4
2014	21.745	19.499	41.244	2,4
2015	24.032	23.323	47.355	2,4
2016	27.573	25.574	53.147	2,5
2017	31.741	32.302	64.033	2,7

Kaynak: SASAM Enstitüsü Analiz Yıl:3 Sayı:10, Eylül 2017

Burada hemen belirtmek gerekir ki sağlık harcamalarındaki artışın nüfus artışı ile de orantılı olduğunu unutmamak gerekir. Bir başka deyişle sağlık harcamalarının ve sağlığa ayrılan bütçenin artmasında nüfus artışının bir etkisi olduğu açıktır. Çünkü 2003 yılından itibaren Türkiye nüfusu yaklaşık olarak 1,2 oranında artmıştır. Buna bağlı olarak diğer kamu hizmetlerine ayrılan pay gibi bütçeden de sağlığa ayrılan payda bir artış olduğu söylenebilir.

Tablo 4. Yıllara Göre Nüfus Sayıları

YIL	NÜFUS	ARTIŞ ORANI
2002	65.022.300	↑ % 1,44
2003	65.938.265	↑ % 1,41
2004	66.845.635	↑ % 1,38
2005	67.743.052	↑ % 1,34
2006	68.626.337	↑ % 1,30
2007	69.496.513	↑ % 1,27
2008	70.363.511	↑ % 1,25
2009	71.241.080	↑ % 1,25
2010	72.137.546	↑ % 1,26
2011	73.058.638	↑ % 1,28
2012	73.997.128	↑ % 1,28
2012	75.627.384	↑ % 2,20
2013	76.667.864	↑ % 1,38
2014	77.695.904	↑ % 1,34
2015	78.741.053	↑ % 1,35
2016	79.814.871	↑ % 1,36
2017	80.810.525	↑ % 1,25

Kaynak: TÜİK Nüfus istatistikleri ve <https://www.nufusu.com/ulke/turkiye-nufusu> adresinden alınmıştır.

Harcamalar yönünden değerlendirdiğimizde de yine SB'nin sağlık harcamalarının yıllar itibariyle artış gösterdiği açıkça görülmektedir. Bu harcamaların büyük çoğunluğunu cari harcamalar oluşturmaktadır. Yani personel, ilaç, sigorta vb. harcamalar yatırım harcamalarından daha fazladır. Nüfus artışının yanında sağlık harcamalarının artmasına neden olan bir diğer etmen de “şehirleşmedir”. İnsanların birlikte yaşamalarının sonucu olarak karşılaşılabilecekleri salgın ve benzeri hastalıklar

nedeniyle sağlık hizmetlerine talep artmaktadır. Bu durum fiziki alanların, sağlık istihdamının ve sağlık harcamasının artması anlamına gelmektedir (Kekeç vd., 2018:551). Türkiye’de 2002 yılında nüfusun % 60.3’ü kentlerde yaşarken belde ve köy nüfusu % 39.7’dir. 2018 yılına geldiğimizde ise kent nüfusunun oranı % 92.3, kırsal nüfusun (köy ve belde) oranı ise % 7.7 dir. Bu verilerden de açıkça görülmektedir ki kentli nüfus her yıl artmakta ve bu artış sağlık harcamalarının artmasına da neden olmaktadır. Sağlık harcamalarının artmasına neden olan bir başka faktör ise eğitim durumudur. Kişilerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlık hizmetlerine olan talepleri de artmaktadır. Türkiye’de 2008 yılında okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 11.3, ilkokul mezunu olanların oranı % 42.7, üniversite mezunlarının oranı % 8.3 ve lisansüstü eğitim mezunlarının oranı % 0.8 dir. Bu oranlar 2017 yılı itibariyle değişmiş ve okur-yazar olmayanların oranı % 4.8’ e, ilkokul mezunlarının oranı % 28.4e düşmüş ancak üniversite mezunu olanların oranı % 16.7’ye ve lisansüstü eğitim mezunlarının oranı % 2.2’ye yükselmiştir.²⁰

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranına baktığımızda bazı dönemler artış gözlemlense de son yıllarda bir düşüş görülmektedir. 2003 yılında 5.2 olan bu oran 2017 yılı itibariyle 4.5’e düşmüştür. Sağlık harcamaları artarken yapılan harcamaların GSYİH’ye olan oranı düşmektedir. Buradan hareketle diyebiliriz ki devletin sağlık alanına yaptığı harcamalar diğer kamusal sektörlere göre düşmektedir.

Tablo 5. Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları

YIL	CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (Milyon TL)	TOPLAM SAĞLIK HARCAMA (Cari+Yatırım) (Milyon TL)	GSYH İÇİNDEKİ PAYI (%)
2002	18.331	18.774	5.2
2003	23.676	24.279	5.2
2004	28.616	30.021	5,2
2005	33.292	35.359	5.2
2006	40.949	44.069	5,6

²⁰ Nüfus ve eğitim seviyeleri ile ilgili istatistikler TÜİK ve DPT verilerinden derlenmiştir.

YIL	CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (Milyon TL)	TOPLAM SAĞLIK HARCAMA (Cari+Yatırım) (Milyon TL)	GSYH İÇİNDEKİ PAYI (%)
2007	46.495	50.904	5,8
2008	52.320	57.740	5,8
2009	55.294	57.911	5,8
2010	58.623	61.678	5,3
2011	65,372	68.607	4,9
2012	70288	74.189	4.3
2013	79.702	34.390	4,7
2014	88.878	94.750	4,6
2015	96786	104.568	4.5
2016	112540	119.756	4.6
2017	130.981	140.647	4.5

Kaynak: Nüfus ve eğitim seviyeleri ile ilgili istatistikler TÜİK ve DPT verilerinden derlenmiştir.

Maliye Bakanlığının verileri incelendiğinde açıkça görülmektedir ki Sosyal Güvenlik Kurumunun yapmış olduğu ödemeler Türk sağlık sisteminin ana kaynağını oluşturmaktadır. SGK'nın sağlık harcamalarındaki payı her yıl artış göstermiştir. Örneğin, 2006 yılında yaklaşık olarak % 76 olan SGK payı 2017 yılında % 92'ye ulaşmıştır. Yani 11-12 yıllık zaman diliminde % 16'lık bir artış meydana gelmiştir. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu hatta tamamına yakını SGK tarafından yapılmakta ve SGK ve ödemeyi çalışanlardan kesilen primlerle yapmaktadır ki bu primler SGK'nın esas gelir kaynağıdır. SDP sonrası yani AKP hükümetleri döneminde (çünkü Türkiye 2002 yılından itibaren AKP tarafından yönetilmektedir) kişilerin sağlık hizmeti almak için yapmış oldukları harcamaların cari sağlık harcamaları içindeki payı her geçen yıl artmıştır. 2017 yılı verilerine baktığımızda sağlık alanında yapılan her 100 TL harcamanın (cari sağlık harcaması) % 70'inden fazlası kişiler tarafından karşılanmıştır (https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php E. Tarihi: 10.11.2018).

Devletin sağlık harcamalarına yaptığı katkının oranı SGK gelirleri ile kıyaslandığında oldukça düşük kalmıştır. Bu pay 2016 yılında % 18.2 civarında iken, 2017 % 17.9'a ve 2018 yılının ilk sekiz aylık dönemde % 13.9'a kadar düşmüştür. Bu veriler sağlık harcamalarında devletin doğrudan payının yıllar içinde azaldığını ortaya koymaktadır. Özetle diyebiliriz ki Türkiye'de sunulan sağlık hizmetlerinin bedelinin neredeyse % 70'inden fazlası sağlık hizmeti satın alanlar tarafından karşılanmaktadır. SGK'nin Tedavi edici sağlık hizmeti satın alarak gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının temel kaynağı kişilerden sağlık primi adı altında toplanan 'sağlık vergisi' ile muayene, ilaç ve reçete katılım paylarıdır. Dolayısıyla devlet böyle bir yola başvurarak bir anlamda üzerindeki yükü atmaya ve bunun neticesinde küçülmeye çalışmaktadır (https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php E. Tarihi: 10.11.2018).

SDP'nin sağlıkta sistemi üzerindeki etkilerine yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalara baktığımızda sağlık sektörünün SDP ile birlikte daha çok ticarileştiği ve sağlıkta devletin ağırlığının azalmaya başladığı görülmektedir. Seren tarafından 2006 yılında yapıлып 2014 yılında yayınlanan bir çalışmaya²¹ göre katılımcıların büyük çoğunluğu (% 87) SDP sonrası hastanelerin işletme mantığı ile yürütülmeye başladığını belirtmişlerdir. Yine katılımcıların büyük çoğunluğu eski anlayıştan farklı olarak hastaların müşteri olarak görüldüğünü ifade etmişlerdir. Kırılmaz ve arkadaşları (2015) yapılan bir çalışmada²² da SDP sonrası küçülme veya bu anlama gelebilecek gelişmelerin olduğu ve eksi yapıya göre sağlık sisteminin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada yöneticilerle yüz yüze mülakat yöntemi uygulanmış ve SDP ve sonrası oluşan yapı hakkında sorular sorulmuştur. Mülakata katılan yöneticilerin çoğunluğu SDP ile birlikte kaynakların daha etkin kullanıldığı, sağlıkta hizmet bütünlüğünün sağlandığı, sağlık kurumları arasında işbirliği ve koordinasyonun arttığını, sağlık hizmetlerinde tam olarak olmasa da yerleşmenin arttığını belirtmişlerdir. Ancak bu yeterli değildir. Çünkü KHB yasa tasarısı ile ortaya çıkan ve uygulamaya konan KHK arasında ciddi farklar vardır. SDP ile oluşan yeni yapının insan gücünün ve hizmet kullanımının daha etkin kullanılmasına olanak sağladığı belirtilmiştir.

²¹ Seren, Harmancı A. K. (2014). Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*.1 (1), 1924

²²Kırılmaz, H., Bağış, M. ve Şimşir, İ. (2015). Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11 (25), 91-113.

Yine Filiz (2014) tarafından yapılan bir başka çalışmada²³ da hastanelerin birbirleriyle rekabet eden kurumlar olduğu belirtilmiştir. SDP sonrası oluşan yeni yapı ile birlikte özellikle KHB uygulaması ile hastaneler birbirleri ile rekabet eden kurumlar haline gelmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (% 76) hastanelerin birer işletme haline dönüştüğünü belirtmişlerdir. Buna ilave olarak katılımcıların % 79'u SDP ve KHB uygulaması ile birlikte hastanelerin özelleştirilmesinin yolunun açıldığını belirtmişlerdir.

3.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Finansmanı

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde izlenen yol, basamaklı hizmet zinciridir. Böyle bir yolun seçilmesindeki temel amaç kişilere daha kolay sağlık hizmetlerinin sunulması ve hastalıklara erken teşhisin yapılmasıdır. Buna ilave olarak basamak sistemi (etkili zevk zinciri) sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesinin artırılması ve rasyonel hizmet sunumunun gerçekleştirilmesidir (Eke, 2014:107). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini üç dönem altında inceleyebiliriz.

3.3.1.663 sayılı KHK öncesi yapı (2011 öncesi)

Sağlıkta Sönüşüm Programı öncesi Türk sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi parçalı ve düzensiz bir şekilde dağıtılmış çoğulcu bir yapı göstermekteydi. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı, tedavi edici hizmetlerin büyük bir kısmı SB tarafından yerine getirilmekteydi. Tedavi edici hizmetlerin sunumunda SB, SSK, bazı bakanlıklar ve belediyeler, EGM, PTT, DDY, TSK, üniversite hastaneleri gibi kamu veya yarı kamu, özel sektör, azınlıklar, dernek veya vakıflara bağlı hastaneler etkiliydi. Ancak sağlık hizmeti sunumunda etkin olan bu kurumlar arasında bir eşgüdüm söz etmek ise pek mümkün değildi (Görmüş, 2013:129).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin önemli ayaklarından birisi de SSK hastaneleri ile devlet hastanelerinin birleşmesidir. SDP öncesi dönemde Türk sağlık sisteminde sağlık hizmeti sunan farklı kuruluşlar ve bunların sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirdikleri sağlık kuruluşları vardır. Mesela Bag-kur’lu hastalar devlet

²³Filiz, İ. (2014). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. OÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

hastanelerinden, SSK'lı hastalar SSK'nın kendi hastanelerinden, askeri personel MSB bünyesindeki askeri hastanelerden hizmet satın almaktaydılar. Bunların yanında özel hastaneler, vakıf ve azınlık hastaneleri gibi hastanelerde sağlık hizmeti sunumunda rol oynamaktaydılar. Bu kurumlar arasında en çok tartışmalı olan ve şikayet konusu olan SSK hastaneleri idi. İlk önce 58. Hükümet ve daha sonra 59. Hükümet tarafından hazırlanan Acil Eylem Planı içerisinde devlet hastanelerinden SSK'lı hastaların da yararlandırılması ve daha sonraki aşamada bu sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesi öngörülmüştür.

SSK hastaneleri ile devlet hastanelerinin birleşmesi yönünde atılan ilk adım 2003 yılındaki 24104 sayılı protokol ile olmuştur. 26 Aralık 2003 yılında 59. Hükümet tarafından bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumuna bakılmaksızın tüm vatandaşlara etkili, kaliteli, eşit, ulaşılabilir ve aynı standartlarda bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmek amacıyla 24104 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına İlişkin Protokol" hazırlanmış ve uygulamaya konmuştur. Bu protokol ile Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları, aktif devlet memurları ve Yeşil Kart sahibi vatandaşlar SSK hastanelerinden, SSK mensubu vatandaşlar da devlet hastanelerinden faydalanma olanağına kavuşmuşlardır. Yani kısaca belirtmek gerekirse SSK sağlık tesisleri ve SB sağlık tesisleri ortak kullanıma açılmıştır (Orhan, 2006:151).

SSK sağlık tesislerinin (SSK hastaneleri) SB'ye devri 24104 sayılı protokolün ardından 2005 yılında kabul edilen 5283 sayılı Kanun²⁴ ile gerçekleşmiştir. Bu kanun ile SSK sağlık tesisleri SB'ye devredilmiştir. Ancak Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, TSK, MİT, üniversiteler, yerel yönetimlere ve vakıflara ait sağlık birimleri bu birleşmenin dışında tutulmuşlardır. Sağlık tesislerinin birleştirilmesi ile sağlık hizmeti sunan kuruluşların SB çatısı altında toplanması ve böylece sağlığın tek elden planlanması, kurumlar arasındaki farklılıkların ve koordinasyon eksikliğinin giderilmesi, sağlık hizmeti sunumunda belirli bir standartın yakalanması, verimliliğin ve etkinliğin sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması hedeflenmiştir (Şahin, 2008:4-5; OECD, 2008:44). Bunların sonucunda da daha kaliteli hizmet sunma, kaynak israfının önüne geçme ve

²⁴06.01.2005 tarih ve 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun. R.G Yayın Tarihi: 19.01.2005 Sayı: 25705

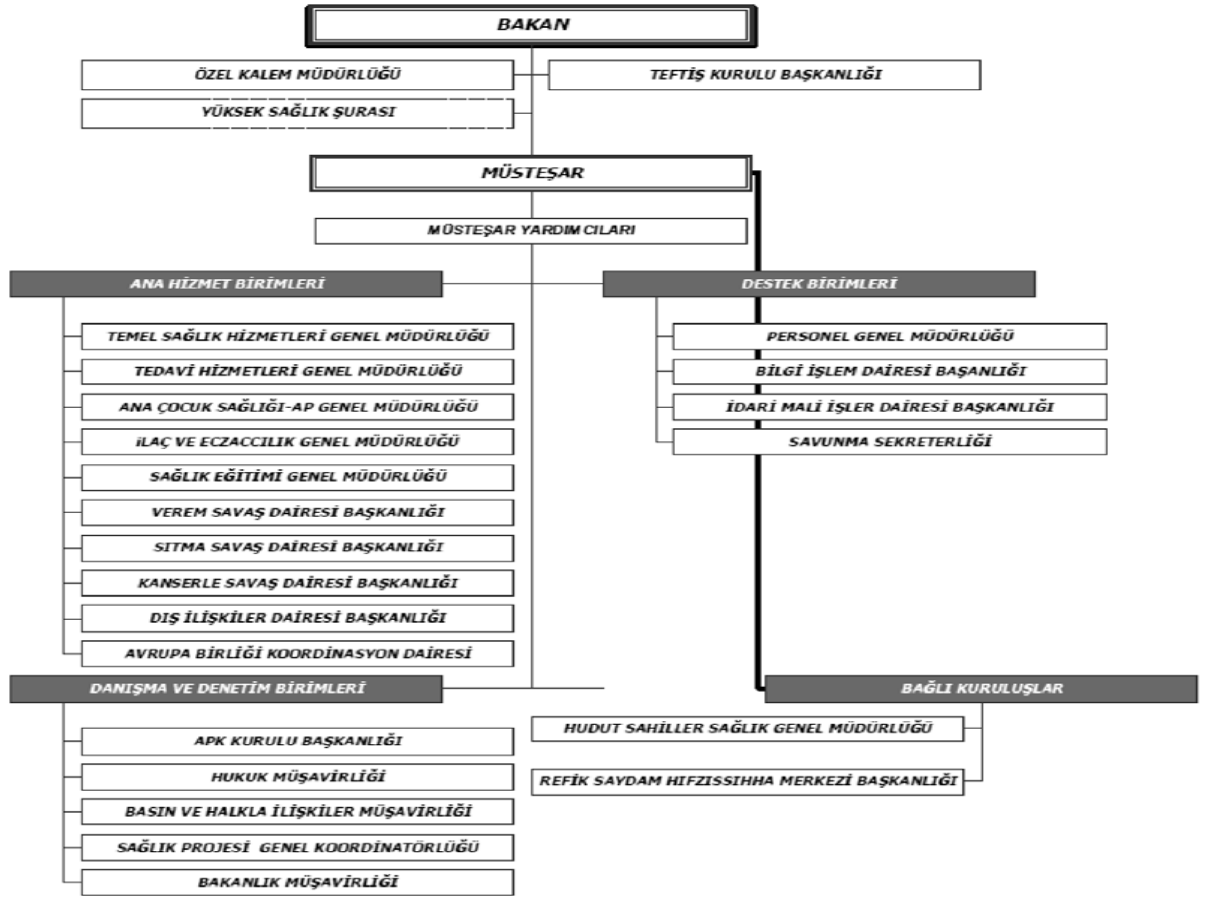
kamusal kaynakların daha rasyonel kullanılması öngörülmüştür. 5283 sayılı kanun ile SSK ve Devlet hastanelerinin birleşmesinden sonra SSK'ya ait bazı sağlık tesisleri ya kapatılmış ya da diğer hastanelerle birleştirilmiş, bazılarının da isimleri değiştirilmiş ve böylece tüzel kişiliklerini korumaya devam etmişlerdir. Devredilen hastanelerin yönetim ve örgütsel yapıları SB hastaneleri ile bütünleştirilmiş, satın alma ve ödeme süreçleri bunlara uyumlu hale getirilmiştir. Yine bu tesislerde döner sermaye kurularak çalışanlara performans kriterlerine göre döner sermayeden ek ödeme yapılmaya başlanmıştır (Şahin, 2008:5).

3.3.1.1.Sağlık bakanlığı merkez teşkilatı

Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında politika belirleyen ve bunların halka sunulmasını sağlayan en üst düzeydeki organ TBMM'dir. Ancak sağlık hizmetlerinin her aşamasında söz sahibi olan ve sorumluluğu üzerinde ve bütün bu süreçlerden doğrudan sorumlu olan kurum ise Sağlık Bakanlığıdır (SB). SB, bakanlığın merkez, taşra ve bağlı kuruluşlardan oluşmasını öngören 1983 tarih ve 181 sayılı KHK²⁵ile düzenlenmiştir. SB'nin merkez teşkilatı Türk Kamu yönetimine hakim olan ve devletin diğer bütün bakanlıklarında kendini gösteren katı merkeziyetçi anlayış çerçevesinde Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıkları şeklinde örgütlemiştir. Ayrıca Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluş olarak düzenlenmiştir. SDP öncesi bir başka ifadeyle 663 sayılı KHK öncesi SB'nin Merkez teşkilatı aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir.

²⁵Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki KHK. R.G. Tarihi:14.12.1983 Sayısı:18251

Şekil 1. 663 sayılı KHK Öncesi SB'nin Merkez Teşkilat Yapısı



Kaynak:

Sağlık Bakanlığının en üst amiri bakandır. Bakan, kurumun bütün faaliyetlerinden ötürü Başbakana karşı sorumludur. Sağlık Bakanı Bakanlığını Anayasaya, kanunlara, hükümet programına ve bakanlar kurulunca belirlenen politikalara göre yönetmekle mükelleftir (181 nolu KHK; Dervişoğlu, 2013:51). Sağlıkla ilgili politikalar geliştirmek, belirli hedefler oluşturmak, performans kriterleri belirlemek ve bakanlığın bütçesini hazırlayarak gerekli kanuni ve idari çalışmaları yapmak SB'nin başlıca görevleri arasındadır. Ayrıca bakanlık çalışmalarını koordine ederek değerlendirmelerde bulunmak bakanın görevleri arasındadır. Görev ve sorumlulukları oldukça geniş olan Sağlık Bakanının en önemli görevi ise, sağlık teşkilatının yasalara uygun, düzenli ve etkili bir biçimde çalışmasını sağlamaktır. Bakandan sonra kurumun en üst yöneticisi müsteşar ve onun yardımcılarıdır. Bunun yanında Bakanlıkta genel müdürler ve daire başkanları da üst düzey yönetici konumundadırlar.

Burada bakanlığın iki önemli biriminden ve bunların görevlerinden söz etmek yararlı olacaktır. Bunlardan ilki Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü diğeri ise Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'dür. TSHGM toplum sağlığı ile ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinden ve verilen bu hizmetlere vatandaşların katılımının sağlanmasından sorumludur. Ayrıca çevre sağlığını koruyucu önlemleri almak, gıda maddelerini denetlemek, serbest çalışan hekimleri denetleyip ücret tarifelerini tespit etmek, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek ve aşılama yapmak, bu birimin başlıca görevleri arasındadır. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ise, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarının ve bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşlarının açılması ve kapasitelerinin artırılması görevi verilmiştir (181 nolu KHK; Dervişoğlu, 2013:52). Bunun yanında THGM'ye kamu veya özel yataklı sağlık kurumlarına açılış ruhsatı vermek ve ücret tarifelerini tespit etmek gibi görevler verilmiştir.

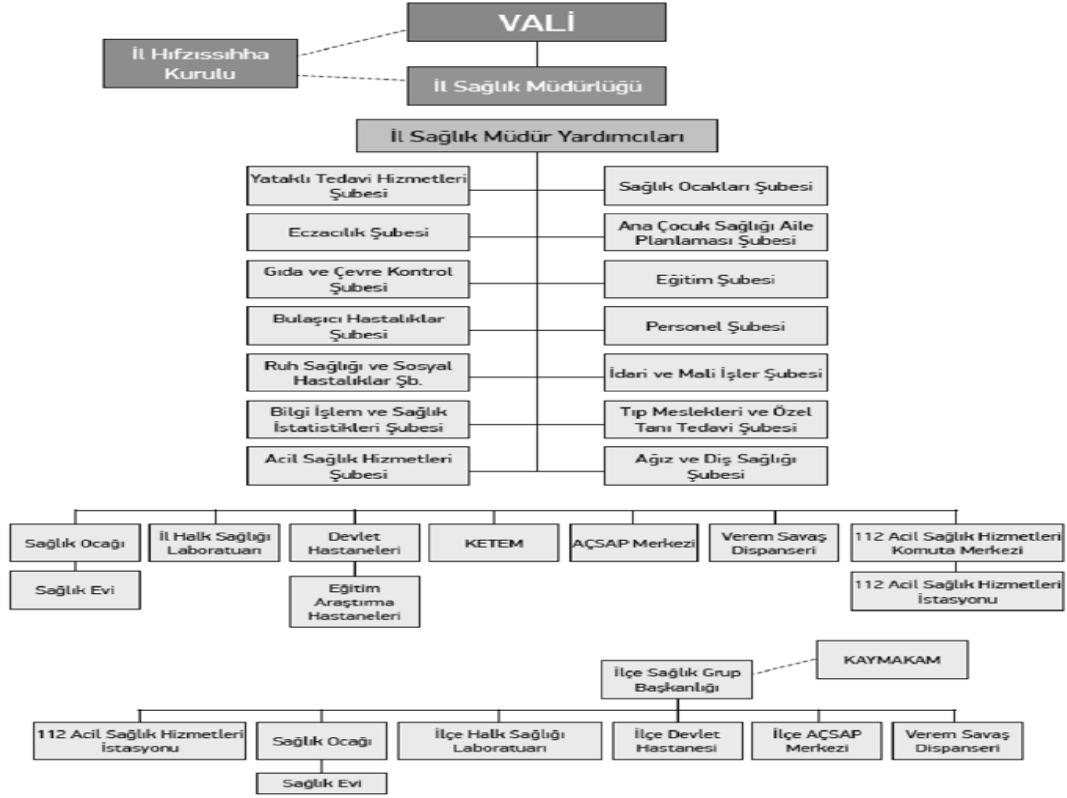
3.3.1.2. Sağlık bakanlığının taşra teşkilatı

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin taşra teşkilatlanmasına yönelik ilk düzenlemeler 1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda yer almıştır (Demirbilek, 1999:104). Bu kanuna göre her ilde bir sağlık müdürlüğü kurulacak ve il sağlık müdürünün en üst mülki idare amiri olan vali tarafından atanacaktı. Bu örgütlenme biçimi 2011 yılına kadar devam etmiştir (Balcı, 2005:86). İl sağlık teşkilatı sağlık bakanlığı ile diğer bakanlıkların taşra temsilcileri arasında uyum sağlamak, denetim, sağlık ihtiyaçlarının tespiti gibi görevleri yerine getirmektedir (Sur, 1998: 255-258).

İl Sağlık Müdürlüğü; Yataklı Tedavi Hizmetleri, Sağlık Ocakları, Eczacılık, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması, Gıda ve Çevre Kontrol, Eğitim, Bulaşıcı Hastalıklar, Personel, Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar, İdari ve Mali İşler, Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri, Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Tedavi, Acil Sağlık Hizmetleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Şubelerinden oluşan bir yapılanmaya sahiptir. Ayrıca Sağlık Ocağı ve Sağlık Evleri, İl Halk Sağlığı Laboratuvarları, Devlet Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri, KETEM, AÇSAP Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları da İl Sağlık Müdürlüğü hiyerarşisi altında örgütlenmişti. İlçelerde ise kaymakama karşı sorumlu olan ilçe sağlık grup başkanlığı ve bunun altında ilçe devlet hastanesi, sağlık ocağı ve

sağlık evi, 112 acil servis, halk sağlığılaboratuvarı, verem savaş dispanseri kurulması söz konusuydu.

Şekil 2.SB'nin 663 Sayılı KHK Öncesi Taşra Teşkilatlanması



Kaynak:Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan (2013-2017), 2013:29.

3.3.1.3. 663 Sayılı KHK öncesi sağlığın finansmanı

Bir ülkenin sağlık sistemi belirleyen ve o ülke sağlık sistemi hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayan en önemli unsurlardan biri ve hatta en önemlisi sağlık hizmetlerinin finansmanıdır. Sağlığın finansmanı sağlık sisteminin örgütlenmesini ve personel sistemini önemli ölçüde etkilemektedir. Bunun içindir ki bir ülkede iktisadi açıdan herhangi bir destek söz konusu değilse o ülke sağlık sisteminin iyi işleyebilmesi pek mümkün değildir (Görmüş, 2013:137). Türk sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da pay almaktaydı (Atasever, 2014:43). SDP öncesi (2003) Türkiye’de sağlığın finansmanında parçalı bir yapı hakimdi. Kamu İşçileri ve aileleri, özel

sektör çalışanları ve aileleri SSK, tarım çalışanları, kendi hesabına çalışanlar (serbest meslek sahipleri) ve onların aileleri BAĞ-KUR ve emekli devlet memurları ve onların aileleri Emekli Sandığı bünyesinde sağlık hizmeti almaktaydılar. Çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları ise bağlı oldukları kamu kurumunun bütçesinden finanse edilmekteydi. Toplumun yoksul kesimi yani sağlık giderlerini karşılama gücü kısıtlı olan veya hiç olmayanlar için ise 1992 yılında kabul edilen “Yeşil Kart” kanunu çerçevesinde uygulanmaya başlanan “Yeşil Kart Programı” çerçevesinde sağlık hizmeti sunulmaktaydı (Sülkü, 2011:19).

Türkiye’de sosyal sigorta konusunda ilk yasal gelişme 1945 yılında kabul edilen ve aynı yıl uygulamaya konulan 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur²⁶. Aynı yıl 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmış ve ardından 1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu (İSK) kurulmuştur. Bu kurum 1965’de 506 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu ile SSK adını almıştır (Görmüş, 2013:138; Sülkü, 2011:19). Yine bu yıllarda (1950’li yıllar) memurların sosyal güvenliği için çalışmalar başlatılmıştır. 1950 yılında Emekli Sandığı kurulmuştur. Bu sandık ilk başta Maliye Bakanlığına bağlı devlet memurlarına emeklilik, sağlık sigortası vb. hizmetler için bir fon oluşturulmuştur. 1971 yılından itibaren kurum iştirakçilerine ve aile bireylerine sağlık yardımı da yapılmaya başlanmıştır. Bu kişilere sağlanan yardımlar çalıştıkları kurumun bütçesinden finanse edilmekteydi. Emekli Sandığının sunduğu hizmetlerin finansmanı çalışanlardan kesilen % 16’lık kesintilerden ve % 20’lik devlet katkısından gerçekleştirilmekteydi (Görmüş, 2013:138).

SDP öncesi sosyal güvenlik sistemlerinden biri olan Bağ-Kur’un kurulması 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile olmuştur. 1977 yılında “2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Kanunu” ile muhtarlar zorunlu olarak, Bağ-Kur kapsamında sigortalanmışlardır. 1979’da 2229 sayılı Kanunla ise herhangi bir sosyal güvenlik kapsamında olmayan Türk vatandaşlarıyla ev hanımlarına isteğe bağlı olarak Bağ-Kur’lu olma hakkı verilmiştir. Ardından 1984 yılında “2926 sayılı Kanunla”, kendi adına tarım faaliyeti gerçekleştiren vatandaşlar sosyal güvenlik kapsamına alınmışlardır. Kademeli bir şekilde Bağ-kurlu’ların sigorta yardımlarından

²⁶ 27.06.1945 tarih ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu. R.G Yayın Tarihi: 07.07.1945 Sayı:6051

faydalanmaya başlamaları ise 1986'da "1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu'na ek 3235 sayılı Kanunla" olmuştur. Bu uygulama tüm yurttan yaygınlaştırılması ise 1989 yılında olmuştur. 1999'da, 2926 sayılı Kanuna tabi sigortalılara da sağlık yardımı verilmeye başlanmıştır (Sülkü, 2011:20).

Her ne kadar sağlık harcamalarının finansmanı sağlık sistemleri veya ülkeler bazında farklılık arz etse de genel olarak şu kalemlerden oluşmaktadır: Vergi gelirleri, Sosyal sağlık sigortası, Özel sağlık sigortası, Tıbbi tasarruf hesabı, Cepten harcamalar ve Bağışlar (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:136). 2003 öncesi dönemde yani SDP öncesi dönemde sağlık harcamaları kamu tarafından desteklenmekteydi. Türkiye'de 2003 öncesi dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanında, toplanan primler yeterli olmadığı için vergiler yoluyla toplanan fonlar ile bu açık finanse edilmekteydi. TÜİK verilerine göre bu finansmanların yanında Türkiye'de düşük ölçekte olsa da özel sağlık sigortacılığı, sigorta sandıkları, vakıf üniversiteleri gibi kaynaklar (% 9,5) ve hane halkının sağlık harcamaları (%19,8) olmak üzere toplam sağlık harcamasının % 29,3 tutarında özel sektör sağlık harcaması bulunmaktaydı. 2003 yılı öncesinde Türkiye'de kamu/devlet sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı idi. Bir başka ifadeyle SDP öncesi sağlık harcamalarının karşılanmasında kamunun desteği çok fazla idi. Özellikle koruyucu hizmetlerin neredeyse tamamına yakını devlet tarafından finanse edilmekteydi. Türkiye'de 2002 yılında yapılan her 100 TL' lik sağlık harcamasının 71 TL' si kamu tarafından karşılanmıştır (Atasever, 2014:43).

3.3.2. Sağlıkta dönüşüm sonrası teşkilat yapısı (663 no'lu KHK'dan sonra)

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ikinci en önemli adımlarından birisi de bizim çalışmamızın çıkış noktası olan SB'nin yeniden yapılandırılmasıdır. Çünkü SDP ile birlikte SB yeniden yapılanmaya bir başka ifade ile teşkilat şamasında değişikliğe gitmiştir. Bu çalışmamızda örgütsel küçülme olarak bahsettiğimiz nokta işte burasıdır. Önceki bölümlerde bahsettiğimiz gibi küçülme sadece personel sayısında ve giderlerde azalma demek değildir. Küçülme aynı zamanda bir örgütün organizasyon yapısında değişiklik, yeniden yapılanma, örgüt için gerekli bazı hizmetlerin örgüt dışından hizmet alım yoluyla yapılması, bürokratik işlemlerin azaltılması, yalın örgüt yapısı oluşturma ve yerelleşmedir. 663 sayılı KHK ile Sağlık hizmetlerinin sunumunda yerele daha fazla yetki verilmek istenmiştir. Ayrıca karar alımında ve politika oluşturma sürecinde özel sektör ve sivil toplumla işbirliği içinde hareket edilmesi hedeflemiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin bileşenlerinden biri bilindiği gibi “Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı” idi. Bu amaç ile Bakanlık sağlık hizmeti üreten bir yapı olmaktan çıkarılacak ve politika oluşturan, sağlık hizmetlerinde standartlar koyan ve denetleyen bir birim haline gelecektir. Buradan hareketle Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak, bakanlığın bünyesinde bulunan hastaneler birer özerk yapı haline getirilerek daha sonra özelleştirilmelerinin önü açılmış olacaktır. Bu özelleşme ile Bakanlığın kamu hizmeti olarak sunduğu sağlık hizmetleri artık bu mantıkla sunulmayacak ve kamunun üzerindeki mali yük azalmış olacaktır. Böylece devlet daha az personel istihdam edecek ve daha az maliyetle hizmet sunacaktır. Kısaca devlet sağlık alanında küçülmüş olacaktır.

Sözünü ettiğimiz bu hedefler ve yukarıda belirttiğimiz bileşen, 663 sayılı KHK’nın çıkış noktası olmuştur. SDP’nin bu amaçları doğrultusunda SB’nin teşkilat yapısında değişiklikler getiren 663 sayılı KHK yayımlanmıştır. Bu kararname 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve daha önce yürürlükte olan ve Sağlık Bakanlığının teşkilat ve görevlerini belirleyen 181 sayılı KHK yürürlükten kalkmıştır. 663 sayılı KHK ile amaçlanan idari ve mali yönden özerk sağlık kuruluşları (işletmeleri) oluşturmaktır. Hastaneler birer işletme mantığı ile çalışacak ve kendi kaynaklarını kendileri yaratacaklardır. Devlet merkezi bütçeden buraya herhangi bir kaynak aktarımı yapmayarak bir nevi giderlerde küçülmeye gitmeyi amaçlanmaktadır. Ancak aşağıdaki tabloyu incelediğimizde SB’nin bütçelerinde çok fazla azalma olmamış hatta yıllar itibariyle artış göstermiştir. Ancak burada dikkat etmemiz gereken önemli bir husus vardır: Döner sermaye gelirleri. Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi bakanlık özellikle SDP ile birlikte hastanelerin birçok ihtiyacının döner sermaye gelirlerinden karşılanmasını istemiştir. 2002 yılından itibaren döner sermaye gelirlerinde önemli artışlar olduğu açıkça görülmektedir. 2005 yılı hariç diğer bütün yıllarda (2002-2017 arası) döner sermaye gelirlerinin merkezi bütçeden daha fazla olduğu görülmektedir.

Devlet hastanelerinin idari ve mali yönden özerk yapılar haline getirilmeye çalışılması yeni bir olgu değildir. Bu konuda atılan ilk adım 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunudur. Fakat bu kanunun bazı maddeleri AYM tarafından iptal edildiği için kamuya ait sağlık kuruluşlarının birer işletme haline dönüştürülmeleri gerçekleşmemiştir. Daha sonra 1993 yılında Ulusal Sağlık

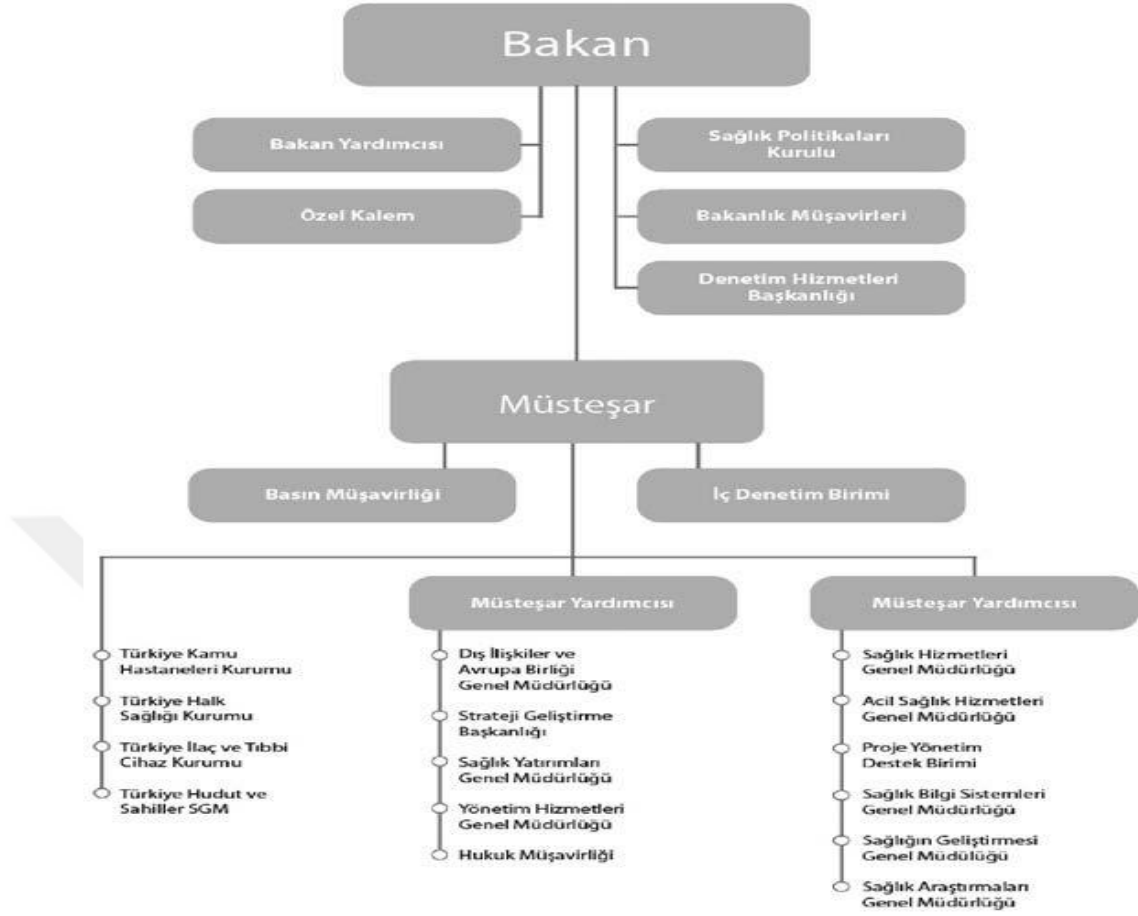
Politikası Belgesi yayınlanmıştır. Bu belgeye göre 2000 yılına kadar uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sistemi kurulması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda söz konusu belgede, hastanelerin desantarilizasyonu, hastanelerin kendi kaynakları hakkında karar veren ve bu kaynakları kullanan işletmeler haline getirilmesi, hastane çalışanlarının sağlık hizmet sunumuna katkıları oranında ücretlendirilmesi ve hastanelerin iktisadi ve mali yönden özerk yapılar haline gelmeleri hedeflenmiştir. Bu hedefler sadece bu belge veya kanunda değil ayrıca DPT'nin hazırlamış olduğu 5 yıllık kalkınma planlarında da yer almıştır (Görmüş, 2013:202-203). Fakat bunlar SDP'nin başlamasına kadar (2003 yılı) uygulanamamıştır.

3.3.2.1. Merkez teşkilatı

2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların örgütsel yapıları 663 sayılı KHK ile yeniden düzenlenmiş ve SB kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve koordinasyonundan sorumlu tutulmuştur. Bu kapsamda bakanlık koruyucu ve acil sağlık hizmetlerini üstlenmeye devam edecek ve acil durumlar haricinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan ise çekilecektir. Kısacası SDP ile amaçlanan hedefler gerçekleştirilmiş olacaktır. 663 sayılı KHK sonrası oluşan Bakanlığın örgütsel yapısı şu şekildedir: Bakan, müsteşar ve müsteşar yardımcıları, sağlık politikaları kurulu, bağlı kuruluşlar ve hizmet birimlerinden oluşmuştur. Bakan daha önceki yapıda olduğu gibi yine SB'nin en üst amiri olup temsil ettiği bakanlığının faaliyetlerinden ve koordinasyonundan dolayı Başbakan'a karşı sorumludur. Bakandan sonra müsteşar en yetkili kişi konumundadır. Ancak daha sonra çıkarılan bir kanun²⁷ ile diğer tüm bakanlıklarda olduğu gibi SB için de Bakan yardımcılığı kadrosu ihdas edilmiştir. Ama yine de etkinlik açısından müsteşar her zaman daha etkili olmuştur. Sağlık politikaları kurulunun görevi ise, bakanlığın sağlık yönetim sistemini, politikalarını ve stratejilerini belirlemek amacıyla on bir üye ve müsteşar ve yardımcılardan oluşmuştur (Dervişoğlu, 2013:110). Bakanlığın yeni teşkilat yapısı aşağıda çizelgede gösterilmiştir.

²⁷8 Haziran 2011 tarih ve 3046 sayılı Kanun ve Bazı KHK'larda değişiklik yapılmasına dair KHK

Şekil 3. 663 sayılı KHK Sonrası Bakanlığın Teşkilat Yapısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> E. Tarihi: 8.12.2016).

Bakanlığın yeni yapısında dikkat çeken yeniliklerden biri de Dış İlişkiler ve AB Genel Müdürlüğü'nün kurulmasıdır. 663 sayılı KHK'ya göre bu Genel müdürlüğün öncelikli görevi “Sağlık alanında yabancı ülkelerle ve uluslararası kuruluşlarla ilişkileri yürütmek, geliştirmek ve bunlarla ilgili hukuki ve idari düzenlemelere ilişkin çalışmaları yürütmektir”. Dervişoğlu (2013:112) bu birimin kurulmasını bakanlığın yeniden organizasyonunda küresel güçlerin etkili olduğunun bir işareti olarak algılamaktadır. Yeni teşkilat yapısında bağlı kuruluşların sayısı arttırılmıştır. SDP'den önceden iki adet bağlı kuruluş (Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı ve Hudut Sahiller Genel Müdürlüğü) var iken oluşan yeni yapıda bu sayı dört olmuştur. Bağlı kuruluşlara Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 663 sayılı KHK ile eklenmiştir. Bağlı kuruluşlar SB'ye bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğine sahip

kurumlardır. Daha öncesinde SB Ana Hizmet Birimleri ve taşradaki il müdürlükleri tarafından yerine getirilen hizmetler yeni örgütsel yapı ile bağlı kuruluşlar aracılığı ile yapılacaktır (Aktel vd, 2013:43).

