

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

**KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE YENİ KAMU  
YÖNETİMİ ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK  
SEKTÖRÜNÜN YENİDEN YAPILANMASI**

**Ahmet DERVİŞOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman**

**Prof. Dr. Sait AŞGIN**

**KARABÜK-2013**

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

**KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE YENİ KAMU YÖNETİMİ**  
**ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN**  
**YENİDEN YAPILANMASI**

**Ahmet DERVİŞOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

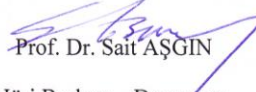
**Danışman**

**Prof. Dr. Sait AŞGIN**

**KARABÜK-2013**

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, Kamu Yönetimi Bilim Dalı'nda, Prof. Dr. Sait AŞGIN danışmanlığında, Ahmet DERVİŞOĞLU tarafından hazırlanan bu çalışma 08/01/2013 Tarihinde jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Sait AŞGIN  
Jüri Başkanı - Danışman


  
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Kemal YAMAN

  
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. İsmail ŞAHİN

Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Doç. Dr. Abdullah KARAKAYA  
Enstitü Müdürü

### TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum "**Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye'de Sağlık Sektörü'nün Yeniden Yapılanması**" adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmada kullanılan doğrudan kendime ait olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

08.01.2013

Ahmet DERVİŞOĞLU



## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>I</b>
<b>ÖNSÖZ .....</b>	<b>VII</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>TABLolar LİSTESİ .....</b>	<b>IX</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>X</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XII</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>1.KÜRESELLEŞME SÜRECİ VE YENİ YAKLAŞIMLAR.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. KÜRESELLEŞME KAVRAMI.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. KÜRESELLEŞME KAVRAMININ BOYUTLARI .....</b>	<b>6</b>
1.2.1. Ekonomik Boyut.....	7
1.2.2. Kültürel Boyut .....	8
1.2.3. Siyasi Boyut.....	8
1.2.4. Teknolojik Boyut.....	9
1.2.5. Çevresel Boyut .....	9
<b>1.3. KÜRESELLEŞMEYLE İLGİLİ YAKLAŞIMLAR .....</b>	<b>10</b>
1.3.1. Küreselleşme Savunucuları .....	10
1.3.2. Küreselleşme Karşıtları .....	11
1.3.3. Dönüşümcüler.....	11
<b>1.4. KÜRESELLEŞME VE YÖNETİM YAKLAŞIMLARINDA DEĞİŞİM.....</b>	<b>12</b>
1.4.1. Yeni Yaklaşımların Ön Plana Çıkmasının Nedenleri.....	13

1.4.1.1. Ekonomik Faktörler .....	15
1.4.1.2. Sosyal Faktörler .....	15
1.4.1.3. Siyasal Faktörler .....	16
1.4.1.4. Teknolojik Faktörler .....	16
1.4.1.5. Kuramsal Gelişmelerin Etkileri .....	17
1.4.1.6. Uluslararası Kuruluşların Etkileri .....	17
1.4.1.6.1. Uluslararası Para Fonu .....	18
1.4.1.6.2. Dünya Bankası .....	19
1.4.1.6.3. Dünya Ticaret Örgütü .....	19
1.4.1.6.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü.....	20
1.4.1.6.5. Çokuluslu Şirketler.....	21
1.4.2. Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar .....	21
1.4.2.1. Yeni Liberalizm .....	21
1.4.2.2. Yeni Kamu Yönetimi.....	24
1.4.2.3. Stratejik Yönetim.....	26
1.4.2.4. Yönetişim.....	27
1.4.2.5. E-Devlet.....	27
<b>2. SAĞLIKLA İLGİLİ KAVRAMLAR VE ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI.....</b>	<b>31</b>
2.1.1. Sağlık Kavramı .....	31
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	32
2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	32
2.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	33
2.1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri .....	33
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	34

2.1.3.1. Kamusal Özelliği .....	34
2.1.3.2. Dışsallık Özelliği .....	35
2.1.3.3. Belirsizlik Özelliği .....	35
2.1.4. Hastaneler .....	35
2.1.4.1. Hizmet Türlerine Göre Hastaneler .....	36
2.1.4.2. Finansman Kaynağına Göre Hastaneler .....	37
2.1.4.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler .....	37
2.1.5. Hastanelerin Fonksiyonları .....	37
2.1.5.1. Hasta ve Yaralıların Tedavisi .....	37
2.1.5.2. Eğitim .....	37
2.1.5.3. Araştırma-Geliştirme .....	38
2.1.5.4. Toplumun Sağlık Seviyesine Katkıda Bulunma .....	38
<b>2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR.....</b>	<b>39</b>
2.2.1. Kamu Merkezli Yaklaşımlar .....	40
2.2.1.1. Yetki Genişliği .....	40
2.2.1.2. Yetkilendirme .....	41
2.2.1.3. Yetki Devri .....	42
2.2.1.4. Özelleştirme .....	42
2.2.2. Piyasa Merkezli Yaklaşımlar .....	43
<b>2.3. BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ .....</b>	<b>45</b>
2.3.1. Kanada .....	46
2.3.2. Danimarka .....	46
2.3.3. İngiltere .....	47
2.3.4. Fransa .....	48
2.3.5. Amerika Birleşik Devletleri .....	49