3.3.2.2.Taşra teşkilatı

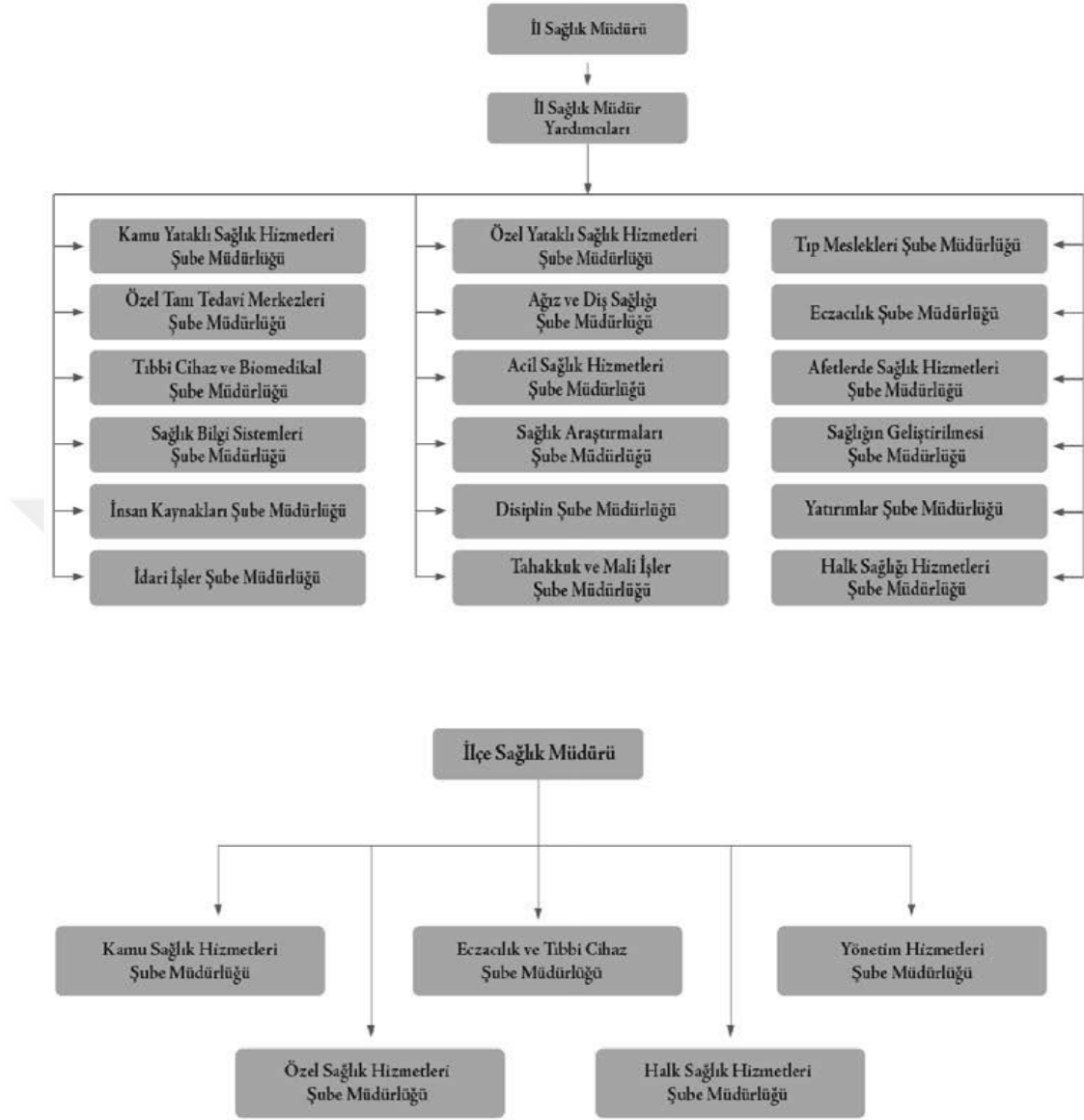
Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı da 663 sayılı KHK'dan etkilenmiş ve merkez teşkilattaki yapılanmaya paralel bir dönüşümle, Bakanlık ve bağlı kuruluşlara uygun olarak yeniden yapılandırılmıştır. Taşra teşkilatı bünyesinde bulunan il ve ilçe Sağlık müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları SB'ye, ikinci (devlet hastaneleri, özel hastaneler) ve üçüncü basamak (eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri) sağlık kuruluşları Kamu Hastane Birliklerine ve bu birlik de Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna, Halk Sağlığı Müdürlükleri ise Türkiye Halk Sağlığı kurumuna bağlanmış ve bu bağlı kuruluşların taşra örgütleri haline gelmişlerdir. Bu değişimle birlikte Bakanlığın taşra teşkilatlanmasının görev ve sorumlulukları yeniden belirlenmiştir. 663 sayılı KHK öncesi İl sağlık müdürlüğü ildeki bütün sağlık hizmetlerinden sorumlu iken, yeni yapılanmada acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olmuştur. Kamu Hastaneleri Birliği ise yukarıda da belirttiğimiz gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu hale gelmiştir (Dervişoğlu, 2013:112).

Yeni taşra teşkilatlanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin sunulması, finansmanı ve hizmet sunucular arasındaki koordinasyonun sağlanması, personel rejimi ve hizmetlerin gördürülme biçiminde bazı değişiklikler ortaya çıkmıştır. İlk olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet kalitesi ve müşteri/hasta memnuniyeti kavramları ön plana çıkmış ve bu ilkeler hizmet sunumunda önemli kriterler olarak benimsenmiştir. İkinci olarak SB sağlık hizmetlerinin sunumunu halk sağlığı müdürlüklerine ve kamu hastane birliklerine bırakarak hizmet sunumundan doğrudan değil dolaylı olarak sorumlu olmak istemiştir. Üçüncü olarak yine çalışmamızın önceki bölümlerinde değindiğimiz gibi Sağlık Bakanlığı artık hizmet üreten ve hizmet sunan değil denetleyen, koordinasyonu sağlayan ve standartlar koyan bir yapı haline gelmeye çalışmaktadır. Dördüncü olarak taşradaki birimler arasında koordinasyon hedeflenmiştir ve son olarak hastane birlikleri kapsamında profesyonel yönetici ve sözleşmeli personel uygulaması ön plana çıkarılmıştır (Aktel vd, 2013:47-48).

Bakanlığın yeni taşra teşkilatında eski yapıda da mevcut olan il sağlık müdürlüğü varlığını devam ettirmektedir. Ancak il sağlık müdürlüğünün yeni yapısı, görev ve sorumluluk alanı ve hizmet sunma kriterleri eskisine göre daraltılmıştır. Yeni anlayışta il sağlık müdürlüklerine daha çok ildeki sağlık kuruluşları arasında bir çeşit denetim ve düzenleme görevi verilmiştir (Arslan, 2015:61). İl sağlık müdürlükleri ilçe sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlüklerine devredilenler dışında kalan şube müdürlükleri, Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde sağlık hizmetleri birimleri ve 112 İstasyonlarından oluşmaktadır. Müdürlük bünyesinde oluşturulacak olan şube müdürlüklerinin sayısı, ilin nüfusuna ve müdürlüğün örgütsel yapısına göre iller arasında farklılık göstermektedir. İl sağlık müdürlüğünün tepe yöneticisi il sağlık müdürüdür ve bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviri konumundadırlar. İl sağlık müdürlüğübağlı kuruluşların ve il teşkilatının koordineli bir şekilde çalışmasından sorumlu tutulmuştur. Bunun yanında İl Sağlık Müdürlüklerine, sağlık hizmetleri yönünden bulunduğu ilin durumunu belirli aralıklarla Bakanlığa rapor etme zorunluluğu getirilmiştir. İlde 663 sayılı KHK ile ortaya çıkan yeni yapılanmada kurumlar arasındaki hiyerarşi belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yayımlanan 3 no’lu genelgeye²⁸ göre İl Sağlık Müdürü il protokolünde Hem Halk Sağlığı Müdüründen hem de KHB Genel Sekreterinden daha ön sırada yer almıştır. Ayrıca yazışmalarda İl Sağlık Müdürlüğüne yazılırken “arz ederim”, İl Sağlık Müdürlüğünden HSK ve KHB’ye resmi yazı gönderilirken “rica ederim” şeklinde gönderilecektir. 663 sayılı KHK ile oluşan yeni yapının teşkilat şeması aşağıda şekilde gösterilmiştir.

²⁸ SB Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelge 2013/3

Şekil 4. İl Sağlık Müdürlüklerinin Yeni Teşkilat Yapısı

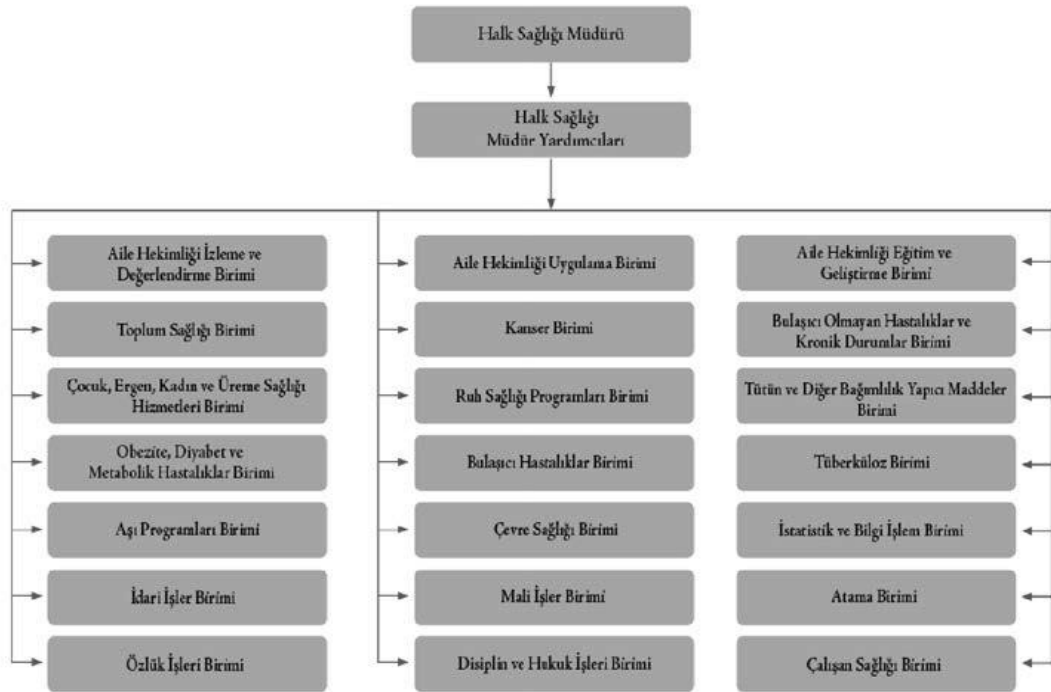


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.htm> E. Tarihi:18.12.2016).

İldeki bir başka yapı ise İl Halk Sağlığı Müdürlüğüdür (İHSM). İl halk sağlığı müdürlüğü THSK'nın taşra teşkilatı konumundadır. İl halk sağlığı müdürlüğüne ilave olarak toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarları da THSK'nın taşra birimlerindedir. Kurumun ildeki yöneticisi il müdürüdür. Halk sağlığı müdürü, il teşkilatının Bakanlığın ve kurumun politikalarına, strateji ve hedeflerine, planlama ve düzenlemelerine uygun bir şekilde çalışmasını sağlar (Yüce, 2016:78). Oluşturulan bu yeni yapı daha önce İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda yürütülen aile

hekimliği hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri, kanserle mücadele, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik hastalıklar, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar, ruh sağlığı programları, tütün ve diğer bağımlık yapıcı maddeler, çocuk, ergen, üreme ve kadın sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar, tüberküloz, aşılama hizmetleri, çevre sağlığı, çalışan sağlığı gibi hizmetlerin koordinasyonu ve uygulaması görevini üstlenmiştir. Halk sağlığı müdürlükleri koruyucu hizmetleri yerine getirmektedir. Aile hekimlerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlanması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin de sorumluluğu bu kuruluşa verilmiştir (Arslan, 2015:60).

Şekil 5. Halk Sağlığı İl Müdürlüklerinin Yeni Teşkilat Yapısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> E. Tarihi: 10.10.2016).

İlçe Devlet Hastaneleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, AÇSAP Merkezleri (gençlik danışma, evlilik danışma merkezleri gibi üniteleriyle birlikte), Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri, Trahom Savaş Merkezleri/Dispanserleri, Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, Kanser Kayıt Merkezleri, Sağlık Evleri, Sağlık Merkezleri,

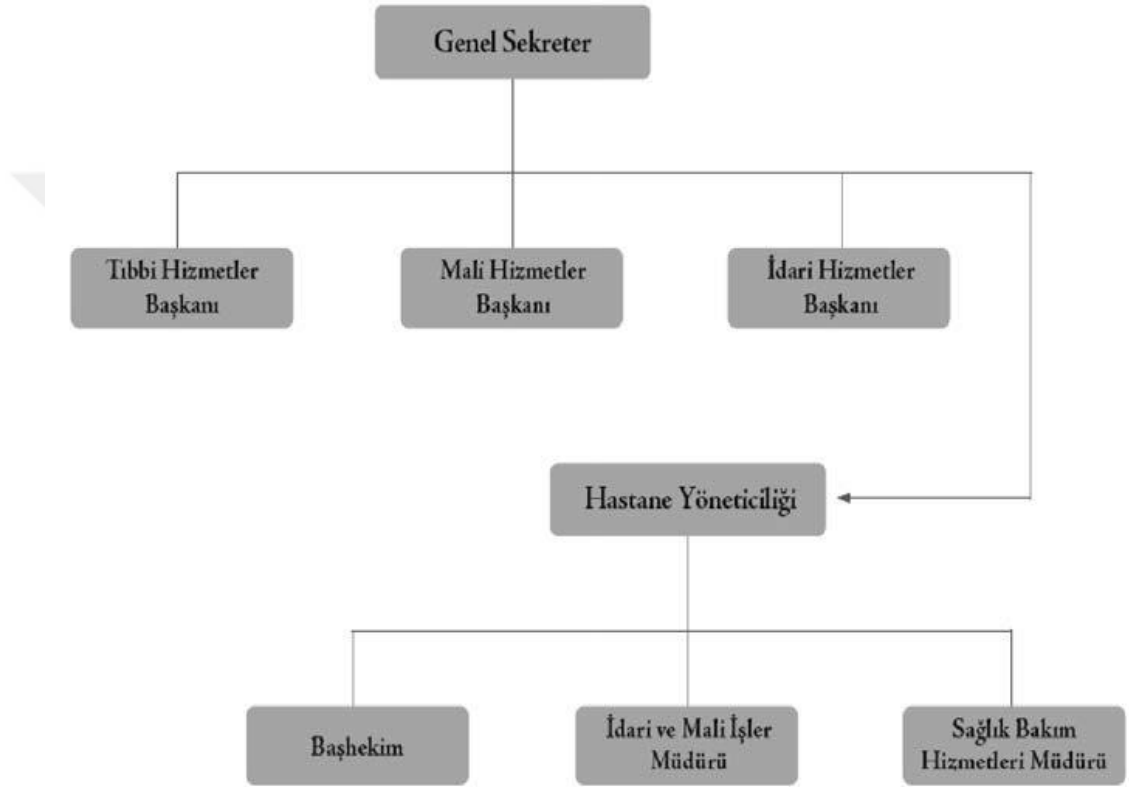
Hemoglobinopati Tanı Merkezleri Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlanmıştır (Arslan, 2015:55).

Bağlı kuruluşların taşra teşkilatlarından bir diğeri ve belkide SDP'nin en önemli ayağı olan 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK'nın 30. maddesi ile oluşturulan Kamu Hastane Birlikleridir (KHB). KHB Türk sağlık sisteminde yeni oluşturulmuş bir kurumdur. Bu yeni yapılanma yerel ihtiyaçların ön planda tutulduğu, yöneticilere daha fazla sorumluluk ve geniş yetkilerin verildiği, hastane ve kurum yöneticilerinin genel merkez tarafından performans kriterlerine göre değerlendirildiği, kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasının amaçlandığı modern yönetin anlayışı çerçevesinde oluşturulmuştur. Kamu Hastaneleri Birliği Bakanlığa Bağlı kuruluşlarından biri olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) bağlıdır ve onun taşra teşkilatı konumundadır. KHB, illerde bulunan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının bir araya getirilerek işletilmesinden sorumludur. İllerin hizmet büyüklüğüne göre bazı illerde birden fazla birlik kurulması da mümkündür. 663 sayılı KHK'nın 30. Maddesine dayanılarak il düzeyi esas alınarak 88 kamu hastane birliği kurulmuştur. Ancak İstanbul, Ankara ve İzmir bunların dışında tutulmuş ve hizmetin büyüklüğü göz önüne alınarak İstanbul'da 6, Ankara'da 2 ve İzmir'de 2 birlik oluşturulmuştur (Çukurova vd., 2014).

Eski sistemden farklı olarak, KHB'ler bünyesinde çalışacak olan yöneticiler iki ile dört yıl arasında sözleşmeli statüde ve performansa dayalı olarak çalışacaklardır. Bu sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli olan çalışanlar açısından ülkemizde bir ilktir. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli olanlar istemeleri ve kurumları tarafından da uygun görülmeleri halinde sözleşmeli olarak KHB'ler bünyesinde görevlendirilebilmektedirler. Bu durumda bu kişiler sözleşmeleri süresince kurumlarından aylıksız izinli sayılacaklardır. Sözleşmeli olarak istihdam edilen kişiler önceden belirlenen performans kriterlerine göre değerlendirilecekler ve bir dahaki görevlendirmeleri bu doğrultuda yapılacaktır (Yüce, 2016:80). Kamu Hastaneleri Birliğinde fonksiyonel bir ayrıma gidilmiş, modern yönetim anlayışı çerçevesinde alanında uzman kişilerin görev yaptığı bir yapı oluşturulmaya çalışılmıştır. Birliğin tepe yöneticisi genel sekreterdir. Genel sekreterin altında yine ona bağlı olan tıbbi hizmetler daire başkanlığı, idari hizmetler daire başkanlığı ve mali hizmetler daire başkanlığı adı altında üç adet başkanlık oluşturulmuştur. Birliğe

bağlı hastaneler yine sözleşmeli statüde çalışacak ve belirlenen performans kriterlerine göre değerlendirilecek olan hastane yöneticileri tarafından yönetilecektir. Hastane yöneticisinin yanında, ona yardımcı olmak üzere ve onun astı olarak başhekim ve başhekim yardımcısı idari ve mali işler müdürü ve sağlık ve bakım hizmetleri müdürü bulunmaktadır.

Şekil 6. Kamu Hastaneleri Birliği Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>). Tarihi: 10.10.2016).

Sağlıkta Dönüşümün sac ayaklarından biri olan Kamu Hastaneleri Birliğinin kurulması biraz sancılı olmuştur. Düşünülen ve tasarlanan yapı ile ortaya çıkan yapı aynı şey değildir. Birçok değişikliğe uğramış ve merkezileşmeden ne yazık ki tam anlamıyla kurtulamamıştır. KHB ile ilgili ilk girişim 2007 yılında hazırlanan “ Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkına Kanun Tasarısı” dır. Bu tasarıda birlik Yeni Kamu Yönetimi anlayışı çerçevesinde yapılandırılmaya çalışılmıştır. Tasarının gerekçesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda karar verme, gelir elde etme ve

harcama yapma yetki ve sorumluluklarının, idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılması amacıyla KHB'lerin oluşturulacağı öngörülmüştür. Bu tasarı ile hastaneler özerk yapılar haline getirilirken aynı zamanda vatandaşların beklentilerine uygun, erişimi kolay, verimli, kaliteli ve etkin hizmet sunan kurumlar haline gelmeleri hedeflenmiştir. Aslında bu tasarı ile birlikte sağlıkta yerelleşme, kendi kendine yeten ve kendi kaynaklarını kendisi yaratan, kaliteli hizmet sunumu ile vatandaş memnuniyetini ön planda tutan sağlık işletmelerinin oluşturulması amaçlanmıştır. Bunun sonucu olarak da devlet üzerindeki yükü atarak sağlık alanında küçülmeye gitmeyi hedeflemiştir.

Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri şeklinde üçe ayrılmıştır. Tasarıya göre birliğin yönetim kurulu yedi üyeden meydana gelecek ve en yetkili organ olacaktır. Yönetim kurulu ikisi il genel meclisi tarafından (bir hukukçu ve bir mali müşavir), biri vali tarafından (iktisat, işletme veya maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (bir hekim ve sağlık sektöründe deneyim sahibi lisans mezunu), biri de sanayi ve ticaret odasınca (lisans mezunu) belirlenen üyelerle il sağlık müdürü veya yardımcısından oluşacaktır. Üye seçilebilmek için kamuda veya özel sektörde en az sekiz yıl deneyim sahibi olma şartı aranmaktadır. Genel sekreterlik bünyesinde ise üç adet başkanlık kurulacaktır: tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları (Ataay, 2007:5-7).

Bu tasarı araya milletvekili genel seçimleri girince kadük olmuştur. Kurulan yeni hükümet (60. Hükümet) tarafından yenilenerek 10 Ekim 2007 tarihinde tekrar meclise sunulmuş fakat yasalaşamamıştır (Aktel vd, 2013:49; İlkar, 2009:61). KHB'lerin hukuki açıdan varlık kazanmaları yani daha önceden hedeflenen değişimin başlaması 2011 yılında olmuştur. Bu tarihte 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK yayımlanmış ve Türk sağlık sisteminde KHB'ler ilk defa yer almıştır. Ancak KHK ile oluşturulan yeni yapı ile daha önce yasalaşamayan tasarı arasında önemi farklılıklar bulunmaktadır.

- ✓ İlk tasarıda kamu hastaneleri idari ve mali yönden özerk yapılar olarak tasarlanmıştı. Bu bağlamda birliğin bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesi planlanmış ve yönetim kuruluna personel planlamasından hastanelerin birleştirilmesine, kapatılmasına veya devrine kadar birçok alanda karar verme yetkisi tanınmıştı. Ancak bir çeşit desantralize yönetimi ifade

eden bu maddeler veya anlayış 663 sayılı KHK'da yer almamıştır. Bunlar olmadığı gibi, yönetim kurulunun uhdesinde olan hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi vb kurma, personelini atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik vb..işlemler daha merkeziyetçi bir yapıyı temsil eden TKHK'ya verilmiştir (Görmüş, 2013:206).

- ✓ KHB kanun tasarısında birliğin parasal kaynağının büyük bir kısmı, GSS teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetleri için gelirleri primler ve katkı payları olan SGK'dan, teminat paketi dışında olan sağlık hizmetleri ise özel sağlık sigortalarından veya cepten ödemelerden sağlanması hedeflenmişti. Ayrıca, birliğe ait her türlü taşınırın satılmasından, kiraya verilmesinden elde edilecek gelirler, bağışlar, her türlü yardımlar ve SB tarafından yapılacak yardımlar birliğin diğer gelir kalemleri olarak sayılmaktaydı. Tasarıda devlet yardımı dışsal ve olağandışı bir gelir olarak düzenlenmiş ve kamu hastanelerinin personel ve genel giderlerinin bir kısmının da olsa devlet bütçesinden finanse edilmesine son verilerek, birliğin kendi ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirleriyle ayakta kalması ve gelir gider dengesini sağlaması öngörülmüştü (Aktaran Görmüş, 2013:208). Ancak 663 sayılı KHK'da bu birliklerin gelirleriyle ilgili herhangi bir hüküm yer almamıştır. Bu da mevcut sistemin aynen devam edeceği anlamına gelmekteydi. İlk tasarıda gelirler ile ilgili bu yaklaşım ile devletin üzerindeki mali yük hafifletilmek istenmiş ve sağlık kuruluşlarının kendi kendine yeten yapılar haline gelmeleri hedeflenmiştir. Böylece devletin hem ekonomik yönden hem de personel yönünden küçültülmesi/daraltılması hedeflenmiştir. Gerçi mevcut sistemde de devletin kamu hastanelerine yaptığı katkı personel bütçesi düzeyine indirgenmiştir. Birçok diğer gider kalemleri (temizlik, yemek, güvenlik, tıbbi sekreter vb..) döner sermayeden karşılanma yoluna gidilmiştir.

TKHK tarafından birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek bir kişiye verilebileceği, hastane müdürlüklerinin sayısının dörde kadar arttırılabileceği ve böylesi bir durumun olması halinde görev dağılımlarının yeniden belirlenebileceği konusunda esneklik vardır. Kamu Hastaneleri Birlikleri yapılanmasında en önemli görev Genel Sekreterindir.

Genel sekreterin görevleri 663 sayılı KHK 'de sayma yoluyla belirtilmiştir. Kararnameye göre Genel Sekreter birçok önemli görevi²⁹ üstlenmiş durumdadır. KHB'ler bünyesinde görevlendirilecek personel sayısı ve unvanları da KHK ile belirlenmiş durumdadır. Buna göre birliklerde görevlendirilecek Genel Sekreter ve başkanlık sayısı 100, hastane yöneticisi sayısı 500, başhekim sayısı 850 ve başhekim yardımcısı sayısı ise 2000 olarak belirlenmiştir. Yukarıda belirtilen personel sözleşmeli statüde istihdam edilecek ve önceden belirlenmiş performans kriterlerine göre değerlendirilip görevlendirileceklerdir. Buradan hareketle diyebiliriz ki bu KHK ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumunda artık profesyonel bir yönetim anlayışı hedeflenmiştir (Aktel vd, 2013:51-52). Kamu hastaneleri bu yapıyla ve yönetim anlayışıyla artık birer işletme haline getirilmiş, daimi kadrolar yerine sözleşmeli personel istihdamı ön plana çıkarılmıştır.

KHB'ler ile ilgili bir diğer önemli nokta ise birlik hastanelerinin sınıflandırılması ve periyodik olarak denetlenmesidir. Hastaneler, tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde TKHK tarafından belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulmaları hedeflenmiştir. Bu değerlendirme bir kamu kuruluşu tarafından yapılabileceği gibi özel kuruluşlar tarafından da yapılabilecektir. Yapılan değerlendirme sonucunda alınan puanlara göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru A, B, C, D ve E şeklinde gruplandırılacaktır (663 sayılı KHK, m.34).

²⁹Genel sekreterin görevleri şunlardır: a) Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.; b) Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak; c) Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek; ç) Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak; d) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak; e) Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin mali tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak; f) Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak; g) İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak; ğ) Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek. (11/10/2011 tarih ve 663 sayılı KHK, madde 30.)

KHB'ler TKHK tarafından Verimlilik Karnesi yöntemi ile denetlenecek ve puanlanacaklardır. Yukarıda belirtmiş olduğumuz her bir kriter 1000 (bin) puan toplamda 6000 (altı bin) puan üzerinden değerlendirilecektir. Hesaplama şu şekilde yapılacaktır. Elde edilen puanların hastane rollerine göre ağırlıklı ortalamalarının % 70 ile birlik hedeflerinden (1000 puan) alınan puanın % 30'u alınarak birlik puanı hesaplanmaktadır. Bu hesaplama göre hastaneler yukarıda da değinmiş olduğumuz gruplara ayrılacaktır. Aşağıdaki tablolarda Hastane Karnesi ve Puanlaması ile başarı gruplarının belirlenmesi ve puanlaması vardır.

Tablo 6. Hastane Verimlilik Karnesi ve Puanları

KRİTER	PUAN
Tıbbi	1000
İdari	1000
Mali	1000
Kalite, Hasta ve Çalışan Güvenliği	1000
Eğitim	1000
İzlem, Veri Doğrulama vb.	1000

Tablo 7. Puan Aralığına Göre Başarı sıralaması

PUAN ARALIĞI	BAŞARI GRUBU
800 ile 1000 arası	A
700 ile 800 Arası	B
600 ile 700 Arası	C
500 ile 600 Arası	D
500 Puandan az	E

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birliği Raporu , 2014

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

- a) Grup dūřūrūlmesi,
- b) (D) grubunda devralınması halinde, ūçūncū deęerlendirmede ūst gruba çıkarılamaması,
- c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede ūst gruba çıkarılamaması,
- ) Būnyesindeki hastanelerden birinin ardarda yapılan iki deęerlendirmede de grup dūřūrūlmesi,
- d) (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir ūst gruba çıkarılamaması hallerinde Kurumca genel sekreterin gōrevine son verilir. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ōleęinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yōneticisinin gōrevine son verilir. Burada hastanelerin yōnetiminde tam bir kamu işletmeciliği anlayışının benimsendiğini açıkça bize gōstermektedir.

KHB'ler Bakanlıęın tařra yapılanmasında hem gōrev hem de sorumluluk alanları açısından esnek bir i iřleyiře sahip yeni ve ōnemli bir yapılanmadır. Bu yapılanma ile tařra ōrgūtlenmesinde yeni yōnetim anlayıřının izleri açıkça gōrūlmektedir. İlk defa saęlık hizmetlerinin sunumunda ōzel sektōre benzer bir yapılanma ve yōnetim anlayıřı ortaya çıkmıřtır. Kamu hastane birlikleri ilk tasarıda tamamen ōzerk yapılar olarak tasarlanmıř olsa da 663 sayılı KHK ile birlikte ortaya çıkan yapı hedeflenen yapıdanolduęa farklı olmuřtur. Bu yeni yapının ōzerk olduęunu sōylemek, katılımcı bir yōnetim anlayıřı ile yōnetildięinden bahsetmek ve kūūlme yolunda atılmıř bir adım olduęunu belirtmek pek mūmkūn gōrūnmemektedir. KHB'ler 5442 sayılı İl Őzel İdaresi Kanunu kapsamında Valilik ile hiyerarřık bir iliřki içindedir. Őzellikle Valinin hastane birlięi genel sekreterinin disiplin amiri olması bu iliřkinin tipik bir gōstergesidir. KHB'lerin mali ve idari ōzerklięinin olmaması, tūzel kiřilięe sahip olmaması nedeniyle bir yerinden yōnetim kuruluřu sayılamazlar (Aktel vd, 2013:53). Bunun yanında bilindięi gibi 12/11/2012 tarihinde kabul edilen 6360 sayılı kanun ile 14 ilde yeni būyūkřehir ve 27 ilçe kurulmuřtur. Daha ōnceki būyūkřehir modelinden farklı olarak būyūkřehirin sınırı ilin sınırı olarak kabul edilmiřtir. Bu ōzellięinden dolayı "Būtūn řehir" yasası olarak da adlandırılmaktadır. Bu yeni yapı ile būyūkřehir olan illerdeki İl Őzel İdareleri kapatılmıřtır. Yeni oluřturulan bu

büyükşehirlerde bulunan Kamu Hastane Birliği Genel Sekreteri tıpkı 5442 sayılı kanunda olduğu gibi yine Vali'ye karşı sorumludurlar. Yani KHB'lerin Genel Sekreterlerinin disiplin amiri ildeki Validir.

3.3.2.3. 663 sayılı KHK sonrası sağlığın finansmanı

Sosyal güvenlik fonlarının uygulamalarında ve aktüeryal hesaplarında, norm ve standart birliğini sağlamak için 2006'da 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), kurulmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu ile SSK Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü aynı çatı altında toplanmıştır. Sosyal sigorta ve sağlık sigortası uygulamalarının birbirinden ayrılmasını sağlamak için Mayıs 2006'da 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, fakat Kanunun hayata geçmesi Aralık 2006'da çeşitli itirazlar yüzünden aksamıştır. 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 edilerek, Mayıs 2008'de yürürlüğe konmuştur. GSS uygulamasına Ekim 2008'de geçilmiştir (sgk.gov.tr (2008), Dünya Bankası (2003), TUSAK (2007).

2008 yılına kadar tek çatı çok yasa şeklinde yürütülen sosyal güvenlik hizmetleri, 2008'den sonra 5510 sayılı kanunla birlikte tek çatı tek yasa biçimine dönüşmüştür (Görmüş, 2013:138-139). Genel Sağlık Sigortası devlet, tüm vatandaşlara eşit ve nitelikli sağlık hizmeti sunmayı, risk paylaşımını ve adalete dayalı sistem oluşturmayı, sağlık alanında finansal koruma sağlamayı amaçlamıştır (Sülkü, 2011:29). Genel Sağlık Sigortası ile birlikte sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektörden alınmaya başlanmış ve bunun sonucunda da özel sağlık hizmeti sunan kurumların sayısında ciddi bir artış meydana gelmiştir. Aşağıda tabloda 2005-2017 yılları arasında özel hastane sayıları görülmektedir.

Tablo 8. 2005-2017 Arası Özel Hastane Sayıları

Yıl	Ö. Hastane Sayısı	Yıl	Ö. Hastane Sayısı
2005	293	2012	541
2006	331	2013	550
2007	365	2014	556
2008	400	2015	562
2009	450	2016	565
2010	489	2017	571
2011	505		

Kaynak: SB Sağlık İstatistikleri (2006-2017) Yıllıklarından derlenmiştir.

Kamu ve özel hastanelere müracaat eden hasta sayılarını incelediğimizde özel hastanelere yoğun bir talebin olduğu görülmektedir. 2002 yılından 2016 yılına kadar kamu hastanelerine müracaat eden hasta sayısı % 3 oranında artarken, özel hastanelere müracaat eden hasta sayısı % 12,5 oranında bir artış olmuştur. Bu artışın sebepleri şu şekilde sıralanabilir:

- a) Özel hastanelere sevk kolaylığı
- b) Hastaların özel hastanelerden daha hızlı ve kaliteli hizmet alması
- c) Devletin özel sektörü sağlık alanına yatırım yapmalarına yönelik sağlamış olduğu teşvikler

Devlet bu tür kolaylıkları sağlayarak sağlık alanında üzerindeki yükü atmaya çalışmaktadır. Yeni sağlık kuruluşları yapmak ve daha fazla personel istihdam etmek yerine sağlığı özel sektöre açarak özel teşebbüsü buraya çekiyor ve belirli bazı kolaylıklar sağlayarak hastaların da bu hastanelere yönelmesine sağlıyor. Böylece kendisi bizzat hizmet üreten ve sunan bir kurum olmaktan çıkarak dümen tutan konumuna geçmektedir. Kısacası devlet küçülmeye çalışmaktadır.

Tablo 9. Hastanelere Müracaat Eden Hasta Sayısı

YIL	KAMU (SB Hastaneleri)	ÖZEL HASTANELER
2002	109.793.128	5.697.170
2008	216.723.712	37.115.939
2009	228.279.139	46.239.638
2010	235.172.924	47.454.835
2011	251.672.274	59.037.733
2012	258.436.019	62.287.654
2016	340.080.539	71.147.878
2017	353.703.814	72.208.615

Kaynak: SB Sağlık İstatistikleri Yıllıklarından derlenmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesinden sonra, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu genel bütçesi, sorunlu sosyal sigorta, özel sigorta, doğrudan ödemeler ve yasal katılım payları olmak üzere başlıca beş finans kaynağı bulunmaktadır. SB, MSB ve üniversite hastanelerinin giderlerinin önemli bir bölümü vergi gelirlerinden sağlanmaktadır. Bunun yanında üniversite hastanelerinin ve SB hastanelerinin önemli gelir kaynaklarından birisi de giderek büyük önem kazanan ve gelirlerin önemli bir kısmını oluşturan döner sermaye gelirleridir. Bu gelirler bu hastanelerden hizmet satın alan SGK’nın ödediği ücretler ve hastalardan alınan katılım paylarından oluşmaktadır. Öyle ki döner sermaye gelirleri yıllar içinde artış göstererek SB bütçesinin beşte üçü kadar büyük bir meblağa ulaşmıştır (Görmüş, 2013:141). Döner sermaye gelirleri aynı zamanda personel giderlerinin sağlanmasında (özellikle hizmet satın alma yoluyla çalıştırılan personel), yemek, güvenlik, temizlik vb alanlarda sunulan hizmetlerin giderlerinin karşılanmasında da önemli bir yere sahiptir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri SGK, merkezi yönetim bütçesi, özel sağlık sigorta kuruluşları ve elden temin edilen kaynaklar ile verilmektedir. GSS Türkiye’de ikamet eden herkes için zorunludur. Sigorta primleri, devlet katkıları ve kullanıcı katkıları,

GSS' nin finansmanını sağlamaktadır (Yıldırım vd., 2012:150). Gelir temelli olan sigorta primlerinde gelirin belli bir kısmında prim alınır. Bu oran, Bu oran şahsın sigorta primine esas kazancı üzerinden sabit yüzde 12,5'dir. Bu oranın yüzde 5' i çalışandan, yüzde 7,5'i ise işverenden temin edilir. Emekli olanlardan ise herhangi bir şekilde kesinti yapılmamaktadır. Yoksulların primlerini ise sosyal yardımlaşma kurumu karşılamaktadır(Sülkü, 2011:29). Öte yandan devlet SGK'nın aylık tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS priminin 1/4'ü oranında katkı yapmaktadır. Kullanıcı katkıları, GSS kapsamında olup oldukça yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Güncel katkı payları ve katkı paylarından muaf olma durumları Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) mevcuttur. Özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlık hizmetlerinin bir bölümü karşılanmaktadır. Kişiler, özel sağlık sigortasından ziyade GSS ' den tamamlayıcı olarak yararlanmaktadır. Özel sağlık sigortası da prim esasına dayalıdır (Yenimahalleli-Yaşar, 2007:183). Öte yandan tüm bu uygulamaların haricindeki kişiler cepten yapılan ödemeler aracılığıyla sağlık giderlerini karşılamaktadır.

3.3.3. 694 sayılı KHK sonrası Bakanlık örgüt yapısı

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı 663 sayılı KHK ile değiştirilmiş ancak bu durum Bakanlıkta çok başlılığa sebep olmuş ve beraberinde bürokrasiyi de arttırmıştır. Bununla birlikte aynı KHK ile Bakanlık' ta koordinasyon zayıflamış ve verimli bir biçimde hizmet verilemez hale gelmiştir. Tüm bu sebeplerden ötürü de bu KHK yerini 25 Ağustos 2017 tarihinde yayımlanan 694 sayılı KHK'ya bırakmıştır. Bu KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın özellikle taşra teşkilatında eski yapısı geri getirilmiştir. 663 sayılı KHK ile meydana getirilen yapı birçok kesimce eleştirilmiştir. Ancak 694 sayılı KHK eleştirileri ortadan kaldırmıştır.

Ülkemizde darbe girişiminin akabinde çıkarılmış olan 694 sayılı KHK, içerisinde birçok değişikliği bulunduran bir KHK'dır. Bu KHK'nın içerisinde SB ile alakalı değişiklikler mevcut bulunmuştur. Kararnamenin 184 ila 195. maddeleri arasında SB'yi ilgilendiren değişiklikler bulunmaktadır. Bu KHK, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kapatılmasını ve bu kurumların SB' nin içerisinde bulunacak şekilde Genel Müdürlükler haline getirilmesini sağlamıştır. Bu şekildeki bir değişimin neticesinde ise bu kurumların personel atama, nakil, özlük

işleri, emeklilik, ücret vb. gibi işlemleri yapma ehliyeti ellerinden alınmıştır. İl sağlık müdürlüğü içerisinde, ihtiyaç çerçevesinde halk sağlığı, kamu hastaneleri, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini vermek için başkanlıkların kurulması mümkün olmuştur. Burada 188. Maddeye bakılırsa *“Hastanelerin yönetiminden hastane başhekimini sorumlu kılınmıştır. Hastane başhekimine bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulabilecektir. Bakanlık tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, yönetim görevleri tek kişiye verilebilecek veya hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir. Bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenecektir. Bakanlıkça tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla il sağlık müdürü tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulabilir”*(694 sayılı KHK md.188).

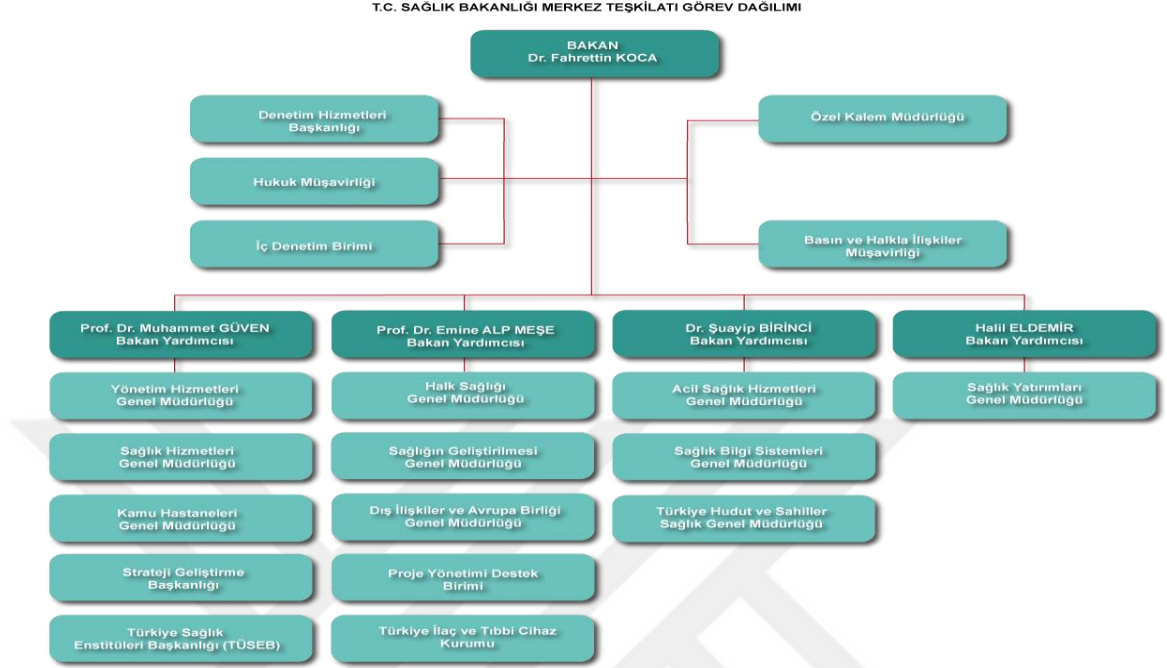
SB'nin il düzeyindeki sağlık hizmetlerini etkin ve verimli olacak şekilde sağlanmasından İl Sağlık Müdürleri sorumludur. İl Sağlık Müdürlükleri SB'nin yapmış olduğu düzenlemelere uygun olarak il seviyesindeki personellerin adaletli ve dengeli bir biçimde dağılımını sağlamak, ildeki personelin adil nakil ile görevlendirilmesinden doğrudan sorumludur. Yine il sağlık müdürleri, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerçek kişiler ve kamu ve özel hukuk tüzel kişilerinin tüm sağlık kurumlarının sevk ve idaresini yapmaktadır. Bakanlık tarafından belirlenen koordinatör tarafından illerdeki sağlık hizmetleri değerlendirilir, bu illerdeki sunulan hizmetlerin gelişmişlik seviyesi arasındaki farklar belirlenir ve hizmet ve ihtiyaçlar ortaklaşa şekilde planlanır.

Grubu düşen il sağlık müdürleri ile başkanların görevlerine son verilecek ve hastaneler gruplara ayrılacaktır. İlçe sağlık müdür, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı, uzman kadroları, başkan ve başkan yardımcısı sözleşmeli olacaktır. Ayrıca sağlık sektöründe sözleşmeli personel istihdamı devam ettirilecektir. Kamu Personeli Seçme Sınavından en az 70 puan almış olanlar açıktan atanmaya hak kazanacaklardır. Bakanlık, uzmanların dağılımları ve işe alımlarına ilişkin usul ve esasları belirleyecektir. Açıktan işe alınacak uzman sayısı, toplam uzman sayısının yüzde 30'unu aşmayacaktır.

Burada il ve ilçelerde görev yapacak sağlık müdürlerine tabip olma şartı getirilmiş, kamu ya da özel sektörde çalışacak olan başkan, başkan yardımcısı ve başhekimlerde ise en az 5 yıl deneyim aranacak, uzman, sağlık müdür yardımcılarında ise en az 3 yıl deneyim şartı aranacaktır. Ancak bu maddenin bağlayıcılığı THSK'nın ve TKHK'nın merkez ile taşra teşkilatı kadrolarına atanmış veya görevlendirilmiş olup daha sonra ise kadroları iptal edilen çalışanlardan; Kurum başkanı ve başkan yardımcısı, 1. Hukuk Müşaviri, İl Sağlık Müdürü ve müdür yardımcısı, İlçe Sağlık Müdürü açısından ortadan kaldırılmıştır. Yukarıda bahsi geçenlerden Kurum Başkan Yardımcısı ile 1. Hukuk Müşaviri kadrosuna asaleten atanmış olanlar ve il sağlık müdür yardımcısı ile şube müdürü kadrosundakiler yine mevcut oldukları kadro dereceleri ile atanmış sayılacaklardır. Kadro unvanında herhangi bir şekilde değişiklik yapılmayan personel ise Bakanlığın çatısı altında merkez, taşra ve döner sermaye teşkilatında mevcut olan eski unvanını muhafaza edecek biçimde ve herhangi ilave bir işlem söz konusu olmadan atamaları yapılacaktır.

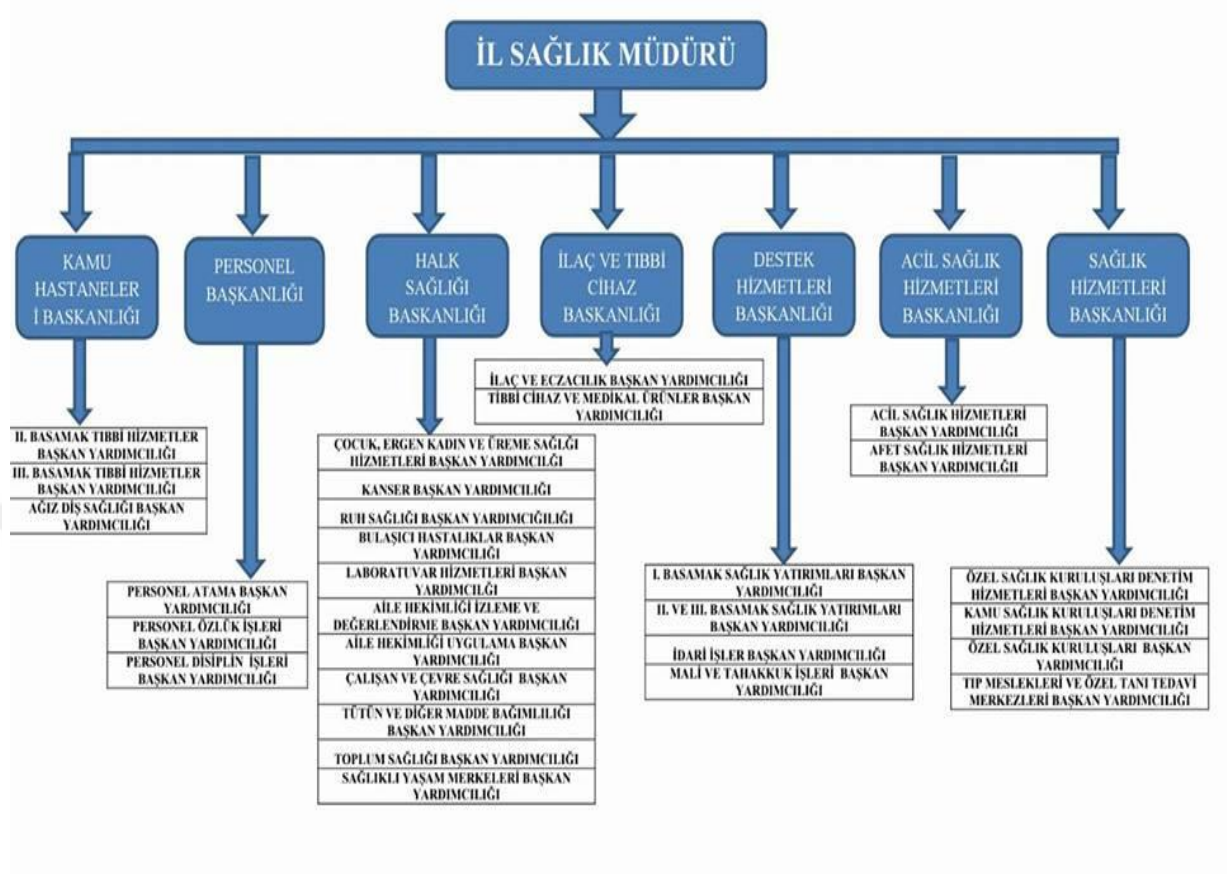
694 sayılı KHK yayınlandıktan sonra KHB genel sekreterlikleri ile bu birliklerin çatısı altındaki hastanelerde görev yapan sözleşmeli personellerin görev süreleri ve sözleşmeleri sona ermiştir. Fakat sözleşmesi biten personel, üç ayı geçmeyecek şekilde ve yeni görevlendirmeler söz konusu oluncaya dek aynı şartlar altında görevlerini yapmaya devam edeceklerdir. Sözleşmeye dayalı olarak yapılan yönetici alımları, tıpkı sözleşmeye dayalı olarak yapılan personel alımları gibi sakıncalı bir durumdur. Bakanlığın sakınca arz eden bu modeli terk etmesi oldukça faydalı bir karar olacaktır. Açıktan ataması yapılacak uzmanların Kamu Personeli Seçme Sınavından en az 70 puan alması gerekmektedir. Yine açıktan ataması yapılacak uzmanların sayısı, toplam uzman sayısının yüzde 30'unu aşamaz. Bakanlık tarafından bu maddeye uygun olarak en çok 3 ay içerisinde teşkilat ve kadroları KHK'ya uygun olması sağlanmalıdır. Bu uygunluğun oluşturulmasına kadar geçen sürede işlerin başında daha önce bu işleri yapan personel bulunacaktır. Bu çerçevede yapılması öngörülen harcama ile ödemelerin yine ilgili bütçeden karşılanması devam edecektir. Altı ay içinde düzenleyici işlemler tamamlanacaktır. 694 sayılı KHK aracılığıyla meydana gelen Merkez ve taşra teşkilat şemaları aşağıdaki gösterilmiştir.