<b>3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ’NÜN GENEL DURUMU.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1. YENİDEN ORGANİZASYON SÜRECİNDEN ÖNCEKİ YAPISI.....</b>	<b>51</b>
3.1.1. Organizasyon Yapısı .....	51
3.1.1.1. Sağlık Bakanlığı.....	51
3.1.1.1.1. Merkez Teşkilatı.....	51
3.1.1.1.2. Taşra Teşkilatı .....	53
3.1.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi .....	53
3.1.1.3. Özel Sağlık Sektörü .....	54
3.1.1.4. Milli Savunma Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları .....	55
3.1.1.5. Üniversite Hastaneleri.....	55
3.1.2. Yasal Durumu.....	56
3.1.3. Sağlık Personelinin Durumu.....	56
3.1.4. Finansmanı .....	57
3.1.5. Sorunları .....	58
<b>3.2. SAĞLIK SEKTÖRÜMÜZÜN GELİŞMİŞ ÜLKE SİSTEMLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI .....</b>	<b>60</b>
3.2.1. Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Yönden Karşılaştırılması .....	61
3.2.2. Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Yönünden Karşılaştırılması.....	63
3.2.3. Ülkelerin Sağlık Harcamaları Yönünden Karşılaştırılması.....	65
3.2.4. Ülkelerin Sağlık Kaynakları Yönünden Karşılaştırılması.....	67
3.2.5. Ülkelerin Sağlık Teknolojileri Yönünden Karşılaştırılması.....	69
<b>3.3. SAĞLIK SEKTÖRÜMÜZÜN KALİTE STANDARTLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ .....</b>	<b>71</b>
3.3.1. Sağlıkta Kalite Kavramı .....	71
3.3.2. Sağlık Sektörümüzde Uygulanan Kalite Sistemleri .....	72



3.3.2.1. ISO 9000 .....	72
3.3.2.2. EFQM Mükemmellik Modeli .....	73
3.3.2.3. Akreditasyon .....	74
3.3.3. Türk Sağlık Sektörünün Kalite Standartları Yönünden Değerlendirilmesi...	75
<b>4. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ'NÜN GELİŞİMİ VE YENİDEN ORGANİZASYON SÜRECİ.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ.....</b>	<b>80</b>
4.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem .....	80
4.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem .....	82
4.1.2.1. 1920-1960 Dönemi .....	82
4.1.2.2. 1960-1980 Dönemi .....	84
4.1.2.3. 1980-1990 Dönemi .....	85
4.1.2.4. 1990-2002 Dönemi .....	86
4.1.2.4.1. Yeşil Kart Uygulaması.....	87
4.1.2.4.2. Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri .....	88
4.1.2.4.3. Sosyal Güvenlik Sistemi'nde Reform Çalışmaları .....	89
4.1.2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Çalışmaları .....	90
<b>4.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....</b>	<b>91</b>
4.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları.....	92
4.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri.....	92
4.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri .....	94
4.2.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı .....	94
4.2.3.2. Genel Sağlık Sigortası .....	94
4.2.3.3. Yaygın ve Erişimi Kolay Sağlık Hizmetleri .....	96
4.2.3.4. Donanımlı Sağlık Personeli .....	98

4.2.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	99
4.2.3.6. İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	100
4.2.3.7. Sağlık Bilgi Sistemi .....	101
<b>4.3. SAĞLIK KURULUŞLARININ YENİDEN ORGANİZASYONU .....</b>	<b>102</b>
4.3.1. Sağlık Kuruluşlarının Yeniden Yapılanmasına Yol Açan Faktörler .....	102
4.3.1.1. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Etkileri.....	102
4.3.1.2. Küreselleşme Sürecinin Etkileri .....	104
4.3.1.2.1. Küreselleşme Sürecinde Değişen Yönetim Anlayışlarının Etkileri.....	104
4.3.1.2.2. Uluslararası Kuruluşların Politikaları .....	106
4.3.1.3. Türkiye'nin Yönetim Anlayışından Kaynaklanan Faktörler .....	107
4.3.1.4. Avrupa Birliği Uyum Süreci.....	108
4.3.2. Sağlık Bakanlığı Teşkilatı'nın Yeniden Organizasyonu .....	110
4.3.3. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşların Yeniden Organizasyonu.....	113
4.3.3.1. Bakanlığa Bağlı Kuruluşların Merkez Teşkilatlarının Yeniden Organizasyonu .....	113
4.3.3.2. Bakanlığa Bağlı Sağlık Kuruluşlarının Yeniden Organizasyonu .....	114
<b>SONUÇ .....</b>	<b>118</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>123</b>

## ÖNSÖZ

Son zamanlarda oldukça popüler hale gelen küreselleşme kavramı günlük yaşantımızı önemli ölçüde etkilemektedir. Küreselleşme sürecinin boyutları ve etkileri tam olarak anlaşılmadığından bu kavram genellikle tek yönlü olarak algılanmaktadır. Oysa süreç tarihin ilk dönemlerinden günümüze doğru hızlanarak devam etmekle birlikte aynı zamanda teknolojik, ekonomik, siyasal, kültürel v.b. birçok alanda yaşanan gelişmelerle bu kavram arasında derin bir ilişki bulunmaktadır.

Bu çalışmada küreselleşme sürecinin birçok alanda görülen değişimleri etkilediği düşüncesi temel alınarak kavramın yönetim alanında ve konumuz olan sağlık sektöründeki yeniden yapılanma çabalarıyla olan bağlantısı ele alınmaktadır. Bu bakış açısına göre çalışma ülkemiz sağlık sektörünün içinde bulunduğu yeniden organizasyon sürecinin temelinde küreselleşme kavramının olduğunu göstermeyi hedeflemektedir. Ayrıca çalışmada küreselleşmenin yönetim alanında yol açtığı değişimlerin sağlık sektörüne yansımalarının nedenleri, boyutları ve etkilerinin yanı sıra uluslararası kuruluşların bu süreçte aldıkları rol üzerinde durulmuştur.