Şekil 7. 694 Sayılı KHK sonrası SB Merkez Teşkilatlanması



Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>

Şekil 8. 694 Sayılı KHKI sonrası SB Taşra Teşkilatlanması



Kaynak: <https://www.ataaof.club/saglik-bakanligi-yeni-teskilat-yasasi-birlesme-detaylari-belli-olmaya-basladi/>

3.4. Türkiye’de Sağlık Örgütlerinin Küçültülmesine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Türkiye’de sağlık alanında reform çalışmaları özellikle 1990’dan sonra hız kazanmıştır. Elbette bu tarihten önce sağlık alanında yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ancak piyasa temelli adımlar bu tarihten sonra atılmaya başlanmıştır. Türk sağlık sisteminde ve politikalarında ilk kırılma noktası 1980 askeri darbesi sonrası yürürlüğe giren 1982 Anayasası ile olmuştur. Söz konusu tarih öncesi sağlıkta sosyal devlet ilkesi daha ağır basarken (sağlıkta sosyalleşme); 1980 sonrası dönemde neoliberal ilkeler (piyasa mantığı) daha başat hale gelmiştir. Sağlıkta bu yönde değişimin gerçekleşmesinde IMF, DB, DSÖ gibi uluslararası kuruluşların büyük etkileri olmuştur. Bu örgütler tarafından desteklenen reformların temel önerisi; sağlık hizmetlerinde devletin etkinliğinin azaltılması hatta ortadan kaldırılması, hizmet

sunumunda yerelliğe daha fazla önem verilmesi ve böylece özel sektöre daha fazla yer açılmasıdır. Sağlık kurumları önce özerkleşecek sonra özelleşecektir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sadece devlet değil özel sigortacılık da etkin hale getirilecek ve devletin üzerindeki yük azaltılmış olacaktır. Bir başka ifadeyle devlet küçültülecektir.

1961 Anayasası'na göre ülkemizde sağlık hizmetleri sunumundan devlet sorumlu tutulmuştur. 1961 tarihli ve 224 sayılı "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun*" Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilerek, birinci basamak hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. Fakat, 1982 Anayasası'nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle" görevlendirilmiştir. 1961 tarihli 224 sayılı Kanun'un uygulanması için yeterli çaba gösterilmemiş ve aksayan sağlık hizmetleri toplumun memnuniyetsizliğine yol açtığına, çözüm olarak sağlıkta reform gündeme getirilmiştir.

3.4.1. 181 sayılı KHK

Ülkemizde sağlıkta küçülme / reform adına atılan bir başka adımda 1983 yılında sağlık hizmetleriyle ilgili çıkarılan *181 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK"*dur. Bu KHK 1980 sonrası sağlık hizmetleri ile ilgili çıkarılan ilk yasal düzenleme özelliği taşımaktadır. Bu KHK'da Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici olarak tanımlanmıştır. KHK'nın 2. maddesinde SB'nin yerli ve yabancı kuruluşlarla işbirliği yapabileceği belirtilmiştir. Madde 20'de APK kurul başkanlığının görev tanımı yapılmıştır. Yine aynı maddenin c bendinde işletmecilik, etkinlik ve verimlilik gibi terimlere yer verilmiştir. 181 sayılı KHK ile Dünya Bankası'nın yapısal uyarlama politikaların başladığını söyleyebiliriz. Bu KHK ile oluşturulan Araştırma Planlama Koordinasyon Kurul Başkanlığı reform sürecinde çeşitli yasal metinlerin hazırlanmasında yardımcı bir birim olarak görev göreceği belirtilmiştir. Daha sonra bu birim Strateji Geliştirme Başkanlığına dönüştürülmüş ve performans ve kalite ölçütleri geliştirme görevi verilmiştir.

3.4.2. 3359 sayılı kanun

Türkiye’de sağlık reformları ile ilgili *ilk somut adım 1987 tarihinde çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”* ile atılmıştır. Ancak bu kanundan önce Türkiye’de sağlık ile ilgili neoliberalleşme süreci 24 Ocak kararları ile zaten başlamıştı. Söz konusu bu kararlar ile sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğunda olduğu fikri törpülenmiş, sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış, devlette çalışan doktorlara özel muayene açma imkanı getirilmiş, 1961 Anayasası ve 224 sayılı kanun ile benimsenen sağlıkta sosyalleştirme çalışmaları askıya alınmıştır. Yeni sağlık ocakları açılmadığı gibi mevcut olanların da iyileştirilmesi yönünde hiçbir girişimde bulunulmamıştır. Bunlara ilave olarak kamu hastanelerinin ticarileşmesine dönük çalışmalara hız verilmiştir (Görmüş, 2013:126). 1980 askeri darbesi sonrası yürürlüğe giren 1982 Anayasası sağlık hizmetlerinde devletin sorumluluğunu sadece düzenleme ve denetleme boyutuna indirgemıştır. 1961 Anayasası ile devletin ödevleri arasında sayılan sağlık hizmetleri 1982 Anayasası’nın 56. Maddesi ile değiştirilmiştir (Pala, 2007:11). 1961 Anayasası’ndaki “*İnsan Haklarına Dayalı Devlet*” tanımı 1982 Anayasası’nda “*İnsan Haklarına Saygılı Devlet*” olarak değiştirilmiş ve devletin düzenleyici rolü ön plana çıkarılmıştır (Aktaran Görmüş, 2013:126).

Sağlık alanında reform çalışmaları için bazı uluslararası kuruluşların etkileri görülmüştür. Özellikle Dünya Bankası bu konuda etkin rol oynamıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Dünya Bankası ile ilk görüşmelerine 1985 yılında başlamış ve ardından 1986 yılında DB tarafından “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması” yapılarak sonuçları yayınlanmıştır. Bu araştırmanın hemen ardından 1987 yılında sağlık hizmetlerinin sunumunda ve örgütlenmesinde bir kırılma noktası olan “**3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**” yasalaşmıştır (Savaş, 2012). Bu kanun DB’nin yapısal uyarılama politikalarının Türk sağlık sisteminde hayat bulması demektir. Bu kanunla sağlık kurumlarının merkezîyetçi yapısı değiştirilerek yeni işletme ve personel politikaları geliştirilmeye çalışılmış ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve sağlık çalışanlarının da sözleşme yoluyla güvencesiz çalıştırılması hedeflenmiştir. Devletin görevi koruyucu sağlık hizmetleri ve ekonomik açıdan zor durumda olan vatandaşlara destek ile sınırlandırılmaya çalışılmıştır. 3359 sayılı kanun ile MSB hariç tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin

planlanması ve denetlenmesi SB'ye bırakılarak Genel Sağlık Sigortası'nın ilk adımları atılmış ve devlet hastanelerinin birer işletmeye dönüştürülmesinin önü açılmıştır (Görmüş, 2013:126).

Şimdi bu kanunun maddelerine daha yakından bakarak yukarıda izah etmeye çalıştığımız noktalara daha detaylı irdelemeye çalışalım. İlk olarak 3359 sayılı kanunun 3. maddesine baktığımızda buradaki ifadelerden aile hekimliğinin alt yapısının oluşturulmaya çalışıldığını ifade edebiliriz. Çünkü burada koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesinden bahsedilmektedir. Ayrıca kamuya ait sağlık kuruluşlarının işletilmesinden ve hizmet satın alınmasından bahsedilmektedir. Yani işletmecilik anlayışına zemin hazırlanmaktadır. Madde 5'e baktığımızda burada da sağlık işletmeleri kavramından söz edilmiş ve yeterli büyüklükte olmayan sağlık kuruluşlarının tek bir sağlık işletmesi çatısı altında birleştirilebileceğinden söz edilmiştir.

Savaş'ın (2012) belirttiği gibi bu anlayış 2011 yılında hayat bulan KHB'lerin başlangıcı olarak değerlendirilebilir. Aynı maddede kamu kurumlarında çalışan doktorların mesai saatleri dışında çalışabilmelerine imkan tanınmıştır. Kanunun 7. maddesinde işletme uygulamasına geçen sağlık kuruluşlarında Türk veya yabancı uyruklu kişilerin sözleşmeli statüde çalıştırılabileceği belirtilmiştir. Hastalardan katkı payı alınması düşüncesi ilk defa bu kanunla (8. madde) dile getirilmiştir. Kanunun 3. maddesinin h bendi sağlık çalışanlarının iş güvencesini neredeyse ortadan kaldırmaktadır. Bu madde ile kamu sağlık kurumları tam bir özel sektör mantığı ile personel yönetimi uygulaması hedeflenmiştir diyebiliriz. Bu maddeye göre "hizmet içi eğitimlere katılmayan veya başarısız olanlar geçici olarak veya daimi surette işten uzaklaştırılabileceklerdir (Savaş, 2012). Ancak 3359 sayılı kanunun önemli maddeleri (madde 3/h, madde 4 -2. Fıkra, madde 5/c -d) Anayasanın bazı maddelerine uymadığı gerekçesiyle Yüksek Mahkeme tarafından iptal edilmiştir (Savaş, 2012; Görmüş, 2013:126). İptal gerekçelerine baktığımızda 3.maddenin h bendi (madde 3/h) Anayasanın 2, 9, 13, 38 ve 128. maddelerine aykırılık teşkil ettiği gerekçesiyle iptal edilmiştir. Madde 4/2 ise Anayasanın 7. maddesine uymadığı için iptal edilmiştir. Anayasa madde 7'ye göre yasama yetkisi TBMM'nindir. İptal edilen diğer maddenin (madde 5/c-d -mülga) iptal gerekçesi ise yine Anayasanın 7. maddesine aykırı olmasıdır (Savaş, 2012).

3.4.3. Uluslararası örgütlerin etkileri ve hazırlanan plan ve projeler

Türkiye'nin sağlık sisteminin küçültülmesine yönelik veya yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmalarda uluslararası örgütlerin etkileri olduğunu yukarıda da belirtmiştik. Bu kurumların içinde DB önemli bir yer tutmaktadır. Bankanın stratejisi sağlık politikalarının belirlenmesinde belirleyici ve yönlendirici bir rol oynamıştır. Türkiye DB ile 1987 yılında ülkedeki sağlık ile ilgili durumu değerlendirmek için bir anlaşma yapılmış ve hemen ardından 1988 yılında ilk DB Proje taslağı hazırlanmıştır. Bunun yanında DPT sağlık planının esas ilkelerini saptamak üzere 1990 yılında Price Waterhouse Danışmanlık şirketine **“Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü”** adlı bir çalışma yaptırmıştır. Çalışma sağlık sektörünün gelişmesi için dört farklı reform önerisi getirmiştir. Bunlar; Mevcut statü seçeneğı, Ulusal sağlık hizmetleri seçeneğı, Serbest Pazar seçeneğı ve Uzlaştırma seçeneğı. Sağlık Bakanlığı Uzlaştırma Seçeneğini tercih etmiştir. Bu seçeneğın önermeleri şu şekilde özetlenebilir. Sağlık hizmetlerinde finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yerellik ön plana çıkacaktır. SB doğrudan hizmet sunumunda yer almak yerine planlama, yönlendirme ve denetleme görevi üstlenecektir.

Bu planın ardından birinci ve ikinci sağlık kongreleri (1992-1993) düzenlenmiştir. Birinci Sağlık Kongresi sonucunda katılımcıların da katkılarıyla “Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı” hazırlanır. Bu taslak ile birçok soru ve sorun veya konu tartışmaya açılır. Oluşturulan çalışma gruplarında aile hekimliğı modelinin kurulması ve hastanelerin özerkleştirilmesi/özelleştirilmesi önerileri gelmiş ancak bu öneriler büyük tepki çekmiştir. Bu çalışmaların ardından Ulusal Sağlık Politikası Dokümanları hazırlanmıştır. Bu doküman ile 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık sistemi, aile hekimliğinin başlatılması, hastanelerin birer sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesi, sağlık personelinin işe alımında merkezîyetçiliğın kaldırılması ve Genel Sağlık Sigortasının kurulması hedeflenmiştir (Özbay vd, 2007:99-101).

2002 yılının Kasım ayında yapılan erken genel seçimler sonucu AKP tek başına iktidara gelmiş ve Türkiye Cumhuriyeti'nin 58. Hükümeti kurulmuştur. Bu gelişmelerin hemen ardından 58. Hükümet Acil eylem Planı (AEP) adı altında bir plan hazırlanmış ve AEP'nin Herkese Sağlık başlığı altında sağlık alanında yapılması

gereken faaliyetler tek tek belirtilmiştir. Daha sonra DB ile görüşmeler sonucunda Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış ve 59. Hükümet tarafından ilan edilmiştir. SDP'nin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bunlar; “24 Temmuz 2003 tarihli 4924 sayılı Kanun³⁰, 4947 sayılı SGK Teşkilat Kanunu, 03 Kasım 2003 tarihli Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, 10 Aralık 2003 tarih ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi Kanunu ve 05 Mayıs 2004 tarihli Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller,” şeklinde belirtilebilir.

Yukarıda sözünü ettiğimiz bu yasal düzenlemelerin özüne bakıldığında devletin küçültülmesi, devletin özel sektör lehine ekonomik alandan çekilmesi, katılımcı bir yönetim anlayışı, özel sektör mantığı ile yönetim gibi konular dikkati çekmektedir. 24.07.2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı kanun ile sağlık sektöründe sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulaması başlamıştır. Bu kanunla gerekli görüldüğü takdirde sağlık personelinin sunmuş olduğu hizmetler bedeli döner sermayeden ödenmek kaydıyla hizmet satın alma yöntemiyle gerçekleştirilebilir. Böyle bir ifadenin veya mantığın bu kanunda yer alması aslında Savaş'ın (2012) da belirttiği gibi sağlık alanında alt işverenliğin (taşeronlaşma) taşlarının döşenmesi demektir. 4947 sayılı SGK Teşkilatı Kanunu ile daha önce üç farklı kurumun vermiş olduğu sosyal güvenlik hizmetleri SGK adı altında tek çatı altında birleştirilecektir. Böylece hem bürokrasi azaltılmış olacak, hem dağınık yapı ortadan kalkacak, hem de daha etkin ve verimli bir sosyal güvenlik teşkilatı oluşturulmuş olacaktır.

2003 yılında açıklanan ve daha sonra dönemin Cumhurbaşkanı tarafından veto edilen 5227 sayılı Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı da genelde kamu yönetimi özelde ise sağlık hizmetleri alanında devletin yeniden yapılandırılmasını hedeflemekteydi. Bu kanun tasarısı ile kurumlarda yerelleşme, yönetim ve özelleştirme-regülasyon hedeflenmiştir. Bu hedeflerle devlet faaliyetleri piyasa lehine sınırlandırılacaktır. Bu kanun ile devletin küçültülmesi hedeflenmiştir. 5227 sayılı kanunu yakından incelediğimizde YKY anlayışının izlerini açıkça görebiliriz. Kanunda göre, yetki ve sorumlulukların hizmet alanlara en yakın ve en uygun birime

³⁰ 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve KHK Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.

devredilmesi öngörülüyordu (subsidiyarite ilkesi) (md.5). Ayrıca kanun tasarısının 11. maddesi³¹ merkezi yönetimin ve yerel yönetimlerin sundukları hizmetleri üniversitelere, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına, hizmet birliklerine, özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış STK'lara devredebileceğini hükmediyordu.

Tasarının tartışmalı maddelerinden birisi de bazı bakanlıkların taşra örgütlerinin kaldırılması idi. Sağlık bakanlığı da bu bakanlıklardan birisi idi. Kanun tasarısının geçici 1. maddesine göre bakanlığın taşradaki bütün birimleri – eğitim ve araştırma hastaneleri hariç - borç ve alacakları, taşınır ve taşınmaz bütün malları il özel idarelerine devredilecekti. Bunun sonucu olarak Bakanlık sağlık hizmeti üreten ve sunan bir yapıdan sağlık hizmetlerinin standartlarını belirleyen, denetleyen, politika oluşturan bir yapıya evrilecekti. Yani SB örgütsel anlamda küçültülmüş olacaktı. Ayrıca kanun tasarısında kamuda kadrolu personel yerine sözleşmeli personel sistemine geçilmesi ve bu istihdam türünün yaygınlaştırılması gerektiği belirtiliyordu. Bu hedefler ile 14.10.2005 tarihli Kamu Personeli Kanun Tasarısı Taslağındaki hedefler örtüşmektedir (Orhan, 2006:136). Bu tasarıda kamudaki personel sayısının azaltılması, daimi kadrodan sözleşmeli kadroya geçiş ve esnekleştirme öngörülüyordu. Benzer politikalar 5227 sayılı kanunda da vardır. Sağlık Bakanlığı'nda bu yönde uygulamalar 2004 yılından itibaren başlatılmıştır. SB'ye bağlı tüm yataklı tedavi kurumlarında uygulanmaya başlanan performans dayalı ek ödeme sistemi 5227 sayılı kanundaki performans kriterleri ile büyük oranda örtüşmektedir. Bunun yanında 2003 yılında kabul edilen 4924 sayılı kanunda³² belirtilen sözleşmeli personel istihdamında döner sermaye gelirinden yararlanılabileceği hükmü sözleşmeli personel çalıştırmanın örneklerinden birisidir.

5 Mayıs 2004 tarihli ve 25453 sayılı Resmi Gazetede yer alan sağlık hizmetlerinin satın alınması ile ilgili düzenlemede ise; başlangıçta uzman hekim, hekim, yardımcı sağlık personeli vb. personelin sunacağı hizmetin satın alınması bulunmaktadır (Savaş, 2012). Sağlık alanında küçülmeye örnek gösterilebilecek ve SDP içinde yer

³¹ Bu madde ve tasarının bazı maddeleri 2004 yılında Dönemin Cumhurbaşkanı A. Necdet Sezer tarafından Anayasa'nın 128. maddesi ile bağdaşmadığı gerekçesiyle veto edilmiştir.

³² 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun R.G Yayın Tarihi: 24/07/2003 Sayı: 25178

alan bir diğer düzenlemede 663 sayılı KHK'dır. Ancak bu KHK'nın ilk başta hazırlanan taslak hali sağlık alanında büyük oranda küçülme (downsizing) öngörmekteydi ancak daha sonra yasalaşan metin ise ilkinden oldukça farklıdır. Ama yine örgütsel küçülme yönünde atılmış adımlar/çabalar olduğunu söylemek yanlış olmaz.

3.4.4. Kamu-özel ortaklığı modeli (KÖO)

Sağlık alanında özelleştirme ve/veya küçülmeye yönelik atılmış bir başka adım da **Kamu –Özel Ortaklığı (KÖO) modelidir**. Bu model özellikle yüksek sermaye gerektiren büyük projeler (enerji, sağlık, eğitim, alt yapı vb. hizmetleri) için uygulanan ve Türk sağlık sisteminde tam olarak yaygınlaşamayan bir hizmet sunum modelidir. Kamu özel ortaklığını "*Devlet ile özel sektör arasında bir hizmetin sunulması için yapılan kurumsal ve sözleşmeye dayalı bir işbirliği*" şeklinde tanımlayabiliriz (Joyner, 2007:207). Bir başka tanımlamaya göre ise KÖO, "*kamu hizmeti olarak öngörülen ve devletten başka kimsenin yapamayacağı düşünülen, devletin bütünüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına üstlenmekten çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletlerin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu çözmek amacıyla geliştirilen bir modeldir*" (Eker, 2007:60).

Türk kamu yönetiminde KÖO'nun hukuksal ve tarihsel alt yapısına baktığımızda 1982 Anayasası'nın 47. maddesinin son fıkrasındaki "*Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir*" hükmüne göre kamu özel ortaklığı çerçevesinde hangi hizmet alanlarında özel hukuk kişilerinden yararlanılabileceği kanun ile düzenlenecektir. Dolayısıyla Anayasa'ya göre, kamu hizmetlerinin özel hukuk kişilerine devredilebilmesi için sözleşme yapılabilmesinin ön koşulu gerekli yasal düzenlemenin yapılmasıdır. Anayasanın bu hükmüne dayanarak ne tür yasal düzenlemelerin yapıldığına ve bunların KÖO modelini nasıl etkilediğini göz atmakta yarar vardır. Her ne kadar yeni bir uygulamaymış gibi görünse de Kamu Özel Ortaklığı benzeri uygulamaları Cumhuriyet öncesi dönemde görmek mümkündür. Ülkemizde kamu hizmetlerinin sadece devlet eliyle değil aynı zamanda özel hukuk

kişilerine gördürülmesine ilişkin ilk yasal düzenleme 10 Haziran 1910 tarihinde çıkartılan Menafi-i Umumiyye Mütteallik İmtiyazat Hakkında Kanun'dur. Bu kanun Cumhuriyet döneminde de varlığını korumuştur. Ancak değişen koşullara ve kamu hizmeti anlayışında meydana gelen değişimlere paralel olarak anlamını yitirmiş ve işlevsiz hale gelmiştir. Cumhuriyet döneminde birkaç örnek dışında kamu hizmetleri devlet eliyle yürütülmüştür (Uz, 2007:1176).

Türk sağlık sektöründe yukarıda da değindiğimiz gibi işletmecilik mantığıyla yönetilmesine yönelik ilk ciddi uygulama 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Daha sonra 1988 yılında Numune hastaneleriyle dış kaynaklardan yararlanma yoluna gidilmeye başlanmıştır. Bunu 1999 yılındaki Anayasa değişikliği izlemiş ve bu uygulamadan daha fazla yararlanılmaya başlanmıştır (Karasu, 2011:173-174). Sağlık alanında KÖO uygulamasına yönelik atılan ilk adım 2005 yılında çıkarılan 5396 sayılı kanundur. Bu kanun ile 3359 sayılı kanuna bir madde eklenmiş ve bunun sonucunda KÖO Türk kamu yönetimine girmiştir. 03.07.2005 tarihli ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı tarafından verilecek ön proje ve temel standartlar çerçevesinde özel hukuk kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacağı düzenlenmiştir (Uz, 2007).

Söz konusu kanunun uygulanabilmesi için 2006 yılında 03.07.2006 tarihli 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile "Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" düzenlenmiştir. Bu yönetmelik aynı zamanda Kamu Özel Ortaklığı yönetmeliği olarak bilinir. Bu yönetmelik ile birlikte KÖO'ya yönelik tanımlanan işler; *"kira bedeli karşılığında sağlık tesisleri yapımı, sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri, tıbbi destek hizmetlerinin sunumu, tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu,, tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi ve sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanlar ile mefruşatın sağlanması"* olarak belirtilmiştir (Karasu, 2011:224). Bu yönetmelikte 30/04/2010 tarihinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Ancak 09.05.2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan *"Sağlık*

Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği” yürürlüğe girdiğinden önceki yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile Sağlık hizmetinde kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin yapılmasını ve uygulanmasını sağlamak üzere; Sağlık Bakanlığı teşkilatı içerisinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve bu Genel Müdürlük teşkilatı içerisinde de Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. KÖO ile ilgili bir başka yasal girişim de 2013 yılında çıkarılan 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’dur. Bu yasanın uygulanabilmesi için 09.05.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan *“Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği*” yürürlüğe girmiştir.

Hükümetlerin sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı yöntemini seçmesinin nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Kerman vd, 2012:12-13):

- Kamusal yatırımlarda özel sektörün finansman kaynağından yararlanmak
- Ortaya çıkabilecek riskin özel sektörle paylaşılma isteği ve aynı zamanda kamudaki ağır işleyen bürokrasinin yerine özel sektörün hızlı karar verme ve bu kararları uygulama yeteneğinden yararlanmak,
- Uzmanlaşma. Bir başka ifade ile herkesin en iyi bildiği ve uzmanı olduğu işi yapabilmesinin alt yapısını oluşturmak,
- Sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi,
- Ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım sürelerinin kısaltılması,
- Özel sektörün sağlık alanında daha fazla yer almasını sağlamak. Özellikle Tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması

Kamu özel ortaklığının yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala ve işletme hakkı devri gibi çeşitli uygulama yöntemleri mevcuttur (Gökkaya vd, 2018:2238). Yap-işlet-devret modelinde (yasal dayanağı 1994 tarih ve 3996 sayılı kanun) özel sektör ve kamu arasında yapılan bir anlaşma vardır. Bu anlaşmaya göre özel sektör yapıyı kendi imkanları ile yapar, işletir ve belirlenen süre sonunda kamuya devreder. Yap-işlet modelinde (yasal dayanağı 1997 tarih ve 4283 sayılı kanun) ise yine kamu ile özel sektör arasında yapılan sözleşmeye istinaden bir tesis özel teşebbüs tarafından inşa edilir, işletilir ve bu yapının mülkiyeti yine özel sektörde kalır. Yap-kirala modelinde (yasal dayanağı 5396 sayılı kanuna 2005 yılında ek bir madde eklenmesi) özel sektör ile kamu arasında bir anlaşma vardır. Bu anlaşmaya göre tesis özel sektör tarafından yaptırılır, belirli bir süre için kamuya kiralanır, tesisteki bazı birimler veya tamamı yapımcı firma tarafından işletilir ve kira dönemi sonunda yapı sözleşmede belirtilmişse kamuya devredilir. Son olarak ise işletme hakkı devrinde (yasal dayanağı 1994 tarihli ve 4046 sayılı kanun ile 1984 tarih ve 3096 sayılı kanun) devletin elindeki tesislerin tamamının veya bir bölümünün belirli bir ücret karşılığında özel sektöre devredilir. Ancak burada sadece tesislerin işletme hakları devredilir, mülkiyet hakkı ise kamuda kalır (Kerman vd, 2012:10-11)

Kamu özel ortaklığının sağlık alanındaki en son yansıması **Şehir Hastaneleri Modelidir**. Şehir hastaneleri 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı kanun³³ ve 2014 yılında çıkarılan 28995 sayılı yönetmelik³⁴ ile düzenlenmiştir. Bu yasal düzenlemelere göre şehir hastaneleri özel sektör tarafından yaptırılacak, devlet bu tesisleri 25 yıl süreyle kiralarak kamu hastanesi statüsünde işletecek ve bu sürenin sonunda (25 yıl sonra) bu yapıların mülkiyeti kamuya geçecektir (Ataay, 2018). Bundan dolayıdır ki şehir hastaneleri “yap-kirala-devret” modeli ile inşa edilip işletilecektir. KÖO modeli ve bunun yansıması olan Şehir Hastaneleri ile devlet tıbbi hizmetler dışındaki yönetim, hizmet ve ticari alanlar özel sektöre bırakılmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012:27). Böylece devlet sağlık alanından büyük oranda çekilmeyi ve sonucunda küçülmeyi hedeflemektedir (Yalanız, 2017:19). Kamu Özel Ortaklığı modelinde sözleşme süresi en fazla 49 yıl olarak belirlenmiştir. Ancak genel olarak uygulamada bu süre yapım

³³ Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun R.G Yayın Tarihi: 09 Mart 2013 Sayı: 25582

³⁴ Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği. R.G Yayın Tarihi: 09 Mayıs 2014 Sayı: 28995

aşaması dahil 30 yıl olarak uygulanmaktadır. Şehir hastanelerinin yapımı için gerekli olan arazi SB tarafından bedelsiz olarak temin edilecektir. Detaylı proje özel sektör tarafından hazırlanacak ve ihaleyi alan firma şehir hastaneleri kendisi inşa edecektir (Gökkaya vd., 2018:2239).

Kamu-özel ortaklığı uygulamasının önemli sorunlarından birisi kamunun özel sektöre verdiği finansal garantilerdir. Bu durum bazen tesislerin yapım aşamasında dış kredilerde kamunun garantör olması, bazen de belirli bir oranda gelirin devlet tarafından garanti edilmesidir. Bu durum otoyollar ve köprülerde uygulandığı gibi şehir hastanelerinde de uygulanmaktadır. Buradaki uygulama şu şekildedir: Sağlık Bakanlığı entegre sağlık kampüslerini (şehir hastaneleri) işletecek olan firmaya ya da konsorsiyuma yatak ve cihaz kullanımını % 70 oranında garanti etmektedir. Yani devlet özel sektöre % 70 oranında hasta garantisi vermekte; eğer yatak ve cihaz kullanım oranı taahhüt ettiği oranın altında kalırsa aradaki farkı ödemeyi kabul etmektedir. Bu uygulama sağlık alanında küçülmeyi hedefleyen bir anlayışa ters düşmektedir. Çünkü böyle bir uygulama ile özellikle ekonomik anlamda küçülme gerçekleştirilmesi söz konusu değildir.

Sağlık tesislerinin yapımında firmaların kullanacakları kredilere hazinenin kefil olması kamu maliyesi açısından riskler oluşturmaktadır. Çünkü bu firmaların iflas etmesi, ödemeyi yapmaması gibi durumlarda alınan kredi yasal faiziyle birlikte devlet tarafından ödeneceği için hazineye dolayısıyla vatandaşlara ek mali yükler getirebilecektir. Şehir hastaneleri genel olarak şehir merkezlerinin dışına yapılmaktadır. Bu da ulaşım anlamında bazı sıkıntılar yaratmaktadır. Ayrıca cihaz kullanımını garantisini verilmesi demek gereksiz yere MR, Ultrason, tomografi vb gibi uygulamalara başvurulması demektir. Bu hem hastaların sağlığı açısından hem de ek yük getireceği için kamu maliyesi bakımından sakıncalı bir durumdur. Bu uygulama bir nevi kamusal kaynakların israfı demektir. Ülkemizdeki şehir hastaneleri ile ilgili bilgiler aşağıda tabloda gösterilmektedir.

Tablo 10. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ile Yapımı Tamamlanan ve Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri

Şehir Hastanesi	Yatak Kapasitesi	Hizmete Açılma Yılı
Yozgat Şehir Hastanesi	475	2017 yılında açıldı
Isparta Şehir Hastanesi	755	
Mersin Şehir Hastanesi	1300	
Adana Şehir Hastanesi	1400	
Kayseri Şehir Hastanesi	1584	2018 yılında açıldı
Elazığ Şehir Hastanesi	1038	
Manisa Şehir Hastanesi	560	
Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	
Ankara-Bilkent Şehir Hastanesi	3660	2019 yılında açılacak
Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	
Konya Şehir Hastanesi	1250	
Bursa Şehir Hastanesi	1355	
Kütahya Şehir Hastanesi	600	
Kocaeli Şehir Hastanesi	1180	
Ankara-Etlik Şehir Hastanesi	3566	2020 yılında açılacak
İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2682	
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

3.4.5. Dış kaynak kullanımı (outsourcing)

Sağlık alanında küçülmeye örnek olarak gösterebileceğimiz bir başka uygulama da **Dış Kaynak Kullanımıdır (outsourcing)**. 1990'lı yıllardan itibaren yönetim alanında yaygınlaşan ve birçok örgütün başvurduğu yöntemlerden biri olan dış kaynak kullanımı (DKK) sağlık alanında da önemli hale gelmiştir. Dış kaynak kullanımındaki amaç örgütün temel faaliyetlerine odaklanarak bunun dışında kalan işlerin dış kaynaklardan temin edilmesidir. Böylece daha az maliyet ve zamanla daha çok ve daha kaliteli hizmet üretimi ve sunumu yapılabilecektir. Yemek, temizlik ve güvenlik hizmetleri sağlık alanında en çok dış kaynaklardan yararlanılan hizmetlerin başında gelirler. Elbette ki saydığımız bu hizmetler SDP öncesinde de DKK ile temin edilmekte idi, ancak SDP sonrası DKK'dan yararlanma oranı daha da artmıştır. Yukarıda saydığımız bu hizmetlerin yanında laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri (MR, Röntgen, Ultrason, Tomografi vb..) sterilizasyon. ve ameliyathane.

hizmetleri gibi bazı sağlık hizmetleri de hastane dışından başka kurumlardan sağlanmaya başlanmıştır (Gözüküçük ve Çelik, 2012:2). Aşağıdaki tabloda Tenglimoğlu ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir araştırmada hastanelerin hangi alanlarda ve ne oranda DKK yoluna gittiklerine dair sayısal veriler bulunmaktadır.

Dış Kaynak Uygulama Alanları	Yüzde (%)
<i>Tıbbi Malzeme</i>	20.8
<i>Yemek Hizmeti</i>	20.8
<i>İlaç</i>	17.9
<i>Temizlik Hizmeti</i>	16.4
<i>Güvenlik Hizmeti</i>	4.4
<i>Görüntüleme Hizmeti</i>	2.9
<i>Bilgisayar (Enformasyon) Hizmeti</i>	2.9
<i>Laboratuvar Hizmeti</i>	2.9
<i>Ambulans Hizmeti</i>	2.9
<i>Kafeterya</i>	1.4
<i>Teknik (Bakım-Onarım) Hizmeti</i>	1.4
<i>Sauna</i>	1.4
<i>Sözleşmeli Personel</i>	1.4
<i>Hasta ve Ziyaretçi Yönlendirme Hizmeti</i>	1.4
Toplam	100

Kaynak: Tenglimoğlu vd.,2009:491.

Türkiye’de DKK ile ilgili ilk yasal düzenleme 1983 yılında çıkarılan “2886 sayılı Devlet İhale Kanunu’dur” (DİK). Bu kanun 2003 yılına kadar genel ve katma bütçeli kurumlar ile il, ilçe belediyeleri ve diğer yerel yönetimlerin her türlü ihale faaliyetlerini kapsamıştır. Her ne kadar KİT veya diğer bazı özerk kurumlar bu kanuna tabi olmasalar da bu kanuna benzer yasal düzenlemelere göre iş ve işlemlerini yürütmüşlerdir. Sağlık Bakanlığı DKK ile ilgili işlemlerini yine yukarıda belirttiğimiz 2886 sayılı DİK’e göre gerçekleştirmiştir (Akyürek, 2013:22; Ergin, 2003). 2003 yılından itibaren DİK yerini 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu’na (KİK) bırakmıştır. Bu yasanın gereği olarak şeffaflığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, gereksinimlerin uygun koşullarla zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla yükümlü olan Kamu İhale Kurumu kurulmuştur.

DİK, 2003 yılının ilk günü itibariyle belirli süreçlerde yerini 04 Ocak 2002 tarihinde kabul edilen 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na (KİK) bırakmıştır. Bu kanunun amacı, kamu hukukuna tabi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirlemektedir. KİK'nin bir gereği olarak. 4734 sayılı Kanunun ilgili kısmında Kamu İhale Kurumu, bu kanunla verilen görevleri yapmak üzere kamu tüzel kişiliğine haiz, idari ve mali özerkliğe sahip bir yapıda tanımlanmıştır. Kamu İhale Kurumu, bu kanunda belirtilen esas, usul ve işlemlerin doğru biçimde uygulanması hususunda görevli ve yetkili kılınmıştır. Sağlık alanında DKK hem kamu hastanelerinde hem de özel hastanelerde gerçekleştirilmektedir. Ancak bunların tabi oldukları yasalar farklılık arz göstermektedir. Kamu hastaneleri/sağlık kuruluşları 4734 sayılı KİK ve 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu belirleyici iken, özel sektör sağlık kuruluşlarının DKY uygulamalarında bu yasa metnininin bağlayıcı bir yönü yoktur. Kamuya ait sağlık kuruluşlarında bu yasaların yanında ayrıca tamamlayıcı nitelikte tebliğ ve yönetmelikler de yayınlanmıştır. DKY uygulamalarının verimliliği, etkililiği ve kalitesi üzerindeki temel belirleyici güç hastane yönetimlerinden çok öncelikle yasal prosedürlerdir (Akyürek, 2013).

Hastanelerde dış kaynak kullanımına başvurulmasının en temel nedenleri maliyetleri düşürmek, daha etkin, hızlı ve kaliteli hizmet sunumu yapmaktır. Sağlık alanında yapılan DKK uygulamalarına baktığımızda bunun büyük ölçüde doğru olduğu ortaya çıkmaktadır. Eriş (2017) tarafından Şanlıurfa İlinde 15 devlet hastanesi ve HÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere 16 sağlık kuruluşunda yapılan bir araştırmada hastane yöneticilerinin % 71'nin DKK yoluyla alınan personelin çalışmalarından memnun oldukları ve % 62'sinin de kurumlarında DKK yoluyla personel çalıştırmaya devam edecekleri belirtilmiştir. Akbulut ve arkadaşları tarafından 2012 yılında başka çalışmalardan derlenen bilgilerin yayınlandığı araştırmaya göre de 2001 yılından 2008 yılına kadar geçen süreçte DKK'nın % 22.5 arttığı tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle sağlık alanında DKK giderek önem kazanmakta ve popüler bir uygulama haline gelmektedir. 2001 yılında kamu hastanelerinin % 71'i en azından bir hizmet kolunda Dış kaynaklardan yararlanırken bu oran 2008 yılında % 93'e ulaşmıştır.

Sağlık alanında DKK ile ilgili yapılan bir başka çalışma da Bozdemir ve Öcel (2016) tarafından Bolu İli'nde yapılmıştır. Bu çalışmada yine maliyet üzerine bir çalışmadır. Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kendi imkanıyla hizmet sunan bir MR cihazı ile DKK ile gerçekleştirilen diğer bir MR cihazı söz konusudur. Araştırmaya göre hastanenin kendi MR cihazından elde ettiği kar DKK yolu ile hizmet satın almış olduğu MR cihazından daha düşüktür. Yani DKK yolu ile yararlandığı MR cihazının maliyeti daha düşük karı ise daha fazladır. Kalkan vd'lerin 2015 yılında yayınladıkları bir çalışmada Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde yapılan bu araştırmanın sonuçları yer almıştır. Buna göre DKK'nın maliyetleri azaltıcı etkisi net bir şekilde görülmektedir. Müdürlük; "Malzemeli Yemek Hizmetinde yalnız personel maliyetlerinden % 62 maliyet tasarrufu sağlarken güvenlik hizmetinde bu oran % 23 olarak tespit edilmiştir. Yine dış kaynak kullanımı vasıtasıyla gerçekleştirilen sarf malzemeleri hariç "Temizlik Hizmetinde % 27 personel maliyeti tasarrufu elde edilmiştir. Sadece personel değil, diğer maliyetler açısından da kurum dışından temin etmenin karşılaştırılmasının yapıldığı "Laboratuar Hizmeti" alımında Müdürlük toplam % 41 maliyet tasarrufu elde etmiştir (Kalkan vd, 2015:35-56). Sonuç olarak diyebiliriz ki son yıllarda özellikle SDP sonrası sağlık alanında DKK artmış ve bunun sonucunda da giderlerden tasarruf edilmiştir. Sadece maliyet bakımından tasarruf değil aynı zamanda kalite bakımından da bir artış olmuştur. Bir küçülme modeli olan DKK bu yönüyle Türk sağlık sisteminde az da olsa küçülmeye katkı yapmıştır. Bu küçülme daha çok giderler (ekonomik anlamda) bakımından olmuştur.

3.4.6. Akılcı ilaç kullanımı

Akılcı ilaç tüketimi Türkiye'de SDP'nin bileşenlerinden biridir. Akılcı ilaç kullanımı ilaç giderlerini azalttığı, israfı önlediği için sağlıkta küçülme çalışmalarından biri olarak değerlendirilebilir. Akılcı ilaç kullanımı (AİK), " bireyin özelliklerinin dikkate alınarak uygun zamanda, doğru ilacın doğru miktarda ve en uygun maliyetle verilmesidir (WHO, 1987). AİK sistematik bir yaklaşımdır. Akılcı ilaç kullanımı belirli adımlardan oluşmaktadır. İlk önce hastaya doğru bir tanının konması gerekmektedir. Doğru tanının ardından hastalığa uygun tedavi yöntemi seçilir, tedavi uygulanır, hasta takip edilip sonuçlar düzenli olarak izlenir ve elde edilen sonuçlar değerlendirilir (Ekenler ve Koçoğlu, 2016:45). AİK'nin planlama, uygulama ve

izleme olmak üzere üç aşaması vardır. Bu süreçte sadece devletin değil diğer bütün paydaşların (ilaç sektörü, hekimler, eczacılar ve toplum) rasyonel düşünmeleri ve öyle davranmaları gerekmektedir (Pınar, 2012:60).

İlSadece ülkemizde değil diğer bütün ülkelerde devletin ilaç giderleri için ayırdığı pay (ilaç harcamaları) sağlık bütçesi içinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle de ithal ilaçlar maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. AİK ile ilaç israfının önüne geçilmekte ve yanlış veya gereksiz ilaç kullanımından kaynaklanan sorunların ortaya çıkması önlenmektedir. Ülkemizde her yıl çok fazla ilaç israfının yaşandığı yapılan araştırmalarla da kanıtlanmıştır. 2006 yılında Ankara Ticaret Odası tarafından yayınlanan ilaç israfı raporuna göre Türkiye’de ilaçların % 7’si son kullanma tarihi geçtiği için, % 60’nın ise evlerde hiç kullanılmadan çöpe atıldığını göstermiştir. Bu israfın devlete maliyeti ise 500 milyon Dolardır (Aktaran Pınar, 2012:60).

Türkiye’de AİK kullanımına ilişkin çalışmalar 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP ile olmuştur. SDP ile, *“siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumların oluşturulması ve ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumların sağlanması”* hedeflenmiştir (SB SDP ,2003:34).2004 yılından itibaren referans fiyat uygulaması getirilmesinin³⁵ ardından ilaç fiyatlarında % 80 oranında bir azalma meydana gelmiştir. Bunlara ek olarak, ilaçlardaki KDV % 8’e düşürülmüş ve tek geri ödeme komisyonu kurulmuştur. İlaç ruhsatlandırma süreci 2005 yılında AB’ye uyumlu hale getirilmiş ve SGK’ya ilaç alımlarında indirimler uygulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014:84).

İlaç harcamalarının doğru ve düzgün bir şekilde takip edilmesini sağlamak için SB Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı ilaç takip sistemi olan MEDULA’yı kurmuş ve 2007 yılından itibaren bu sistemin kullanımını herkese zorunlu kılmıştır (Vatansever, 2014:69-70). Bu sistemle birlikte ilaç alan ve sağlık sisteminden faydalanan hastaların fatura bilgileri GSS’ye aktarılmakta ve fatura tutarları ilgili kuruluşa ödenmektedir. Bu sistemle ödemelerin daha hızlı ve doğru bir şekilde yapılması, harcama kalemlerinde meydana gelen değişikliklerin kaydedilebilmesi, kaliteli ve

³⁵ Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ R. G. Yayın Tarihi: 03.03.2004 Sayı : 25391

kapsamlı bir biçimde istatistiki verilerin toplanabilmesi amaçlanmıştır (Özata, 2010:456).

22009 yılında ilaç ödemelerinde bazı sınırlamalar getirilmiştir. Gerek orijinal gerekse jenerik ilaçlar için ürün fiyatı mevcut fiyatın en % 66'sı kadar olmalıdır. Ayrıca reçetelenmiş ilaçların en ucuz eşdeğer ilaç fiyatının % 15'ne kadar olan kısmının ödenmesi kuralı getirilmiştir. 2010'da ilaçların takibinin doğru ve düzenli yapılabilmesi İlaç Takip Sistemi geliştirilmiştir. 2011'de gerek orijinal gerekse jenerik ilaçlar için ürün fiyatı mevcut fiyatın en % 60'na kadar olmalıdır. Ayrıca reçetelenmiş ilaçların en ucuz eşdeğer ilaç fiyatının % 10'una kadar olan kısmının ödenmesi kuralı getirilmiştir. Yapılan bir düzenlemeyle 2012 yılında ilaç hammaddelerinden alınan KDV % 8'e düşürülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2014:84-85).

2013'de "AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017" hazırlanmıştır (Vatansever, 2014:74-77). Bu plan çerçevesinde toplamda 101 faaliyet belirlenmiştir (Aksoy vd., 2015:9). Daha sonra 2014 yılında AR-GE'nin geliştirilmesi ve yerli üretimin teşvik edilmesine yönelik çalışmalar başlamış, birinci basamak tanı ve tedavi rehberleri hazırlanmış, DSÖ'nün temel ilaç listesi baz alınarak ruhsatlı ilaç listesi oluşturulmuştur. Eczacı Yerleştirme Sisteminden faydalanılarak nüfusa göre eczane sayısına sınırlama getirilmiş ve AİK ile ilgili e-bültenler hazırlanarak hekimlere gönderilmeye başlanmıştır. Türkiye'deki kamu ilaç harcamaları 2013 yılında 17.234 milyon TL iken, bu rakam 2015 yılında 16.951 milyon TL'ye düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2014:86-87). Yani AİK ile sağlık harcamaları azalmıştır. Bu uygulamalar sürdürülürse ve toplumun bütün kesimlerine yeterli bilgilendirme yapılırsa ilaç israfı engellenecek ve bilinçsiz ilaç kullanımına bağlı olan sağlık problemlerinin de meydana gelmesi engellenecektir. Diğer yandan hem devlet, hem de bireyin akılcı olmayan ilaç kullanımına bağlı olarak yaptığı gereksiz harcamaların önüne geçilecektir ve sonuç olarak harcamalar yönünden bir küçülme sağlanacaktır.

3.4.7. Kalkınma planları

Sağlıkta küçülme veya yeniden yapılanma konusunda *Kalkınma Planlarında* bakmakta yarar vardır. Kalkınma planları, uzun dönemli kalkınma politikasının belli kurallara göre düzenlendiği planlardır. Geniş anlamıyla kalkınma planlaması, "bir

ülkenin ekonomik, sosyal ve siyasal durumunun, belirli bir dönemde toplumun ulaşmak istediği amaçlara ve hedeflere en uygun bir biçimde varması için, kaynakların yöneticiler tarafından etkili bir şekilde kullanılmasını” ifade etmektedir (Han vd., 1999:378-379). Ülkemizde planlama denince ilk akla gelen DPT tarafından hazırlanan Beş Yıllık Kalkına Planlarıdır. Kalkınma planları Türk kamu yönetiminde 1960 Askeri darbesi sonrası hazırlanan 1961 Anayasası ile girmiştir. Aslına bakılırsa kalkınma planları Osmanlı zamanında ve Cumhuriyet’in ilk yıllarında da varlığını göstermiştir. 1 Ocak 1913 tarihinde ülkenin sanayi alanında kalkınmasını, gelişmesini ve canlanmasını sağlamak amacıyla “Teşvik-i Sanayi Kanunu Muvakkati” adlı bir kanun çıkarılmıştır. Bu kanunla beraber “toplam değeri 1000 Türk lirasını aşan sanayi kuruluşları için beş dönüme kadar bedelsiz arazi tahsisi, makine teçhizat ile ham ve yardımcı maddelerin gümrük vergi ve harçlarından muafiyeti, fabrikaların kurulması ve işletilmesi ile ilgili vergi, resim ve harçlardan muaf tutulması imkanları sağlanmıştır” (TMMOB, 2007: 100).

Ülkemizde ilk Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963 yılında hazırlanmıştır. Bu tarihten günümüze kadar (2018 yılı) 10 adet Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Sağlıkta liberalleşme ve bunun diğer alt uygulamalarına yönelik hedefler özellikle 1980 sonrası hazırlanan Kalkınma Planlarında ifade edilmiştir. 1980 Askeri darbesi sonrası devletin kamu yönetimine, ekonomiye bakışı değişmiş ve daha çok neoliberal politikaların izlenmesi benimsenmiştir. İşte 1980 sonrası hazırlanan beş yıllık kalkınma planları da bu anlayışı açıkça yansıtmaktadır. 1982 Anayasası’nın ruhuna yansıyan bu dönüşüm, 1996-2000 yıllarını kapsayan yedinci; 2001-2005 yıllarını kapsayan sekizinci beş yıllık kalkınma planlarında açıkça belirtilmiştir.

Sözü edilen Kalkınma Planlarına yakından baktığımızda hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak işletme haline dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için etkin sevk sistemi dahilinde işleyen aile hekimliğinin kurulması, prim temelli genel sağlık sigortası uygulaması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin ayrılması ve sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel sağlık ve hayat sigortalarının teşvik edilmesi gibi hedeflerin bu planlarda yer aldığını görmekteyiz. 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP’nin içerik itibari ile aslında özgün olmadığı, aksine program hedeflerinin yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planları ile tümüyle örtüştüğü görülmektedir. Bu durum

Sağlık Bakanlığı tarafından da dile getirilmiştir (Elbek ve Adaş, 2009:35). Yine Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'na baktığımızda kalitenin artırılması, sağlık eğitiminde önem verilmesi ve önceki uygulamaların devam ettirilmesi, sağlık turizmüne önem verilmesi gibi ilkeler yer almıştır.

Birinci beş yıllık kalkınma planı (1963-1967)

Bu dönem sağlıkta sosyalleşme dönemi olarak da anılır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerinde iyi bir şekilde uygulanması amaçlanmıştır. Bu zihniyet 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nı da etkilemiştir. Bu plan çerçevesinde sağlık hizmetleri sunulurken sadece merkezi yönetim sorumlu olmayacak, taşra teşkilatları da bundan sorumlu olacaktır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini içeren yasal nitelikteki belgelerin uygulanması amacıyla gerekli tedbirlerin alınması öngörülmüştür. Bu plan doğrultusunda sağlık alanında alınan kararlar şu şekildedir;

- Sağlık hizmetleri tek elden sürdürülecek,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda en alt kademelere kadar yetki ve sorumluluk verilecek,
- Toplum hekimliğe genişçe yer ayrılacak,
- Hıfzıssıhha Okulu, halk sağlığını ilgilendiren alanlarda araştırma yapan ve eğitim veren bir kurum haline getirilecek,
- Yerli ilaçların üretilmesi için teşvik sağlanacak
- Yeni yapılan tedavi kurumları birer sağlık kampüsü şeklinde inşa edilecek

İkinci beş yıllık kalkınma planı (1968-1972)

Bu plan da sosyalleştirme döneminde hazırlandığı için bir önceki plana da hakim olan sosyal devlet felsefesi burada da kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulamadevam edecek, sağlık hizmetleri seviyesi düşük olan iller bu öncelikle ele alınacak ve buprogramda çalışan hekimlere bir rotasyon imkanı sağlamak için yapılan ocakların her yıl % 15'i Batıbölgelerine yapılarak program bu yörelere de uzatılacaktır. Sağlık yatırımlarında öncelik sosyalleştirme politikalarının uygulanacağı yerlere verilecektir.

Tek bir sağlık sigortası sisteminin kurulması; bunu kolaylaştırmak için ve bu sisteme geçinceye kadar kamu sektörüne alt sağlık tesisleri (MSB zel Tesisleri hariç) arasında iyi bir koordinasyon sağlanacaktır. Bu koordinasyonun sağlanabilmesi için Tedavi Kurumları Koordinasyon Kurulu kurulacaktır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde hizmetin yeterli şekilde yürütülmesini ve denetimini sağlamak için çeşitli evre sağlığı, konularında, laboratuvar hizmetlerinde, halk sağlığı eğitiminde, ruh sağlığı hizmetlerinde, gıda kontrolü hizmetlerinde sorumlu organlar kurulacaktır. Sağlık hizmetlerinin ve taleplerinin ekonomik ve sosyal alanda, değerlendirilmesi ve denetimi çalışmalarına önem verilecektir. Laboratuvarların alışmaları belirli standartlara bağlanacak, bölge laboratuvarlar, köylerdeki hastalıkları meydana çıkarmak için gezici laboratuvar birimleriyle donatılacaktır. Mevcut ilaç kontrol laboratuvarlarının kapasitesinden yararlanacak bir Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü kurulacaktır.

Bu planda sağlık personelinin eğitimi ve geliştirilmesi yönünde yapılacak çalışmalar da mevcuttur. Bu dönemde bir ‘‘Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü’’ kurulması hedeflenmiştir. Sağlık ocakları ile hastaneler ve dispanserler arasında işbirliğinin sağlanması ve bu işbirliğinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Tedavi hizmetlerinin genişlemesi için özel sektörün gelişmesinin önemi belirtilmiştir. ayrıca bir önceki planda belirtilen yerli ilaç üretimi için yerli ilaç sanayinin desteklenmesi ve teşvik edilmesi bu planda da kendini göstermiştir (2. BYKP, 1968:223-224).

nc beş yıllık kalkınma planı (1973-1977)

Bu plan da öncekiler gibi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yönünde gerekli bütün çalışmaların yapılması ve gerekli tedbirlerin alınması yönünde politikalar içermektedir. Halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmasına yönelik politikalar belirlenmiştir. Sosyalleştirme programı ile 1982 yılına kadar on bin kişiye bir sağlık ocağı, üç bin kişiye bir sağlık evi ve on bin kişiye 33 hasta yatağı sayısına ulaşılması hedeflenmiştir.

Dördüncü beş yıllık kalkınma planı (1979-1983)

Bu kalkınma planında sağlık adına amaçlanan husus; sağlığa ilişkin hizmetleri eşit, devamlı ve etkili olacak şekilde herkese ve her yere ulaştırmak, bu şekilde de

toplumun genel sağlık seviyesini arttırmaktır. Bu plan çerçevesinde sağlık adına alınan kararlar şu şekildedir (4. BYKP, 1978:152):

- Sağlığa ilişkin daha yüksek standartlara ulaşmak için gereksinim duyulan parasal kaynağın sağlanabilmesine dönük yasal nitelikte adımların atılması,
- Yine ilk iki kalkınma planında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi
- Sosyalleştirme kapsamında herhangi bir şekilde sosyal güvencesi olmayan ihtiyaç sahiplerinin bu ihtiyaçları devlet tarafından karşılanacak,
- Bağımsız bir biçimde değişik birimlerce yrtlen bütün koruyucu hizmetler, sosyalleştirme programı içerisinde toplanacak
- Koruyucu hekimlik hizmetlerinin daha etkili bir şekilde kullanılıp, herkesin yararlanacağı bir seviyeye eriştirilmesi için çalışmalara hız kazandırılacak,
- İyileştirici sağlık hizmetleri tek bir çatı altında toplanacak,
- evre sağlığına ilişkin hizmetlerde daha etkili olabilmek amacıyla merkezi ve yerel yönetimin birbiriyle uyumlu çalışabilmesi için yasal nitelikte düzenlemeler yapılacak,
- Yine evre sağlığıyla alakalı yeterli ölçüde uzman, teknisyen ve yöneticinin yetiştirilmesi ve halkın da bu konuda eğitim alması için süreklilik arz eden eğitimler düzenlenecektir,
- Devlet öncelikle ithal edilen ilaçların hammaddelerinin miktarını, fiyatını ve niteliğini kontrol edecek ve ilaç kullanımında israfı engelleyen adımlar atacaktır,
- Yaşamsal açıdan büyük öneme sahip ilaçların piyasada sürekli olarak bulunması için gerekli tedbirler alınacak,
- Devlet ilaç Kontrol Enstitüsü, yerli üretime söz konusu olan ilaçların kontrolünü sürekli olarak yapacaktır,
- İşçi sağlığı ile iş yeri güvenliğine ilişkin hizmetler zamanın şartlarına göre düzenlenip, yaygınlaşacak,
- Toplum sağlığına önem verilecektir,
- Hekim yetiştirmek için hekim kullanan kuruluşların gereksinimleri dikkate alınacak, bu amaç doğrultusunda da Tıp Fakültelerinde hekim kullanan

kurum ve mesleki kuruluşlardan temsilciler olacak ve bu temsilcilerden kurul oluşturulacaktır

Beşinci beş yıllık kalkınma planı (1985-1989)

Bu plan 1980 askeri darbesinden sonra hazırlanan ilk plandır. Darbe sonrası sivil yönetime geçiş için seçim yapılmış ve seçimi ANAP kazanmış ve tek başına iktidar olmuştur. ANAP'ın genel başkanı ve aynı zamanda Başbakan olan Turgut Özal ile Türkiye'de neoliberal politikaların uygulanması süreci başlamıştır. Dolayısıyla 5. BKYP'de sağlık alanında neoliberalizmin izlerini görmek mümkündür. Bu planda sağlık kuruluşlarından işletme olarak söz edilmekte ve kamu sağlık kuruluşlarının işletmecilik mantığıyla yönetilmesi ve işletilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bu plan çerçevesinde uygulanması öngörülen kararlar şu şekildedir (5. BYKP, 1985:152):

- Kamuya ait sağlık kurumları daha verimli ve nitelikli hizmet vermesi çerçevesinden işletmecilik anlayışına göre ele alınacak,
- Devlet, üniversiteler ile hastaneler arasındaki işbirliğini geliştirecek adımlar atacak,
- Atıl pozisyonda olan olanaklar gereksinim duyulan yerlere aktarılacak,
- Verimli olmayan çok büyük yatak kapasitesine sahip eğitim ve uygulama hastanelerinin yapılmasının önüne geçilecek,
- Polikliniklerin düzenlenmesi ve hastanelerin işletilmesi bazı ölçütlere bağlanacak, poliklinikle birlikte idari hizmet birimleri hasta servislerinden ayrılacak
- Özel sağlık kurumlarının açılması için adımlar atılacak ve teşvikler sağlanacak,
- Bu özel sağlık kurumlarının sağlamış oldukları hizmetler karşılığında alınan ücretler serbestçe belirlenecek,
- Serbest olarak mesleğini icra eden hekimlerden birtakım anlaşmalar yapılması suretiyle hizmet satın alınabilecek,
- Kaynak israfını engellemek için sigorta kurumları ile kamu kurumları kendilerine ait sağlık kurumları kuramayacak ve bunun yerine mevcut sağlık kurumlarından faydalanacak,

- Yataklı servisi olan kurumların sahip olduğu kapasitenin daha etkin ve rasyonel bir biçimde kullanılması sağlanacaktır. Bu doğrultuda yatak kapasitesi yetersiz illerde ilave olarak yatak eklenecektir

Altıncı beş yıllık kalkınma planı (1990-1994)

Sağlık kuruluşları arasında etkin birlişbirliğı ve koordinasyon sağlanacak, yatak kullanımı dahil sağlık hizmetlerinde rasyonellik arttırılacak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılacaktır. Birinci kademe sağlık hizmetlerinden başlanarak üniversite hastanelerine kadar uzanan sevk zinciri kurulacak, yataklitedavi kurumlarındaki yığılmalar önlenecektir. Sağlık alanında sağlık ekonomisti ve sağlık işletmecisi dahil olmak üzere etkin bir insan gücü planlaması yapılacaktır. Sağlık personelinin ve sağlık alt yapısının yurt düzeyinde dengelidağılımını sağlamak üzere gerekli tedbirler alınacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir. Yani sağlık alanındaki özel sektöre daha fazla yer açılması vurgusu burada da devam etmektedir. Yönetim kaynak ve norm birliğı sağlanarak sağlıksi gortasının kapsamı genişletilecektir (6. BYKP, 1989; Demirtola, 1993:49-51).

Yedinci beş yıllık kalkınma planı (1990-1994)

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması ve özelleştirilmesi noktasında 7. BYKP önemli bir yer tutar. Önceki iki planda yer alan özel sektör vurgusu bu planda da varlığını korumuştur. Devlet sağlık alanında artık daha az yer almak istemekte ve kamudaki başat rolünü özele devretmeyi amaçlamaktadır. Bu planda döneme hakim olan neoliberal anlayışın izlerini açıkça görmekteyiz (Görmüş, 2013:127). Bu plana göre SB halk sağlığını koruyan, standartlar ve belirli normlar koyan bir yapı hale gelecektir. Bakanlığın hizmet sunum alanındaki rolü azaltılırken, yerel yönetimlerin rolü arttırılacaktır. Hastalara hekim seçme hakkı getirilecek, hastaneler idari ve mali yönden özerk yapılarak haline gelecekler ve böylece birer işletmeye dönüşeceklerdir. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir (7. BYKP, 1995:48). Yani 5. BYKP'den beri devam eden sağlıkta özelleşme ve bunun sonucu olarak küçülme anlayışı bu planda da kendini açıkça göstermiştir. Neoliberal politikaların

anahtar kelimeleri olan etkinlik, hizmette süreklilik ve yaygınlık, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik 7. BYKP’de varlığını korumuştur. Bu plana göre herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar sigortalanacak, uzun dönemde Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemine geçilecektir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planı (2001-2007)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da sağlıkta dönüşümün/reformun izlerini görmek mümkündür. Bu planda da özel sektörün ve gönüllü sağlık kuruluşlarının sağlık sektörüne yapacakları yatırımların teşvik edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, bilimsel ve kata dayalı tedavi yöntemlerinin yaygınlaştırılması, tam gün çalışmanın özendirilmesi, aşı üretiminin geliştirilmesi ve Hıfzıssıhha Merkezi merkezinin aşı, ilaç, gıda ve çevreye yönelik laboratuvar ve kontrol hizmetleri bakımından referans bir kurum haline getirilmesi bu planının hedefleri arasındadır. Bunlara ek olarak SB’nin yeniden yapılandırılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin hale getirilmesi, hastanelerin özerk ve rekabet edebilir hale getirilmesi yani sağlık kurumlarının birer işletme haline dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Bakanlık bünyesindeki hemşireler ve ebeler ile ilgili gerekli yasal düzenlemelerin yapılması hedeflenen politikalar arasındadır (8. BYKP, 2000:199-204).

Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı (2007-2013)

9. BYKP ile vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, sağlık sisteminin hasta odaklı olması ve sağlık alanında özel sektöre yatırım için gerekli teşviklerin sağlanması amaçlanmıştır. Belirtilen bu hedeflerin yanında Genel Sağlık Sigortasının hayata geçirilmesi, hasta hakları konusunda hem vatandaşların hem de sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi, uluslararası standartlarda sağlık veri tabanının oluşturulması, tıbbi kötü uygulamaları önlemek için gerekli hukuki düzenlemelerin yapılması ve sağlıkta hizmet kalitesini arttırmak için ulusal standartların belirlenmesine yönelik politikalar da bu planda yer almıştır.

Onuncu beş yıllık kalkınma planı (2014-2018)

10. BYKP’de sağlık ile ilgili aşağıda belirtilen hükümler yer almıştır (10. BYKP, 2013:36-37):

- Daha sağlıklı bireylerin yetişmesi ve hayatlarını sürdürebilmeleri için koruyucu sağlık hizmetleri çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.
- Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.
- Sağlık hizmet sunumunda sağlık kalitesini arttıran, hasta ve sağlık çalışanlarının memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir.
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir.
- Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformlar hayata geçirilecektir.
- Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir

Yukarıda bahsi geçen maddelerin yanında 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı doğrultusunda üzerinde sıkça durulan ve önem verilen bir konu da Sağlık turizmi olmuştur (<http://ivek.org.tr/ivek-makaleler/kalkinma-planlari-ve-10.-kalkinma-planinda-saglik-190yy> E. Tarihi: 02.09.2018). Bu doğrultuda ise şunlar hedeflenmiştir;

1. “Sağlık Turizminin Geliştirilmesi” başlığı altında “*termal turizm*”de 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulacak,
2. Termal turizmde 1,5 milyon yabancı turiste (600.000 tedavi amaçlı) hizmet edilmesi ve 3 milyar dolar gelire ulaşılması hedeflenmiştir.
3. “*Medikal turizm*”de dünyada ilk beşe girilecek,

4. 750 bin medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi ve bu sayede 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi öngörülmüş,
5. İleri yaş turizminde 10.000 yatak kapasitesi oluşturulacak, 150 bin turist ülkemizi ziyaret edecek ve bu turizmden yaklaşık olarak 750 milyon dolar elde edilecektir (<http://ivek.org.tr/ivek-makaleler/kalkinma-planlari-ve-10.-kalkinma-planinda-saglik-190yyE>. Tarihi: 02.09.2018).

Ülkemizde sağlık reformları ilk olarak 1987’de “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” adı altında atılmış olup, 1990’lı yılların sonuna kadar olan dönemde maliyeti frenleyen politikalar gündemde kalmıştır. Gerek 1980’li ve gerekse 1990’lı yıllarda hayata geçirilen sağlık reformları ile liberalizasyon konusunda kayda değer adımlar atılmıştır. Sağlık alanında yapılan reformlar ise şu şekildedir; hizmete dair finansmanın toplanan vergilerden değil ödeme gücü olanların prim ve katkı payları aracılığıyla sağlanması, sağlık finansmanı ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması, sağlık kurumlarının özelleştirilmesi, istihdamda esnekleşme ile performansa dayalı ödemenin yaygınlaşması, yerinden yönetimin benimsenmesi, rekabeti daha kolay hale getiren bir sistemin meydana getirilmesi (Çiçeklioğlu, 2011:67). Sağlık reformları 2000’li yıllarda neoliberal politikaların devamı niteliğinde sunulmuştur. Burada devletin sağlıkta hizmet sunmaktan çok, politikaları belirleyip, bunları denetleyen bir yapıya bürünmesi amaçlanmıştır. Sağlık alanında özel sektöre daha fazla yer açılması hedeflenmiştir.

Bu politikaların son ayağı çalışma konumuzu da oluşturan 2003 yılında hata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Projesi’dir.

3.5. Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti

Bu çalışmanın konusunu sağlık hizmeti veren kurumlarda uygulanan küçülme stratejisinin hasta memnuniyeti ve algılanan sağlıkta hizmet kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Türkiye’de son yıllarda sağlık sektöründe meydana gelen değişiklikler, oluşan rekabet ortamı, hasta memnuniyeti ve beraberinde kaliteli hizmet kalitesini ortaya çıkarmıştır. Böylece, çalışmanın bu bölümünde, öncelikle temel kavramlar olarak sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı ele alınacaktır.

3.5.1 Kalite nedir?

Kalite kavramı günümüz dünyasının en önemli kavramlarından biri olmuştur. Küreselleşmenin etkisiyle hızlı bir şekilde gelişip tüm dünyayı etkisi altına alan teknolojik ilerlemelerle birlikte toplumda çok yönlü bir değişim meydana gelmekte ve sosyo-ekonomik ve yönetsel değerler zamanla daha da önemli hale gelmektedir. Kalite anlayışının ortaya çıkmasının ardına yatan neden insanların mükemmeli yakalama ve hata yapmama arzularıdır. Kalite kelimesinin kökeni Latince'dir. Kelime nasıl oluştuğu anlamına gelen "Qualis" kelimesinden türetilmiş olan "Qualitas" kelimesinden gelmektedir (Şimşek, 1998:5). Kalite insanlar için genellikle pahalı, lüks veya az bulunur mallar anlamına gelmektedir. Başka bir tanıma göre ise kalite, "kalite istenilen özellikle uygun olmalıdır (Kavrakoğlu, 1993:12).

Kalitenin üzerinde anlaşılmalı tek bir tanımının olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Kavram ile ilgili literatürde birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

- *Kalite, kullanıcıların ürün veya hizmet gereksinimlerinin tatmin seviyesinin ifadesidir (Düren, 2000:17).*
- *Müşterilerin ihtiyaçlarını ve akılcı beklentilerini, sürekli ve bir bütün halinde karşılayabilecek ürün ve hizmetleri, en az maliyetle olacak şekilde üretmektir (Kovancı, 2003:3).*
- *Kalite, bir mal veya hizmetin tüketicinin ihtiyaçlarını en uygun seviyede karşılamayı amaçlayan tasarım, uygunluk ve kullanım özelliklerinin tamamı şeklinde tanımlanabilir (Doğan, 1985:343).*
- *Kalite, müşterinin beklentisi ile aldığı hizmet arasındaki karşılaştırmadır (Parasuraman vd., 1985: 42).*

Yukarıdaki tanımların yanında kalitenin gelişim aşamasında başka şekillerle de tanımlanmıştır. Kalite, birtakım kriterlere uygun mal veya hizmet üretebilme ile en mükemmel olma özelliğini sürdürme, rekabet edebilme yetisini bünyesinde barındırmadır. Örgütsel açıdan kalite ise; müşteri istek ve ihtiyaçlarını devamlı karşılayacak mal ve hizmet üretmektir (Şimşek, 1998:7).

3.5.2. Hizmet kalitesi nedir?

Oliver'in "Müşteri Tatmin Teorisi" Hizmet kalitesiyle ilgili ilk çalışma olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha sonra fikrinsel alt yapısı ise Grönroos tarafından hazırlanmıştır. Ancak günümüzde hizmet kalitesi ile alakalı yapılan çalışmaların çoğunun referans noktası Parasuraman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarıdır. Hizmet kalitesine yönelik çalışmaların büyük bölümünün de Parasuraman, Berry ve Zeithaml'ın eser, fikir ve bilimsel çalışmalarından yararlanılmaktadır. Parasuraman ve arkadaşlarının çalışmaları aralık modeline (gaps model) dayanmaktadır. Hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL ölçeği kullanılmaktadır. Genel hizmet kalitesi ölçümü olan SERVQUAL birçok araştırmacı tarafından kabul edilmiş ve kullanılmıştır (Tanrıverdi ve Erdem, 2010:76).

Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesini beklenen ve algılanan hizmet performansının karşılaştırılması olarak tanımlamışlardır. Başka bir tanımda ise hizmet kalitesi, verilen hizmetin müşteri istek ve beklentilerinin ne kadarının karşılanabileceğinin bir ölçüsü olarak değerlendirilmektedir. Müşteri beklenti ve isteklerinin karşılanması kaliteli bir hizmet sunmaktan geçmektedir (Göndelen, 2007:20). Edvardsson (1998:142) hizmet kalitesini müşteri beklenti ve isteklerini karşılayabilme aynı zamanda da gereksinimlerini belirleyebilme derecesi olarak tanımlar.

Hizmet kalitesi ile ilgili yapılan tanımları detaylı olarak incelediğimizde hepsinde, müşteri talep ve beklentilerinin kalitenin belirlenmesinde en önemli unsur olduğunu açıkça görebiliriz. Yani, müşterinin istediği hizmet ile sunulan hizmet arasındaki müşteri tarafından belirlenen farktır. Hizmet kalitesi, müşterinin mevcut hizmetten beklentileri ile algısının farkı sonucunda oluşmaktadır. Beklentilerin algılardan küçük ya da eşit olması halinde algılanan kalite müşteri açısından tatmin edici, beklentilerin algılardan büyük olması halinde ise algılanan kalite müşteri açısından tatmin etmeyen bir durumdur (Avıalan, 2004:40).

Müşterilerin hizmet kalitesini hangi kriterleri temel alarak değerlendirdikleri birçok araştırmaya konu olmuştur. Fakat genel kabul görmüş kriterler; Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin araştırmaları yönünde gelişmiştir. Parasuraman ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalar müşterilerin, hizmet kalitesini değerlendirme

aşamasında temel olarak benzer kriterleri kullandıklarını göstermektedir. Bu on kriter şunlardır: güvenilirlik, muamele, yeterlilik, ulaşılabilirlik, saygı, haberleşme, itibar, güvenlik, farkında olma, dokunulabilirlik

3.5.3. Sağlıkta hizmet kalitesi

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı en genel tanımı ile ülkeler arası belirlenmiş standartlara uygun teşhis, tedavi ile bakım süreçlerinin dışında hastaların istek ile gereksinimlerinin istenilen ölçüde yerine getirilmesi olarak nitelendirilmektedir (Erdil ve Baydar, 2007:185). Sağlık hizmetlerinde kalite bireylerin hastalıkla ilgili problemlerinin en kısa sürede çözülmesi ve sağlıklı durumlarının korunabilmesinin sağlanabilmesi için gerekli standartları şartları belirlemektedir. Bu tanımlamadan da anlaşılacağı üzere, sağlık hizmetlerinde kalitenin birinci dereceden sağlayıcıları sağlık personelidir. Bu personelin içerisine en alt düzeyde çalışandan en üst düzeyde çalışana kadar tüm personel dahil edilmektedir (Karabulut, 2009: 61). Sağlık hizmetlerinde; fiziksel yapı, etkinlik gücü ve sonuçların değerlendirilmesi kalite belirleyicileridir (Özdil, 2010: 18).

Demirbilek ve Çolak (2008:98) sağlık hizmeti kalitesini, “bir hastalık ya da durumun bir işlevi olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak veya iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesi” olarak tanımlamaktadırlar. Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; “sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır.” (Orman vd., 2010:158). Çoruh’a (1994:57) göre ise sağlık hizmetlerinde kalite, en basit tanımı ile “doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamaktır.”

Sağlık hizmetleri de diğer hizmet sunumlarında olduğu gibi temelde insanlara belli bir ücret karşılığında sunulan faaliyetlerdir. Sağlık hizmetleri, insanların sağlıkları ile ilgili tüm rahatsızlıklarında ya da farklı ihtiyaçlarının giderilmesi için sunulan faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinde, diğer hizmet türlerinde olduğu gibi kalite unsuru olmadan değerlendirme yapılamaz. Sağlık sistemini oluşturan hastaların, çalışanların, tedarikçi firmaların tümünün görüşleri, istekleri ve beklentileri sorgulanarak ortak bir kalite anlayışı yaratılmalıdır (Mc Glyne, 1997:7).

Hastanelerin çalışmasındaki en temel unsur hastalardır. Hasta bakımı ise hastanelerin temel çıktısıdır. Hastaneler, en az maliyetle en yüksek kalitede hizmet sunmayı amaç edinmişlerdir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kalitenin temeli hasta bakım hizmetlerine bağlı olmaktadır (Tengilimoğlu, 2011). Hastanelerde verilen tedavi ve bakım hizmetlerinin hastaların beklentileri içerisinde algıladıkları memnuniyetlik derecesi sağlık hizmet kalitesinin tanımlanmasında son derece önemlidir.

Sağlıkta TKY'ye ihtiyaç duyulmasının sebepleri sanayi, üretim, hizmet ve eğitim sektörlerindeki sebeplerle aynıdır. TKY ilk olarak endüstri ve hizmet sektöründe uygulanmış ve başarılı sonuçlar elde edildikten sonra sağlık sektöründe de uygulanmaya başlanmıştır. 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde TKY uygulamaları hızlı bir yayılma göstermiştir. Bunun sonucu olarak da, hastaların ve çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması, sürekli geliştirme, sıfır hata ile çalışma gibi kavramlar hastane yönetimleri için büyük önem kazanmıştır (Yaş, 2009:1).

3.5.4. Sağlıkta hizmet kalitesinin boyutları

Sağlık hizmet kalitesini kavrayabilmek ve yönetebilmek için hizmet kalitesini çeşitli yönlerden değerlendirmek, tüm boyutları ile incelemek gerekmektedir. Hizmet kalitesi farklı boyutlarda değerlendirilmekte ve farklı görüşler elde edilmektedir. Kalite geniş bir kavram olduğundan farklı açılardan bakılması ve değerlendirilmesi gereken geniş bir yelpazedir. Sağlıkta hizmet kalitesi ve bunların alt boyutları ile ilgili kabul görmüş bazı kalite boyutları bulunmaktadır.

3.5.4.1. Christian Grönroos tarafından açıklanan kalite boyutları

Bu model literatürde tanımlanan ilk hizmet kalitesi modeli olarak bilinir. Grönroos'un hizmet kalitesi teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak üç boyuttan oluşmaktadır (Seth vd., 2005:915; Kang ve James, 2004: 266-267). Bu model 1983 yılında Grönroos tarafından 1983 yılında ortaya atılmıştır (Boshoff ve Gray, 2004:27). Grönroos'un hizmet kalitesi modeli hizmet sunumu gerçekleştiren bir kuruluşun müşteri tatminini sağlayabilmesi için beklenen hizmetin algılanan hizmet ile eşleştirilmesi gerektiğini vurgular. Bu eşleşme sonucu ortaya çıkacak olan hizmet kalitesi teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olmak üzere üç faktörden etkilenir (İkiz, 2010:10).

- **Teknik kalite:** Teknik kalite ile ifade edilen bir firmanın ne yaptığıdır. Bu boyutta bir kuruluştan hizmet satın alan müşterinin hizmet sunumundan ne anladığı sorusu öne çıkmaktadır (Grönroos, 1984:37). Seth vd. (2005:916) teknik kaliteyi müşterinin aldığı hizmete ilişkin kalite olarak tanımlamaktadırlar. Bu boyut bir müşterinin almış olduğu hizmetin kalitesini değerlendirirken göz önünde bulundurduğu boyuttur. Teknik kalite boyutu genelde hizmet sunumunun gerçekleşmesinden sonra değerlendirildiğinden, sürecin sonunda somut olarak elde edilen hizmet veya algılanan çıktı olarak görülmektedir (Kang ve James, 2004:267; İkiz, 2010:11). Bu boyut bilgi, teknik çözüm, makineler ve sistemler gibi temel faktörlere bağlı olup hizmetin sonucunu esas almaktadır ve müşterilerin ne aldığıyla ilgilidir. Bundan dolayı bu boyut hizmet satın alanlar tarafından daha objektif değerlendirilir (Ergün, 2015:96). Teknik kalite, kaliteyi güvence altına alacak sistemlerin, prosedürlerin ve tekniklerin uygulanmasıdır. Müşterilerin aldığı hizmet, müşteriler ve kalite değerlendirmeleri için önemlidir. Bir lokantada verilen yemeğin kalitesi, bakımdan çıkan arabanın durumu, kuaförden çıkan kadının saçlarının görünümü teknik kaliteye örneklerindedir. Kısacası, teknik kalite "NE sunuldu?" sorusuna cevap vermektedir (Yumuşak, 2006:35).
- **Fonksiyonel kalite:** Grönroos'un kalite modelinin ikinci boyu olan fonksiyonel kalite boyutu bir hizmet sunumun tüketici tarafından nasıl algılandığıyla ilgilidir (Grönroos, 1984:37). Hizmet kalitesinin çoğunlukla üzerine yoğunlaşılacak tarafı olan fonksiyonel kalite çoğu zaman hizmet sunumu sırasında değerlendirilir (Kang ve James, 2004:267). Bu kalite boyutu hizmet sunan tarafın yaklaşımı, hizmet sunulan ortamın durumu, istendiğinde hizmet vermek için hazır ve uygun olmak ve müşteri ilişkileri gibi faktörlerden etkilenmektedir (Ergün, 2015:96). Fonksiyonel kalitede, hizmet sunumunda ön planda olan ve müşterilerle temas halinde olan personel de büyük öneme sahiptir. Fonksiyonel kalite, personelin tutumu, davranışları, kendi aralarındaki ilişkileri, müşteriyle ilişkileri, görünüşü ve hizmete yatkınlığı gibi unsurlardan oluşmaktadır.

Grönroos kalite modelinde teknik kalite hizmetin bizzat kendisinden oluşmakta iken, personelin tutum ve davranışları fonksiyonel kaliteyi oluşturmaktadır (Kozak ve Aydın, 2018:178). Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, eğer teknik kalitede bir sorun yaşıyorsa, bir başka ifadeyle teknik kalitenin performansı düşük ise burada devreye fonksiyonel kalite girmekte ve onun yüksek olması teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebilmektedir. Fonksiyonel kalitenin taklit edilmesi zordur ve hizmet sunumunda farklı olmak, değişik çözümler sunmak için örgütlere daha fazla fırsat sağlar (Aktaran Ergün, 2015:96). Teknik kaliteden farklı olarak fonksiyonel kalite boyutu daha öznedir (Örs, 2007:115).

Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri göz önüne alındığında, daha çok hizmet süreçleri ile ilgili olan işlevsel kalite, hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını önemli ölçüde şekillendirecektir. Bir başka ifade ile sağlık işletmelerinde hastalar ve diğer müşteriler, verilen hizmetin teknik kalitesine değer biçemediklerinden sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, hizmetin “nasıl” sunulduğu sağlık hizmet kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır. Basit hizmetlerde hizmetin kalitesini değerlendirmek nispeten daha kolaydır.

İmaj: Grönroos’un kalite modelinin üçüncü boyutu olan imaj, müşterilerin/hizmet satın alanların bir örgütü nasıl algıladıklarının bir sonucudur ve kaliteyi algılamada müşterilerin zihninde bir süzgeç görevi görür (Kang ve James, 2004:267). İmaj teknik ve fonksiyonel kalitenin bir sonucudur (Grönroos, 1984:39). İmajı oluşturan bazı dış etmenler vardır. Bunlar; geleneksel pazarlama faaliyetleri, ağızdan ağza iletişim, fiyatlandırma, gelenekler ve geçmiş tecrübeler (Seth vd., 2005:916; Ergün, 2015:96). İmaj müşteri algısı üzerinde bir filtre görevi görmektedir. Mesela toplum nezdindeki imajı iyi olan bir firmanın/örgütün bazı küçük hataları veya hizmet sunumu sırasında yaşadığı bazı aksaklıklar hizmet satın alanlar tarafından görmezden gelinirken; imajı kötü olan bir firmanın/örgütün yaptığı küçük hatalar bile toplum gözünde büyütülebilmektedir (Yaşa, 2012:63)..

3.5.4.2. Performans bazlı hizmet kalitesi modeli (SERVPERF)

Bu model SERVQUAL modeline göre daha sağlıklı bir model olduğu öne sürülerek ve SERVEQUAL modeline alternatif olarak Cronin ve Taylor tarafından geliştirilmiştir. Onlara göre müşteri beklentisini ölçmek gereksizdir, müşteri tatmin ve hizmet kalitesi kavramları ayrı ayrı ele alınmalıdır (Cronin ve Taylor, 1992). Cronin ve Taylor bu geliştirdikleri bu modelde beklentilerin ve önem ağırlıklarının değil sadece algılamaların değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Durukan ve İkiz, 2007:53). Durukan ve İkiz (2007) bu modelde hizmet kalitesinin bir müşteri davranışı olarak kavramsallaştırılabileceğini belirtmişlerdir ve bundan dolayı hizmet kalitesinde tek ölçütün performans olması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Cronin ve Taylor geliştirdikleri bu modelin SERVQUAL'den farklı olarak beş boyuttan değil sadece bir boyuttan (performans boyutu) oluştuğunu ileri sürmüşlerdir. Hizmet kalitesini ölçmek için sadece sunulan hizmetin performansını ölçmek yeterli olacaktır (Öksüz, 2010:52).

SERVPERF modelinde sadece müşterilerin algılamalarının ölçülmesi, bu modelin pratik ve kolay uygulanabilir olması bakımından birçok araştırmacı tarafından destek görmesini sağlamıştır (Yaşa, 2012:71). James vd, (1994:34) sağlık sektöründe yapılan hizmet kalitesi çalışmalarında SERVQUAL ölçeğine göre daha iyi sonuçlar vermesine rağmen bu alanda çok kullanılmadığının altını çizmektedirler. Mesela Kore'de bir hastanede ayaktan tedavi gören 167 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada (Lee vd, 2001) SERVQUAL ve SERVPERF modelleri karşılaştırılmış ve SERVPERF modeli daha iyi sonuçlar vermiştir. SERVPERF modelinin kullanıldığı bir başka araştırma da (Vanniarajan, 2009) Hindistan'da iki farklı sağlık kuruluşunda (özel ve kamu) yapılmıştır. 100'er hasta üzerinde yapılan bu çalışmada SERVPERF ölçeğinin daha iyi sonuçlar verdiği görülmüştür (Yaşa, 2012:71).

3.5.4.3. SERVQUAL hizmet kalitesi modeli (kavramsal hizmet kalitesi modeli / boşluk modeli)

Hizmet kalitesi ölçümünde kullanılan bu model ilk olarak 1985 yılında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş ve daha üzerinde yapılan çalışmalarla 1988 yılında son şeklini almıştır (Ergün, 2015:103; Yaşa, 2012:65). Literatürde boşluk modeli olarak da bilinen bu model günümüzde hizmet kalitesi ölçümünde en sık

kullanılan modeldir. Bu modelin ortaya çıkmasında kendinden önce yapılan çalışmalar³⁶ etkili olmuştur (İkiz, 2010:14).SERVQUAL Analizi, beklenen ve algılanan kalitenin müşteriler tarafından değerlendirilmesine dayanan bir anket analizidir. Yapılan değerlendirme sonucunda, kullanılan bir hizmetin, kullanıcıya göre performans düzeyi ile bu hizmetten beklentiler arasındaki fark hizmet kalitesini belirlemektedir. Diğer bir deyişle SERVQUAL Analizinde hizmet kalitesi değerlendirmesi, müşterilerin “Beklenti – Algı” ifade çiftlerine verdikleri puanlar arasındaki farkın hesaplanmasına dayanmaktadır (Sevimli, 2006:31-32). Ayrıca bu model hizmet satın alıcıların beklentilerini ve algılamalarını anlamda ve bu yönde hizmetlerini geliştirmede örgütlere güvenilir ve geçerli bir yol sunan çoklu birim ölçüğüdür ve birçok hizmet sektöründe kullanılabilecek şekilde hazırlanmıştır.

Hizmet kalitesini tanımlamaya hizmet kalitesi sorunlarının nedenlerini belirlemeye ve hizmet kalitesi ölçümüne ilişkin olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yapılan çalışma, yöneticilerle görüşmelere ve müşterilerle yürütülen on iki grup tartışmasına dayanmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde hizmet kalitesinin on boyutu belirlenmiştir (Parasuraman vd., 1985; 47). Daha sonra Parasuraman ve arkadaşları uyguladıkları anketleri faktör analizi ile değerlendirerek, hizmet kalitesini belirleyen bu on boyutu, beş boyuta indirgeyerek SERVQUAL adını verdikleri bir hizmet kalite ölçüm aracı olan anketi geliştirmişlerdir (Saat, 1999; 114). Daha önceki ölçekte var olan somut özellikler, güvenilirlik ve heveslilik boyutları bu ölçekte de aynen kalmış, yetenek, nezaket, inanılabilirlik ve güvenlik boyutları güven boyutu içinde, ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriye anlama boyutu empati boyutu içinde yer almıştır (Sevimli, 2006:32).

SERVQUAL hizmet kalitesi unsurları ve açıklamaları şu şekildedir (Aktaran Devedbakan ve Aksaraylı, 2003:41; Çağlıyan, 2017:256;):

Fiziksel özellikler/somut unsurlar (Tangibles): Örgütün hizmet sunumundaki fiziksel olanakları, araç-gereç ve personelin durumu olarak ifade edilebilir. Yani hizmet sunumunda kaliteyi etkileyen fiziksel koşulları ve ekipmanı içine alan bir kavramdır.

³⁶ Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli (1982), Lehtinen ve Lehtinen'in Hizmet Kalitesi Modeli (1982), Lewis ve Booms'un çalışmaları (1983) ve Sasser ve arkadaşlarının çalışmaları (1978).

Güvenirlilik (Reliability): Söz verilen bir hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneğidir.

Yanıt verilebilirlik/ heveslilik (Responsiveness): Müşterilere, hastalara, vatandaşlara yardım etme istekliliği ve hizmetin hızlı bir şekilde sağlanmasıdır. Ayrıca çalışanların hizmet sunumunu gerçekleştirebilecek yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasıdır.

Güvence (Assurance): :Çalışanların bilgili, nazik olması ve müşterilerde (hastalar-vatandaşlar) güven uyandırabilme becerilerini ifade etmektedir. Kısacası bir örgütün ve/veya çalışanlarının hizmet sunarken müşteriye güven vermesi demektir.

Empati (Empathy):Müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi ve onlara insancıl davranılmasıdır. Personelin müşteri ve onların ihtiyaçlarını anlamak için çaba sarf etmesidir. Yani çalışanların kendilerini müşterilerin yerine koyarak onların beklenti ve gereksinimlerine göre bir hareket tarzı geliştirmeleridir.

SERVQUAL hizmet kalitesi modeli kendinden sonra birçok modelin ortaya çıkmasına esin kaynağı olmakla birlikte yukarıda da değindiğimiz gibi hala en çok kullanılan ölçektir. Boşluk modeli olarak da bilinen bu model bir hizmetin sunumu esnasında farklılardan dolayı oluşabilecek beş boşluk alanından oluşmaktadır. Bu boşluklar ortadan kaldırıldığı veya azaltıldığı takdirde hizmet satın alanların memnuniyet düzeylerinde pozitif yönde bir iyileşme olacaktır (Parasuraman vd., 1985:44). Aşağıda değineceğimiz ilk dört boşluk yönetimsel boşluklardır. Yani yönetimin yanlış uygulamalarından kaynaklanan boşluklardır. Sonuncusu olan beşinci boşluk ise hizmet kalitesi ile ilgili olan boşluktur. Şimdi bu boşlukların neler olduğunu ve nelerin bu boşlukların oluşmasında etkili olduğuna kısaca bakalım (İkiz, 2010:16:).

Birinci boşluk: Müşteri beklentilerinin belirlenememesi. Pazar araştırmalarındaki yetersizlik, dikey İletişimin yetersizliği ve aşırı yönetim kademesinin varlığı bu boşluğun oluşmasında başlıca etmenlerdir.

İkinci boşluk: Hizmet kalitesine yönelik yanlış standartlar. Bu boşluğun oluşmasında ise özellikle şu faktörler etkili olmaktadır: Hedef belirlenememesi, İş standartlaşmasındaki yetersizlikler, başarmaya veya işin yapılabilir olduğuna dair inanç eksikliği veya yokluğu, yönetimin kendini hizmet kalitesine adamaması.