Çalışma sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinin iyi anlaşılması yönünden çok önemlidir. Başta çalışmanın tamamlanmasında büyük emeği bulunan sayın Prof. Dr. Sait AŞGIN hocama ve program süresince birlikte çalıştığım diğer hocalarıma teşekkürü borç bilirim. Bu çalışmanın sağlık sektörümüzün yeniden yapılanma sürecini inceleyecek olan çalışmalara bakış açısı ve konuyu ele alış biçimiyle katkı sunacağını umarım.

Ahmet DERVİŞOĞLU

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AGE</b>	Adı geçen eser
<b>AGM</b>	Adı geçen makale
<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>Bağ-Kur</b>	Bağımsız Kuruluş
<b>DPT</b>	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>EFQM</b>	Avrupa Kalite Yönetim Vakfı
<b>GATT</b>	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
<b>GSMH</b>	Gayri Safi Milli Hâsıla
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>IMF</b>	Uluslararası Para Fonu
<b>ISO</b>	Uluslararası Standartlar Organizasyonu
<b>JCI</b>	Uluslararası Birleşik Komisyonu
<b>KHB</b>	Kamu Hastane Birlikleri
<b>KHK</b>	Kanun Hükmünde Kararname
<b>OECD</b>	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>SDP</b>	Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SSYB</b>	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TKHK</b>	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>WB</b>	Dünya Bankası
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>WTO</b>	Dünya Ticaret Örgütü
<b>V.B.</b>	Ve benzeri
<b>YKİ</b>	Yeni Kamu İşletmeciliği
<b>YKY</b>	Yeni Kamu Yönetimi

**TABLolar LİSTESİ**

<b>TABLO 1: KAMU YÖNETİMİNDE YENİ ARAYIŞLARIN NEDENLERİ VE SONUÇLARI.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLO 2 : YENİ LİBERAL POLİTİKALARIN GELENEKSEL KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI İLE KARŞILAŞTIRILMASI .....</b>	<b>23</b>
<b>TABLO 3: YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞININ GELENEKSEL KAMU YÖNETİMİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI .....</b>	<b>25</b>
<b>TABLO 4: FİNANSMAN MODELİNE GÖRE SAĞLIK SİSTEMLERİ .....</b>	<b>30</b>
<b>TABLO 5: BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SOSYO-EKONOMİK GÖSTERGELERİ .....</b>	<b>62</b>
<b>TABLO 6: BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK GÖSTERGELERİ .....</b>	<b>63</b>
<b>TABLO 7: BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI.....</b>	<b>66</b>
<b>TABLO 8: BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK KAYNAKLARI .....</b>	<b>68</b>
<b>TABLO 9: BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ .....</b>	<b>70</b>
<b>TABLO 10: SAĞLIK HİZMETLERİNDEN GENEL MEMNUNİYET ORANI, (%), 2003-2010 ...</b>	<b>77</b>
<b>TABLO 11: SAĞLIK KURULUŞLARININ HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ORANI, (%), 2004-2010.....</b>	<b>78</b>

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

<b>ŞEKİL 1:</b> YILLARA GÖRE BEBEK ÖLÜM HIZI, (1.000 CANLI DOĞUMDA), TÜRKİYE .....	64
<b>ŞEKİL 2:</b> SAĞLIK HİZMETLERİNDEN GENEL MEMNUNİYET ORANI, (%), 2004-2010.....	97
<b>ŞEKİL 3:</b> SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN YENİ ORGANİZASYON YAPISI .....	111
<b>ŞEKİL 4:</b> TKHK'NUN ORGANİZASYON YAPISI.....	114
<b>ŞEKİL 5:</b> KHB'NİN ORGANİZASYON YAPISI.....	116

**ÖZET****KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE YENİ KAMU YÖNETİMİ  
ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YENİDEN  
YAPILANMASI**

DERVİŞOĞLU Ahmet

Yüksek Lisans Tezi, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sait AŞGIN

08.01.2013, 142 Sayfa

**Bu çalışma Türkiye’de sağlık sektörünün içinde bulunduğu yeniden yapılanma sürecinin temelinde küreselleşme kavramının olduğunu göstermeyi hedeflemektedir. Çalışmanın başında kavram ayrıntılı olarak incelendikten sonra sürecin yönetim alanında yol açtığı değişimlerin dünya sağlık sistemlerine etkileri üzerinde durulmuştur. Daha sonra sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinden önceki durumu ve yeniden yapılanması ele alınmıştır. Ayrıca küreselleşme sürecinin etkisiyle yeniden yapılanan sağlık sektörümüz gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleriyle mukayese edilerek kalite standartları yönünden de değerlendirilmiştir.**

**Uluslararası kuruluşların faaliyetlerinin hızlandığı küreselleşme süreci ülkelerin yönetim anlayışlarını ve kamu sektörlerini yeniden yapılandırmaktadır. Bu çalışma sağlık sektörümüzün yeniden organizasyonun ne ölçüde bu kuruluşlarının politikalarıyla örtüştüğünü ön plana çıkarmayı hedeflemektedir. Ayrıca bu çalışma sürecin nerede duracağına, geri dönüşün mümkün olup olamayacağına ve hangi ölçüde gerekli olduğuna dikkat çekmektedir. Sağlık alanında uluslararası kuruluşların etkilerinin yanı sıra sorunların tam olarak analiz edilip ülkemiz koşullarına uygun çözümlerin üretilmesi sağlık sistemimizin etkinliğini artıracaktır.**