Üçüncü boşluk: Hizmet performansındaki boşluk. Kurum içi rol karmaşası, Rollerin kendi aralarında çelişmesi, Teknoloji-iş uyumunun zayıf olması, çalışan-iş uyumunun zayıf olması, takım çalışması eksikliği, uygun olmayan gözetimci kontrolü, çalışanın hizmet üzerindeki kontrol eksikliği gibi etmenler bu boşluğun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Dördüncü boşluk: Bu boşlukta ortaya çıkan sorun verilen sözler ile sunulan hizmetin uyuşmamasıdır. Buna neden olan etmenler ise yatay iletişimin uygun olmaması ve çok fazla söz vermeye yönelik eğilim olarak iki ana başlıkta belirtilebilir.

Beşinci boşluk: Algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki farktan kaynaklanan boşluktur. Yukarıda saydığımız 4 boşluğun ve bunları ortaya çıkaran nedenler beşinci boşluğun oluşmasında etkili olmuştur.

3.5.4.4. Donabedian'a göre hizmet kalitesinin boyutları

Donabedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bu başlıklar; etkenlik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik olarak sıralanmaktadır. (Yusufoğlu, 2008:30).

Etkenlik, Sağlık kurumunda bulunan teknoloji imkânlarından en iyi şekilde kullanılması verimli olması olarak kabul edilebilir. Verimlilik, etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Optimal Olma, kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında uygun değer dengenin sağlanmasıdır. Kabul edilebilirlik, verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Yasallık, verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Eşitlik, tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Sağlık Hizmeti Kalitesi Donabedian'a göre; ‘*Kurumu oluşturan birimlerin sağlık hizmeti sunum sürecinde ortaya koyduğu zarar ve yarar dengelerinin değerlendirilmeleri sonucunda varılan en yüksek iyileşme beklentisidir*’ (Yusufoğlu, 2008:30). İnsanların eğitim ve bilgi düzeyleri arttıkça sağlık hizmetlerinden beklenti

ve ihtiyaçları da artmıştır. Eğitim seviyesi yüksek olan ve sosyal alanda kendi geliştirmiş olan birey aldığı hizmeti sürekli olarak sorgulamakta ve o hizmetin daha iyilerinin verilip verilemeyeceğini araştırmaktadır. Bu nedenle bilgisi, birikimi ve eğitim seviyesi artan bireylerin sağlık ve hizmet talebi de artmaktadır (Asunakutlu, 2007:449).

3.5.5. Türkiye’de sağlıkta kalite uygulamaları

Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi yönündeki baskının çoğu piyasaya dayalı iken, diğer ülkelerde kaliteli hizmet sunma yönündeki adımlar daha çok hükümetin girişimleri sayesinde ve bu konudaki girişime hız kazandıran kuvvet daha fazla düzenleyici niteliktedir. Ülkemizde ise sağlık hizmetlerinde kaliteye her geçen gün artan bir oranda ilgi vardır. Bunun sonucu olarak Sağlık Bakanlığı kalite konusundaki çalışmalarına hız kazandırarak devam etmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı olan yataklı tedavi kurumlarında 2001 yılında, sunulan hizmetlerin ve yürütölen faaliyetlerin, Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile; nitelik, itimat, yüksek düzeyde verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütölmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” yürürlüğe girmiştir. Bu yönergeyle beraber sağlık hizmetlerinde aktif olarak Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarına geçilmiştir. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz bileşeninden biri “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon’dur. Her ne kadar son zamanlara doğru kalitenin ihmal edilmiş bir unsur olmasına rağmen günümüzde hem hizmet sunan kurumlar hem finansal kaynak sağlayıcılar tarafından ilgi görmeye başlamıştır (Kaya, 2013:22).

2005 yılında, sağlık hizmetlerinin ileri seviyelere getirilmesi nitelikli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının bu hedeflere ulaşabilmeleri için gözlenebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin ortaya çıkartılması ve halkın görüş ve düşüncelerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” hazırlanmıştır. Kurumsal performans ve

kaliteyi geliştirme çalışması yapılarak sağlık hizmetine ulaşabilme, hizmet sektörünün altyapısı, süreçlerin göz önünde bulundurulması, hastalarının memnuniyetini ölçmek ve belirlenen hedeflere ulaşabilmek adına hastane değerlendirme sistemi uygulanmaya başlamıştır. Bu sistemle beraber personele döner sermayeden onun performansına göre ek ödeme yapılarak maddi destek sağlanmıştır. Böylece kalitede iyileşme artarken personel de maddi olarak destelenmiş ve motivasyonunun artması sağlanmıştır (Kaya, 2013:23).

2005 yılında, sağlık hizmetlerinin ileri seviyelere getirilmesi nitelikli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının bu hedeflere ulaşabilmeleri için gözlenebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin ortaya çıkartılması ve halkın görüş ve düşüncelerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” hazırlanmıştır. Kurumsal performans ve kaliteyi geliştirme çalışması yapılarak sağlık hizmetine ulaşabilme, hizmet sektörünün altyapısı, süreçlerin göz önünde bulundurulması, hastalarının memnuniyetini ölçmek ve belirlenen hedeflere ulaşabilmek adına hastane değerlendirme sistemi uygulanmaya başlamıştır. Bu sistemle beraber personele döner sermayeden onun performansına göre ek ödeme yapılarak maddi destek sağlanmıştır. Böylece kalitede iyileşme artarken personel de maddi olarak destelenmiş ve motivasyonunun artması sağlanmıştır (Kaya, 2013:23).

Yönerge doğrultusunda hazırlanan ve 100 temel sorudan oluşan “kalite geliştirme ve değerlendirme kriterleri” ilerleyen zaman içinde yönerge ile birlikte yenilenecek “Hizmet Kalite Standartları” ismini almıştır. Yönergenin 1 Mart 2011 tarihinde yayımlanan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi isimli revize edilmiş son versiyonunda Hastane Hizmet Kalite Standartları 5 kısımdan meydana gelmektedir (Kaya, 2013:23):

1. Sağlık hizmeti yönetimi.
2. Kurumsal hizmet yönetimi.
3. İndikatör yönetimi.
4. Destek hizmeti yönetimi.

5. Hasta ve çalışan güvenliği.

Sağlık Bakanlığı 2012 yılında birtakım yapısal değişiklikler yapmıştır. Bu değişikliklerin amacı ise Sağlıkta Dönüşüm Programı aracılığıyla hedeflemiş olduğu insan odaklı çalışmalara ivme kazandırmak, verimlilik ve kaliteyi arttırmaktır. Bu bağlamda verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, klinik açıdan kalitenin daha yüksek boyutlara çıkarılması, verimlilik ve etkinliğin artırılması yönünde tüm sağlık kurumlarına rehberlik etmek amacıyla Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Başkanlığın sağlık hizmetlerinde kalite standartları geliştirme, kalite değerlendirme, kalite eğitimleri, uluslararası çalışmalar ve sağlık kurumlarının akreditasyonu alanlarında faaliyetlerini yürüteceği ve öncelikle; Sağlıkta Ulusal Akreditasyon yapısını kurmak, ülke genelinde tüm sağlık kurumlarını belirlenmiş olan bir eşik kalite ve hasta güvenliği hedeflerinin üzerine çıkarmak konularında çalışmalarına hız vereceği belirtilmiştir (Öz, 2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 2010-2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planda yer alan 3 stratejik amaçtan ikincisi “ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak”tır. Hedefe yönelik stratejiler arasında, sağlıkta performans yönetimi, kalite ve akreditasyon sisteminin altyapısının tamamlanacağı, kurum ve kuruluşlarda sunulan hizmetin performansını ölçmek ve kalitesini değerlendirmek için değerlendirme sistemi geliştirilmesine devam edileceği belirtilmektedir (SB 2010-2014 Stratejik Plan).

3.5.6. Hizmet kalitesi ilişkisi ve müşteri/hasta memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, *“hastaların hastane hizmetlerinden beklemiş oldukları performans ve kendilerine sunulan hizmetler arasındaki farkın değerlendirilmesidir”*. Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının ana çıktılarında birini oluşturmaktadır (Akgün vd., 1999:49). Bir başka tanıma göre ise *“hasta memnuniyeti hastanın beklentilerinin hangi seviyede karşılandığının temel ölçütüdür”* (Yılmaz, 2001:69).

Müşteri memnuniyeti, rekabet avantajını sağlama açısından son derece önemli bir kavramdır. Çünkü memnun müşteri demek; sadık, tatmin olmuş ve işletmenin ürettiği mal ve hizmetleri başkalarına tavsiye eden müşteri demektir. Bu açıdan bakıldığında müşteri memnuniyeti aynı zamanda işletmenin devamlılığı açısından da

büyük önem arz etmektedir. Müşteri memnuniyeti bir işletmenin bugünkü ve gelecek dönemdeki performansına ciddi manada etki etmektedir (Lewin vd., 2010:697). Bir işletmenin piyasada kalıcı olması isteniyorsa, müşteri memnuniyetini sağlamış olması gerekmektedir. Hantal yapıda olan bir işletmeyle memnun müşteri kitleleri yaratmak mümkün değildir. O yüzden işletme esnek yapıda olmalıdır. Yapısal olarak küçülme uygulayarak daha fazla memnun müşteri kitlesine ulaşan işletmeler, gelir sağlama açısından büyük işletmeleri rahatça yakalayabilmektedir.

Hastanın tatminin sağlanması, sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli göstergelerinden biridir. Sağlık işletmeciliği açısından hastanın güvenini kazanma ve hastada kurum sadakati oluşturma önemli faktörlerdir. Eğer hasta tatmin edilirse, hastaneye karşı sadakat besleyecek, çevresindekilere hastaneyi tavsiye edecektir. Bunun sonucunda hastanenin müşteri kitlesi artacak, finansal değeri yükselecek, elde ettiği kar artacak ve netice itibarıyla de daha yüksek katma değere sahip olacaktır. Bundan dolayı hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde mutlaka dikkate alınmalıdır.

Hasta tatmini için üretilen ve sunulan hizmetin kalitesi son derece önemlidir. Hastaneler açısından ise hasta tatmini rekabet ortamını belirleyen unsurdur. Bununla birlikte, bir hastane ne kadar kaliteli hizmet üretirse, piyasada o denli öncü konumuna yükselecektir. Bu öncülüğü elde etmek yalnızca hastalıkların niteliklerine göre olmayıp, aynı zamanda hastanın istek ve gereksinimlerine uygun sağlık hizmeti verebilmeye de bağlıdır. Yani müşteri odaklı olabilmeyi başarmış olan hastane, kaliteli hizmetler vererek hasta tatminini sağlar ve tercih sebebi olur. Bu şekilde de rekabette üstünlük sağlar (Karaca, 2014).

Son 10 senedir hasta memnuniyeti, sağlık bakımının değerlendirilmesinde önemli bir veri olarak kullanılmaktadır. Ayrıca hasta memnuniyeti, maliyetlerin sürekli yükselmesinden ötürü kaynakların doğru bir şekilde kullanılması için bir kanıt niteliği de taşımaktadır. Bir başka ifadeyle, müşteri odaklı hizmet anlayışı hizmet sektörünün tamamında yoğun bir rekabetin oluşmasına zemin hazırlamış ve sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin istekleri de önem kazanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ALAN ARAŞTIRMASI

Muğla Türkiye'nin güney batısında yer alan bir ilimizdir. Türkiye'nin önemli turizm merkezlerinden biri olan ilimizde aynı zamanda tarımgelirleri de önemli bir yer tutmaktadır. Turizm gelirleri içinde sağlık turizminin de payı oldu unutulmamalıdır. Sahip olduğu termal kaplıcalar ve çamur banyoları sayesinde her yıl onbirlerce kişinin ziyaret ettiği ve tedavi olmak amacıyla konakladığı yerlerden birisidir. Tuik verilerine göre Muğla İlinin 2017 yılı nüfusu 938.751'dir (www.mugla.gov.tr, E. Tarihi: 09.11.2017). Bu sayı 2018 yılında 968.487 olmuştur. Muğla'da sağlık hizmetleri birçok kamu hizmeti Cumhuriyetin kurulmasından bugüne kadar devam etmektedir. Muğlada sağlık hizmetleri kamu tarafından sağlanmakta bunun yanında özel sağlık kuruluşları da sağlık hizmeti sunumu yapmaktadır. Muğla'da ilk hastane 1895 yılında açılmıştır (<https://tr.m.wikipedia.org>, E. Tarihi: 09.11.2017). Cumhuriyet döneminde ise ilk hastane 1927 yılında İl Özel İdareye bağlı olarak Muğla il merkezinde açılmıştır (<https://mskueah.saglik.gov.tr>, E. Tarihi: 09.11.2017). Kamu hastanelerinin yanında Muğla ilinde faaliyet özel sağlık kuruluşları da bulunmaktadır. Muğla'da ilk özel hastane 1993 yılında Marmaris İlçesi'nde Ahu Hetman adıyla kurulmuştur. Daha sonraları hem kamu hem de özel hastane sayıları artmıştır. Doğal olarak 2003 yılındaki SDP ile Muğla İlindeki sağlık kuruluşları da bir yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Aşağıdaki tabloda Muğla'daki kamu ve özel hastane sayıları verilmiştir.

Tablo 11. Muğla İli Özel/Kamu Hastane Sayıları (2003-2017)

YIL	KAMU	ÖZEL	TOPLAM
2003	12	6	18
2017	10	10	20

Kaynak: 2003 verileri <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1120kitap-sonpdf.pdf?0> adresinden, 2017 verileri ise Sağlık Bakanlığı MHRS portalından ve <https://www.hastane.com.tr/mugla-hastaneleri-sayfa-2.html> adresinden alınmıştır.

4.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde SB’de meydana gelen örgütsel değişimin hizmet kalitesinin ve bunun neticesinde hasta/müşteri memnuniyetinin artıp artmadığını saptamaktır. Bu konuda yapılan birçok çalışmada Sağlık Bakanlığının sunduğu hizmetlerde kalitenin arttığı ve hastaların yeni yapılanmadan memnun olduğu ortaya çıkmıştır. Biz de küçülme olarak da adlandırdığımız bu dönüşümün Muğla İli’nde kaliteyi ve hasta memnuniyetini arttırıp arttırmadığını demografik değişkenler açısından belirlemeye çalışmaktır.

4.2. Araştırmanın Önemi

Kalite artık günümüzün en önemli kavramları arasına girmiştir. Eskiden kurumlar sadece sundukları hizmetlerle değerlendirilirken artık sunulan hizmetin niteliğinin yanında ne kadar kaliteli olduğu da önemli hale gelmiştir. Kamu yönetimindeki klasik yönetim anlayışı değişmiş ve çeşitli reformlarla sunulan hizmetler iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetleri de bu değişimden nasibini almıştır. Türkiye’de 2003 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık alanında önemli reformlar yapılmaya başlanmıştır. Gerçekleştirilen bu çalışmaların hedeflerinden biri de - aynı zamanda SDP’nin bileşenlerinden biri- sunulan hizmetin kalitesinin arttırılmasıdır. Kamu sağlık kurumlarından hizmet alan hastalar daha bilinçli hale gelmişler ve sunulan hizmetin niteliğini sorgulamaya başlamışlardır. Aynı zamanda sunulan hizmetin kalitesi hasta/müşteri memnuniyetini de doğrudan etkilediği için önemli hale gelmiştir.

Sunulan hizmetin kalitesi sağlık kuruluşlarının tercih edilebilirliği üzerinde büyük önem taşıdığı için sağlık kuruluşları (özel veya kamu) sundukları hizmetlerin hastalar/müşteriler tarafından nasıl algılandığı konusunda araştırmalar yapmakta ve bu araştırmalarla algılanan hizmet kalitesini ölçmeye çalışmaktadırlar. Elde edilen veriler değerlendirilerek aksayan yönler tespit edilmekte ve eksiklikler giderilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca diğer sağlık kuruluşlarıyla rekabet edebilmek için hizmet kalitesi önemli bir olgudur. Çünkü sunulan hizmetin kalitesinin düşük olması hastaları başka hastanelere yönlendirmekte ve bunun sonucu olarak rekabette dezavantajlı duruma düşmektedir. Günümüzde sağlık harcamalarının

karşılanmasında devlet eskiye oranla daha az kaynak ayırmakta ve hastanelerin kendi bütçelerini yaratmaları beklenmektedir. Burada devreye döner sermaye gelirleri girmektedir. Döner sermaye gelirlerinin yüksek olması için hastanelerin tercih edilebilirlik oranlarının yüksek olması gerekmektedir. Yani rakiplerine göre daha fazla tercih edilmeleri gerekir ki döner sermaye gelirlerini arttırsın. Bunu sağlamanın önemli yollarından birisi de hizmet kalitesi ve hasta/müşteri memnuniyetidir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi adına birçok çalışma yapılmış ve yapılmaktadır. Bu da bize göstermektedir ki artık kalite konusu birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektörü açısından da hayati öneme sahiptir. Türkiye’de SDP sonrası hizmet kalitesini ölçen çalışmalar mevcuttur. Ancak Muğla ili özelinde özellikle SDP sonrası yapılan bir çalışma yoktur. Bu çalışma hem SB’de yaşanan dönüşümün hizmet kalitesini ne derecede arttırdığını göstermesi açısından hem de Muğla İlindeki sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesini ölçmeye yönelik olması açısından önemlidir.

4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırmamız Muğla İli’nde üç farklı bölgede (Fethiye, Ortaca, Menteşe) sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinde uygulanmıştır. Çalışmamız Fethiye Devlet Hastanesi, Ortaca Devlet Hastanesi ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalara yüz yüze anket şeklinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda sadece algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür. Çalışmamızın sınırlılıkları ise şu şekildedir:

- Anketler 30 yas ve üstü hastalara uygulanmıştır. Çünkü çalışmamızın çıkış noktası 2003 yılından itibaren uygulamaya konulan SDP ile hizmet kalitesinin arttığı yönündeki iddialardır. Dolayısıyla bunu Muğla İli bazında ölçebilmek için hastaların yeni sistemi eskisiyle kıyaslama yapabilmeleri gerekmektedir. Bunun için de SDP öncesi en az 20’li yaşlarda olmaları beklenmektedir ki sağlıklı bir karşılaştırma yapabilsinler.
- Çalışmamızda sadece algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür. Araştırmamızda kullandığımız SERVQUAL ölçeği beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçmektedir. Genelde yapılan çalışmalarda her iki kalite olgusu da

ölçülmektedir. Biz çalışmamızda sadece algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi tercih ettik

- Çalışma Muğla İli içinde yer alan üç ilçede ve bu ilçelerde bulunan biri araştırma hastanesi diğer ikisi devlet hastanesinde yapılmıştır. Bu hastanelerin seçilmesindeki temel neden sadece buldukları bölgedeki ayrı zamanda çevre ilçelerden de yoğun bir şekilde tercih edilmeleridir. Ayrıca bu hastaneler hasta yoğunluğunun fazla olduğu hastanelerdendir.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bir araştırmanın evreninden kastedilen şey bir sorunun cevaplanmasıyla ilgili olan bütün insanların oluşturduğu gruptur. Yani evren, araştırmacının belirttiği koşullara uyan grubun tamamıdır. Örneğin, araştırmacı İstanbul ilinde sunulan yerel hizmetlerin vatandaş memnuniyetini ölçmek istiyorsa bu araştırmanın evreni İstanbul'da yaşayan ve sağlık hizmetlerinden yararlanan herkeştir. Aslında araştırma problemiyle ilgili olan herkesin, yani bütün evrenin araştırmaya dâhil edilmesi en ideal olandır (Lin, 1976:146). En kısa tabiriyle evren araştırma sonuçlarından elde edilen bulguların genellenmek istenilen bütünüdür (Karasar, 1998).

Örneklem ise, belirli kurallar çerçevesinde, belli bir evrenden seçilmiş ve temsil yeterliliği bakımından içinden geldiği (seçildiği) evreni temsil ettiği küçük kümenin adıdır. Yapılan araştırmalar çeşitli sebeplerden ötürü (zaman-para vb.) genellikle örneklem kümeler üzerinde yapılır ve çalışmadan toplanan sonuçlar ilgili evrenlere genellenir (Karasar, 2005:110-111). Aslında örneklem, seçilen bütünün küçük bir örneğidir. Örneklem seçiminde örneklemin temsil kabiliyeti taşımaya ve yeterli büyüklükte olmasına dikkat etmek gerekir. Evrenin tamamında araştırma yapmak hem zaman hem de maliyet yönünden sorun oluşturduğundan örneklem seçimine başvurulur. Örneklem çoğu zaman da bütün evrenin incelenmesiyle elde edilen sonuçlar kadar geçerli, sağlıklı ve güvenilir olabilir (Gökçe, 1988: 77-78).

Araştırmamızın evrenini Muğla ilindeki hastaların tamamı oluşturmaktadır. Örneklemimiz ise Muğla ili genelinde son bir yılda hizmet satın alan (hastanelere tedavi için gelen) hasta sayılarından yola çıkarak % 95 güven ve % 5 hata payı ile belirledik. Muğla ilinde 2017 yılı içinde hizmet satın alan hasta sayısı üç milyonun üzerinde olduğundan yukarıda belirttiğimiz yöntemle örneklem sayısını 384 olarak

belirledik. Anket formlarının doldurulmasında eksiklikler veya hatalar olabileceğinden hareketle 410 adet anket uygulaması yaptık. Yapılan anketlerin değerlendirilmesi sonucu 398 anket değerlendirmeye alınmıştır. Bu sayı da örneklem büyüklüğü fazlasıyla karşılamaktadır.

4.5. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmamızda hem nicel hem de nitel yöntem kullanılmıştır. İlk olarak konuyla alakalı kavramsal çevre oluşturulmuş ve çalışmanın teorik kısmı bitirilmiştir. Çalışmamızın uygulama kısmında ise nicel araştırma yöntemlerinden olan Tabakalı Örneklem Yöntemini kullandık. Tabakalı Örneklem, anakütleyi oluşturan birimlerin **incelenecek özellikleri bakımından farklılık göstermesi** durumunda benzer özelliklere sahip birimlerin “**tabaka**” adı verilen alt gruplarda toplandığı ve örneklemin, her tabakadan ayrı ayrı basit rassal örnekleme yöntemi ile seçilen örneklemelerin birleştirilmesiyle oluşturulduğu bir örnekleme yöntemidir. Bu yöntemde örneklem seçilmeden önce evren çeşitli tabakalara bölünmekte ve örnekler bu tabakalardan seçilmektedir. Yani örneklem seçimi evrenin tamamından değil, homojen alt kümelerden uygun sayıda seçim yapılmaktadır (Baltacı, 2018). Araştırmamızda Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Babacus ve Mangola tarafından hastane-sağlık hizmetlerine uyarlanmış SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 5 alt boyut ve 22 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmamızda sadece algılanan hizmet kalitesi ölçülmüştür.

4.6. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez, bir araştırmacının problemindeki değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik beklenti ve yargılarının ifade ediliş biçimidir diyebiliriz (Altunışık vd., 2010: 19-20). Hipotez yapılan bir araştırmanın muhtemel sonucuna veya sonuçlarına yönelik yapılan tahminlerdir. Hipotez yazmak, “*araştırmanın kuramsal temellerine dayalı olarak tahminler yapmak, araştırmanın sonucu üzerinde derinlemesine düşünmek ve araştırılan problemdeki değişkenler arasında ilişki durumu kurup kurulmadığına dair karar vermeye yardımcı olmaktadır*”.

Çalışmamızın hipotezlerini kurmadan önce “sağlıkta kalite” üzerine yapılmış olan çalışmalar detaylı olarak incelenmiştir. Ayrıca çalışmamızın çıkış noktası hipotezlerin belirlenmesinde bize ışık tutmuştur. Araştırmaya ilişkin hipotezler **Tablo 12’de** verilmiştir.

Tablo 12. Araştırma Modeline Ait Hipotezler

HİPOTEZLER
H1: Cinsiyet ile fiziksel özellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H2: Cinsiyet ile heveslilik cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H3: Cinsiyet ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H4: Cinsiyet ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H5: Cinsiyet ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H6: Cinsiyet ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H7: Yaş ile fiziksel özellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H8: Yaş ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H9: Yaş ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H10: Yaş ile empati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H11: Yaş ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H12: Yaş ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H13: Medeni durum ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H14: Medeni durum ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H15: Medeni durum ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H16: Medeni durum ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H17: Medeni durum ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H18: Medeni durum ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H19: Eğitim durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H20: Eğitim durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H21: Eğitim durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H22: Eğitim durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H23: Eğitim durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H24: Eğitim durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H25: Meslek ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H26: Meslek ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H27: Meslek ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H28: Meslek ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H29: Meslek ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H30: Meslek ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H31: Aylık gelir ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H32: Aylık gelir ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H33: Aylık gelir ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H34: Aylık gelir ile empati iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H35: Aylık gelir ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H36: Aylık gelir ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H37: Hastaneye geliş sayısı ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H38: Hastaneye geliş sayısı ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H39: Hastaneye geliş sayısı ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H40: Hastaneye geliş sayısı ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H41: Hastaneye geliş sayısı ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H42: Hastaneye geliş sayısı ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H43: En çok hizmet alınan poliklinik ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H44: En çok hizmet alınan poliklinik ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H45: En çok hizmet alınan poliklinik ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H46: En çok hizmet alınan poliklinik ile empati iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H47: En çok hizmet alınan poliklinik ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H48: En çok hizmet alınan poliklinik ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H49: İkamet etme süresi ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H50: İkamet etme süresi ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H51: İkamet etme süresi ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H52: İkamet etme süresi ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H53: İkamet etme süresi ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H54: İkamet etme süresi ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H55: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H56: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H57: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H58: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H59: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H60: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H61: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H62: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H63: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H64: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H65: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H66: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H67: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H68: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H69: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H70: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H71: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H72: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H73: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H74: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H75: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H76: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H77: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
H78: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

4.7. Bulgular ve Verilerin Analizi

Araştırmamızda elde edilen verilerin analizinde SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) programı kullanılmıştır. Bireylerden toplanan demografik özellikler ve ölçek maddeleri için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama ve standart sapma hesaplanarak yorumlanmıştır. Likert tipi ölçek kullanılan anketlerde, çoğu zaman veriler normal dağılmamaktadır. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Clason vd. (1994) de toplanan anket sayısına göre, verilerin normal dağılıma yakınsayacağı varsayımı

üzerinde çalışma yapmıştır. Hizmet kalitesi ölçeği normal dağılım gösterdiği için istatistik değerlendirmelerinde parametrik testler kullanılmıştır. Ölçeğe ilişkin doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçek ve alt boyutlarının güvenilirliği hesaplanmıştır.

Nicel değişkenlerimizin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örnekleme testi ve ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Farklılığı yaratan grupları tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Tüm testlerde hata oranı belirlenip $p < 0.05$ olduğu durumlarda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir. Verilerin çözümlenmesi ile oluşturulan tablolar ışığında, yorumlar yapılmıştır.

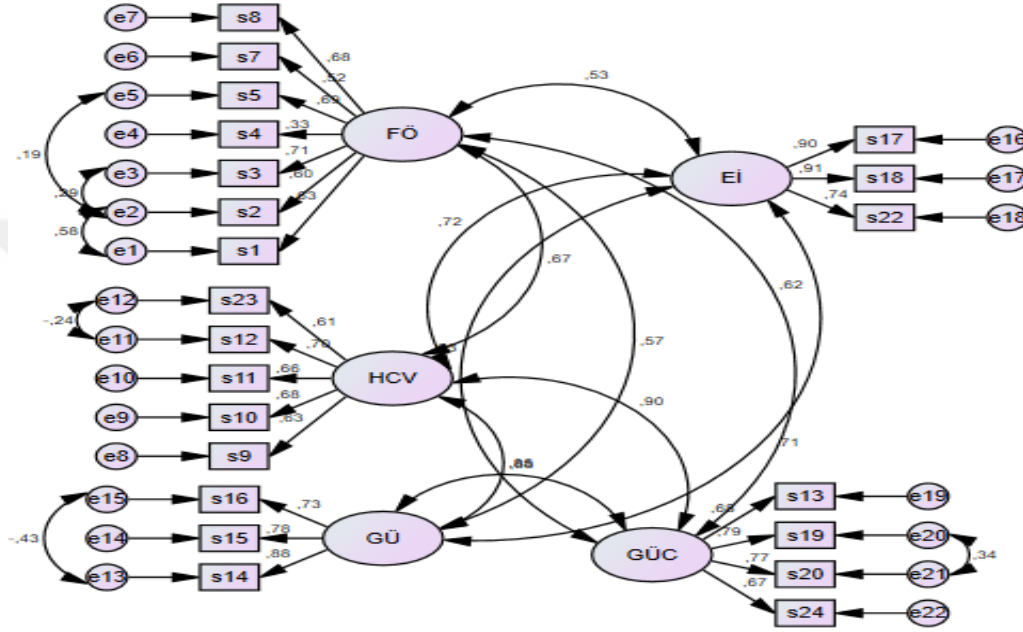
Tablo 13. Modifikasyon Öncesi Ve Modifikasyon Sonrası Hizmet Kalitesi Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
,098	,817	,848	,849	,810	,824	,759	953,209	4,790
RMSEA	NFI	CFI	IFI	GFI	TLI	AGFI	CMIN	CMIN/df
,085	,856	,888	,889	,852	,867	,806	747,123	3,871

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $P=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 22 madde ve beş alt boyutun ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo). Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (e1-e2; e2-e3; e2-e5; e11-e12; e13-e15; e20-e21). Sonrasında yenilenen uyum indisi hesaplamalarında uyum indisleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey çok

faktör analizi sonuçlarına göre hizmet kalitesi ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA ,085; GFI ,852; AGFI ,806; CFI ,888; χ^2 ise 3,871(p=,000) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Şekil 9. Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model



FÖ:Fiziksel özeller; **HCV:**Heveslilik/Cevap verebilme; **GÜ:**Güvenirlilik; **Eİ:** Empati/İletişim; **GÜC:**Güvence

Tablo 14. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Faktörler ve İfadeler	FAKTÖR YÜKLERİ
S1	.63
S2	.60
S3	.71
S4	.33
S5	.69
S7	.52
S8	.68
S9	.64
S10	.68
S11	.66
S12	.70
S23	.61
S14	.88
S15	.78
S16	.73
S17	.90
S18	.91
S22	.74
S13	.78
S19	.79
S20	.77
S24	.67

Bununla birlikte her bir faktöre ilişkin faktör yükleri Tablo'da ve hizmet kalitesi ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil'de verilmektedir. Görüldüğü üzere, faktör yükleri 0,33 ile 0,91 arasında değişiklik göstermektedir. Faktör yüklerinin 0,30'dan yüksek olması yeterli kabul edilmektedir.

Tablo 15. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Katsayıları

Ölçekler ve alt boyutları	İfade Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı
Fiziksel Özellikler	7	0.810
Heveslilik / Cevap Verebilme	5	0.780
Güvenirlilik	3	0.807
Empati / İletişim	3	0.883
Güvence	4	0.820
Hizmet Kalitesi	22	0.921

Anket formunda yer alan ölçek ve alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları olumlu fiziksel özellikler alt boyutu (0.810), heveslilik / cevap verebilme alt boyutu (0.780), güvenirlilik alt boyutu (0.807), empati / iletişim alt boyutu (0.883), güvence alt boyutu (0.820), hizmet kalitesi ölçeği (0.921) yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Güvenilirlik katsayısı 0.780-0.921 arasında değişkenlik göstermektedir..

Kalaycı (2009), güvenilirlik katsayısına (α) göre şu şekilde yorumlanabileceğini belirtmektedir:

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşüktür,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Tablo 16. Anketin Katılımcılara Uygulandığı Yer ve Katılımcı Sayıları

Anket Uygulanan Hastaneler	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Fethiye Devlet Hastanesi	126	31.7
Muğla Sıtkı Koçman Eğt. ve. Arş. Hastanesi	200	50.3
Ortaca Devlet Hastanesi	72	18.0
Toplam	398	100.0

Araştırmanın % 31.7'si Fethiye'de, % 50.3'ü Muğla'da, % 18.1'i Ortaca'da uygulanmıştır.

Tablo 17. Katılımcıların Yaşı

Yaş	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
30 – 35 arası	109	27.4
35 – 50 arası	132	33.2
50'den büyük	157	39.4
Toplam	398	100.0

Katılımcıların %27.4'ü 30 – 35 yaş aralığında, %33.2'si 35 – 50 yaş aralığında ve %39.4'ü ise 50 yaş ve üstündedir.

Tablo 18. Katılımcıların Cinsiyeti

Cinsiyet	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Kadın	208	52.3
Erkek	190	47.7
Toplam	398	100.0

Katılımcıların %52,3'ünün kadın, %47.7'sinin ise erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 19. Katılımcıların Medeni Durumu

Medeni Durum	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Evli	302	75.9
Bekar	96	24.1
Toplam	398	100.0

Katılımcıların medeni durumları %75.9'u evli, %24.1'ibekar durumdadır.

Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Okuryazar Değil	23	5.8
İlköğretim	156	39.2
Lise	89	22.4
Üniversite	111	27.9
Yüksek Lisans / Doktora	19	4.8
Toplam	398	100.0

Ayrıca katılımcıların % 5,8 okuryazar olmadığı, %39.2'sinin ilköğretim, %22.4'ünün lise, % 27.9'unun üniversite ve %4.8'minin yüksek lisans/doktora mezuniyet seviyesinde olduğu görülmektedir

Tablo 21. Katılımcıların Mesleği

Meslek	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Memur	74	18.6
Serbest Meslek	63	15.8
Emekli	92	23.1
Akademik Personel	12	3.0
İşçi	37	9.3
Diğer	120	30.2
Toplam	398	100.0

Katılımcıların çalışma durumları ise % 18.6'sını memur, % 15.8'i serbest meslek, % 23.1'i emekli, % 3'ü akademik personel, %9.3'ü işçi, % 30.2'si diğer meslek sektörlerinde çalışmaktadır.

Tablo 22. Katılımcıların Aylık Geliri

Aylık Gelir	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
1.000 TL'den az	103	25.9
1.000 – 1.500 TL	97	24.4
1.500 – 3.000 TL	119	29.9
3.000 – 5.000 TL	59	14.8
5.000 TL'den fazla	20	5.0
Toplam	398	100.0

Bu durumda aylık gelir tablosuna baktığımızda % 25.9'unun 1.000 TL'den daha az, % 24.4'ünün 1.000 – 1.500 TL aralığında, % 29.9'unun 1.500 – 3.000 TL aralığında, % 14.8'inin 3.000 – 5.000 TL aralığında, % 5.0'ının ise 5.000 TL'den daha fazla geliri olduğu görülmektedir.

Tablo 23. Katılımcıların Hastanelere Geliş Sayıları

Hastaneye Geliş Sayısı	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
1 – 3 arası	86	21.6
4 – 6 arası	60	15.1
6'dan fazla	252	63.3
Toplam	398	100.0

Hastaneye geliş sayılarına bakıldığında % 21.6'sını 1–3 defa, % 15.1'i 4–6 defa, % 63.3'ü 6'dan daha fazla bu hastaneden hizmet aldıkları görülmüştür.

Tablo 24. Katılımcıların Burada İkamet Etme Süresi

İkamet Etme Süresi	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
1 – 3 yıl	54	13.6
4 – 6 yıl	33	8.3
6’dan fazla	311	78.1
Toplam	398	100.0

Katılımcıların % 13.6’sı 1–3 yıl, % 8.3’ü 4–6 yıl ve % 78.1’i 6 yıldan fazla burada ikamet etmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların En Çok Hizmet Aldığı Poliklinik

Hizmet Alınan Poliklinik	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Dahiliye	114	28.6
Acil	33	8.3
Cildiye	15	3.8
Ortopedi	44	11.1
Genel cerrahi	22	5.5
Kadın doğum ve hastalıkları	20	5.0
Göz hastalıkları	16	4.0
Kardiyoloji	26	6.5
Kulak burun boğaz	22	5.5
Nöroloji / Psikiyatri	30	7.5
Üroloji	12	3.0
Çocuk hastalıkları	21	5.3
Diğer	23	5.8
Toplam	398	100.0

Katılımcıların en çok hizmet aldığı polikliniğe baktığımızda % 28.6’sı dahiliye, % 8.3’ü acil, % 3.8’i cildiye, % 11.1’i ortopedi, % 5.5’i genel cerrahi, % 5.0’ı kadın doğum ve hastalıkları, % 4.0’ı göz hastalıkları, % 6.5’i kardiyoloji, % 5.5’i kulak burun boğaz, % 7.5’i nöroloji / psikiyatri, % 3.0’ı üroloji, % 5.3’ü çocuk hastalıkları, % 5.8’i ise genellikle diğer polikliniklerden hizmet almaktadır.

Tablo 26. Genel Olarak Hastaneden Aldığım Hizmetten Memnunum

İfadeler	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	1	0.3
Katılmıyorum	12	3.0
Kararsızım	64	16.1
Katılıyorum	145	36.4
Kesinlikle katılıyorum	176	44.2
Toplam	398	100.0

Katılımcıların genel olarak hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumuna baktığımızda % 44.2'si kesinlikle katılıyorum, % 36.4'ü katılıyorum, % 16.1'i kararsızım, % 3.0'ı katılmıyorum, % 0.3'ü kesinlikle katılmıyorum yanıtını verdiği görülmüştür.

Tablo 27. Bu Hastaneden Gelecekte de Hizmet Almayı Düşünüyorum

İfadeler	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	1.3
Katılmıyorum	6	1.5
Kararsızım	51	12.8
Katılıyorum	147	36.9
Kesinlikle katılıyorum	189	47.5
Toplam	398	100.0

Katılımcıların bu hastaneden gelecekte de hizmet almayı düşünüyorum sorusuna % 47.5'i kesinlikle katılıyorum, % 36.9'u katılıyorum, % 12.8'i kararsızım, % 1.5'i katılmıyorum, % 1.3'ü kesinlikle katılmıyorum yanıtını verdiği görülmüştür.

Tablo 28. Bu hastaneyi tanıdıklarına tavsiye ederim

Tavsiye Etme Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	1.8
Katılmıyorum	10	2.5
Kararsızım	58	14.6
Katılıyorum	139	34.9
Kesinlikle katılıyorum	184	46.2
Toplam	398	100.0

Katılımcıların bu hastaneden gelecekte de hizmet almayı düşünüyorum sorusuna % 46.2'si kesinlikle katılıyorum, % 34.9'u katılıyorum, % 14.6'sı kararsızım, % 2.5'i katılmıyorum, % 1.8'i kesinlikle katılmıyorum yanıtını verdiği görülmüştür.

Tablo 29. Hastanelerin Sunduğu Hizmetlerin Kalitesi 2005 Öncesine Göre Daha İyidir

İfadeler	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	6	1.5
Katılmıyorum	8	2.0
Kararsızım	55	13.8
Katılıyorum	97	24.4
Kesinlikle katılıyorum	232	58.3
Toplam	398	100.0

Katılımcıların bu hastaneden gelecekte de hizmet almayı düşünüyorum sorusuna % 58.3'ü kesinlikle katılıyorum, % 24.4'ü katılıyorum, % 13.8'i kararsızım, % 2.0'si katılmıyorum, % 1.5'i kesinlikle katılmıyorum yanıtını verdiği görülmüştür.