**ANAHTAR KELİMELEER: Küreselleşme, Yeni Kamu Yönetimi, Sağlık Sektörü, Yeniden Yapılanma**

**ABSTRACT**

**RECONSTRUCTION OF HEALTH SECTOR IN TURKEY WITHIN THE  
FRAMEWORK OF PUBLIC ADMINISTRATION IN GLOBALIZATION  
PROCESS**

DERVİŞOĞLU Ahmet

Master's Thesis, Department of Public Administration

Thesis Advisor: Prof. Dr. Sait AŞGIN

08.01.2013, 142J Pages

**This study aims to show that the concept of globalization underlies the reconstruction period of health sector in Turkey. The said concept has been analyzed in detail at the beginning of the study and then, the effects of the changes arising from the said period on world health systems have been emphasized. Later on, the status of domestic health sector prior to re-organization period, and reconstruction of our health sector have been discussed. Moreover, our domestic health sector re-organized thanks to the effects of globalization process has been also evaluated in terms of quality standards by being compared to the health sectors of developed countries.**

**The globalization process accelerated by the activities of international organizations reconstructs the administrative mentalities and public sectors of countries. This study aims to feature that to what extent our domestic health sector corresponds to the policies of said organizations. In addition, this study points out that at which point the process will stop, whether return is possible or not, and to what extent the process is required. The effectiveness of our domestic health sector will be increased by completely analyzing the problems in addition to the effects of international organizations in health sector, and by providing solutions suitable for the current conditions of our country.**

**KEY WORDS: Globalization, New Public Administration, Health Sector, Reconstruction**



## GİRİŞ

İletişim olanaklarının artmasıyla ekonomik, teknolojik ve kültürel faktörlerin hızla yayılması ülkelerin yönetim biçimlerini değiştirmeye başlamıştır. Küreselleşme kavramı ile ifade edilen bu süreçte yerel değerler<sup>1</sup> ulusal sınırları aşarak diğer toplumların başlıca siyasi, ekonomik ve kültürel yapılarının değişimine yol açmaktadır. Ayrıca bu değişim ülkelerin sağlık sektörlerinde de yeni yönetim tarzlarının ve organizasyon yapılarının oluşumuna neden olmaktadır. Küresel ölçekte yaşanan bu gelişmeler ülkemizi de etkileyerek sağlık alanında bir yeniden yapılanma süreci başlatmıştır.

Küreselleşme süreci devletlerin siyasal ve ekonomik yapılarını etkilemesinin yanı sıra kamu yönetimi anlayışlarını da kökten değiştirmiştir. Bu süreçle birlikte özelleştirme, yerelleşme ve devlet kurumlarının yeniden yapılandırılmasına yönelik uygulamalar gündeme gelmiştir. Ayrıca yeni liberal anlayışların etkisiyle eğitim, güvenlik ve dış ilişkiler dışında bütün sektörlerde kamunun etkinliğinin azaltılarak, özel sektörün performans ve kâra dayalı yönetim modelinin uygulanması düşüncesi önem kazanmıştır.<sup>2</sup> Kamu yönetimi alanında ön plana çıkan bu yaklaşımlar küresel ölçekte sağlık sistemlerini etkileyerek sektörün yönetim ve organizasyon yapısının bu ilkelere göre yeniden düzenlenmesine yol açmaktadır.

Küreselleşme süreciyle birlikte yönetim alanında yeni kamu yönetimi (YKY), yeni kamu işletmeciliği (YKİ), stratejik yönetim, yönetişim ve e-devlet anlayışları ön plana çıkmıştır. Bu yaklaşımlar sağlık sektörünü de etkilemiş bu alanda verimlilik çalışmaları, performans sistemi, döner sermaye uygulamaları ve kalite çalışmaları önem kazanmıştır. Küreselleşmenin etkisiyle ön plana çıkan bu yeni yönetim anlayışları, kamu sağlık kuruluşlarının özel sektör sağlık işletmelerinin işleyiş yapısına göre düzenlenmesini hedeflemektedir.<sup>3</sup>

Ülkemizde de son yıllarda hızlanan sağlık sektörünün yeniden organizasyon süreci bu yeni anlayışlar çerçevesinde ilerlemektedir. Bu kapsamda ülkemizde sağlık

---

<sup>1</sup> Yerel değerler, teknolojik, ekonomik kültürel v.b. faktörlerin etkisiyle herhangi bir yerde ortaya çıkan yeni oluşumlar anlamında kullanılmaktadır. Bu değerlerin sınırları aşarak ulaştığı yerleri etkilemesi küreselleşme kavramı ile ifade edilmektedir. Bu bakış açısına göre küreselleşme sürecinin tarihten günümüze kadar olan dönemde sürekli var olduğu görülmektedir. Ancak iletişim olanaklarının artmasıyla bu değişim süreci geçmişe göre oldukça hızlı olduğundan kavram günümüzde genellikle bu hızı ifade etmek için kullanılmaktadır.

<sup>2</sup> Cahit, Emre, "Yönetim Bilimi", *Cumhuriyet Döneminde Türkiye'de Bilim, Sosyal Bilimler II*, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 1998, 46.

<sup>3</sup> İlker, Belek-Ata Soyer, *Sağlıkta Özelleştirme*, İstanbul, 1995, 8.

alanında yasal düzenlemeler yapılarak sektördeki dönüşüm sürecinin hukuki altyapısı hazırlanmaktadır. 2003 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği ve Performans Sistemi gibi uygulamalarla bu dönüşüm süreci hız kazanmıştır. 2 Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'yle<sup>4</sup> ülkemiz sağlık sisteminin<sup>5</sup> organizasyon yapısının tamamen değişmesi planlanmıştır. Bu kararnameyle kamu sağlık kuruluşların örgütlenme ve işleyiş yapısının özel sektör sağlık işletmeleri gibi düzenlenmesi hedeflenmiştir.

İllerdeki kamu sağlık kuruluşlarının Kamu Hastane Birlikleri (KHB) çatısı altında birleştirilmesiyle sağlık sektörümüzde yeni bir organizasyon modeline geçilmiştir. Bu yeniden yapılanmayla birlikte sağlık sistemimiz uluslararası piyasaların etkilerine karşı korunmasız hale gelerek tamamen özelleştirilmesinin önündeki engeller de kaldırılmış olmaktadır. Bu çalışmada, küreselleşmenin dünya sağlık organizasyonlarına etkileri ele alınmış, gelişmiş ülkeler ile ülkemizin sağlık sistemleri mukayese edilerek yeni yaklaşımların ülkemiz sağlık sektörüne etkileri incelenmiştir. Türkiye'de sağlık alanında yaşanan bu dönüşüm süreci, uluslararası kuruluşların politikalarına uygun ve küreselleşmenin etkisiyle ön plana çıkan yeni yönetim anlayışlarının ilkeleri çerçevesinde ilerlemektedir.

Bu çalışma hazırlanırken yararlanılan başlıca kaynaklar sağlık sektörü ile ilgili makale, tez, kitap, konferans yayınları, Dünya Bankası verileri, Devlet Planlama Teşkilatı yayınları, Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmaları ve Sağlık Bakanlığı'nın kaynaklarıdır. Literatürde, sağlık sistemlerinin yapısı veya hastane organizasyonları ile ilgili çalışmalar yapılmış olmasına rağmen sektörün yeniden yapılanma süreciyle küreselleşme arasında yeterince bağlantı kurulmamıştır. Çalışma Türkiye'de sağlık alanında yaşanan dönüşümün nedenleri, boyutları ve dünyada yaşanan gelişmelerle bağlantılarını inceleyerek literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

Küreselleşme süreci daha çok uluslararası kuruluşlar ve çokuluslu şirketlerin yönlendirmesiyle ilerlediğinden ulusal sağlık sistemlerinin de zamanla bu kurumların

<sup>4</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. Resmi Gazete*, 28103 (Mükerrer), 2 Kasım 2011.

<sup>5</sup> Sağlık sektörü, sağlık hizmeti veren kuruluşların oluşturdukları yapıyı ifade etmek için kullanılmaktadır. Sağlık sistemi ise sağlık hizmetlerinin bütün boyutlarıyla (arzu, ekonomisi, yasal yapısı v.b.) ön planda olduğu organizasyon yapısını ifade etmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. A. Erdal Sargutan, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, VIII-3, Ankara, 2005, 400-428.

tamamen güdümüne girme tehlikesi mevcuttur. Ülkemiz sağlık sektöründeki yeniden yapılanma süreci küreselleşme süreci çerçevesinde ve uluslararası kurumların politikalarının etkisinde ilerlemektedir. Bu kapsamda yapılan yasal düzenlemelerle sağlık sektörümüz yeniden düzenlenerek küresel piyasalara uygun bir model oluşturulmaktadır. Sektörün sorunlarına çözümü esas alan ve dünyada yaşanan gelişmelerle bağlantılı bir yeniden yapılanma modeli yerine, küreselleşmenin etkisiyle özel sektör işletmelerine benzer bir yapının oluşturulması sağlık sektörümüzün etkinliğini artırmayacaktır.

## 1.KÜRESELLEŞME SÜRECİ ve YENİ YAKLAŞIMLAR

1990'lı yıllardan itibaren gündeme gelmeye başlayan küreselleşme kavramı her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. Bu kavramın tam olarak ne ifade ettiği üzerinde bir mutabakat olmamakla birlikte sosyal bilimciler tarafından bakış açılarına göre farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Küreselleşmenin başlıca ekonomik, kültürel, siyasi ve teknolojik boyutları olmasına rağmen günümüzde ekonomik yönü daha çok ön plana çıkmaktadır.

Son yıllarda teknolojik ve ekonomik gelişmelerin etkisiyle küreselleşme süreci hızını büyük ölçüde artırmıştır. Bu durum sürecin günümüze ait bir olgu olduğunu göstermemektedir. Genel olarak küreselleşme kavramı, dünyanın herhangi bir yerindeki bir değer<sup>6</sup> bulunduğu yerden başka bir yerde daha etkili hale gelmesi ise bu sürecin ilk uygarlıklardan beri var olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.<sup>7</sup> Ancak iletişim olanaklarının sınırlı olduğu eski dönemlerde küreselleşmenin hızı yavaş olmakla birlikte günümüzde bu süreç çok hızlı ilerlemektedir.

Küreselleşme süreci, yeni siyasi sonuçların, ekonomik yapıların ve kamu yönetimi anlayışlarının ön plana çıkmasına yol açmıştır. Küreselleşmenin ekonomik boyutunun etkisiyle değişen yönetim anlayışları ülkelerin başta sağlık olmak üzere bütün kamu sektörlerinin yeniden yapılanmasına yol açmıştır. Bu durum, ülkemizde de sağlık alanında son yıllarda hızlanan dönüşüm ile küreselleşme süreci arasındaki bağlantıyı göstermektedir. Bu bölümde küreselleşme kavramı, boyutları ve yeni yönetim anlayışları incelenmektedir.