Tablo 30. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Dağılımı (N=389)

Alt Boyutlar	Mean	SD
Fiziksel Özellikler	3.62	0.82
Heveslilik /Cevap Verebilme	3.96	0.79
Güvenirlilik	4.08	0.76
Empati / İletişim	4.25	0.80
Güvence	4.22	0.74
HKÖ	3.96	0.64

Hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının ortalama dağılımlarına baktığımızda fiziksel özellikler boyutunun ortalaması 3.62 ± 0.82 , heveslilik/cevap verebilme boyutunun ortalaması 3.96 ± 0.79 , güvenilirlik boyutunun ortalaması 4.08 ± 0.76 , empati/iletişim boyutunun ortalaması 4.25 ± 0.80 , güvence boyutunun ortalaması 4.22 ± 0.74 , hizmet kalitesi ölçeğinin ortalaması ise 3.96 ± 0.64 'dür

Tablo 31.Araştırmaya Katılanların Sorulara Verdikleri Cevapların Yüzdeleri

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanıma sahiptir	23	5.8	51	12.8	75	18.8	104	26.1	145	36.4
2. Hastanenin iç ve dış mekanı düzgün görünüme sahiptir	28	7.0	49	12.3	47	11.8	112	28.1	162	40.7
3. Tuvaletler temiz ve düzenlidir	51	12.8	56	14.1	92	23.1	88	22.1	111	27.9
4.Hastanede uygun park alanları mevcuttur	105	26.4	86	21.6	81	20.4	71	17.8	55	13.8
5.Hastanenin ısıtma ve soğutması yeterlidir	17	4.3	24	6.0	32	8.0	156	39.2	169	42.5
6. Hastanenin yemekleri lezzetlidir.	23	5.8	21	5.3	182	45.7	97	24.4	75	18.8
7.Çalışanlar temiz ve düzgün bir görünüme sahiptir	8	2.0	17	4.3	66	16.6	133	33.4	174	43.7
8.Hastane randevu ve sıra alma kolaylığına sahiptir	20	5.0	26	6.5	57	14.3	148	37.2	147	36.9
9.Hastanedeki yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahiptir	17	4.3	20	5.0	62	15.6	149	37.4	150	37.7
10.Muayene öncesi bekleme süresi makul/kabul edilebilir düzeydedir	23	5.8	27	6.8	69	17.3	156	39.2	123	30.9
11.Muayene öncesi kayıt işlemleri hızlıdır	12	3.0	18	4.5	71	17.8	142	35.7	155	38.9
12. Hasta kayıt görevlileri son derece kibar ve naziktir	15	3.8	24	6.0	65	16.3	123	30.9	171	43.0
13.Hastane yapacağı işi söz verdiği zamanda gerçekleştirir	7	1.8	15	3.8	83	20.9	142	35.7	151	37.9
14. Hastane hizmet sunumunu ilk seferde ve doğru olarak yapar	2	0.5	17	4.3	84	21.1	153	38.4	142	35.7
15.Hasta mahremiyetine önem gösterilmektedir	3	0.8	12	3.0	59	14.8	166	41.7	158	39.7
16. Doktor/diğer sağlık personeli hasta sorularını anlaşılır bir şekilde yanıtlar	8	2.0	12	3.0	49	12.3	148	37.2	181	45.5
17. Doktor / diğer sağlık personeli uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirir	7	1.8	15	3.8	54	13.6	153	38.4	169	42.5
18. Doktor ve diğer sağlık personeli hastalara yardımcı olurlar	8	2.0	12	3.0	41	10.3	161	40.5	176	44.2
19.Sizinle ilgilenen doktor ve diğer sağlık personeli saygılı ve naziktir	3	0.8	9	2.3	42	10.6	132	33.2	212	53.3

20.Doktoruma hastalığım ile ilgili her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim	5	1.3	10	2.5	34	8.5	130	32.7	219	55.0
21.Hekimin bana ayırdığı zaman yeterlidir	14	3.5	29	7.3	65	16.3	124	31.2	166	41.7
22.Hekimin muayene ve tedavisine güvenirim	2	0.5	11	2.8	59	14.8	133	33.4	193	48.5

“Hastane uygun fiziki ve teknolojik donanımına sahiptir.” ifadesine katılımcıların, %5.8'i (n=23) kesinlikle katılmıyorum, %12.8'i (n=51) katılmıyorum, %18.8'i (n=75) kararsızım, %26.1'i (n=104) katılıyorum ve %36.4'ü (n=145) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastanenin iç ve dış mekanı düzgün görünüme sahiptir.” ifadesine katılımcıların, %7.0'ı (n=28) kesinlikle katılmıyorum, %12.3'ü (n=49) katılmıyorum, %11.8'i (n=47) kararsızım, %28.1'i (n=112) katılıyorum ve %40.7'si (n=162) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Tuvaletler temiz ve düzenlidir.” ifadesine katılımcıların, %12.8'i (n=51) kesinlikle katılmıyorum, %14.1'i (n=56) katılmıyorum, %23.1'i (n=92) kararsızım, %22.1'i (n=88) katılıyorum ve %27.9'u (n=111) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastanede uygun park alanları mevcuttur.” ifadesine katılımcıların, %26.4'ü (n=105) kesinlikle katılmıyorum, %21.6'sı (n=86) katılmıyorum, %20.4'ü (n=81) kararsızım, %17.8'i (n=71) katılıyorum ve %13.8'i (n=55) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastanenin ısıtma ve soğutması yeterlidir.” ifadesine katılımcıların, %4.3'ü (n=17) kesinlikle katılmıyorum, %6.0'ı (n=24) katılmıyorum, %8.0'ı (n=32) kararsızım, %39.2'si (n=156) katılıyorum ve %42.5'i (n=169) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastanenin yemekleri lezzetlidir.” ifadesine katılımcıların, %5.8'i (n=23) kesinlikle katılmıyorum, %5.3'ü (n=21) katılmıyorum, %45.7'si (n=182) kararsızım, %24.4'ü (n=97) katılıyorum ve %18.8'i (n=75) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Çalışanlar temiz ve düzgün bir görünüme sahiptir.” ifadesine katılımcıların, %2.0'ı (n=8) kesinlikle katılmıyorum, %4.3'ü (n=17) katılmıyorum, %16.6'sı (n=66) kararsızım, %33.4'ü (n=133) katılıyorum ve %43.7'si (n=174) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastane randevu ve sıra alma kolaylığına sahiptir.” ifadesine katılımcıların, %5.0'ı (n=20) kesinlikle katılmıyorum, %6.5'i (n=26) katılmıyorum, %14.3'ü (n=57) kararsızım, %37.2'si (n=148) katılıyorum ve %36.9'u (n=147) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastanedeki yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahiptir.” ifadesine katılımcıların, %4.3'ü (n=17) kesinlikle katılmıyorum, %5.0'ı (n=20) katılmıyorum, %15.6'sı (n=62) kararsızım, %37.4'ü (n=149) katılıyorum ve %37.7'si (n=150) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Muayene öncesi bekleme süresi makul/kabul edilebilir düzeydedir.” ifadesine katılımcıların, %5.8'i (n=23) kesinlikle katılmıyorum, %6.8'i (n=27) katılmıyorum, %17.3'ü (n=69) kararsızım, %39.2'si (n=156) katılıyorum ve %30.9'ü (n=123) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Muayene öncesi kayıt işlemleri hızlıdır.” ifadesine katılımcıların, %3.0'ı (n=12) kesinlikle katılmıyorum, %4.5'i (n=18) katılmıyorum, %17.8'i (n=71) kararsızım, %35.7'si (n=142) katılıyorum ve %38.9'u (n=155) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hasta kayıt görevlileri son derece kibar ve naziktir.” ifadesine katılımcıların, %3.8'i (n=15) kesinlikle katılmıyorum, %6.0'ı (n=24) katılmıyorum, %16.3'ü (n=65) kararsızım, %30.9'i (n=123) katılıyorum ve %43.0'ı (n=171) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastane yapacağı işi söz verdiği zamanda gerçekleştirir.” ifadesine katılımcıların, %1.8'i (n=7) kesinlikle katılmıyorum, %3.8'i (n=15) katılmıyorum, %20.9'u (n=83) kararsızım, %35.7'si (n=142) katılıyorum ve %37.9'u (n=151) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastane hizmet sunumunu ilk seferde ve doğru olarak yapar.” ifadesine katılımcıların, %0.5'i (n=2) kesinlikle katılmıyorum, %4.3'ü (n=17) katılmıyorum, %21.1'i (n=84) kararsızım, %38.4'ü (n=153) katılıyorum ve %35.7'si (n=142) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hasta mahremiyetine önem gösterilmektedir.” ifadesine katılımcıların, %0.8'i (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %3.0'ı (n=12) katılmıyorum, %14.8'i (n=59) kararsızım, %41.7'si (n=166) katılıyorum ve %39.7'si (n=158) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Doktor / diğer sağlık personeli hasta sorunlarını anlaşılır bir şekilde yanıtlar.” ifadesine katılımcıların, %2.0'ı (n=8) kesinlikle katılmıyorum, %3.0'ı (n=12) katılmıyorum, %12.3'ü (n=49) kararsızım, %37.2'si (n=148) katılıyorum ve %45.5'i (n=181) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Doktor / diğer sağlık personeli uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirir.” ifadesine katılımcıların, %1.8'i (n=7) kesinlikle katılmıyorum, %3.8'i (n=15) katılmıyorum, %13.6'sı (n=54) kararsızım, %38.4'ü (n=153) katılıyorum ve %42.5'i (n=169) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Doktor / diğer sağlık personeli hastalara yardımcı olurlar.” ifadesine katılımcıların, %2.0'ı (n=8) kesinlikle katılmıyorum, %3.0'ı (n=12) katılmıyorum, %10.3'ü (n=41) kararsızım, %40.5'i (n=161) katılıyorum ve %44.2'ü (n=176) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Sizinle ilgilenen doktor ve diğer sağlık personeli saygılı ve naziktir.” ifadesine katılımcıların, %0.8'i (n=3) kesinlikle katılmıyorum, %2.3'ü (n=9) katılmıyorum, %10.6'sı (n=42) kararsızım, %33.2'si (n=132) katılıyorum ve %53.3'ü (n=212) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Doktoruma hastalığımla ilgili her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim.” ifadesine katılımcıların, %1.3'ü (n=5) kesinlikle katılmıyorum, %2.5'i (n=10) katılmıyorum, %8.5'i (n=34) kararsızım, %32.7'si (n=130) katılıyorum ve %55.0'ı (n=219) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hekimin bana ayırdığı zaman yeterlidir.” ifadesine katılımcıların, %3.5'i (n=14) kesinlikle katılmıyorum, %7.3'ü (n=29) katılmıyorum, %16.3'ü (n=65) kararsızım,

%31.2'si (n=124) katılıyorum ve %41.7'si (n=166) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

“**Hekimin muayene ve tedavisine güvenirim.**”ifadesine katılımcıların, %0.5'i (n=2) kesinlikle katılmıyorum, %2.8'i (n=11) katılmıyorum, %14.8'i (n=59) kararsızım, %33.4'ü (n=133) katılıyorum ve %48.5'i (n=193) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 32. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Cinsiyet	n	\bar{X}	S	t	p
Fiziksel Özellikler	Bay	208	3.70	0.80	2.080	0.038
	Bayan	190	3.53	0.84		
Heveslilik / Cevap Verebilme	Bay	208	4.01	0.81	1.544	0.123
	Bayan	190	3.30	0.76		
Güvenirlilik	Bay	208	4.10	0.78	0.406	0.685
	Bayan	190	4.07	0.74		
Empati / İletişim	Bay	208	4.27	0.82	0.468	0.640
	Bayan	190	4.23	0.78		
Güvence	Bay	208	4.26	0.74	1.141	0.255
	Bayan	190	4.18	0.73		
HKÖ	Bay	208	4.01	0.64	1.662	0.097
	Bayan	190	3.90	0.64		

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **bağımsız örneklem t testi** uygulanmıştır. Katılımcıların cinsiyete göre hizmet kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel özellikler hariç diğer boyutların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Buna göre cinsiyeti erkek olanların fiziksel özellik düzeyi kadınlara göre daha yüksektir. Sonuçlara göre, cinsiyet ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H1** hipotezi kabul, cinsiyet ile heveslilik/cevap verebilme, güvenirlilik, empati, güvence, hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H2,H3,H4,H5,H6** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 33. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Yaş	n	\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	30 – 35 yaş (1)	109	3.44	0.85	6.649	0.001	3>1; 3>2
	36 – 50 yaş (2)	132	3.56	0.85			
	51 yaş ve üstü (3)	157	3.80	0.74			
Heveslilik / Cevap Verebilme	30 – 35 yaş (1)	109	3.69	0.86	12.270	0.000	2>1; 3>1
	36 – 50 yaş (2)	132	3.95	0.73			
	51 yaş ve üstü (3)	157	4.16	0.72			
Güvenirlilik	30 – 35 yaş (1)	109	3.84	0.83	12.835	0.000	3>1; 3>2
	36 – 50 yaş (2)	132	4.03	0.71			
	51 yaş ve üstü (3)	157	4.30	0.68			
Empati / İletişim	30 – 35 yaş (1)	109	4.03	0.90	7.798	0.000	3>1
	36 – 50 yaş (2)	132	4.22	0.73			
	51 yaş ve üstü (3)	157	4.42	0.76			
Güvence	30 – 35 yaş (1)	109	3.95	0.84	12.915	0.000	2>1; 3>1
	36 – 50 yaş (2)	132	4.22	0.67			
	51 yaş ve üstü (3)	157	4.40	0.66			
HKÖ	30 – 35 yaş (1)	109	3.73	0.69	14.823	0.000	2>1; 3>1
	36 – 50 yaş (2)	132	3.92	0.61			
	51 yaş ve üstü (3)	157	4.14	0.57			

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının yaş durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların yaşa göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yaşı 50'den büyük olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer durum gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde yaşı 50'den büyük olan grup

30 – 35 yaş, 35 – 50 yaş gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, yaş ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H7, H8, H9, H10, H11, H12** hipotezi kabule dirmiştir.

Tablo 34. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Medeni Durum	n	\bar{X}	S	T	p
Fiziksel Özellikler	Evli	302	3.65	0.82	1.330	0.184
	Bekar	96	3.52	0.81		
Heveslilik / Cevap Verebilme	Evli	302	4.01	0.77	2.232	0.026
	Bekar	96	3.80	0.81		
Güvenirlilik	Evli	302	4.13	0.74	2.350	0.019
	Bekar	96	3.93	0.78		
Empati / İletişim	Evli	302	4.13	0.75	2.787	0.006
	Bekar	96	4.05	0.93		
Güvence	Evli	302	4.27	0.72	2.602	0.010
	Bekar	96	4.05	0.78		
HKÖ	Evli	302	4.00	0.63	2.570	0.011
	Bekar	96	3.81	0.66		

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **bağımsız örneklem t testi** uygulanmıştır. Katılımcıların medeni duruma göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından fiziksel özellikler hariç diğer boyutların istatistiksel bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Buna göre medeni durumu evli olanların heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi düzeyi bekarlara göre daha yüksektir. Sonuçlara göre, medeni durum ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H13** hipotezi ret, medeni durum ile heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati, güvence, hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H14, H15, H16, H17, H18** hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 35. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Eğitim Durumu	n	\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Okur Yazar (1)	23	3.81	0.84	5.856	0.000	2>4; 2>5
	İlköğretim (2)	156	3.81	0.81			
	Lise (3)	89	3.59	0.77			
	Üniversite (4)	111	3.41	0.78			
	Yüksek Lisans / Doktora (5)	19	3.20	0.91			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Okur Yazar (1)	23	4.11	0.83	7.409	0.000	2>3; 2>4; 2<5
	İlköğretim (2)	156	4.19	0.73			
	Lise (3)	89	3.87	0.79			
	Üniversite (4)	111	3.75	0.77			
	Yüksek Lisans / Doktora (5)	19	3.57	0.80			
Güvenirlilik	Okur Yazar (1)	23	4.32	0.65	8.211	0.000	2>3; 2>4; 2<5
	İlköğretim (2)	156	4.30	0.73			
	Lise (3)	89	3.99	0.69			
	Üniversite (4)	111	3.88	0.76			
	Yüksek Lisans / Doktora (5)	19	3.65	0.83			
Empati / İletişim	Okur Yazar (1)	23	4.71	0.45	8.495	0.000	1>3; 1>4; 1>5; 2>4
	İlköğretim (2)	156	4.44	0.68			
	Lise (3)	89	4.18	0.79			

	Üniversite (4)	111	3.98	0.91			
	Yüksek Lisans / Doktora (5)	19	4.00	0.87			
Güvence	Okur Yazar (1)	23	4.55	0.50	6.102	0.000	1>4; 1>5; 2>4
	İlköğretim (2)	156	4.38	0.72			
	Lise (3)	89	4.17	0.72			
	Üniversite (4)	111	4.02	0.75			
	Yüksek Lisans / Doktora (5)	19	3.92	0.77			
HKÖ	Okur Yazar (1)	23	4.21	0.54	10.446	0.000	1>4; 1>5; 2>3; 2>4; 2>5
	İlköğretim (2)	156	4.15	0.60			
	Lise (3)	89	3.89	0.65			
	Üniversite (4)	111	3.74	0.61			
	Yüksek Lisans / Doktora (5)	19	3.58	0.58			

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların eğitim durumuna göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Eğitim durumu ilköğretim olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde eğitim durumu ilköğretim olan grup üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan farklıdır. Eğitim durumu ilköğretim olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik/cevap verebilme düzeyinde eğitim durumu ilköğretim olan grup lise, üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan farklıdır. Eğitim durumu okur-yazar olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer

gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde eğitim durumu okur-yazar olan grup yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan, eğitim durumu ilköğretim olan grup lise, üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan farklıdır. Eğitim durumu okur-yazar olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde eğitim durumu okur-yazar olan grup lise, üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan, eğitim durumu ilköğretim olan grup üniversite gruptan olanlardan farklıdır. Eğitim durumu okur-yazar olan grubun güvence düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvence düzeyinde eğitim durumu okur-yazar olan grup üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan, eğitim durumu ilköğretim olan grup üniversite gruptan olanlardan farklıdır. Eğitim durumu okur-yazar olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde eğitim durumu okur-yazar olan grup üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan, eğitim durumu ilköğretim olan grup lise, üniversite ve yüksek lisans/doktora gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, eğitim durumu ile fiziksel özellikler, heveslilik / cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H19, H20, H21, H22, H23, H24** hipotezi kabul edilmiştir

Tablo 36. Hizmet Kalitesi Ölçeğine Alt Boyutlarının Mesleğe Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Meslek	n	\bar{X}	S	F	P	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Memur (1)	74	3.24	0.77	5.533	0.000	2>1; 3>1; 5>1; 6>1
	Serbest Meslek (2)	63	3.70	0.76			
	Emekli (3)	92	3.67	0.87			
	Akademik Personel (4)	13	3.18	0.95			
	İşçi (5)	37	3.87	0.93			
	Diğer (6)	120	3.75	0.71			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Memur (1)	74	3.66	0.70	5.543	0.000	3>1; 3>4; 6>1; 6>4
	Serbest Meslek (2)	63	3.99	0.68			
	Emekli (3)	92	4.16	0.79			
	Akademik Personel (4)	13	3.30	1.09			
	İşçi (5)	37	4.02	0.79			
	Diğer (6)	120	4.02	0.78			
Güvenirlilik	Memur (1)	74	3.84	0.74	4.173	0.001	3>1
	Serbest Meslek (2)	63	4.06	0.70			
	Emekli (3)	92	4.30	0.71			
	Akademik Personel (4)	13	3.67	1.07			
	İşçi (5)	37	4.04	0.86			
	Diğer (6)	120	4.14	0.72			
Empati / İletişim	Memur (1)	74	4.00	0.80	2.596	0.025	3>1
	Serbest Meslek (2)	63	4.22	0.82			
	Emekli (3)	92	4.39	0.84			
	Akademik Personel (4)	13	3.97	1.25			
	İşçi (5)	37	4.36	0.58			
	Diğer (6)	120	4.30	0.75			

Güvence	Memur (1)	74	4.00	0.78	3.325	0.006	3>1
	Serbest Meslek (2)	63	4.19	0.68			
	Emekli (3)	92	4.40	0.71			
	Akademik Personel (4)	13	3.85	1.03			
	İşçi (5)	37	4.32	0.65			
	Diğer (6)	120	4.23	0.72			
HKÖ	Memur (1)	74	3.66	0.58	6.210	0.000	2>1; 3>1; 3>4; 5>1; 6>1
	Serbest Meslek (2)	63	3.98	0.58			
	Emekli (3)	92	4.10	0.62			
	Akademik Personel (4)	13	3.50	0.75			
	İşçi (5)	37	4.07	0.67			
	Diğer (6)	120	4.03	0.64			

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının mesleğe göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların mesleğe göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Mesleği işçi olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde mesleği memur olan grup serbest meslek, emekli ve diğer gruptan olanlardan farklıdır. Mesleği emekli olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik/cevap verebilme düzeyinde mesleği emekli olan grup memur ve akademik personel gruptan olanlardan, mesleği diğer olan grup, memur ve akademik personel gruptan olanlardan farklıdır. Mesleği emekli olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde mesleği emekli olan grup memur gruptan olanlardan farklıdır. Mesleği emekli olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan

Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati / iletişim düzeyinde mesleği emekli olan grup memur gruptan olanlardan farklıdır. Mesleği emekli olan grubun güvence düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvence düzeyinde mesleği emekli olan grup memur gruptan olanlardan farklıdır. Mesleği emekli olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde mesleği memur olan grup serbest meslek, emekli, işçi ve diğer gruptan olanlardan, mesleği emekli olan grup akademik personel gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, meslek ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H25, H26, H27, H28, H29, H30** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 37. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Aylık Gelir	n	\bar{X}	S	F	P	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	1.000 TL'den az (1)	103	3.78	0.74	5.866	0.000	1>4; 1>5; 2>4; 3>4
	1.001 – 1.500 TL (2)	97	3.70	0.79			
	1.501 – 3.000 TL (3)	119	3.67	0.85			
	3.001 – 5.000 TL (4)	59	3.25	0.73			
	5.001 TL'den fazla (5)	20	3.21	1.00			
Heveslilik / Cevap Verebilme	1.000 TL'den az (1)	103	4.08	0.73	5.653	0.000	1>4; 2>4
	1.001 – 1.500 TL (2)	97	4.11	0.78			
	1.501 – 3.000	119	3.96	0.82			

	TL (3)						
	3.001 – 5.000 TL (4)	59	3.62	0.69			
	5.001 TL'den fazla (5)	20	3.59	0.75			
Güvenirlilik	1.000 TL'den az (1)	103	4.22	0.70	5.068	0.001	1>4; 2>4; 3>4
	1.001 – 1.500 TL (2)	97	4.20	0.74			
	1.501 – 3.000 TL (3)	119	4.08	0.77			
	3.001 – 5.000 TL (4)	59	3.73	0.77			
	5.001 TL'den fazla (5)	20	3.92	0.78			
Empati / İletişim	1.000 TL'den az (1)	103	4.41	0.70	4.015	0.003	1>4; 2>4
	1.001 – 1.500 TL (2)	97	4.29	0.77			
	1.501 – 3.000 TL (3)	119	4.26	0.86			
	3.001 – 5.000 TL (4)	59	3.91	0.80			
	5.001 TL'den fazla (5)	20	4.13	0.90			
Güvence	1.000 TL'den az (1)	103	4.32	0.70	2.025	0.090	
	1.001 – 1.500 TL (2)	97	4.23	0.80			
	1.501 – 3.000 TL (3)	119	4.25	0.75			
	3.001 – 5.000 TL (4)	59	3.98	0.68			
	5.001 TL'den fazla (5)	20	4.19	0.66			
HKÖ	1.000 TL'den az (1)	103	4.09	0.57	6.807	0.000	1>4; 2>4; 3>4
	1.001 – 1.500 TL (2)	97	4.04	0.65			
	1.501 – 3.000	119	3.98	0.66			

	TL (3)						
	3.001 – 5.000 TL (4)	59	3.62	0.60			
	5.001 TL'den fazla (5)	20	3.70	0.59			

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının aylık gelir durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların aylık gelir durumuna göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından güvence hariç diğer boyutların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Aylık gelir durumu 1.000 TL'den az olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde aylık gelir durumu 3.000 – 5.000 TL olan grup 1.000 TL'den az, 1.000 – 1.500 TL ve 1.500 – 3.000 TL gruptan olanlardan, 1.000 TL'den az olan grup 5.000 TL'den fazla gruptan olanlardan farklıdır. Aylık gelir durumu 1.000 – 1.500 TL olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik / cevap verebilme düzeyinde aylık gelir durumu 3.000 – 5.000 TL olan grup 1.000 TL'den az ve 1.000 – 1.500 TL gruptan olanlardan farklıdır. Aylık gelir durumu 1.000 TL'den az olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde aylık gelir durumu 3.000 – 5.000 TL olan grup 1.000 TL'den az, 1.000 – 1.500 TL ve 1.500 – 3.000 TL gruptan olanlardan farklıdır. Aylık gelir durumu 1.000 TL'den az olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde aylık gelir durumu 3.000 – 5.000 TL olan grup 1.000 TL'den az ve 1.000 – 1.500 TL gruptan olanlardan farklıdır. Aylık gelir durumu 1.000 TL'den az olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde aylık gelir durumu 3.000 – 5.000 TL olan grup 1.000 TL'den az, 1.000 – 1.500 TL

ve 1.500 – 3.000 TL gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, aylık gelir ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H35** hipotezi ret, medeni durum ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati, hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H31, H32, H33, H34, H36** hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 38. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaneye Geliş Sayısına Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Hastaneye Kaçınıcı Gelişiniz	n	\bar{X}	S	F	P
Fiziksel Özellikler	1 – 3 arası	86	3.57	0.89	0.599	0.550
	4 – 6 arası	60	3.55	0.85		
	6'dan fazla	252	3.65	0.79		
Heveslilik / Cevap Verebilme	1 – 3 arası	86	3.86	0.84	1.746	0.176
	4 – 6 arası	60	3.87	0.77		
	6'dan fazla	252	4.02	0.77		
Güvenirlilik	1 – 3 arası	86	4.07	0.81	1.855	0.158
	4 – 6 arası	60	3.92	0.73		
	6'dan fazla	252	4.13	0.74		
Empati / İletişim	1 – 3 arası	86	4.11	0.93	2.047	0.130
	4 – 6 arası	60	4.20	0.70		
	6'dan fazla	252	4.31	0.78		
Güvence	1 – 3 arası	86	4.22	0.76	1.056	0.349
	4 – 6 arası	60	4.10	0.74		
	6'dan fazla	252	4.25	0.73		
HKÖ	1 – 3 arası	86	3.90	3.86	1.612	0.201
	4 – 6 arası	60	3.86	0.62		
	6'dan fazla	252	4.00	0.64		

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının hastaneye geliş sayılarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların hastaneye geliş sayılarına göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir

($p > 0.05$). Sonuçlara göre, hastaneye geliş sayısı ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H37, H38, H39, H40, H41, H42** hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 39. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının En Çok Hizmet Alınan Polikliniğe Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	En Çok Hizmet Alınan Poliklinik	n	\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Dahiliye (1)	114	3.53	0.80	2.534	0.003	1>2; 3>2; 4>2; 5>2; 6>2; 7>2; 8<2; 10>2; 11>1; 11>2; 11>9; 11>12; 13>1; 13>2; 13>9; 13>12;
	Acil (2)	33	3.09	0.91			
	Cildiye (3)	15	3.72	0.61			
	Ortopedi (4)	44	3.76	0.81			
	Genel cerrahi (5)	22	3.66	0.76			
	Kadın doğum ve hastalıkları (6)	20	3.73	0.80			
	Göz hastalıkları (7)	16	3.74	0.76			
	Kardiyoloji (8)	26	3.80	0.73			
	Kulak Burun Boğaz (9)	22	3.49	0.77			
	Nöroloji / Psikoloji (10)	30	3.72	0.94			
	Üroloji (11)	12	4.06	0.70			
	Çocuk hastalıkları (12)	21	3.45	0.70			
	Diğer (13)	23	4.01	0.83			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Dahiliye (1)	114	3.93	0.80	1.438	0.146	
	Acil (2)	33	3.78	0.64			
	Cildiye (3)	15	3.44	0.64			

	Ortopedi (4)	44	4.01	0.83			
	Genel cerrahi (5)	22	4.02	0.80			
	Kadın doğum ve hastalıkları (6)	20	4.03	0.73			
	Göz hastalıkları (7)	16	4.25	0.80			
	Kardiyoloji (8)	26	4.13	0.80			
	Kulak Burun Boğaz (9)	22	3.80	0.80			
	Nöroloji / Psikoloji (10)	30	4.07	0.83			
	Üroloji (11)	12	4.33	0.68			
	Çocuk hastalıkları (12)	21	3.85	0.76			
	Diğer (13)	23	3.96	0.79			
Güvenirlilik	Dahiliye (1)	114	4.10	0.74	1.631	0.081	
	Acil (2)	33	3.92	0.76			
	Cildiye (3)	15	3.58	0.78			
	Ortopedi (4)	44	4.13	0.74			
	Genel cerrahi (5)	22	4.08	0.93			
	Kadın doğum ve hastalıkları (6)	20	4.08	0.74			
	Göz hastalıkları (7)	16	4.33	0.62			
	Kardiyoloji (8)	26	4.32	0.82			
	Kulak Burun Boğaz (9)	22	3.85	0.61			
	Nöroloji /	30	4.14	0.72			

	Psikoloji (10)						
	Üroloji (11)	12	4.42	0.51			
	Çocuk hastalıkları (12)	21	3.90	0.84			
	Diğer (13)	23	4.22	0.79			
Empati / İletişim	Dahiliye (1)	114	4.28	0.75	1.259	0.241	
	Acil (2)	33	4.11	0.73			
	Cildiye (3)	15	3.91	1.14			
	Ortopedi (4)	44	4.22	0.82			
	Genel cerrahi (5)	22	4.27	0.98			
	Kadın doğum ve hastalıkları (6)	20	4.22	0.74			
	Göz hastalıkları (7)	16	4.35	0.80			
	Kardiyoloji (8)	26	4.38	0.96			
	Kulak Burun Boğaz (9)	22	3.98	0.77			
	Nöroloji / Psikoloji (10)	30	4.48	0.63			
	Üroloji (11)	12	4.61	0.45			
	Çocuk hastalıkları (12)	21	3.98	0.93			
	Diğer (13)	23	4.38	0.72			
	Güvence	Dahiliye (1)	114	4.24			
Acil (2)		33	4.17	0.57			
Cildiye (3)		15	3.90	0.90			
Ortopedi (4)		44	4.28	0.67			
Genel cerrahi (5)		22	4.16	0.93			
Kadın doğum ve hastalıkları		20	4.25	0.69			

	(6)						
	Göz hastalıkları (7)	16	4.23	0.82			
	Kardiyoloji (8)	26	4.38	0.87			
	Kulak Burun Boğaz (9)	22	3.97	0.64			
	Nöroloji / Psikoloji (10)	30	4.36	0.62			
	Üroloji (11)	12	4.52	0.62			
	Çocuk hastalıkları (12)	21	3.96	0.85			
	Diğer (13)	23	4.27	0.73			
HKÖ	Dahiliye (1)	114	3.93	0.63	1.907	0.032	4>2; 7>2; 8>2; 8>3; 8>9; 10>2; 11>1; 11>2; 11>3; 11>9; 11>12; 13>3; 13>4
	Acil (2)	33	3.70	0.54			
	Cildiye (3)	15	3.70	0.64			
	Ortopedi (4)	44	4.02	0.62			
	Genel cerrahi (5)	22	3.97	0.72			
	Kadın doğum ve hastalıkları (6)	20	4.01	0.66			
	Göz hastalıkları (7)	16	4.11	0.59			
	Kardiyoloji (8)	26	4.13	0.70			
	Kulak Burun Boğaz (9)	22	3.76	0.57			
	Nöroloji / Psikoloji (10)	30	4.08	0.65			
	Üroloji (11)	12	4.33	0.54			
	Çocuk hastalıkları (12)	21	3.77	0.70			
	Diğer (13)	23	4.13	0.65			

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının en çok hizmet alınan polikliniğe göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların en çok hizmet alınan polikliniğe göre hizmet kalitesi ölçeği alt boyutlarından heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim ve güvence istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Katılımcıların en çok hizmet alınan polikliniğe göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından fiziksel özellikler istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). En çok hizmet alınan poliklinik üroloji olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde en çok hizmet alınan poliklinik acil olan grup serbest dahiliye, cildiye, ortopedi, genel cerrahi, kadın doğum ve hastalıkları, göz hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji/psikoloji ve diğer gruptan olanlardan, en çok hizmet alınan poliklinik üroloji olan grup, dahiliye, kulak burun boğaz ve çocuk hastalıkları gruptan olanlardan, en çok hizmet alınan poliklinik diğer olan grup dahiliye, kulak burun boğaz ve çocuk hastalıkları gruptan olanlardan farklıdır. En çok hizmet alınan poliklinik üroloji olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde en çok hizmet alınan poliklinik acil olan grup ortopedi, göz hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji/psikoloji ve üroloji gruptan olanlardan, en çok hizmet alınan poliklinik kardiyoloji olan grup, cildiye ve kulak burun boğaz gruptan olanlardan, en çok hizmet alınan poliklinik üroloji olan grup dahiliye, cildiye, kulak burun boğaz ve çocuk hastalıkları gruptan olanlardan, en çok hizmet alınan poliklinik diğer olan grup cildiye ve ortopedi gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, en çok hizmet alınan poliklinik ile fiziksel özellikler ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H43** ve **H48** hipotezi kabul, en çok hizmet alınan poliklinik ile heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati, güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H44**, **H45**, **H46**, **H47** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 40. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İkamet Etme Süresine Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Burada İkamet Etme Süresi	n	\bar{X}	S	F	P	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	1 – 3 yıl	54	3.49	0.85	4.668	0.010	3>2
	4 – 6 yıl	33	3.26	1.06			
	7 yıl ve üstü	311	3.68	0.78			
Heveslilik / Cevap Verebilme	1 – 3 yıl	54	3.77	0.87	2.513	0.082	
	4 – 6 yıl	33	3.84	0.83			
	7 yıl ve üstü	311	4.01	0.76			
Güvenirlilik	1 – 3 yıl	54	3.98	0.79	0.727	0.484	
	4 – 6 yıl	33	4.15	0.75			
	7 yıl ve üstü	311	4.10	0.75			
Empati / İletişim	1 – 3 yıl	54	3.90	0.98	6.128	0.002	3>1
	4 – 6 yıl	33	4.24	0.81			
	7 yıl ve üstü	311	4.31	0.76			
Güvence	1 – 3 yıl	54	4.10	0.74	1.150	0.318	
	4 – 6 yıl	33	4.14	0.76			
	7 yıl ve üstü	311	4.25	0.74			
HKÖ	1 – 3 yıl	54	3.79	0.70	3.518	0.031	3>1
	4 – 6 yıl	33	3.81	0.57			
	7 yıl ve üstü	311	4.00	0.63			

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının ikamet etme sürelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların ikamet etme sürelerine göre hizmet kalitesi ölçeği alt boyutlarından heveslilik/cevap verebilme, güvenirlik ve güvence boyutları istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Katılımcıların ikamet etme sürelerine göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından fiziksel özellikler ve empati/iletişim boyutları istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). İkamet etme durumu 6 yıldan fazla olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler

düzeyinde ikamet etme durumu 6 yıldan fazla olan grup 4 – 6 yıl gruptan olanlardan farklıdır. İkamet etme durumu 6 yıldan fazla olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde ikamet etme durumu 6 yıldan fazla olan grup 1 – 3 yıl gruptan olanlardan farklıdır. İkamet etme durumu 6 yıldan fazla olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde ikamet etme durumu 6 yıldan fazla olan grup 1 – 3 yıl gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, ikamet etme süresi ile fiziksel özellikler, empati/iletişim ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H49, H52 ve H54** hipotezler kabul, ikamet etme süresi ile heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H50, H51, H53** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 41. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaneden Aldığı Hizmetten Memnun Olma Durumuna Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Hastaneden Aldığı Hizmetten Memnun Olma Durumu	n	\bar{X}	S	F	P	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Katılmıyorum (1)	13	2.99	0.77	38.959	0.000	3>2; 4>1; 4>2; 4>3
	Kararsızım (2)	64	3.01	0.67			
	Katılıyorum (3)	145	3.46	0.61			
	Kesinlikle katılıyorum (4)	176	4.02	0.82			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Katılmıyorum (1)	13	3.05	0.92	108.486	0.000	3>1; 3>2; 4>1; 4>2; 4>3
	Kararsızım (2)	64	3.07	0.59			
	Katılıyorum (3)	145	3.81	0.50			
	Kesinlikle katılıyorum (4)	176	4.47	0.61			
Güvenirlilik	Katılmıyorum (1)	13	3.31	0.63	92.247	0.000	3>1; 3>2; 4>1; 4>2; 4>3
	Kararsızım (2)	64	3.28	0.59			
	Katılıyorum (3)	145	3.92	0.57			
	Kesinlikle katılıyorum (4)	176	4.57	0.59			

Empati / İletişim	Katılmıyorum (1)	13	3.33	1.09	102.310	0.000	3>1; 3>2; 4>1; 4>2; 4>3
	Kararsızım (2)	64	3.34	0.87			
	Katılıyorum (3)	145	4.11	0.55			
	Kesinlikle katılıyorum (4)	176	4.76	0.47			
Güvence	Katılmıyorum (1)	13	2.94	0.65	160.468	0.000	2>1; 3>1; 3>2; 4>1; 4>2; 4>3
	Kararsızım (2)	64	3.37	0.68			
	Katılıyorum (3)	145	4.07	0.48			
	Kesinlikle katılıyorum (4)	176	4.75	0.42			
HKÖ	Katılmıyorum (1)	13	3.08	0.54	172.226	0.000	3>1; 3>2; 4>1; 4>2; 4>3
	Kararsızım (2)	64	3.17	0.45			
	Katılıyorum (3)	145	3.80	0.37			
	Kesinlikle katılıyorum (4)	176	4.43	0.45			

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumuna göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu katılıyorum olan grup kararsızım gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik/cevap verebilme düzeyinde hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvence düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvence düzeyinde hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kararsızım olan grup katılmıyorum gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H55, H56, H57, H58, H59, H60** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 42. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Gelecekte de Hizmet Almayı Düşünme Durumuna Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Gelecekte Hizmet Almayı Düşünme Durumu	n	\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	3.23	0.83	40.579	0.000	4>3; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	6	2.83	0.28			
	Kararsızım (3)	51	2.85	0.60			
	Katılıyorum (4)	147	3.38	0.60			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	189	4.05	0.78			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	3.16	1.07	63.080	0.000	4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	6	3.10	0.56			
	Kararsızım (3)	51	3.08	0.73			
	Katılıyorum (4)	147	3.73	0.51			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	189	4.42	0.64			
Güvenirlilik	Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	3.53	1.22	73.743	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	6	3.06	0.33			
	Kararsızım (3)	51	3.16	0.57			
	Katılıyorum (4)	147	3.88	0.54			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	189	4.54	0.59			
Empati / İletişim	Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	3.40	1.16	75.076	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	6	2.94	1.22			
	Kararsızım (3)	51	3.34	0.92			
	Katılıyorum (4)	147	4.01	0.59			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	189	4.75	0.46			
Güvence	Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	3.55	0.93	121.679	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	6	2.75	0.59			
	Kararsızım (3)	51	3.23	0.67			
	Katılıyorum (4)	147	3.98	0.51			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	189	4.73	0.41			
HKÖ	Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	3.34	0.46	140.554	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	6	2.92	0.34			
	Kararsızım (3)	51	3.09	0.45			
	Katılıyorum (4)	147	3.72	0.37			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	189	4.42	0.44			

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının gelecekte de hizmet almayı düşünme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların gelecekte de hizmet almayı düşünme durumuna göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu katılıyorum olan grup kararsızım gruptan olanlardan, gelecekte de hizmet almayı düşünme kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik/cevap verebilme düzeyinde gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu katılıyorum olan grup kararsızım gruptan olanlardan, gelecekte de hizmet almayı düşünme kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, gelecekte de hizmet almayı düşünme kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, gelecekte de hizmet almayı düşünme kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Gelecekte de hizmet almayı düşünme

durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvence düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvence düzeyinde gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, gelecekte de hizmet almayı düşünme kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, gelecekte de hizmet almayı düşünme kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H61, H62, H63, H64, H65, H66** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 43. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaneyi Tavsiye Etme Durumuna Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Hastaneyi Tavsiye Etme Durumu	n	\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Kesinlikle katılmıyorum (1)	7	3.43	0.79	36.642	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3
	Katılmıyorum (2)	10	2.70	0.57			
	Kararsızım (3)	58	2.96	0.66			
	Katılıyorum (4)	139	3.41	0.59			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	184	4.04	0.79			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Kesinlikle katılmıyorum (1)	7	3.00	0.89	65.199	0.000	4>1; 4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	10	3.08	0.97			
	Kararsızım (3)	58	3.18	0.64			
	Katılıyorum (4)	139	3.76	0.48			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	184	4.44	0.66			

Güvenirlilik	Kesinlikle katılmıyorum (1)	7	3.71	0.91	75.126	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	10	3.33	0.86			
	Kararsızım (3)	58	3.24	0.61			
	Katılıyorum (4)	139	3.87	0.55			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	184	4.57	0.54			
Empati / İletişim	Kesinlikle katılmıyorum (1)	7	3.33	0.79	73.393	0.000	4>1; 4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4;
	Katılmıyorum (2)	10	3.17	1.42			
	Kararsızım (3)	58	3.42	0.92			
	Katılıyorum (4)	139	4.05	0.53			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	184	4.75	0.46			
Güvence	Kesinlikle katılmıyorum (1)	7	3.29	1.16	118.481	0.000	4>1; 4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	10	3.00	0.95			
	Kararsızım (3)	58	3.35	0.62			
	Katılıyorum (4)	139	4.03	0.45			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	184	4.74	0.42			
HKÖ	Kesinlikle katılmıyorum (1)	7	3.33	0.70	132.546	0.000	4>2; 4>3; 5>1; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum (2)	10	2.99	0.64			
	Kararsızım (3)	58	3.18	0.43			
	Katılıyorum (4)	139	3.75	0.35			
	Kesinlikle katılıyorum (5)	184	4.43	0.44			

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının hastaneyi tavsiye etme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **F testi** uygulanmıştır. Katılımcıların hastaneyi tavsiye etme durumuna göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde hastaneyi tavsiye etme durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha

yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik/cevap verebilme düzeyinde hastaneyi tavsiye etme durumu katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde hastaneyi tavsiye etme durumu katılıyorum olan grup katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde hastaneyi tavsiye etme durumu katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvence düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvence düzeyinde hastaneyi tavsiye etme durumu katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum ve kararsızım gruptan olanlardan, hastaneyi tavsiye etme durumu kesinlikle katılıyorum olan grup kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, hastaneyi tavsiye etme durumu ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H67, H68, H69, H70, H71, H72** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 44. Hizmet Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastanelerin Hizmet Kalitesinin 2005 Öncesine Göre İyi Bulma Durumuna Göre Karşılaştırması

Ölçek ve Boyutları	Hastanelerin Hizmet Kalitesini 2005 Öncesine Göre İyi Bulma Durumu	n	\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Fiziksel Özellikler	Kesinlikle katılmıyorum	6	3.40	1.03	19.979	0.000	5>3; 5>4
	Katılmıyorum	8	3.16	0.98			
	Kararsızım	55	3.07	0.68			
	Katılıyorum	97	3.32	0.58			
	Kesinlikle katılıyorum	232	3.90	0.81			
Heveslilik / Cevap Verebilme	Kesinlikle katılmıyorum	6	3.77	0.53	41.823	0.000	4>3; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum	8	3.05	0.52			
	Kararsızım	55	3.25	0.71			
	Katılıyorum	97	3.62	0.64			
	Kesinlikle katılıyorum	232	4.30	0.67			
Güvenirlilik	Kesinlikle katılmıyorum	6	3.94	0.98	40.243	0.000	5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum	8	3.54	0.73			
	Kararsızım	55	3.47	0.70			
	Katılıyorum	97	3.68	0.60			
	Kesinlikle katılıyorum	232	4.42	0.63			
Empati / İletişim	Kesinlikle katılmıyorum	6	4.06	0.80	42.411	0.000	5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum	8	3.42	0.85			
	Kararsızım	55	3.55	0.98			
	Katılıyorum	97	3.86	0.74			
	Kesinlikle katılıyorum	232	4.61	0.54			
Güvence	Kesinlikle katılmıyorum	6	4.25	0.77	53.187	0.000	1>2; 4>3; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum	8	3.31	0.67			
	Kararsızım	55	3.54	0.80			
	Katılıyorum	97	3.83	0.60			
	Kesinlikle katılıyorum	232	4.57	0.53			
HKÖ	Kesinlikle katılmıyorum	6	3.80	0.44	62.529	0.000	4>3; 5>2; 5>3; 5>4
	Katılmıyorum	8	3.25	0.65			
	Kararsızım	55	3.31	0.55			
	Katılıyorum	97	3.60	0.46			
	Kesinlikle katılıyorum	232	4.28	0.51			

Araştırmaya katılanların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, **F testi uygulanmıştır**. Katılımcıların hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumuna göre hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun fiziksel özellik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla fiziksel özellikler düzeyinde hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grupkararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun heveslilik/cevap verebilme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla heveslilik/cevap verebilme düzeyinde hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu katılıyorum olan grup kararsızım gruptan olanlardan, hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvenilirlik düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvenilirlik düzeyinde hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun empati/iletişim düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla empati/iletişim düzeyinde hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun güvence düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni

testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla güvence düzeyinde hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılmıyorum olan grup katılmıyorum gruptan olanlardan, hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu katılıyorum olan grup kararsızım gruptan olanlardan, hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grubun hizmet kalitesi düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre farklılık yaratan gruplar tespit edilmiştir. Dolayısıyla hizmet kalitesi düzeyinde hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu katılıyorum olan grup kararsızım gruptan olanlardan, hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu kesinlikle katılıyorum olan grup katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum gruptan olanlardan farklıdır. Sonuçlara göre, hastanelerin hizmet kalitesini 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile fiziksel özellikler, heveslilik/cevap verebilme, güvenilirlik, empati/iletişim, güvence ve hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören **H73, H74, H75, H76, H77, H78** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 45. Hipotezlerin Kabul/Ret Durumları

H1: Cinsiyet ile fiziksel özellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H2: Cinsiyet ile heveslilik cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H3: Cinsiyet ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H4: Cinsiyet ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H5: Cinsiyet ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H6: Cinsiyet ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H7: Yaş ile fiziksel özellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H8: Yaş ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H9: Yaş ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H10: Yaş ile empati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul

H11: Yaş ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H12: Yaş ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H13: Medeni durum ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H14: Medeni durum ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H15: Medeni durum ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H16: Medeni durum ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H17: Medeni durum ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H18: Medeni durum ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H19: Eğitim durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H20: Eğitim durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H21: Eğitim durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H22: Eğitim durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H23: Eğitim durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H24: Eğitim durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H25: Meslek ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H26: Meslek ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H27: Meslek ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H28: Meslek ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H29: Meslek ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H30: Meslek ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H31: Aylık gelir ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H32: Aylık gelir ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H33: Aylık gelir ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H34: Aylık gelir ile empati iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H35: Aylık gelir ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H36: Aylık gelir ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul

H37: Hastaneye geliş sayısı ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H38: Hastaneye geliş sayısı ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H39: Hastaneye geliş sayısı ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H40: Hastaneye geliş sayısı ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H41: Hastaneye geliş sayısı ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H42: Hastaneye geliş sayısı ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H43: En çok hizmet alınan poliklinik ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H44: En çok hizmet alınan poliklinik ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H45: En çok hizmet alınan poliklinik ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H46: En çok hizmet alınan poliklinik ile empati iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H47: En çok hizmet alınan poliklinik ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H48: En çok hizmet alınan poliklinik ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H49: İkamet etme süresi ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H50: İkamet etme süresi ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H51: İkamet etme süresi ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Red
H52: İkamet etme süresi ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H53: İkamet etme süresi ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ret
H54: İkamet etme süresi ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H55: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H56: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H57: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H58: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H59: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H60: Hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H61: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H62: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul

H63: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H64: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H65: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H66: Gelecekte de hizmet almayı düşünme durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H67: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H68: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H69: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H70: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H71: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H72: Hastaneyi tavsiye etme durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H73: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile fiziksel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H74: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile heveslilik / cevap verebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H75: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile güvenilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H76: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile empati / iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H77: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H78: Hastanelerin hizmet kalitesi 2005 öncesine göre iyi bulma durumu ile hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Kabul

SONUÇ

Kamu yönetiminde küçülme olgusu bir diğer adıyla devletin küçültülmesi uzun zamandan beri üzerinde tartışılan konulardan birisidir. Özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren birçok ülkede devletin sınırlandırılması, mal ve hizmet üretimi gerçekleştirdiği alanların çoğundan çekilmesi gerektiği ve asli görevlerine dönmesi yönünde görüşler dile getirilmeye başlanmıştır. Devletin asli görevlerine dönmesi demek adalet, iç ve dış güvenlik gibi hizmetleri kendisinin yapması; bunun dışında kalan hizmetlerin (eğitim, sağlık, ulaşım, enerji, telekomünikasyon vb.) ise piyasa koşullarında özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi demektir. Böyle bir yöntemin tercih edilmesinin nedeni devleti olabildiğince sınırlandırmak yani küçültmektir. Küçülen devletin daha etkin ve kaynaklarını daha verimli kullanacağı varsayılmaktadır. Devletin küçültülmesine etki eden faktörlerin başında küreselleşme olgusu ve neoliberalizm gelmektedir. Küreselleşme ile birlikte ulus devlet aşınmaya başlamış ve devletler arasında var olan sınırlar artık önemini yitirmiştir. Uluslararası sermaye başka ülkelere yatırım yapmaya ve oralardaki kar getirecek sektörlerle sahip olmayı hedeflemeye başlamıştır. Bu hedeflerini gerçekleştirmenin önündeki en büyük engel ise artık önemini yitirmeye başlayan Sosyal Refah Devletidir. Sosyal refah devletinin sahip olduğu ve kendisinin bizzat hizmet üretimi ve sunumunda bulunduğu alanlar sahip oldukları büyüklük ve kar yüzünden uluslararası sermayenin dikkatini çekmiştir.

Devlet hemen hemen bütün sektörleri elinde bulundurduğundan tekel konumundadır ve bu teklın kırılması gerekmektedir. İşte burada da sermayenin imdadına reform, yönetim vb.. uygulamalar adı altında neoliberal politikalar yetişmektedir. Sosyal Refah Devletin bertaraf edilmesi için bazı gerekçeler ileri sürülmektedir. Buradan hareketle, ekonomik alanda başat durumda olan devlet meydana gelen her krizde hedef gösterilmiştir. Personel sayısının fazlalığı, politize olmuş bürokrasi, ağır işleyen bir yapı ve hantallık gibi sorunlar öne sürülerek devlet eleştirilmiş ve işlevsiz olmakla suçlanmıştır. Bu tür sorunları ortadan kaldırmanın ya da en aza indirmenin yolu olarak “devletin küçültülmesi” fikri öne sürülmüştür. Devletin küçültülmesi veya yenedendizayn edilmesi amacıyla neoliberal politikalar değişik uygulamalarla ülkelere empoze edilmeye başlanmıştır.

Devletin küçültülmesi (kamu yönetiminde küçülme) ile kastedilen şey devletin tümüyle ortadan kaldırılması veya bütün alanlardan elini eteğini çekmesi değil; sahip olduğu yetkilerini ve kurumlarını piyasaya bırakmasıdır. Böylece devlet ekonomik bakımdan, personel sayısı bakımından ve örgütsel bakımdan bir küçülme yaşayacaktır. Devletin küçültülmesi ile hedeflenen, kamusal kaynakların daha etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi ve devletin karar alımında ve hizmet sunumunda daha etkin olmasıdır. Kamusal alanda küçülme dört temel alan üzerinden gerçekleştirilmektedir; ekonomik yönden devletin küçültülmesi, personel sayısı bakımından devletin küçültülmesi, sahip olduğu yetkiler bakımından devletin küçültülmesi ve örgütsel olarak devletin küçültülmesi.