### 1.1. KÜRESELLEŞME KAVRAMI

Küreselleşme olgusunun çok boyutlu olması ve etkilerinin farklı algılanması nedeniyle bu kavramla ilgili değişik tanımlamalar yapılmaktadır. Küreselleşmenin birçok tanımının olması bilim adamlarının bakış açıları, dünya görüşleri, kavramın

<sup>6</sup> Değer kavramıyla ifade edilmek istenen herhangi bir yerdeki ekonomik, teknolojik veya diğer faktörler neticesinde oluşan unsurlardır. Küreselleşme ise bu unsurların ulusal sınırları aşarak başka bir yerde etkili hale gelmesi sürecidir.

<sup>7</sup> Araştırmacı küreselleşmenin toplumda genellikle bu şekilde algılandığını kabul etmektedir. Tarihin ilk dönemlerinden itibaren uygarlıklar arasında savaş, ticaret, göçler v.b. nedenlerle bir iletişimin olduğu bilinmektedir. Bu durum günümüze göre, sınırların kesin olmadığı ve uluslararası ticaretin daha az bürokratik engellerle karşılaştığı göz önüne alındığında o dönemlerde küreselleşme için daha uygun bir ortamın olduğu görülmektedir. Ancak bu sürecin eskiden çok yavaş ilerlemesi ise iletişim, ulaşım, teknoloji v.b. faktörlerin günümüze göre yetersiz olmasıyla açıklanmaktadır.

boyutlarını algılama tarzları ve kavramı tam olarak ifade etmenin zor olmasından kaynaklanmaktadır.

İngiliz toplumbilimci Giddens küreselleşmeyi, “artan karşılıklı ilişkileri ve bu ilişkilerin sadece ekonomik değil toplumsal, kültürel ve politik alanlarda da etkili olması” olarak tanımlamaktadır.<sup>8</sup> Bu yaklaşıma göre küreselleşme, ekonomik gelişmeler neticesinde uluslararası ilişkilerin artması nedeniyle toplumların değişik boyutlarda etkilendiğini ifade etmektedir. Giddens küreselleşmenin bir boyuttan ibaret değil farklı yönlerinin de olduğunu ön plana çıkararak kapsayıcı bir değerlendirme yapmaktadır.

Bir başka İngiliz toplumbilimci Harvey küreselleşmeyi, iletişim teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler sonucunda dünyanın küçülmesi ve bunun sonucunda toplumların birbirine daha çok bağımlı hale gelmesi olarak tanımlamaktadır.<sup>9</sup> Bu yaklaşıma göre iletişim teknolojileri geliştikçe insanlar arasındaki ilişkilerin yoğunluğu artmaktadır. Ayrıca bu gelişmeler coğrafi faktörlerin önemini azaltarak toplumları birbirlerine daha fazla bağımlı hale getirmektedir.

Hirst ve Thompson’a göre küreselleşme, “ekonomik anlamda ülkeler arasında büyük ve artan ölçüde bir ticaret akışı ile sermaye yatırımının gerçekleştiği açık bir uluslararası ekonomi olarak tanımlanırsa, kesinlikle yeni ve farklı bir olgu değildir. 1860’lı yıllardan bu yana var olan bir takım farklı uluslararası ekonomi konjonktürlerinden biridir.”<sup>10</sup> Bu yaklaşım küreselleşmenin yeni bir olgu olmadığını ön plana çıkararak ekonomik boyutu üzerinde durmaktadır. Ayrıca artan ticari faaliyetler sonucunda da küresel bir piyasanın oluştuğunu ileri sürmektedir.

Yeldan’a göre küreselleşme, “neo-liberalizmin ideolojik bir söylemidir ve küreselleşme olgusu, ulusal ekonomilerin dünya piyasalarıyla eklemlenmesi ve bütün iktisadi karar süreçlerinin giderek dünya kapitalizminin sermaye birikimine yönelik dinamikleriyle belirlenmesidir.”<sup>11</sup> Yeldan küreselleşmeyi olumsuz bir açıdan değerlendirerek kavramın ekonomik boyutunu ön plana çıkarmaktadır. Bu tanıma göre süreç, küresel ekonomik güçlerin kontrolünde ve onların lehine gelişmektedir.

<sup>8</sup> Anthony Giddens, *Elimizden Kaçıp Giden Dünya*, (Çev.: Osman Akinhay), İstanbul, 2000, 23.

<sup>9</sup> Yakup Coştu, “Küreselleşme Üzerine Bazı Düşünceler”, *Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi*, IV-(7-8), Çorum, 2005, 90-105.

<sup>10</sup> Paul Hirst-Grahame Thompson, *Küreselleşme Sorgulanıyor*, (Çev.: Çağla Erdem-Elif Yücel), Ankara, 2001, 26-28.

<sup>11</sup> Erinc Yeldan, “Neo-Liberalizmin Bir Söylemi Olarak Küreselleşme”, *İktisat Üzerine Yazılar I, Küresel Düzen; Birikim Devlet ve Sınıflar*, (Der.: Ahmet H. Köse-Erinç Yeldan-Fikret Şenses), İstanbul, 2003, 428.

Küreselleşmeyi inceleyen sosyal bilimcilerin neredeyse tamamı bu kavramı farklı biçimlerde algılamışlardır. Bu değerlendirmelerin her biri küreselleşmenin değişik bir yönünü ön plana çıkarmaktadır. Bu olgu günümüzde, ülkelerin kamu yönetimi anlayışlarından insanların değer yargılarına kadar birçok şeyi etkileyecek hale gelmiştir. Önemli kamusal sektörlerinden biri olan sağlık sektörü de bu süreç içinde değişime uğramaktadır. Küreselleşme süreci ülkemizde de sağlık alanında yeniden yapılanma faaliyetlerini hızlandırmıştır. Aşağıda bu kavramın boyutları ele alınmaktadır.

## 1.2. KÜRESELLEŞME KAVRAMININ BOYUTLARI

Küreselleşme gelişen iletişim teknolojileri nedeniyle ekonomik, kültürel ve siyasal değerlerin bütün dünyada yaygınlık kazanması olarak algılanmaktadır. İktisatçılar küreselleşmeyi serbest piyasa unsurlarının bütün ülkelerde etkili hale gelmesiyle sermaye birikiminin sağlanarak uluslararası bir pazarın oluşması biçiminde tanımlamaktadır.<sup>12</sup> Siyaset bilimcilere göre ise küreselleşme, ulus devlet ilkesinden uzaklaşma ve sivil toplum kuruluşlarının daha etkin duruma gelmeleri olarak tanımlanmaktadır.<sup>13</sup> Küreselleşmenin ekonomik, kültürel ve siyasi boyutları olduğu gibi sürekli değişen ve yeni boyutlar kazanan bir süreç olduğu da görülmektedir.

Küreselleşme sürecini hızlandıran başlıca faktörler uluslararası hareket yeteneğine sahip güçlü devletlerin olması, kapitalist ekonomik sistemin küreselleştirici etkilerinin olması, iletişimin hızlı ve sürekli hale gelmesi olarak sıralanmaktadır.<sup>14</sup> Küreselleşmenin sosyal, siyasal ve ekonomik boyutları bütün ülkeleri etkileyerek küresel piyasa, yönetim ve kültürün oluşmasına yol açmaktadır.

Küreselleşme süreci yeni-liberal politikaların güçlenmesiyle devlet yapısının yeniden yapılanmasına yol açmış, kamu sektörünün sorumluluklarını sınırlayarak koruyucu ve düzenleyici bir devlet anlayışıyla bütün ülkeleri etkilemiştir. Ayrıca küreselleşmeyle birlikte ulusal savunma, yoksullukla mücadele ve çevrenin korunması faaliyetleri devletin asıl görevi haline gelmiştir.<sup>15</sup> Küreselleşme sürecini yönlendiren yeni liberal politikalar kamu sektörünü yeniden yapılandırdığı gibi devletin ekonomik,

<sup>12</sup> Ali Farazmand, "Küreselleşme ve Kamu Yönetimi", (Çev.: Sevilay Kaygalak), *Mülkiye Dergisi*, XXV-229, 2001, 245-278.

<sup>13</sup> DPT, *Dünyada Küreselleşme ve Bölgesel Bütünleşmeler*, Ankara, 1995, 1.

<sup>14</sup> Hasan Tutar, *Küreselleşme Sürecinde İşletme Yönetimi*, İstanbul, 2000, 19.

<sup>15</sup> Dilek Dileyici, "Devletin Mali Alandaki Rol ve Fonksiyonlarındaki Değişim", Coşkun Can Aktan–Dilek Dileyici (ed.), *Kamu Maliyesinde Çağdaş Yaklaşımlar*, (ss. 33), Ankara, 2004.

siyasal ve sosyal alandaki görevlerini yeniden tanımlayarak uluslararası şirketlerin dünya ölçeğindeki ekonomik ilişkilerinin güçlenmesine yol açmıştır.

Küreselleşme süreciyle yeniden yapılanan ülkelerin sağlık sektörlerinin klasik organizasyon yapıları da değişmiştir. Bu kapsamda ülkelerin sağlık sektörlerindeki kamu finansmanının azaltılması, yeni teknolojilerin kullanılması ve tüketicilerin taleplerine duyarlı kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesi anlayışı ön plana çıkmıştır. Ayrıca sosyal güvenlik sistemlerinin etkinliğinin artırılarak sağlık hizmetlerinin standartlarının yükseltilmesi hedeflenmektedir.<sup>16</sup>

Küreselleşme süreci sağlık hizmetleri sunumunda kaliteyi yükselttiği gibi sağlık hizmetlerine erişim maliyetlerinin artmasına da yol açmıştır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Bütçesi’nin Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla’ya oranı 1999 yılında 0.77 civarındayken bu oran 2008 yılında 1.26’ya çıkmıştır.<sup>17</sup> Küreselleşme süreciyle, kamu sağlık sektörünün daha az harcama yapma hedefi, sektörün küresel etkiler altında yapılandığı dönemde bütçesinin %61 oranında artmasıyla sağlık harcamalarının azalması yerine arttığını göstermektedir. Küreselleşme kavramının çok fazla boyutları olmasına rağmen bu çalışmada sağlık sektörünün yeniden yapılanma süreciyle daha çok bağlantılı olan ekonomik, kültürel, siyasi, teknolojik ve çevresel yönleri incelenmektedir.

### 1.2.1. Ekonomik Boyut

Ekonomik boyut küreselleşme sürecinin en çok ön plana çıkan ve en önemli yönüdür. İnsanlar bu kavramı daha çok ekonomik alanda yaşanan küreselleşme olarak algılamaktadırlar. Günümüzde uluslararası ticaretin önündeki engellerin azalmasıyla birlikte ulaşım ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler firmaların küresel ölçekte güçlenmesine yol açmıştır.