Yukarıda saydığımız bu yöntemlerin tümünde başvurulan küçülme metodlarından birisi ve belki de en çok kullanılanı “özelleştirme” uygulamalarıdır. Özelleştirme dalgası 1980’li yılların sonunda ortaya çıkmış, Yeni Sağ politikalar, neoliberalizm vb.. aracılığıyla tüm Dünya’ya yayılmıştır. Özellikle Bretton Woods kurumları (IMF, DB) eliyle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere devletin başarısızlığı ve büyüklüğü öne sürülerek özelleştirme uygulamaları adeta dayatılmıştır. Özelleştirme yoluyla kamu, elindeki birçok kuruluşu özel sektöre devretmekte ve bu alanlardan çekilmektedir. Devletin çekildiği alanlarda ortaya çıkan rantın büyüklüğü hem ulusal hem de uluslararası sermayenin ilgisini bu alanlara yöneltmiştir. Devlet de özel sermayenin yöneldiği bu alanları onlar için daha cazip hale getirmek için çabalamaktadır. Devlet kamusal alanların birçoğundan çekildiğinde buraları tamamen özel sektöre veya STK’lara bırakmamıştır. Eski yönetim anlayışındaki herşeyi yapan devlet gitmiş yerine kamu kamu hizmeti anlayışının ve yeni yönetim yaklaşımlarının (YKY, Yeni Sağ vb..) gereği olarak piyasayı denetleme ve düzenleme görevini üstlenen devlet gelmiştir. (tekrar oku ve bir şeyler ekle)

Kamu yönetiminde küçülmenin ortaya çıkmasında özel örgütlerde uygulanan yönetim tekniklerinin etkisinin olduğu inkar edilemez bir gerçektir. Günümüzde değişen kamu yönetimi anlayışı ile birlikte özel yönetim ve organizasyon alanında kullanılan yöntem ve teknikler kamu yönetimi için de kullanılmaya/uygulanmaya başlanmıştır. Yalın yönetim, dış kaynak kullanımı, profesyonel yönetim, matris tipi örgütler, yönetim kademelerin azaltılması, sıfır hiyerarşi ve küçülme (downsizing) gibi uygulamalar bunlara örnek olarak gösterilebilir. Burada hemen şunu belirtelim

ki bu teknikler her zaman işe yaramış veya kamu kesimince kolayca kabul edilmiş değildir. Ayrıca bu yöntemlerin tamamının yapı ve işleyişi oldukça farklı olan kamu yönetimi alanında uygulanabilirliği de söz konusu değildir.

Türkiye’de küçülme veya küçülme benzeri uygulamalar uzun yıllardan beri devam etmektedir. 1980’lerden itibaren uluslararası konjonktüre paralel bir şekilde ülkemizde de devletin küçültülmesi politikaları uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye’de uygulanan küçülme politikaları 1980’ler ve sonrası iktidara gelen hemen her parti tarafından dile getirilmiş; bazı zamanlar hız kazanarak bazı zamanlar yavaşlayarak hep devam etmiştir ancak hiçbir zaman durmamıştır. Küçülme uygulamaları belki direkt olarak küçülme olarak adlandırılmamış, onun yerine farklı isimlerle dile getirilmiştir: Özelleştirme, dış kaynak kullanımı, hizmet alımı, kamu-özel ortaklığı vb.. gibi. Bu uygulamalardan hemen her kesim etkilenmiştir. Şüphesiz ki devletin küçültülmesi çalışmalarından en çok etkilenen veya hedef tahtasına oturtulan sosyal refah devleti anlayışıdır. Çünkü bu devlet formunda devlet dezavantajlı gruplara pozitif ayrımcılık yapmakta, birçok kamu hizmeti (eğitim, sağlık, güvenlik, ulaşım, bayındırlık vb..) devletin görevi sayıldığından kamunun uhdesinde yer almaktadır. Devlet bu hizmetleri sunarken doğal olarak kamusal kaynakları kullanmakta, bu durum da bütçeye aşırı mali yükler getirmekte ve bu yüzden eleştirilmektedir.

Birçok kamusal sektörde olduğu gibi sağlık sektörü de uygulanan bu küçülme politikalarından etkilenmiştir. Sağlık alanında küçülme sadece Türkiye’de değil birçok gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde uygulanmış ve uygulanmaktadır. Türkiye’de sağlıkta küçülmenin başladığı dönem 1980’lerin başıdır. Bu tarihten önce daha çok devletin sorumluluğu olarak görülen sağlık hizmetleri bu tarihten sonra artık devletin görevi olmaktan çıkarılmıştır. Türkiye’de sağlık alanında ciddi girişimler Cumhuriyet dönemi ile başlamıştır. Cumhuriyet öncesi dönemde de sağlık alanında bazı düzenlemeler mevcuttur ancak devletin kontrolünde ve ülkenin büyük bir bölümünü kapsayacak bir sağlık politikası 1920’ler ile başlamıştır diyebiliriz. İlk zamanlar bulaşıcı hastalıkları önleme ve halkın sağlık düzeyini yükseltme üzerine politikalar benimsenirken, çok partili hayata geçişle birlikte (1950’lerden sonra) önceden yerel yönetimlerin elinde olan sağlık kuruluşları kamunun uhdesine geçmiş yani devletleştirilmiş ve artık hasta ve hastalıkların tedavisi bir kamu hizmeti olarak

görülmeye başlanmıştır. 1960'lerden itibaren sosyal devlet uygulamaları başlamış ve sağlık hizmetleri devletin yapması gereken asli görevlerden biri olarak görülmüştür. Yine aynı dönemden itibaren sağlık Beş Yıllık Kalkınma Planlarında da yer almaya başlamıştır.

1980'li yıllar dünyada küreselleşme dalgasının da etkisiyle neoliberal politikaların hızla uygulamaya konulduğu yıllar olmuştur. Bu politikalar aracılığıyla devlet üstlendiği birçok görevi piyasaya bırakmaya başlamıştır. Devlet ve kamu hizmeti anlayışındaki bu dönüşüm ile birlikte devletin sağlık alanındaki ağırlığı da azaltılmaya çalışılmış ve bu yönde politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. 1961 Anayasası'nda devletin asli görevlerinden biri kabul edilen sağlık 1982 Anayasası'nda bir görev olmaktan çıkarılmış ve Sağlık Bakanlığı'nın görevi planlama ve denetleme olarak düzenlenmiştir. Bu tarihten sonra sağlıkta küçülme, özelleştirme vb.. uygulamalar hız kazanarak devam etmiştir. 1980 sonrası dönemde uygulanan sağlık politikalarının amacı sağlık sektörünün piyasaya açılmasını sağlamak ve özel sektörü ve alana çekmektir. Bir başka ifadeyle devlet için büyük mali yük olan sağlık özele devredilerek devlet ekonomik bakımdan ve personel sayısı bakımından küçültülmeye çalışılmaktadır. 1986 yılında *“Türkiye’de Sağlık Sektörü Araştırması”* ve ardından 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı *“Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”* ile başlayan sağlıkta özelleştirme günümüze kadar devam etmiş ve nihayetinde 2003 yılında uygulamaya konulan *“Sağlıkta Dönüşüm Programı”* ile zirveye ulaşmıştır.

Önce 58. Hükümet ve daha sonra devamı olan 59. Hükümetin ortaya koyduğu Acil Eylem Planı Türk Kamu Yönetiminde köklü değişiklikler getirmiştir. Bu plan dahilinde kamu yönetimi merkez ve taşra teşkilatıyla birlikte bir reforma tabi tutulmak istenmiş ve nelerin yapılacağı bu planda başlıklar ve maddeler halinde belirtilmiştir. Bu plana göre devlet üzerindeki yükü atarak yerele daha fazla yetki tanımayı düşünmekte ve kamusal alanlar piyasa açılmaya çalışılmaktadır. Bu planda bir başlık altında ele alınan konulardan biri de *“Sağlık”* olmuştur. Bu plan çerçevesinde 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. SDP Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği Modeli, Kamu Hastaneleri Birliği olmak üzere üç ayak üzerine oturmaktadır. Genel sağlık sigortası ile daha önce dağınık yapıda bulunan sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmıştır. Yine bundan

önce farklı kurumların elinde olan birçok sağlık kuruluşu SB'ye devredilmiştir. Özellikle bunlardan en önemlisi SSK'ya bağlı SSK hastanelerinin SB'ye devri olmuştur. SSK güvencesi altında olan hastalar da artık devlet hastanelerinden yararlanabilme ve istedikleri eczaneden ilaç alabilme hakkına kavuşmuşlardır. Aile Hekimliği Modeli ile eski sağlık ocağı sistemi sona ermiş ve yeni bir sağlık anlayışı ortaya çıkmıştır. 663 sayılı KHK ile de dönüşümün son ayağı olan Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuştur. Bu KHK ile hastaneler aslında birer işletme mantığıyla yönetilmek istenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, bürokrasinin azaltılması, hizmette etkinlik ve kaynakların etkin ve verimli kullanılması ve daha kaliteli hizmet sunma bu dönüşümün ana hedefleri arasında gösterilmiştir.

Kamu genel olarak büyüme eğilimindedir. Dünyanın neresinde olursa olsun devletler hacim ve yetki bakımından büyüktürler ve bu büyüklüklerinden de hiç şikayetçi değillerdir. Aynı sorun Türkiye için de geçerlidir. Osmanlıdan itibaren Türk Kamu Yönetiminde her daim merkezi bir yönetim anlayışı hakim olmuş ve iktidar olan hiç kimse veya hiçbir hükümet bu gücünü devretmek istememiştir. Bu açıdan değerlendirdiğimizde gerçek anlamda bir küçülmenin olduğunu söylemek gerçekten zor görünmektedir. Ancak 1980'li yıllardan itibaren iç ve dış etkenler – özellikle dış etkenler – aracılığıyla reform, yeniden yapılanma, dönüşüm gibi isimlerle devlet küçültülmeye çalışılmıştır. Bazı alanlarda başarılı da olunmuştur. Özellikle telekomünikasyon, enerji, çimento, alt yapı ve ulaşım hizmetlerinde özelleştirmeler yoluyla devlet küçültülmüştür. Bu alanlar özel sektöre devredilerek devlet bu alanlardan çekilmiş ve sadece denetleyen, politika üreten ve planlama yapan bir konuma gelmiştir. Yani müdahaleci yapıdan düzenleyici yapıya geçmiştir. Ancak devletin bu alanlardan çekilmiş olması demek onun tamamen elini eteğini çekmesi demek değildir. Devlet başka kurumlar aracılığıyla denetleme ve düzenleme görevini üstlenmiştir.

Sağlık hizmetleri açısından değerlendirdiğimizde Türkiye'de sağlığın özelleştirilmesi ve dolayısıyla küçültülmesi çalışmaları uzun soluklu ve geniş bir zaman dilimine yayılarak gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Kamu hastanelerinin özel sektöre devri yerine daha çok özel sektörün önündeki engeller kaldırılarak ve bu alana yatırımı teşvik edilerek sağlıkta küçülmeye çalışılmıştır. Bunların yanında daha yaygın bir biçimde dış kaynak kullanımı yoluyla sağlık alanındaki hizmetlerin çoğu özel

sektörden tedarik edilmektedir. Yine kurulan döner sermaye ve bunun gelirleri ile birlikte hastaneler direkt olarak merkezi bütçeden değil kendi gelirleri yoluyla ayakta kalmaları beklenmektedir. Durum böyle olunca da hastaneler ayakta kalabilmek için ve daha fazla gelir elde edilmek için özel hastaneler ile rekabet etme eğilimine girmişlerdir. Hastaneler birer işletme mantığıyla yönetilmeye ve hastalar birer müşteri olarak görülmeye başlanmıştır. İşte tam bu süreçte kalite olgusu ön plana çıkmış ve daha az maliyet ve daha çok kârla daha kaliteli hizmet verme anlayışı egemen olmaya başlamıştır. Kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilerek hem özel hastanelerde hem de kamu hastanelerinde hasta/müşteri memnuniyeti sağlanmaya çalışılmaktadır.

Tezimizin uygulama kısmını oluşturan anket çalışması Muğla ilinde üç farklı bölgede hizmet veren kamu hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın çıkış noktası 2003 yılından itibaren uygulanan sağıkta dönüşümün ve bu çerçevede gerçekleştirilen reformların – biz küçülme ya da küçülmenin bir boyutu olarak da değerlendiriyoruz – sağık hizmetleri kalitesini ne yönde etkilediğidir. Bunun için 398 hastaya iki bölümden oluşan bir anket uygulanmış ve elde edilen veriler SPSS 25 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmamızda kullanılan hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının güvenilir oldukları yapılan testlerle kanıtlanmıştır. Hizmet kalitesi ölçeği 0.921 gibi oranla oldukça yüksek güvenilirliktedir. Çalışmamıza katılan hastaların demografik özellikler bakımından da homojen dağılım gösterdikleri görülmektedir. Çalışmamıza katılmayı kabul edip anketimizi cevaplayan katılımcıların % 31.7'si Fethiye'de, % 50.3'ü Muğla'da, % 18.1'i Ortaca'dadır. Katılımcıların yaklaşık olarak % 52'si kadın, % 39'u 50 yaş ve üstü, % 76'si evli, % 39'u ilköğretim mezunu, % 23'ü emekli ve % 30'u diğer meslek gruplarındandır. Yine aylık gelir açısından baktığımızda % 29'u 1500-3000 TL arasında gelir bandındadır. Ankete katılanların % 63'ü anket uygulanan hastaneye en az 6 ve üstü sayıda geldiklerini beyan etmişlerdir. Yine aynı şekilde katılımcıların büyük oranı 6 yıl ve üzeriyani bölgede (anket uygulanan bölgede) yaşamaktadırlar.

Kurduğumuz hipotezleri farklı demografik değişkenler açısından test ettiğimizde şu sonuçlara ulaşılmıştır: Çalışmamıza katılıp anket sorularımızı cevaplayan katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve bunun alt boyutlarının cinsiyete göre Hizmet Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından fiziksel özellikler hariç istatistiksel açıdan anlamlı

bir farklılık göstermediği görülmüştür. Katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının demografik özelliklerden yaş durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere F Testi (One Way Anova) uygulanmış ve yaş ile hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle yaşı 50 ve üzeri olan grubun hizmet diğer gruplara göre daha yüksek çıktığı görülmüştür. Buradan şunu ifade edebiliriz ki hastaların yaşı ilerledikçe hem kaliteden beklentileri düşmekte yani küçük şeylerden de memnun olabilmektedirler. Yine bu çalışmamızda 50 yaş ve üzeri hastaların kalite algılarının yüksek, 35 yaş altı olanların ise düşük olmasının bir nedeni de yaşlı katılımcıların SDP öncesi dönemi ve o dönemde sağlık alanında yaşanan sıkıntıları daha iyi bilmelerinden ve hatta bizzat o sıkıntıları yaşamış olmalarından ileri gelmektedir.

Katılımcıların hizmet kalitesi algılarının medeni duruma göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere bağımsız örneklem t testi uygulanmış ve fiziksel özellikler hariç diğer tüm alt boyutlarda farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buradan da evli olanların kalite algısı bekar olanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların eğitim durumu açısından hizmet kalitesi algısının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere F testi uygulanmıştır. Katılımcıların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Anket sorularımızı cevaplayan hastaların hizmet kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının mesleğe göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere F testi uygulanmış ve meslek türü ile HKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Aylık gelir göre bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek üzere yapılan teste ise katılımcıların aylık gelirlerine göre HKÖ ve alt boyutlarından güvence alt boyutu hariç diğer boyutların istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göz attığımızda aylık gelir durumu düşük olan grubun kalite algısı diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu durumu düşük gelirli olan hastaların kalite beklentileri gelir durumu yüksek olan gruba kıyasla daha düşüktür şeklinde ifade edebiliriz.

Bunlara ilave olarak katılımcıların HKÖ ve alt boyutlarının hastaneden aldığı hizmetten memnun olma durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan F testine göre anket sorularımızı cevaplayan hastaların hizmet aldıkları hastaneden memnun olma durumu ile HKÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir

farlılık olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğu (321 kişi-% 81) hastanelerden aldıkları hizmetten memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum da çalışmamızda savunduğumuz SDP sonrası oluşan yeni yapı ve anlayışın hizmet kalitesini ve dolayısıyla müşteri/hasta memnuniyetini arttırdığı tezimizi doğrular niteliktedir. Ayrıca katılımcıların % 81'i yani 323 kişi (katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum) hizmet aldığı hastaneyi başkalarına tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Son olarak ifade etmek istediğimiz bir başka husus da 2003 yılından itibaren uygulamaya konulan SDP'nin hizmet kalitesini arttırdığı ve bu tarihten önce sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin daha düşük olduğudur. Anketimizde hastalara 2005 öncesine göre sağlık hizmetlerinin kalitesinin daha iyi olduğu görüşünü yönelttik ve katılımcıların büyük çoğunluğu (329 kişi-% 83) bu görüşe katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum şeklinde fikir beyan etmişlerdir.

Ancak katılımcılar tarafından olumsuz olarak görülen veya daha düşük şekilde puanlanan bazı hizmetler vardır. Özellikle fiziksel özellikler alt boyutu, anket çalışmamızda en düşük puanı alan bölüm olmuştur. Fiziksel özellikler alt boyutunda en düşük puanı alan birkaç madde vardır: Yemekler, park alanları, hastanenin iç ve dış görünüşü ve tuvaletler. Özellikle otopark alanlarının yetersizliği en çok şikayet konusu olan maddedir. Hastaların büyük çoğunluğu yeterli araç park yerinin olmadığından şikayet etmektedirler. Bu husus anket uygulanan bütün hastanelerde en çok şikayet edilen husustur. Katılımcılardan en düşük puanı alan bir diğer maddede tuvaletlerin temizliği ile ilgili olan maddedir. Bu madde de en çok şikayet konusu olan maddedir. Yemekler konusunda ise kararsız olanların sayısı oldukça fazladır ve puan düşüklüğü de buradan kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni ise anketimiz sadece yatan hastalara değil ayakta tedavi gören hastalara da uygulanmıştır. Ayaktan tedavi gören yani hastaneleri gününbirlik olarak kullanan hastalar yemek hizmeti almadıkları için olumlu veya olumsuz fikir beyan etmemişlerdir.

Bu verilerden hareketle hastane yöneticilerinin dikkat etmesi ya da üzerine yoğunlaşması gereken bazı alanlar vardır. İlk olarak otopark sorununun çözülmesi gerekmektedir. Gerçi bu konunun hastane yapımı planlanırken göz önüne alınması ve planlarda yer alması gerekmektedir. Özellikle kapalı otopark yeterli arazini olmadığı durumlarda bir çözüm olabilir diye düşünmekteyiz. Elbette ki bu sorunun tamamen çözülmesini beklemiyoruz. Çünkü araç sayısı gün geçtikçe artmakta ve yerel

yönetimlerde yeterli toplu taşıma sisteminin oluşturulamamış olması gibi hususlar bu sorunu tetiklemektedir. Ayrıca tuvaletlerin temizliği konusunda daha fazla özenli davranmak gerekmektedir. Tuvaletlerin kontrolü daha sık yapılarak ve daha sık temizlenerek bu konudaki şikayetleri en aza indirmede yardımcı olabilir kanısındayız.

Kısaca özetleyecek olursak Sağlık Bakanlığı 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşü başlatmış ve yeni bir yapılanmaya gitmiştir. Bu yeniden yapılanma ile SSK hastaneleri ile devlet hastaneleri birleştirilmiş, dağınık vaziyette olan sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmış, vatandaşların özel sağlık kuruluşlarından hizmet almaları kolaylaştırılmıştır. Aile hekimliği modeli getirilmiş ve 663 sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Birliği kurularak hastaneler birer işletme mantığıyla yönetilmeye başlanmıştır. Birçok hizmet dış kaynak kullanımı ile sağlanılmaya başlanmıştır. Bütün bunlar ve bu yeniden yapılanmayı çalışmamızda örgütsel küçülme çalışmaları olarak ele aldık ve bu yöndeki girişimleri anlatmaya çalıştık. Sonuç olarak sağlık alanında tam anlamıyla küçülme sağlanamamış olsa da bu yönde ciddi adımlar atılmış ve SB küçültülmeye başlanmıştır. Personel kadrolu olarak (daimi statüde) değil de sözleşmeli statüde temin edilmeye başlanmıştır. Özel sağlık kuruluşlarının önündeki engeller kaldırılarak ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması teşvik edilerek devlet üzerindeki yükü atmaya çalışmaktadır. Kamu özel Ortaklığı Modeli, Dış Kaynak Kullanımı, Katılım payı uygulaması ile cepten yapılan sağlık harcamaları arttırılarak devlet ekonomik yönden küçülmeye çalışmaktadır. Bakanlık bu yola çıkarken amacını daha az maliyetle daha etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunma olarak belirtmiştir. Hizmet kalitesini ölçmek için yapılan çalışmalar göstermiştir ki SDP sonrası sağlık hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti artmıştır.

KAYNAKLAR

Acar, F. (2008), Turgut Özal. (Z. Bilgin, Çev.). Heper ve Sayarı (Ed.). *Türkiye’de Liderler ve Demokrasi* (ss. 185-205). İstanbul:Kitap Yayınevi

Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (3), s.25-51.

Agwu, E .M, Carter, A. L ve Murray, P.J. (2014, April). Downsizing as a Strategic Tool for Effective Organizational Management: A Case Study of Nigerian Banks. *International Journal of Research in Management, Science&Technology* (E-ISSN: 2321-3264), 2(1), s.1-9

Akbulut, Y., Terekli, G. ve Yıldırım, T. (2012). Türkiye’deki Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı: Sistematik Bir analiz. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(2), s.25-33.

Akçay, Ü. ve Türkay, M. (2006). Neoliberalizm’den Kalkınmacı Yaklaşım; Devletin Sermaye Birikimi Sürecindeki Yeri Üzerine. Ülman ve Akça (Ed.), *İktisat, Siyaset, Devlet Üzerine Yazılar* (s.49-66). İstanbul: Bağlam Yayınları.

Akçe, K. (2005). Kriz Sürecindeki İşletmelerde Örgütsel Küçülme (Downsizing) Uygulamaları ve Kayseri İlinde Bir Araştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *EÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Kayseri, s.17-99

Akdağ, R. (2008). İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003.(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratras_iacilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf, E. Tarihi: 07.01.2017).

Akdağ, R. (2008). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002-2008*. Ankara: SB Yayın no: 770

Akdiş, M. (1994). Dünya’da Özelleştirme Uygulamaları ve Türkiye’de 5 Nisan Kararları Sonrası Beklenen Gelişmeler. *Maliye Yazıları Dergisi*, 43, s.12-35

Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye ’nin Birliğe Uyumunu*. Ankara: AÜ Basım Evi

Akdur, R. (1999). Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim, *Bilanço*, 1923-1938, Ankara: Ayrı Basım

Akgün S, Kısa A, ve Günsoy G. (1999). Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu Sözlü Bildiri*, 15(4).

Akıncı, F. (2002). Privatization in Health Care: Theoretical Considerations And Real Outcomes. *Journal of Economics and Economic Education Research*, 3(2), s.62-86

Akkuş, Y. (2016). Tarihsel Süreçte Türkiye'nin Sağlık Politikaları ve Planlamaları. *Sağlık Planlaması*. Erzurum:AÜ AÖF Yayını

Aksoy, M., Alkan, A. ve İşli, F. (2015). Sağlık Bakanlığı'nın Akılcı İlaç Kullanımını Yaygınlaştırma Faaliyetleri. *Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni*, 2(9), s.1-17.

Aksoy, A.Ş. (2012). Yeni Sağ ve Devletin Değişimi. Aykaç, Durgun ve Yayman. (Ed.). *Türkiye'de Kamu Yönetimi* (ss.577-594). Ankara: Nobel Yayın

Aksoy, Ş. (2003). Yeni Sağ ve Devletin Değişimi. Aykaç, Durgun ve Yayman (Ed.). *Türkiye'de Kamu Yönetimi*. Ankara: Yargı Yayınevi

Aksoy, A. Ş. (1998, Ocak). Yeni Sağ, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım. *Çağdaş Yerel Yönetimler* 7(1).

Aksoy, Ş.(1995). Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi. *Kamu Yönetimi Sempozyum Bildirileri*, 2. Cilt, Ankara:TODAİE.s. 159-173.

Aktan, C. C. (2005). *Yeni Bir Siyasal Sistem Arayışı: Demokrasi, Poliarşi, Demarşi*. Konya; Çizgi Yayınevi.

Aktan, C. C. (1999). *Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete*. Ankara:Yeni Türkiye Yayınları.

Aktan, C. C. (1995). *21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Devlet Modeline: Optimal Devlet, Kamu Ekonomisinin ve Yönetiminin Yeniden Yapılanması ve Küçültülmesine Yönelik Öneriler*. İstanbul:TÜSİAD Yayınları.

- Aktel M., Altan Y., Kerman U. ve Eke E. (2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerine Bir Analiz. *AKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), s.33-62
- Akyay, N. (1982). Osmanlı İmparatorluğu’nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar, Ankara:Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını
- Akyürek, Ç. E. (2013). Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(2), s.1-23.
- Al, H. (2002). Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, SÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Sakarya, s.105-113
- Allahverdiyev, A. (2015). Türkiye’de Yeni Sağ Politikalar, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, NÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Niğde, s.10
- Allan, P. (1997). Minimizing Employee Lay offs While Downsizing: Employer Practices That Work. *International Journal of Manpower*, 18(7), s.576-596.
- Altunışık, R., Çoşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık
- Alp, S. (2009, Ocak-Haziran). Refah Devleti Düşüncesinin Gelişimi ve Bir Liberal Alternatif Olarak Üçüncü Sektör. *Maliye Dergisi*, 156, s. 265-279
- Amin, S. (2009). Dünya Yoksulluğu, Yoksullaşma ve Sermaye Birikimi. *Mülkiye Dergisi*,33(262), s.90-97
- Appelbaum, S. H., Close, T. G. ve Klasa, S. (1999). Downsizing: An Examination Of Some Successes and More Failures. *Management Decision*, 37(5), s.424-437.
- Appelbaum, S. H., Everard, A. ve Hung, T. S. (1999). Strategic Downsizing: Critical Success Factors. *Management Decision*, 37(7), 535-552.
- Appelbaum, H., Steven, Suzanne, Lavigne-Schmit, Mihail Peytchevand Barbara Shapiro, (1999). Downsizing: Measuring the Costs of Failure. *Journal of Management*,15(5), s.436-463.
- Appelbaum S. H., Delage C., Labib N. ve Gault G. (1997). The Survivor Syndrome: Aftermath of Downsizing. *Carrer Development International*, 2(6), s.278-286.

- Arslan, G. (2015). Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği ve Kalitesi Açısından Sağlıkta Dönüşüm, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, CÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas, s.55-61
- Arslan, N. T. (2010). Klasik-Neo Klasik Dönüşüm Süreci: Yeni Kamu Yönetimi. *Cumhuriyet Üni. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 11(2), s.21-38.
- Arslan, T. N. ve Arslan, E. (2010). *Yeni Kamu Yönetimi ve Üst Kurullar*. Bursa: Alfa Aktüel Yayınları
- Arslan, H. B. (2005). İnsan Kaynakları Bölümünün Örgütsel Küçülme Sürecindeki Rolü. *Mercek Dergisi*, 7, s.97-101.
- Arslan, H. B. (2004). Örgütsel Küçülme, Yeniden Yerleştirme Destek Danışmanlığı ve Türkiye Uygulaması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, AÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, s.2-101
- Asunakutlu, T. (2007, Mart). Sağlık Hizmetlerinde Kalite, www.canaktan.or/politika/kamudakalite/asuna.pdf
- Ataay, F. (2018). Türkiye Sağlık Sektöründe Yeni Bir Model: Şehir Hastaneleri ve Kamu-Özel Ortaklığı. Şahin ve Köleoğlu (Ed.), *Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları* (ss. 127-141). Ankara: Rating Academy Yayınları.
- Ataay, F. (2007). *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*. Ankara:Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Ataman G. (2001). *İşletme Yönetimi-Temel Kavramlar ve Yeni Yaklaşımlar*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002-2013 Dönemi*, Ankara: SB Yayınları.
- Atwood, J. ve diğ., (1998). Downsizing. (C. Çelik, Çev.), *Human Resources*, 4, s: 46-57.
- Atwood, J., Coke, E., Christine, C. ve Kendra, L. (1995). *Has Downsizing Gone Too Far?* University of North Florida.

- Avıalan M. B. (2004). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirilmesi Bir Asker Hastanesinde Örnek Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, GÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, s.40
- Aydın, E. (2004).19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, s.185-207
- Aydın, M. K. (2003). Sermayenin Küreselleşmesi. Kapitalizmin Altın Döneminden Neoliberal Dalgaya Uzanan Süreç, Birinci Baskı, İstanbul, Değişim Yayınları.
- Aydın, E. (1997). Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi. *Toplum ve Hekim*, 12(80), s.21-44
- Aydınlı, H. İ. (2003). 1980 Sonrası Türk Belediye Sisteminde Yeni Liberal ve Desentralist Eğilimler. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5, s. 73-86
- Aykır, E.(2014). 2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, BÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, s.31-41
- Aykaç, B. (1995). Türkiye’de Kamu Yönetimi Öğretiminin Gelişimi. *Kamu Yönetimi Disiplin Sempozyumu Bildirileri*, 2. Cilt, TODAİE
- Bağırhan, T.(2007). Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, DEÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir, s.27
- Balcı, A. (2005). Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar ve Kamu Hizmet Sunumuna Etkileri. Aktan ve Saran (Ed.) *Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite*. İstanbul: Hizmet-İş Sendikası Yayınları.
- Balcı, A. (2005). *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*. Ankara: Nobel Yayın.
- Bali, M. (2006). İşletmelerde Yeniden Yapılanma Yöntemi İle Küçülme ve Küçülmenin İnsan Kaynakları Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, KDÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Kütahya, s.2-4
- Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), s.231-274

- Baltacı, C. (2004). Yeni Sağ Üzerine Bir Eleştiri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(2), s.359-373.
- Bayraktaroğlu, S. ve Kutanis Özer, R. (2002).Öğrenen Kamu Örgütlerine Doğru. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), s.51-65.
- Barlow, M. (2002). *Profit is not the cure: A call to citizen's action to save medicare*. [Electronic Version] Retrieved November 5, 2005
- Barry, N. (1989). *Yeni Sağ* (C. Aykan, Çev.). Ankara:Tisamat
- Baysuğ, İ. (2017, Ekim). Anayasal İktisat ve Türkiye Ekonomisinde Anayasal İktisadın Uygulanabilirliği İle İlgili Bir Değerlendirme. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, ICPESS Özel Sayısı, 5(5), s.89-97.
- Beaumont, Philip B. ve Harris, I. D. R. (2002). Examining White-Collar Downsizing As A Cause Of Change in The Psychological Contract – Some Uk Evidence. *Employee Relations*, 24(2), s.378-388.
- Bedirhanoglu, P. ve Angin, M. (2001). AKP Döneminde Büyükçaplı Özelleştirmeler ve Devletin Dönüşümü. *Praksis*, 30-31, s.77-98
- Bedük, A. (2005). *Modern Yönetim Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitabevi
- Belek, İ. (2004). Sağlıkta Özelleştirme. *Ölçü Dergisi*.
- Belsey, A. (1986). The Political Economy of Freedom. Levitas (Ed.), *The Ideology of the New Right* (ss.24-54).Oxford Polity Press
- Beriş, H. E. (2002). Çağdaş Liberalizme Farklı Yönelimler: John Rawls ve Robert Nozick. *Liberal Düşünce*, 7(28)
- Berksoy, T. (1995), Türkiye Ekonomisinde Değişim ve Kriz 24 Ocak 1980'den 1994'e,93-94 Petrol-İş.
- Beylerian M. ve Kleiner B.H. (2003). Planning For a Leaner, Fitter Company. *Management Development Review*, 10, s.9-11
- Beylik, U. , Kayral, İ. H ve Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. *Sağlık Akademisyenleri Derneği*, 2(4),s.183-189.

- Bilgiç, V. (2013). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı. Balcı, Nohutçu, Öztürk ve Çoşkun. (Eds.), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar* (Gözden geçirilmiş 3. Baskı). (ss.27-46). Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Bilkay, M. A.(2016). Devletin Küçültülmesi Kapsamında Anayasal İktisat Kuramı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *NÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Niğde, s.116-219
- Bloch, B. (1999). Globalisation and Downsizing in German. *Management*. 2(3), s.287-303
- Bostan, S. (2009). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), Yayımlanmamış Doktora Tezi, *KTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Trabzon, s.27
- Boshoff, C. ve Gray, B. (2004).The Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Buying Intentions in the Private Hospital Industry. *SouthAfrican Business Management*, 35(4), s.27-38.
- Bozdemir, E. ve Öcel, Y. (2016). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet Minimizasyonu Açısından Analizi: Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Manyetik Rezonans (MR) Cihazı Örneği. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Eylül,20 (3)*, s.1051-1070
- Bozdoğan, R. (2005). Sürdürülebilir Gelişme Düşüncesinin Tarihsel Arka Planı, *Sosyal Siyaset Konferansı Dergisi*, Sayı: 50. <http://www.journals,istanbul,edu,trt/iuskd/article/view/1023000277>.
- Böhlke, N., Greer, I. ve Schulten, T. (2011). World Champions in Hospital Privatisation: The Effects of Neoliberal Reform on German Employees and Patients. <https://core.ac.uk/download/pdf/144989994.pdf> E. Tarihi: 14.02.2019).
- Budros, A. (2000).Organizational Types and Organizational Innovation: Downsizing Among Industrial, Financial, and Utility Firms. *Sociological Forum*, 15(2), s.273-306.
- Budros, A. (1999). A Conceptual Framework For Analyzing Why Organizations Downsize. *Organization Science*, 10(1), s.183-188.

- Buchanan, James M. (1999). *The Logical Foundations Of Constitutional Liberty, The Collected Works of James M. Buchanan, Volume 1*, Indianapolis: Liberty Fund
- Bulut, A. (2007). Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi. Keyder vd., (Ed), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (ss. 111-125). İstanbul: İletişim.
- Buren, Van III., H. J. (1996). Layoff Ligo: Corporations Sugar Coat Mass Firings. *Business and Society Review*, 95, s.49-51.
- Burke, Ronald J. ve Grenglass, Esther R. (2000). *Organizational Restructring: Identify Effective Hospital Downsizing Processes*. U.K.:Blackwell Publisher Ltd.
- Büte, M. (2005). Örgütsel Küçülmenin Olumsuz Etkilerini Giderme Hizmetleri ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama, Yayımlanmamış Doktora Tezi, AÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Erzurum, s.11-13
- Büyükses, Y. (2012). 1980 Sonrası Türkiye'deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm, Yayımlanmamış Y. Lisans Tezi, SDÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Isparta, s.101
- Cameron, K.S., Freeman, S.J. ve Mishra, A.K. (1991). Best Practices İn White-Collar Downsizing: Managing Contradictions. *Academy Of Management Executive*, 5(3), s.57-73.
- Cameron, K.S, Freeman, S.J ve Mishra, A.K (1993), Downsizing and Redesigning Organizations. Huber ve Glick (Ed.), *Organizational Change and Redesign* (ss.16-65). NewYork/Oxford:Oxford University Press
- Cameron, K. S. (1994). Strategies for Succesful Organizational Downsizing. *Human Resource Management*, 33 (2), s.189-211.
- Carswell, P. (2002), Organisational Downsizing: Gain From The Pain? *University of Auckland Business Review*, 4 (1), s.2-13.
- Cascio, W.F.,Young, C.E. ve Morris, J.R. (1997). Financial consequences of employment-changedecisions in major US corporations. *The Academy of Management Journal*, 40(5), s.1175-1189.
- Cascio, W. (1993). Downsizing? What do we know? What have we learned? *Academy of Management Executive*, s.95-104.

- Chan Y. H. (2003). Series of 16 Articles on Basic Statistics For Doctors. *Singapore Med J.* 44(6), s. 280-85
- Chow, G. C. (2007). *China's Economic Transformation*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Clason, D. L. ve Dormody, T. J. (1994). Analyzing Data Measured By Individual Likert-type Items. *Journal of Agricultural Education*, 35(4), s.31-35.
- Cole, R. E. (1995). *The Death and Life of the American Quality Movement*. NewYork:Oxford University Press.
- Coşkun, B. ve Nohutçu, A. (2005). Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kuramsal-Tarihsel Perspektif, Genel Değerlendirme ve Saptamalar. Nohutçu ve Balcı (Ed.), *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I* (ss.1-36). İstanbul: Beta Basım Yayım
- Coşkun, B. (2005). Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Tarihsel Geçmiş ve Genel Bir Değerlendirme. *Türk İdare Dergisi*, 448, s.13-47.
- Coşkun, R. (2002). Stratejik Bir Karar Olarak Küçülme (Downsizing). Dalay (Ed), *Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları*. 1.Basım. İstanbul: Beta Yayınları.
- Covin, T. J. (1993). Managing Workforce Reduction: A Survey of Employee Reactions & implications For Management Consultants. *Organizaiton Development Journal*,11(1), s. 67-76
- Cronin, J. J. ve Taylor, A. S. (1992). Measuring Service Quality: A Re-examination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), s.55-68
- Çağlar, E. ve Acar, O. (2013). *10. Beş Yıllık Kalkınma Planı Hakkında Bir Değerlendirme*. Ankara: TEPAV, s.1-28
- Çağlıyan V. (2017). Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. *Selçuk üniversitesi SBE Dergisi*, 37, s.254-264
- Çakıroğlu, O. Ç ve Seren Harmancı, A. K. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), s.37-43
- Çamcı, M. (2007). *Sağlık Yönetimi*, Yayımlanmamış Y. Lisans Tezi, MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, s.250

- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), s.48-57
- Çelikyay H. (2014, Temmuz). Değişen Kent Yönetimi ve 6360 Sayılı Büyükşehir Yasası. *Analiz 101*, s.1-24.
- Çetinkaya, Ö.(2001). *Türkiye’de Devlet İşletmeciliği ve Özelleştirme*. Bursa: Ekin Kitapevi
- Çiçeklioğlu, M. (2011). Türkiye’de Sağlık Reformları. *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı*, 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara
- Çirpici, E. (2015). *Sağlıkta Dönüşüm Çıkmazı*. Ankara: Gece Kitaplığı
- Çoban, A. R. (2003). Kamu Tercih Teorisi. Acar ve Özgür (Ed.), *Çağdaş Kamu Yönetimi*.(ss.75-97). Ankara: Nobel Yayıncılık
- Çoruh M. (1994). *Sağlık Sektöründe TKY'nin Yeri*. Ankara:Haberal Eğitim Vakfı.
- Çukurova, Z. Vd. (Eds.) (2014). *Kamu Hastane Birlikleri Raporu*, Ankara:SB Yayını
- Dahl, S. ve Esheim, T. (1998). Downsizing Strategies and Institutional Environments. *Scandinavian Journal of Management*, 14(3), s.239-257.
- Dalay İ. (2003). *Yönetim ve Örgüt: İlkeler, Teoriler ve Stratejiler*. Adapazarı: Sakarya Üniversitesi Yayınları, Yayın No 43
- Dalyan, F. (2013). Organizasyonel Küçülme Stratejisi (Downsizing) ve Etiğe Uygun Sonuçların Elde Edilmesine Yönelik Alternatif Strateji Önerileri. *Büyüteç*, Ankara: Ankara Sanayi Odası Yayın Organı, s.59-69
- Dede, E. M. (2010). Anayasal İktisat Perspektifinden Maliye Politikası Kuralları ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Uygulamanın İncelenmesi, *T.C. Maliye Bakanlığı, Strateji Geliştirme Bakanlığı, Mesleki Yeterlilik Tezi*
- Deming, W.E. (1996). *Krizden Çıkış*. (C. Akaş, Çev.). İstanbul: Arçelik AŞ.
- Demirbilek, S. ve Çolak, M. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği, *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, s.91-111.

- Demirbilek S. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Yayını.
- De Meuse, K. P., Thomas J. B. ve Paul A. V. (1997). Corporate Downsizing Separating Myth From Fact. *Journal of Management Inquiry*, 6 (2), s.168-176.
- De Meuse, K. P., Vanderheiden, P. A. ve Bergmann, T. J. (1994). Announced Layoffs: Their Effect On Corporate Financial Performance. *Human Resource Management*, 33(4), s.509-530
- Dervişoğlu, A. (2013). Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *KÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Karabük, s.51-112
- Devebakan N. ve Aksaraylı M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi SBE Dergisi*, 5(1), s.38-54
- De Witt, R. L. (1998). *Firm, Industry, And Strategy Influences On Choice Of Downsizing*
- Dinçer, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Dirican, R. ve Bilgel, N. (1993). *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*. Bursa:Uludağ Üniversitesi Basımevi
- Doğan, K. C. (2016). Küreselleşme ve Neo-Liberal Kuşaklar Çerçevesinde Devleti Konumlandırma Sorunsalı: “Minimal Devlet’ten Düzenleyici Devlet’e”. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), s. 1795-1803.
- Doğan, Y. (1993). *Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve Özelleştirme*. İzmir:Fakülteler Kitapevi
- Doğan, M. (1985). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*. İzmir: Anadolu Matbaacılık.
- Dodgson, J. (1993). Özelleştirme. (Z. Bilgin, Çev.), Saybaşılı (Ed.), *Liberalizm, Refah Devleti, Eleştiriler*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık
- Dolan, S., Belout, A. ve Balkin, D.B. (2000). Downsizing Without Downgrading: Learning How Firms Manage Their Survivors. *International Journal of Manpower*, 2(1), s.34-46.

- Drucker P.F. (1994). *Gelecek İçin Yönetim-1990'lar ve Sonrası*. 2. Baskı. (F. Üçcan Çev.). Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Drucker, P. (1991). *Yeni Gerçekler*. (B. Karanakçı Çev.). Ankara: İş Bankası Yay.
- Dubiel, H. (1998). *Yeni Muhafazakârlık Nedir?* İstanbul: İletişim Yayınları.
- Dubrin, J. A. (1996). *Reengineering Survival Guide*. New York: Thomson Executive Press.
- Dura, Y. C. (2006). Kamu Tercihi Teorisinde Kamusal Etkinlik Problemi. *Türk İdare Dergisi*, 451, s.107-115.
- Durukan, B. ve İkiz, A. K. (2007). Denetim Kalitesi, Kalite ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve. *Mali Çözüm*, 82, s.29-56.
- Düren Z. (2005). *2000'li Yıllarda Yönetim*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Ecerkale K., ve Kovancı A. (2005). İnsan Kaynaklarında Dış Kaynak Kullanımı. *Havacılık ve Uzay Teknolojileri Dergisi*, 2 (2), s.69-75
- Edvardsson B. (1998). Service Quality Improvement. *Managing Service Quality*, 18(2), s. 142-149
- Efil, İ. (2006). *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon* (Genişletilmiş 8. Baskı). İstanbul:Alfa Yayınları
- Eke, E. (2014). Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, *SDÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Isparta, s.91-107
- Ekenler, Ş. ve Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), s.44-55
- Eker, A.Y. (2007). Kamu Özel Sektör Ortaklıkları. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2 (25),
- Elbek, O. ve Adaş, E.B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), s.33-43
- Elmuti, D., Kathawala, Y. ve Monippallil, M. (1998). Outsourcing to Gain A Competitive Advantage. *Industrial Management, Norcross*, 40 (3), s.20-25.

- Emre, C. (2002). Değişen Kamu Yönetimi Anlayışı ve Mülki İdare Amirliğinin Geleceği. *İyi Yönetim Arayışında Türkiye’de Mülki İdarenin Geleceği*, Emre (Ed.), (ss.301-308). Ankara: TİAV,
- Ercan, M. ve Oniş, Z. (2001). Turkish Privatization: Institutions and Dilemmas. *Turkish Studies*, 2 (1), s.109-34.
- Erdoğan, H. (2012). Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *BÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, s.115
- Erdoğan, M.S. ve Ekuklu, G. (1994, Kasım). Almanya Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 9(64-65), s.64-75
- Eren, N. ve Tanrıtanır, N. (1998). *Cumhuriyet ve Sağlık*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları
- Eriş, H. (2017). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yöneticilerin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 3 (2), s.175-187.
- Erdil O. ve Baydar M. (2007). Ürün Özelliklerinin Seçimi: İleri Teknoloji Ürün Pazarında Tüketici İhtiyaçları ve Üretici Kalite Geliştirme Harcamalarının Eşzamanlı Optimizasyonu. *ZKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (5), s.21-35
- Erdoğan, M. (2001, Yaz). Robert Nozick’in Ardından veya Bireylerin Hakları Vardır. *Liberal Düşünce*, s.99-103.
- Eren, V. (2001). YKY Anlayışı (Büyükşehir ve İl Belediyeleri Üzerinde Bir Araştırma), Yayınlanmamış Doktora Tezi, *SÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Sakarya., s.130
- Ergin, G. (2003). Hastanelerde Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Değerlendirmeleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.
- Ergun, T. (1997). Post-Modernizm ve Kamu Yönetimi. *Amme İdaresi Dergisi*, 30(4), s.3-16.

- Ergün, Z. (2015). Algılanan Hizmet Kalitesinin Kurumsal İtibara Etkileri: Konya İlinde Faaliyet Gösteren Hastanelerde Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Yayımlanmamış Doktora Tezi, *SÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Konya, s.96-103
- Eroğlu, Ö. (1999, Güz). Devletin Büyümesi ve Ekonomik Sonuçları. *SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4, s.33-46
- Ersoy, U. (2002). Türkiye Örneğinde Yeni Sağ: Anavatan Partisi Üzerine Bir İnceleme, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Ankara, s.12
- Ersöz, D. (2010). Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *BÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Balıkesir, s.83
- Eryılmaz, B. (2015), *Kamu Yönetimi*, 4. Baskı, Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Eryılmaz, B. (2010). *Kamu Yönetim*. 3. Baskı, Ankara: Okutman Yayınları.
- Espahbodi, R. (2000). The Effects of Downsizing on Operating Performance. *Review of Quantitative Finance and Accounting*, 15, s.108.
- Esping - Andersen G. (1996), After the Golden Age Welfare State Dilemmas in a Global Economy. Welfare States in Transition. *National Adaptations in Global Economies*, Thousand Oaks, London.
- Etiler, N. (2014). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 42, s.2-11.
- Feo, O. (2008). Neoliberal Policies and Their Impact on Public Health Education: Observations on the Venezuelan Experience. *Social Medicine*, 3(4), s.223-231.
- Filiz, İ. (2014). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *OÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul
- Flinders, M. (2005). The Politics of Public-Private Partnership. *BJPIR*, 7, s.215-239.
- Freeman, S. ve Cameron, K.S. (1993). Organizational Downsizing: A Convergence and Reorientation Framework. *Organization Science*, 4(1), s.10-29.

- Fişek, N. (1991, Aralık). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 7(48), s.2-4
- Gandolfi, F. (2009). Unravelling downsizing – What do we know about the phenomenon? *Review of International Comparative Management*, 10(3), s.414-426.
- Gardner, L.B. ve Scheffler, R. M. (1988). Privatization in Health Care: Shifting The Risk. *Medical Care Review*, 45, s.215-53.
- Genç, F. N. (Ed.). (2013). *Yönetişim: Türk Kamu Yönetimine Yansımaları*. Konya: ÇizgiKitabevi.
- Genç, N.(2004).*Yönetim ve Organizasyon-Çağdaş Sistem ve Yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gollner, Andrew B. ve Salée, D. (Eds), (1988).*Canada under Mulroney: An End of Term Report*, Montreal: Vehicule Press
- Gore, Al (1993). The Gore Report on Reinventing the Government: Creating a Government that Works Better and Cost Less. *Report of the National Performance Review*. New York: Times Books
- Gökçe, O.ve Turan, E. (2008). Kamu Yönetiminin Dönüşümü ve Dönüşümün Temel Unsurları. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 1(15), s.175-200.
- Gökçe, B. (1988). *Toplumsal Bilimlerde Araştırma*. Ankara: Savaş Yayınları.
- Gökkaya, D. ve Eroymak, S. (2018). Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*. 4 (19), s.2235-2243
- Göksel, A. (2001). Örgütsel Küçülme (Downsizing) ve Üst Düzey Yöneticilerin Örgütsel Küçülme Kararlarına Etki Eden Değişkenlerin Tespitine Yönelik Ankara ve Denizli İllerinde Bir Alan Araştırması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *GÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, s.65-73
- Göndelen, D. (2007). Öğretmen Evlerinde Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmininin Ölçülmesi Uygulaması ve Müşteri Tatminini Artırmaya Yönelik Bir Eğitim Modeli, Yayımlanmamış Doktora Tezi, *GÜ. Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, s.20.

Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, Ankara: Siyasal Kitabevi

Gözüküçük, M. ve Çelik, Y. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(2), s.1-25.

Greenglass, E. R. ve Burke, R. J. (2000). Application of an Impact of Restructuring Scale to The Healthcare Sphere. <http://www.cchse.org/Forum/Greenglass%20Part%20%20.pdf>. E. Tarihi:10.11.2017)

Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), s.36-44.

Guild, W.L. (2002). Relative Importance of Stakeholders: Analysing Speech Acts in a Layoff. *Journal of Organizational Behavior*, 23, s.837-852.

Gül, H. (2005). Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısına Adem-i Merkezileşme Küreselleşme Dinamikleri ve Yönetimi Geliştirme Açısından Bakış. Özgür ve Kösecik (Ed.), *Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar I* (35-55). Ankara:Nobel Yayın Dağıtım

Güler, Birgül A. (2005). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, Ankara:İmge Kitabevi

Güler, Birgül A. (1996). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları*. Ankara:TODAİE

Gümüsel, B. (2012). *Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi*. Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HUSEP)

Gümüştekin, G. E. (2004). Organizasyonlarda Ölçek Küçültme ve Ölçek Küçültme Çalışmalarında Önem Taşıyan Unsurlar. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12, s.245-257.

Halley Alexis A. (1997). *Delivering Human Services:A Learning Approach to Practice*. USA: Pearson

- Han E, Karluk R, Başol K, vd. (1999). Türkiye Ekonomisi, Özer (Ed.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1149, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:608, s.378-379.
- Hatipoğlu, Z. (1986). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. İstanbul: Temel Araştırma Yayınları
- Hepaksaz, E. (2007). Kamu Tercihi ve Anayasal İktisat Teorisi Perspektifinden Anayasal Mali Reform. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 44(514), s.89-109
- Heper, Metin (2011). Türkiye'nin Siyasal Hayatı: Tarihsel, Kuramsal ve Karşılaştırmalı Açından. (K. Göksel, Çev.). İstanbul:Doğan Kitap.
- Hermann, C. (2010).The Marketisation Of Health Care In Europe. *Socialist Register*, 46, s.125-144
- Heywood, A. (2006). *Siyaset*. Ankara: Liberte yayınları
- Hitt, M.A., Keats, B.W., Harback, H.F. ve Nixon, R.D. (1994). Rightsizing: Building and Maintaining Strategic Leadership and Long-Term Competitiveness. *Organizational Dynamics*, 23(2), s.18-32.
- Holden, C. (2009). Exporting Public-Private Partnership in Healthcare: Export Strategy and Policy Transfer. *PolicyStudies*, 30(3), s.313-332
- Huber, G. P. ve Glick, W.H. (1993). *Organizational Changeand Redesign*, Oxford University
- Hughes, Owen E. (2013). *Kamu İşletmeciliği & Yönetimi*. (B. Kalkan, B. Akın ve Ş. Akın, Çev.). Ankara: Big Bang Yayınları.
- Hughes, O. (1998), Public Management&Administration, Jay (Ed.), *Classics of Public Administration* (ss. 75-79). USA:USA:ST. Martin's Press
- Işık, A., Sakal, M., ve Meriç, M. (2010). Anayasal İktisat Teorisi ve Mali Kurallar: Türkiye'de Uygulanabilirliği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2), s.1-25.
- Işık M. ve Öztürk, Y. E. (2009). Postmodern Açından Kamu Yönetiminde Küçülme (Downsizing) Olgusu. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi*, 12(1-2), s.431-454.

İkiz, H. E. (2010). Hizmet Kalitesi Modellerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma, Yayımlanmamış Doktora Tezi, *DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir, s.10-16.

İlkar E. (2009). Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 3 (31), s.60-66.

Jacob,D., Kochendo, B., Drygalski, M. ve Hilbig, C. (2014). Germany Ten Years Of PPP in Germany: Experiences and Perspectives. *Management, Procurement and Law*, 167, s.180-188

Jamrog J. (2004). The Perfect Storm: The Future of Retention and Engagement. *Human Resource Planning*, 27, s.26-34.

Jean, D.J. ve Laffont, J. (1999, January). The Efficient Mechanism For Downsizing the Public Sector. *The World Economic Review*, 13(1), s.67-88.

Joyner, K. (2007). Dynamics Evolution in Public-Private Partnerships, The Role of Key Actors in Managing Multiple Stakeholders. *Managerial Law*, 49 (5-6).

Kaçmazoğlu, H. B. (2002, Ocak). Doğu-Batı Çatışması Açısından Globalleşme. *Eğitim Araştırmaları*, 6, s. 44-55.

Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikler*. Ankara: Asil Yayınevi

Kalkan, M., Sökmen, A. ve Bıyık, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*,17(2), s.35-56.

Kanbur, A. (2008). Küreselleşme Sürecinde Post Modern Örgüt Yapıları. *SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), s.387-404

Kang, G. ve James, J. (2004). Services Quality Dimensions: Grönroos's Service Quality Model. *Managing Service Quality*, 14(4), s.266-267.

Karabulut, F. (2009). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir, s.61

- Karaca, Ş. B. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *ADÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Aydın, s.205
- Karagöz, H. (2009). *Dünya’da ve Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları*. Konya: KTO Yayını
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma ve Yöntemi (15. baskı)*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karasar, N. (1998). *Bilimsel Araştırma Yöntemi. 8. Basım*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Karasu, K.(2011). Sağlık Hizmetinde KÖO. *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu*, s. 164-231, 6-7 Mayıs 2011
- Karluk, R. (1994). *Türkiye’de KİT ve Özelleştirme*. İstanbul: Esbank Yayınları No:5
- Kart, E. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3, s.103-140.
- Kartal, N. ve Demirhan. Y. (2017). Türkiye’de Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ve Yeni sistemin Kamu Yönetimine Yansımaları. *Uluslararası Ekonomi, Siyaset ve Yönetim Sempozyumu*, Diyarbakır, Türkiye, s. 573-589, 12-14 Ekim 2017
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), s.131-174.
- Kavrakoğlu, İ. (1993). *Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite, Rekabetçi Yönetim Dizisi*, 1.Basım, İstanbul.
- Kayar, N. (2015). *Kamu Personel Yönetimi*. Bursa: Ekin Yayınevi
- Kekeç, M., Yıldırım, Z. ve Polat, A. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(14), s.550-563
- Kelly, D. ve Amburgey, T.L. (1991). Organizational Inertia and Momentum: A Dynamic Model, of Strategic Change. *Academy of Management Journal*, 14(3), s.591-612.

- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M. ve Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), s.1-23.
- Kerman, U. (2006). Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu, Yayınlanmamış Doktora Tezi, AÜ. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, s.24-276
- Kırılmaz, H., Bağış, M. ve Şimşir, İ. (2015). Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11(25), s.91-113.
- Kızılboğa, R. (2012). Kamu Tercihi ve Anayasal İktisat Teorilerinin Değerlendirilmesi. *NÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, s.91-109
- Kim, W. B. (2003). Economic Crisis, Downsizing and Layoff Survivor’s Syndrome. *Journal of Contemporary Asia*, 33(4), s.449-464.
- Kocakoç, N. (2014). Sağlıkta Dönüşüm Programının, Sağlık Hizmetleri Kalitesine ve Çalışanların Performansları Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul
- Kocaoğlu, H. E. (2010). Türkiye’de Küçülerek Büyüme Stratejisinin Avantaj ve Dezavantajlarını İncelemeye Yönelik Bir Örnek Olay Çalışması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul
- Koçel, T. (1998, 1999, 2001, 2003, 2007). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul:Beta Yayınları.
- Koeber, C. (2002). Corporate Restructuring, Downsizing, and the Middle Class: The Process and Meaning of Worker Displacement in the ‘New’ Economy. *Qualitative Sociology*, 25(2), s.35-46.
- Koonce, R. (1991). The People Side of Organization Change. *Credit Magazine*, 17(6), s.22-25.
- Kovancı, A. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul.
- Kozak, Akoğlan. M. ve Aydın, B. (2018, Güz). Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli: Otelcilik Alanyazını Üzerinden Bir Değerlendirme. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 29(2), s.175 184.

- Kurt, M. ve Yaşar Uğurlu, Ö. (2007). Yeni Kamu Yönetimi ve Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımının Gelişiminde Avrupa Birliği'nin Rolü: İlerleme Raporları İçerik Analizi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(2), s.81-109
- Küçük, A. (1999). Küçülme (Downsizing), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *KTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Trabzon, s.18-19
- Küp, D. (2012). Yeni Sağ Politikalar Ekseninde Türk Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Arayışları ve Yeni Yapının Beklentilere Cevap Verebilme Düzeyi, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, *KMÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Karaman, s.159-160
- Laabs, J. (1999). Has Downsizing Missed Its Mark? *Workforce*, 78(4), s.32.
- Labib, N. ve Appelbaum, S. H.(1994). The Impact of Downsizing Practices on Corporate Success. *Journal of Management Development*, 13(7), s.59-84.
- Lane, J. E. (2000). *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches*, Third Edition, London: Sage Publications.
- Lee, P.M. (1997). A Comparative Analysis of Layoff Announcements and Stock Price Reactionsin the United States and Japan. *Strategic Management Journal*, 18, s.879-894.
- Lewin, J. E.,Biemans, W. ve Ulaga, W.(2010). Firm Downsizing And Satisfaction Among United States and European Customers. *Journal of Business Research*, 63, s.697-706.
- Lin, N. (1976). *Foundations of Social Research*. USA:McGraw-Hill
- Lynch, T. Ve Cruise, L. C. (1999). Can the Public SEctor Leviathen Be Formed? Rightsizing Possibilities ForThe Twenty-First Century. *Management*, 2(3), s.14-161
- Lippke, R. L. (2016). The Minimal State and Indigent Defense. *Criminal Justice Ethics*, 35(1), s. 1-20
- Littler, C. R., Dunford, R., Bramble, T. ve Hede, A. (1997). The Dynamics Of Downsizing in Australiaand New Zealand. *Asia Pasific Journal of Human Resources*, 35(1), s.65-79.

- Mabert, V.A ve Schmenner, R. W. (1997). Assessing the Roller Coaster of Downsizing. *Business Horizons*, 40 (4), s.45-53.
- Macit, M. H. (2011, Nisan-Mayıs). Görünmez El: Robert Nozick ve Minimal Devlet. *Muhafazakar Düşünce*, 7(28),s.85-96.
- Maarse, H. (2006). The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), s.987-1014
- Makawatsakul, N. ve Kleiner, B. H. (2003). The Effect of Downsizing on Morale and Attrition. *Management Research News*, 26 (2-3-4), s.52-62.
- McGlynn, E. (1997, May/June). A Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care. *Health Affairs*, 16(3). s.7-21
- McKinley, W., Sanchez, C. M ve Schick, A.G. (1995). Organizational Downsizing: Constraining, Cloning, Learning. *Academy of Management Review*, 9(3), s.32-42.
- Memişoğlu, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği, Yayımlanmamış Doktora Tezi, *SDÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Isparta
- Mert, N. (1997, Ekim), Sağ - Sol Siyaset Ayrımı ve Yeni Muhafazakârlık. *Toplumbilim Yeni Sağ - Aşırı Sağ Özel Sayısı*, s.55-63.
- Metintaş, M.Y. ve Elçioğlu, Ö. (2007). Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938). *Osmangazi Tıp Dergisi*, 29(3), s.162-170.
- Mishra, K. E., Spreitzer, M. G. ve Mishra, K. A., (1998, Winter). Preserving Employee Morale During Downsizing. *Sloan Management Review*, 39(2), s.83-95.
- Mohan, J. (1989). Rolling Back The State?: Privatization of Health Services Under The Thatcher Governments. Scarpaci (Ed.), *Health Services Privatization in Industrial Societies* (ss. 112-129). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Muallim, C. (1938), Sivas Dârü's-şifası Vakfiyesi ve Tercümesi, *Vakıflar Dergisi*, I, İstanbul: Cumhuriyet Matbaası, s. 35-38.
- Mustonen, J. J. (2014). Privatisation in East Asia: Comparison of Causes, Processes and Results. *Vienna Journal of East Asian Studie*, 4, s.97-122

- Nacak, O. (2015). Yeni Kamu Yönetimi ve Türkiye’de Kamu Politikalarının Oluşturulması: Aktör Temelli Bir Analiz, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *SÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Sakarya, s.59
- Naktiyok, A. (2001). Sonuçları ve Başarı Koşulları Açısından Örgütsel Küçülme. *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi*, 15(3-4),
- Naughton, B. (2007). *The Chinese Economy: Transitions and Growth*. Cambridge: The MIT Press,
- Nozick, R. (2000). *Anarsi, Devlet ve Ütopya* (A. Oktay, Çev). İstanbul:İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- OECD (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye. Paris: OECD ve IBRD/Dünya Bankası.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, (E. Tarihi: 30.10.2016)
- Oktay, T. (2016). 6360 Sayılı Kanuna Dayalı Büyükşehir Belediye Reformunu Anlama ve Anlamlandırma. *İMÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 1(1), s.71-131
- Orhan, Ö. (2006). Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi. *DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir, s.136-188
- Orkunoğlu, F. I. (2010). Özelleştirme ve Alternatifleri. *Akademik Bakış Dergisi*, 22, s.1-22.
- Ökmen, M. ve Parlak, B. (2013). *Kuram ve Uygulamada Yerel Yönetimler 3. Baskı*, Ankara: Orion Yayınevi
- Öksüz, A. S. (2010). Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *AÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, s.18-52
- Ömürgönülşen, U. (2014). Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım:Yeni Kamu İşletmeciliği. Acar ve Özgür (Ed.), *Çağdaş Kamu Yönetimi I*. (ss.3-44). Ankara: Nobel Yayınevi
- Önder, İ. (1995). Özelleştirme. *93-94 Petrol-İş*.

- Önder, İ. (1994). Özelleştirmeye Genel Yaklaşım. Arıoğlu (Ed), *Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme*. Ankara:Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını
- Öndeş, T., Kaygın, E. ve Kaygın, C. Y. (2011). Örgütsel Küçülmeye Stratejik Bir Bakış. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2), s.123-136.
- Örs, H. (2007). *Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite*, Ankara: Gazi Kitabevi
- Özalp İ. (2008). Yeniden Yapılanma. Koparal (Ed.) *Yönetim Organizasyon*. 6. Basım. (ss.221-237), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özata, M. (2010). Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Yürütülen E-SağlıkProjelerinin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*, 6, s.444 464.
- Özbay, H ve Diğerleri (2007). Sağlık Hizmetleri Sistemi. Mollahaliloğlu vd. (Ed), *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara: SB RSHMB, HMM Yayını
- Özbek, T. (2006). Türkiye’de ve Dünya’da Özelleştirme Uygulamalarının Karşılaştırmalı Bir Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *AÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Eskişehir, s.5
- Özdemir, Y.E. (2001). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları. *Yeni Türkiye*, 39, s.276-294
- Özdil, N.(2010). JCI Akreditasyonu Olan özel Hastanelerde Personel Temini ve Uygulaması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, s.18
- Özen, Y. ve Gül, A. (2007). Sosyal ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-Örnekleme Sorunu. *KKEDF*, 15, s.395-422.
- Özer, M.A. (2006). Kamu Yönetiminde Kimlik Bunalımı Üzerine Değerlendirmeler. *Sayıştay Dergisi*, 61(2), s.3-22.
- Özer, M. A. (2005). *Yeni Kamu Yönetimi Teoriden Uygulamaya*. Ankara:Platin Yayınları.
- Özipek, Bekir B. (2014). Devlet. Türköne (Ed.), *Siyaset*, İstanbul: Etkileşim Yayınları

Öztek, Z. (2001). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı*, 39, s.295-298.

Öztürk, N.K. (2017). *Bürokrasi-Siyaset İlişkileri ve Türkiye*. Ankara:Siyasal Kitabevi

Öztürk, N. K. (2015). *Anayasa ve Devlet: Temel Kavramlar ve Uygulamalar*. İzmir: Albi Yayınları

Öztürk, N. K. (2015). *Yönetim: Temel Kavramlar ve Uygulamalar*. İstanbul: Paradigma akademi

Öztürk, N. (2007). *Kamu Tercihinin Tespitinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Yolları*, Ankara: Palme Yayınları.

Öztürk, D. (2007). Örgütsel Küçülme (Downsizing) ve Uygulamalardan Bir Örnek, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, s.18-52

Öztürk, M., ve Tengilimoğlu, D. (2006). Örgütsel Küçülmenin İşgörenlere Etkisi Bir Kamu Hizmet Sektörü Uygulaması. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, s.34-50

Özyılmaz, A. ve Ölçer, F. (2008). *Güncel Yönetim ve Organizasyon Yaklaşımları*. Ankara: Seçkin Kitabevi

Pala, K. (2007). *Türkiye Nasıl Nasıl Bir Sağlık Reformu?*. Bursa, https://www.researchgate.net/.../280230044_Turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu

Parasurman, A., Zeithaml, V.A ve Berry, L. L. (1985). SERVQUAL: A MultipleItem Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), s.12-40

Parlak, B. ve Sobacı, Z. (2012). *Kamu Yönetimi: Teori ve Pratik*. (Gözden geçirilmiş 4. Baskı). Bursa:MKM Yayın

Patten, S. ve Dolan, L. (2002). *Corporate globalization and the G8 summit: What do they mean to Canadians concerned with HIV/AIDS?* (Briefing Paper). Edmonton: Author. Retrieved November 2, 2005, from http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/ACCH_Briefing_Document.doc

- Peker, K. (2008). Yeni Sağ Düşünce Ekseninde Belediye’de Hizmet Anlayışı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *SÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Sakarya, s. 7
- Pınar, N. (2012). Ülkemizde İlaç Harcamaları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 19(1), s.59-65
- Pinsonneault, A., ve Kraemer, K.L. (1997). Middle Management Downsizing: An Empirical Investigation of the Impact of Information Technology. *Management Science*, 43(5), s.659-679.
- Quelin, B. ve Duhamell, F. (2003). Bringing Together Strategic Outsourcing and Corporate Strategy: Outsourcing Motives and Risks. *European Management Journal*, 21 (5), s.647-661.
- Rabin, J. (1999). Organizational Downsizing: An Introduction. *Management, Special Issue: Organizational Downsizing*, 2(3), s.39-43.
- Rhodes, R. A. W. (1991). Introduction. *Public Administration*, 69 (1)
- Roeder, F. C. (2012). The Private Sector within a Public Health Care System: The German Example. http://www.iedm.org/sites/default/files/pub_files/note0212_en.pdf
E. Tarihi: 14.02.2019.
- Romani, R. (2015). Minimal State Theories and Democracy in Europe: From the 1880s to Hayek. *History of European Ideas*, 41(2), s. 241-263
- Rowley, C. ve Kershaw-Schneider, F. (Editor). (2003). Introduction. *Encyclopedia of Public Choice*. C.1, Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers
- Rust, K.G. (1999). The Effects of Financial Conditions and Managerial Ideologies on Corporate Downsizing: Some Evidence from the U.S. Investor-Owned Electric Utilities Industry, 1992-1995. *Management*, 2(3), s.89-126.
- Ryan, L. ve Macky, K.A. (1998). Downsizing Organizations: Uses, Outcomes And Strategies. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 36(2), s.29-45.
- Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi. *Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1(3), s.107-118
- Sahdev, K. ve Vinnicombe, S. (1998). Downsizing and Survivor Syndrome: A Study of HR’s Perception of Survivor’s Responses. *Human Resoure Management*, s.1-30.

- Sallan Gül, S. (2006). *Sosyal Devlet Bitti. Yaşasın Piyasa*. İstanbul: Etik Yayınları
- Sampson, G. (1978). Liberalism and Nozick's Minimal State. *Mind*, New Series, 87 (345), s.93-97
- Sapmaz, H. (2017). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Açısından Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *GÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.
- Sarısu, A. (2003). Dünya'da Özelleştirme. *ASO MEDYA Dergisi*. Ankara:ASO Yayınları, s.38-57
- Sato, H. ve Stevenson, R. (1989). Telecommunications in Japan: After Privatization and Liberalization. *Colombia Journal of World Business*, 24(1), s.31-41
- Savaş, N. (2001). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi. https://www.researchgate.net/profile/Nazan_Savas/publication/234102447_DUNYA_BANKASI_VE_TURKIYE'DE_SAGLIKTA_DONUSUM_Kongre_Sunum_Metni/links/0912f50f1ed8a75293000000 E. Tarihi: 10.04.2017
- Saylı, H., Kurt, M. ve Baytok, A. (2006). Sebeke (Network) Organizasyon Yapılarının Rekabet Gücü Kazandırma Rolü ve Afyonkarahisar Mermer Sektöründe Bir Uygulama Örneği. *Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, s.31-46
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara:Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık Bakanlığı (2014). *2015 Yılı Bütçe Sunumu*, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, Ankara:Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Schumacher, E. F. (1989). *Küçül Güzeldir* (O. Deniztekin, Çev.). İstanbul: Cep Kitapları
- Shao, A. T. (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
- Seren, Harmancı A. K. (2014). Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), s.1924
- Seth, N., Deshmukh, S. G. ve Vrat, P. (2005). Service Quality Models: A Review. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 22(9), s.913-949.

Sevimli, S. (2006). Hizmet Sektöründen Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, s.31-32

Seymen, O. (2000). *İşletmelerde Yeniden Yapılanma*. İstanbul:Beta Yayınları,

Seymen, O. A. ve Özdemir, G. (2002). Örgütsel Küçülme Kapsamında İşgören Çıkarma Uygulamasının Stres Yönetimi Boyutuyla Değerlendirilmesive Bir Model Önerisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 16(5-6), s.247-272.

Sezen, S. (1999), *Türkiye’de Planlama*, Ankara: TODAIE Yayınları, Yayın No: 293, Mayıs.

Simon, K., Sanchez, P. ve Olazaran, M. (1999). Organizational Change in Aranzadi. *Management*, 2(3), s.233-249.

Slater, R. (2000).*Jack Welch ve General Electric’in Yolu. Efsanevi CEO’nun Yönetim Anlayışı ve Liderlik Sırları* (T. Arıkan ve S. Özkal, Çev.). Üçüncü Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Soyer, A. (2000). 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu? *Toplum ve Hekim*, 4, s. 259-264.

Sönmez, S. (1998). *Dünya Ekonomisinde Dönüşüm–Sömürgecilikten Küreselleşmeye*. Ankara: İmge Kitabevi

Sur, H. (1998). Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri. Hayran ve Sur (Ed.)*Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul:Yüce Yayım.

Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara:MB Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları

Şahin, İ. (2008). Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,11, s.1-48.

Şen, A. (2005). İktisadi Kalkınmada Devlet-Piyasa Nispi Rollerine İlişkin Tartışmalara “Washington-Sonrası Konsensüs” Son Noktayı Koydu Mu? *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2), s.325-342.

- Şimşek, M. (1998). Kalite Yönetim 2. Baskı. İstanbul:Alfa Basım Yayın
- Tan, A. (2006). Bankacılık Sektöründe Küçülmenin İnsan Kaynakları Üzerine Etkileri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Tanrıverdi, H. ve Erdem, E. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi İle Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*,16, s.73 – 92.
- Tanzi,V. (2011).*Government Versus Markets: The Changing Economic Role of the State*.New York:Cambridge University Press
- Taş, D. (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma, [Http://Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/303537](http://Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/303537) (E. Tarihi: 05.06.2017)
- TDK (1997). *Güzel Yazılar-Mektuplar*. Ankara: TDK Yayınları
- Teece, P. (1999). Downsizing: Fat Reduction Or Fool's Gold? *The Australian Library Journal*, 48(3), s.239-251.
- Tekin, P. Ş. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), s.5-20
- Tekinay, N. A. (2004). Outsourcing’de En Son Trendler. SMS Outsourcing Bölümü Yönetim Kurulu Üyesi Christian Oecking ile Röportaj. *Capital Dergisi*,
- Tekel, A. (2009). Türkiye’de Metropolitan Alanın Yönetiminden Metropolitan Yönetişime Geçiş: Ankara Örneğinde Bir Değerlendirme, *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 18, s.191- 214
- Temel, T. (2003). *Özel Hastaneler Sektör Raporu*,İstanbul: İTO <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-71.pdf> (E. Tarihi: 22.10.2016)
- Tengilimoğlu, D. (2011). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Terzioğlu, A. (1970). Orta Çağ İslâm-Türk Hastaneleri ve Avrupa'ya Tesirleri. *Bulleten*, XXXIV/2, s.121-149
- Tezcan, M. (1996). Küreselleşmenin Eğitimsel Boyutu. *Türkiye 2. Eğitim Felsefesi Kongresi*. Van, Türkiye, s. 187-195, 23-26 Ekim 1996

- Thompson, J. (2000). Quasi Markets and Strategic Change in Public Organization. Brudney (Ed.), *Advancing Public Management, New Developments in Theory, Methods and Practice* (ss.197-214).USA:Georgetown University Press
- Thornhill, A. ve Saunder, M.N.K. (1997). The Meanings, Consequences and Implication of Management of Downsizing and Redundancy. *Personel Review*, 27(4), s.271-295.
- Thurow, L.,C. (1983). *Dangeous Currents-The State of Economics*, New York:Random House
- Tok, S. (2009). Anaysal İktisat ve Kamu Tercih Yaklaşımı: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *MSKÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Muğla, s.223
- Tok, Ö. (2008). Osmanlı Dönemi Hekim-Hasta İlişkileri (Kadı Sicillerine Göre XVII. ve XVIII. Yüzyıllarda Kayseri Örneği). *Turkish Studies*, 3(4), s.788-805
- Topal, A. (2002). Küreselleşme Sürecindeki Türkiye'yi Anlamaya Yarayan Bir Anahtar: Yeni Sağ. *Praksis*, 7, s.63-84.
- Tosun, C.M. (2010, Güz). Liberalizm ve Sosyal Darwinizm Karşısında John Rawl. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, s. 81-94.
- Toulmin, S. (1999). The Ambiguities of Globalization. *Futures*, 31, s.905-912.
- Toyama, Y. (1998). Privatization of Public Enterprises and Its Problems in Japan. *International Journal of Social Economics*, 25(2/3/4), s.388-398.
- TMMOB Sanayi Kongresi, (2007), *Oda Raporu*, 1-112
- Turan, M. (2018, September). Türkiye'nin Yeni Yönetim Düzeni: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi. *Social Sciences Research Journal*, 7(3), s.42-91
- Tutum, Cahit (1994). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*. Ankara: TESAV Yay.
- Türkmut, B. (2010). Örgütsel Küçülme Uygulamalarında Çalışanların Stres Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *KDPÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Kütahya, s.6
- Tüz, M. (2001).Örgütsel Küçülme ve Seçenekleri. *DEÜ İşletme Fakültesi Dergisi*, 2(2),

- Udo, G. J. (1998).The Status of Information Systems Department: The Effects of Downsizing. *Industrial Management & Data Systems*, 98 (1), s.23-32.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), s.133-160
- Ulutaş, Ç. Ü. (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara:Notabene
- Uslu, C. (2007). Robert Nozick: Anarko-Kapitalizme Karşı Minarkizm. *Liberal Düşünce*, s.143-168.
- Uysal, Y. (2018). Avrupa Birliği’nin Seçilmiş Bazı Ülkelerinde ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Yatırımlarının Karşılaştırmalı Analizi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, (2), s.158-173
- Uz, A. (2007). Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP), (Kavram ve Hukuksal Çerçeve). *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, XI (1-2), s.1165-1182.
- Uzun, T. (2009), Kamu Tercihi ve Anayasal İktisat Kuramı Üzerine Bir Değerlendirme. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 23, 1-27 s.223-246
- Ülgen, H. ve Mirze, K. (2004).*İşletmelerde Stratejik Yönetim*. İstanbul:Literatür Yayınları
- Üstüner, Y. (2000). Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu. *Amme İdaresi Dergisi*, 33, s.15-31.
- Vatansever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002 – 2013 Dönemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 983.
- WHO (1987). The Rational Use Of Drugs: *Report Of The Conference Of Experts*, Nairobi, 25-29 November 1985
- Winch, D. (2006). Between Feudalists and Communists:Louis Mallet and the Cobden Creed. Howe and Morgan (Eds.) *Rethinking Nineteenth-Century Liberalism: Richard Cobden Bicentenary Essays* (ss.247-263), Aldershot
- Yalanız, Y. (Ed) (2017). *Şehir Hastaneleri Raporu*. Ankara: Saadet Partisi Yayını

- Yalman, L. G. (2006). Kapitalizm ve Devlet: Kuram ve Hegemonya. Ülman ve Akça (Ed.), *İktisat, Siyaset, Devlet Üzerine Yazılar* (ss.35-48). İstanbul:Bağlam Yayınları
- Yamamoto, T. (2006). Recent Privatization Schemes in Japan. *ZJAPAN/JJAPANL*, 2, s.149-175
- Yanardağ, M. (2004). *Yeni Muhafazakârlar (Neo - Cons): Amerika'nın Kara Kitabı*. İstanbul:Chiviyazıları Yayınevi
- Yaş, S. Z. (2009). Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi il Edirne devlet Hastanesi Karşılaştırması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *TÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Edirne, s.1
- Yaşa, E. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, *ÇÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Adana, s.63-71
- Yavuz, C. I. (2013, Mayıs-Haziran). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı:1980 Sonrası. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 28(3), s.192-204
- Yavuz, Y. (1988). Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları. *Orta Doğu Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 8(2), s.123-142.
- Yayla, A. (2015). *Siyaset Bilimi*. Ankara: Adres Yayınları
- Yayman, H. (2008). *Türkiye'nin İdari Reform Tarihi*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Yayman, H. (2005). Türkiye'nin İdari Reform Politikası, Yayınlanmamış Doktora Tezi, *AÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, s.282-349
- Yayman, H. (2000). 1980 Sonrası Türkiye'de Özelleştirme Uygulamalarının Gelişimi ve Kamu Yönetimi Üzerine Etkileri. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2 (3)
- Yeniçeri, Ö. (2002). *Örgütsel Değişmenin Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, *AÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, s.183
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum. Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul: İTO Yayınları No: 2000-26

Yıldırım, H. ve Yavan, Ö. (2008, Ocak). Örgütsel Küçülme ve Örgütleri Bekleyen Tehdit: Geride Kalan Sendromu. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*,10 (1), s.180-209

Yıldız, M. (2006). Küreselleşme ve Türk İşgücü Piyasasının Yapısı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, s.13

Yılmaz, E. (2002). *Ekonomik Perspektiften Kit'ler, Özelleştirme ve Uygulama*, Ankara

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2).

Yu, G.C. ve Park, J.S. (2006). The Effect Of Downsizing On The Financial Performance And Employee Productivity of Korean firms. *International Journal of Manpower*, 27(3), s.230-250.

Yumuşak, N. U. (2006). Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler: Uşak Ticaret ve Sanayi Odası Uygulaması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, s.35

Yusufoğlu E. (2008). Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması Uşak Devlet Hastanesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, AKÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar, s.30

Yüce, Ö. F. (2016). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılmasının Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı Çerçevesinde Değerlendirilmesi – Yozgat Örneği, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, GÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, s. 78-80

Zehir C, Akgün A. E, ve Taş, H. (2003). Türk Kamu Bankalarında Örgütsel Küçülme Uygulamalarının Çalışanlar Üzerine Etkilerine Yönelik Bir Saha Araştırması. *11. Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*, Afyon.

İnternet Kaynakları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1963). Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (1968) İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (1973) Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (1979) Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (1985) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (1990) Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (1996) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. <http://www.dpt.gov.tr/>

---. (2001) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. <http://www.dpt.gov.tr/>

--- (2007) Devlet Planlama Teşkilatı, IX. Beş Yıllık Kalkınma Planı. (2007-2013),

--- (2010)Devlet Planlama Teşkilatı, X. Beş Yıllık Kalkınma Planı. (2013-2017),

T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, (2017a). Kanun ve Yasalar, <http://www.oib.gov.tr/T%C3%BCrk%C3%A7e/Kurumsal/Detay/Mevzuat/1495611965.html?> Erişim Tarihi 25.12.2017

T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, (2017b). Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları, http://www.ekodialog.com/Konular/neoklasik_iktisat.html.

www.felsefe.gen.tr E. Tarihi: 21.03.2017

<http://www.habervitrini.com/saglik/bicak-parasi-alan-doktor-tutuklandi-83735>

<http://www.hurriyet.com.tr/bicak-parasi-alan-doktor-cezaevinde-38446687>. E. Tarihi: 15.10.2018

http://www.oib.gov.tr/T%C3%BCrk%C3%A7e/Sayfalar/Detay/T%C3%BCrkiyede_%C3%96zelle%C5%9Firme_Uygulamalar%C4%B1/1489152956.html? Erişim Tarihi: 25.12.2017

<http://www.internethaber.com/cenaze-borca-karsilik-rehin-kaldi-1011571h.htm> E. Tarihi: 10.10.2018

<http://ivek.org.tr/ivek-makaleler/kalkinma-planlari-ve-10.-kalkinma-planinda-saglik-190yy> E. Tarihi: 02.09.2018.

kisi.deu.edu.tr/mert.topoyan/dosyalar/tky2010.pdf E. Tarihi: 27.01.2010.

<https://mskueah.saglik.gov.tr>. E. Tarihi: 09.11.2017

www.mugla.gov.tr, E. Tarihi: 09.11.2017

Sağlık Bakanlığı SDP Raporu (2008).

<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/sdpturk.pdf>. E. Tarihi: 10.04.2017

SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017.

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>. E. Tarihi: 02/03/2018

<http://www.superbilgiler.com/kuresellesme-ve-rekabet-gucu.html>, E.Tarihi: 22.06.2010.

http://www.santesolidarite.be/sites/default/files/privatisation_of_the_hospital_sector_in_germany__an_ongoing_struggle.pdf E. Tarihi: 06.01.2019

<https://www.statista.com/statistics/578444/number-of-hospitals-germany/> E. Tarihi: 06.01.2019

<https://www.tgrthaber.com.tr/gundem/16572.html> E. Tarihi: 15.10.2018.

<https://tr.m.wikipedia.org>. E. Tarihi: 09.11.2017

https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php, E. Tarihi: 10.11.2018.


MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 180007	Karar No : 13
Araştırma Yürütücüsü	Doktora Öğrencisi ZAFER KOCA-71
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / KAMU YÖNETİMİ ABD
Araştırmanın Başlığı	KAMU YÖNETİMİNDE ÖRGÜSEL KÜÇÜLMENİN (DOWNSIZING) HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ: MUĞLA İLİ DEVLET HASTANELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	07.01.2018
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 16.01.2018 1. Düzeltme Tarihi : 24.01.2018
Karar Tarihi	12.02.2018


KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA : Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.



Prof. Dr. Banu BAYAR
Başkan


Prof. Dr. Ali AKAR
Üye


Prof. Dr. Özcan SAYGIN
Üye


Prof. Dr. Umut AVCI
Üye


Prof. Dr. Harun UÇUNCÜ
Üye


Prof. Dr. Nevide DELLAL
Üye


Prof. Dr. Nurcan CENGİZ
Üye



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Sağlık MüdürlüğüMUĞLA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MUĞLA İSTATİSTİK
VE BİLGİ İŞLEM BİRİMİ

03-05/2018 23-55 - 34271092 - 044 - E.567



00068111457

Sayı : 34271092-044

Konu : Araştırma İzni/Zafer KOCA

Sayın Zafer KOCA
Dükkent Mesteki ve Teknik Anadolu Lisesi
Topartlar Mahallesi Köyceğiz / MUĞLA

İlgi :30/04/2018 tarihli ve 34271092-020-555 sayılı Onay yazımız.

İlgide kayıtlı yazı ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Kamu Yönetimi doktora öğrencisi Zafer KOCA'nın "Kamu Yönetiminde Örgütsel Küçülmenin (downsizing) Hizmet Kalitesine Etkisi: Muğla İli Devlet Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme" konulu araştırma çalışmasını, Fethiye, Ortaca, Köyceğiz, Marmaris Devlet Hastanesi ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi için alınan Onay, yazımız ekinde gönderilmiştir.

Araştırmacı tarafından yapılan çalışmanın, kitapçık halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve çalışmaya ait bilgilerin, yayınlanma talebine ilişkin Müdürlüğümüzden izin alınması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. İskender GENÇER
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

Onay

Dağıtım:

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Muğla Fethiye Devlet Hastanesi

Muğla Ortaca Devlet Hastanesi

Muğla Köyceğiz Devlet Hastanesi

Muğla Marmaris Devlet Hastanesi

Zafer Koca

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır. 03/05/2018
M. Vehbi HOVAOĞLU
V.H.H.

Muğla İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 252 2143685

e-Posta:leman.inanuysal@saglik.gov.tr İnt.Adresi: mugla@saglik.gov.tr

Bilgi için:Leman İNAN UYSAL
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 252 2141105

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 522e0e36-ef3e-4e19-83c2-96184f145805 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU*(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)*

“Kamu Yönetiminde Örgütsel Küçülmenin (Downsizing) Hizmet Kalitesine Etkisi: Muğla İli Devlet Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme” adlı çalışma Zafer KOCA tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Muğla Sıktı Koçman Üniversitesi Kamu Yönetimi ABD Doktora Tez Çalışması amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket üç bölümden oluşmaktadır. A bölümünde demografik özelliklere yönelik 9 sorudan ve Hizmet kalitesi ile ilgili soruların olduğu B Bölümü ise 22 sorudan oluşmaktadır. Anketin C Bölümünde ise hastane ile ilgili genel sorular (4 adet) bulunmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 5-10 dk. zamanınızı alacaktır. Soruları cevaplarken ilgili kutucuğu (X) ile işaretleyiniz.

Çalışma ile ilgili her hangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Doktora Öğrencisi Zafer KOCA

Telefon Numarası: 0506 359 5031

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

A. DEMOĞRAFİK BİLGİLER

1. **Cinsiyetiniz:** Bay (.....) Bayan (....)
2. **Yaşınız :** 30-35 Arası (.....) 36-50 Arası (....) 50'den Büyük (.....)
3. **Medeni durumunuz :** Evli (.....) Bekar (.....) Boşanmış (.....)
4. **Eğitim Durumunuz:** Okuryazar değil (....) ilköğretim (....) Lise (.....)
Üniversite (.....) Yüksek Lisans/Doktora (....)
5. **Mesleğiniz:** Memur (....) Serbest Meslek (.....) Emekli (....)
Akademik Personel (...) İşçi (....) Diğer (...)
6. **Aylık Geliriniz:** 1000 TL'den az (.....) 1000-1500 TL (.....) 1500-3000 TL (.....)
3000-5000 TL (.....) 5000 TL'den Fazla (.....)
7. **Bu Hastaneye Kaçınıcı Gelişiniz:** 1-3 Arası (....) 4-6 Arası (...)6'dan Fazla (....)
8. **En çok hangi poliklinikten hizmet alırsınız:.....**
9. **Kaç Yıldır Burada Yaşıyorsunuz:** 1-3 Yıl (...) 4-6 Yıl (....) 6'dan Fazla (....)

B. ANKET (Hizmet Kalitesi Anketi)

SORU NO	İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hastane Uygun fiziki ve teknolojik donanıma sahiptir.	1	2	3	4	5
2	Hastanenin iç ve dış mekanı düzgün görünüme sahiptir.	1	2	3	4	5
3	Tuvaletler temiz ve düzenlidir.	1	2	3	4	5
4	Hastanede uygun park alanları mevcuttur	1	2	3	4	5
5	Hastanenin ısıtma ve soğutması yeterlidir.	1	2	3	4	5
6	Hastanenin yemekleri lezzetlidir.					
7	Çalışanlar iyi ve düzgün bir görünüme sahiptir	1	2	3	4	5
8	Hastane Randevu ve Sıra Alma Kolaylığına sahiptir.	1	2	3	4	5
9	Hastanedeki Yönlendirmeler açıklayıcı ve yardım edici özelliğe sahiptir.	1	2	3	4	5
10	Muayene öncesi bekleme süresi makul/kabul edilebilir düzeydedir.	1	2	3	4	5
11	Muayene öncesi kayıt işlemleri hızlıdır.	1	2	3	4	5
12	Hasta kayıt görevlileri son derece kibar ve naziktir	1	2	3	4	5
13	Hastane yapacağı işi söz verdiği zamanda gerçekleştirir.	1	2	3	4	5
14	Hastane hizmet sunumunu ilk seferde ve doğru olarak yapar.	1	2	3	4	5
15	Hasta mahremiyetine özen gösterilmektedir.	1	2	3	4	5
16	Doktor/ diğer sağlık personeli hasta sorularını anlaşılır bir şekilde yanıtlar.					
17	Doktor / diğer sağlık personeli uygulanan işlemler hakkında hastayı bilgilendirir.	1	2	3	4	5
18	Doktor / diğer sağlık personeli hastalara yardımcı olurlar.	1	2	3	4	5
19	Sizinle ilgilenen doktor ve diğer sağlık personeli saygılı ve naziktir.	1	2	3	4	5
20	Doktoruma hastalığımla ilgili her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim.	1	2	3	4	5
21	Hekimin bana ayırdığı zaman yeterlidir.					
22	Hekimin muayene ve tedavisine güvenirim.	1	2	3	4	5

C. HASTANE İLE İLGİLİ GENEL SORULAR

1	Genel olarak hastaneden aldığım hizmetten memnunum	1	2	3	4	5
1	Bu hastaneden gelecekte de hizmet almayı düşünürüm	1	2	3	4	5
3	Bu hastaneyi tanıdıklarına tavsiye ederim	1	2	3	4	5
4	Hastanelerin sunduğu hizmetlerin Kalitesi 2002 öncesine göre daha iyidir	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Zafer KOCA

Doğum Yeri: Acıpayam

Doğum Tarihi: 23.01.1980

Medeni Hali: Evli

EĞİTİM BİLGİLERİ

Lisans: Yakın Doğu Üniversitesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Lefkoşa/KKTC (1998-2002)

Y. Lisans: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi ABD (2009-2013)

Doktora: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi ABD (2013-2019)

MESLEKİ BİLGİLER

2016 -.....: Yükseköğretim Mes. ve Tek. Anadolu Lisesi – Köyceğiz/Muğla (Öğretmen)

2010-2016: Dalyan H-F Tınaztepe Mes. ve Tek. Anadolu Lisesi – Ortaca/Muğla

2007-2009: Cengiz Topel İÖÖ – Ortaca/Muğla (Öğretmen)

2006-2007: Tatvan YİBO - Tatvan/Bitlis (Öğretmen)

2002-2007: Profesyonel Turist Rehberi (Dalyan, Fethiye/Muğla)