Ekonomik küreselleşmenin en önemli aktörleri olarak Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası kuruluşlar ve çok uluslu şirketler gösterilmektedir.<sup>18</sup> Bu kuruluşlar dünya ölçeğinde ticari faaliyetlerin düzenlenmesi ve ekonomi politikalarının uygulanmasına yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır. Ulusal

<sup>16</sup> Sakine Gülöz Şahin, “Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti”, *a.g.e.*, 69.

<sup>17</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistik Yıllığı*, Ankara, 2008, 127.

<sup>18</sup> Ömer Köse, “Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü”, *Sayıştay Dergisi*, 49, Ankara, 2003, 3-46.

ekonomileri küresel piyasaların bir parçası haline getiren bu faaliyetler nedeniyle çok uluslu firmaların ürünleri bütün dünyada en önemli tüketim ürünleri haline gelmektedir.

### 1.2.2. Kültürel Boyut

Bir toplumun sahip olduğu maddi ve manevi değerlerin tamamı olarak kabul edilen kültür ile küreselleşme arasında ciddi bir ilişki bulunmaktadır. Dini inançlardan, coğrafyadan, tarihten, ekonomiden ve etnik özelliklerden etkilenen kültür bir toplumu diğer toplumlardan ayıran en belirleyici faktördür. Kültür, toplumun kendi yerel değerleri çerçevesinde ürettiği bir yapı olduğundan küreselleşme sürecinden en fazla etkilenen unsurdur.

İletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmelerin etkisiyle kültürler arasındaki etkileşim artmıştır. Bu durum kültürler arasındaki farklılıkları azaltmakla birlikte bir kültürün diğer kültürleri etkisi altına alma sürecini başlatmıştır.<sup>19</sup> Örneğin ekonomik gücü elinde bulunduran batı toplumunun kültürel unsurları küreselleşme süreciyle diğer toplumlarda da egemen olmaya başlamıştır. Ayrıca İngilizcenin dünyanın her yerinde yaygın hale gelmesi, batı kökenli değerlerin evrenselleşmesi, batılı giyinme, yaşam ve tüketim tarzının egemen hale gelmesi küreselleşmenin kültür üzerindeki en önemli etkileridir.<sup>20</sup>

Küreselleşmenin diğer kültürler üzerindeki baskısı toplumların yerel değerlerine sahip çıkmasına da neden olmuştur. Etnik milliyetçi hareketler, dini değerlere yönelme ve cemaatleşme faaliyetleri gibi olgular kültürel küreselleşmeye tepki olarak gelişmiştir.<sup>21</sup> Ekonomik unsurların hızlandırdığı küreselleşme süreciyle batı kültürü tek egemen kültür olarak ön plana çıkmıştır. Bu durum sonucunda diğer toplumların kültürel özellikleri yok olmaya ya da önemini kaybetmeye başlamıştır.

### 1.2.3. Siyasi Boyut

Küreselleşme, siyaset ve devlet yönetimi alanlarında da etkili olarak mevcut yönetim anlayışlarında değişime yol açmıştır. Bu süreç ulus-devlet, uluslararası kuruluşlar, yerel yönetimler ve sivil toplum örgütlerinin karşılıklı etkileşimleri ile ilerlemektedir.<sup>22</sup> Küresel kurumların politikaları ulus devletler üzerinde etkili olmakta

<sup>19</sup> S. Hayri Bolay, "Küreselleşme ve Milli Kültürler", *Küreselleşme*, (Ed.: Cemal Uşak), İstanbul, 2002, 67.

<sup>20</sup> Ali Yaşar Sarıbay, "Kültürel Bir Olgu Olarak Küreselleşme", *Küreselleşme*, (Ed.: Cemal Uşak), İstanbul, 2002, 48.

<sup>21</sup> Ramazan Gözen, "Küreselleşme ve Uluslararası İlişkiler", *Liberal Düşünce*, 2-7, İstanbul, 1997, 74-91.

<sup>22</sup> Fırat Bayar, "Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye", *Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi*, 32, Borensztein, Eduardo, 2008, 25-34.



ayrıca ulusal siyaset ve yasal düzenlemeler de bu küresel anlayış doğrultusunda yapılmaktadır. Bu süreçte sivil toplum kuruluşları da faaliyetleriyle ulusal politikaların belirlenmesinde etkili olarak küreselleşmenin siyasi boyutunun önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Teknolojik gelişmelerin etkisiyle ulus-devlet sınırlarının önemi azalmış, devletlerin egemenliği esnek hale gelmiştir. İnsan gücü, sermaye ve bilginin ulusal sınırları daha kolay aşması ile devletler küreselleşmenin olumsuz etkileriyle karşılaşmaya başlamışlardır.<sup>23</sup> İletişim araçlarıyla bilginin küresel ölçekte hızlı yayılımı sonucunda ülke yönetimlerini sıkıntıya sokan halk hareketleri veya terörist saldırıların yapılması ihtimali de artmıştır. Bu durum küreselleşme süreciyle ulus-devletin otoritesi ve toplum güvenliğinin sağlanması arasında ters bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

#### **1.2.4. Teknolojik Boyut**

Küreselleşme süreci ile bilginin teknolojide kullanımı artmış ve yayılımı hızlanmıştır. Makine gücüne dayalı üretim sisteminin oluşturduğu yaşam tarzı yerini bilgiyi kullanmayı üretim sisteminin temel alan “bilgi toplumu”na bırakmıştır.<sup>24</sup> Tarıma dayalı yaşam tarzının olduğu toplumsal yapı sanayi toplumunda nasıl değişime uğramışsa, bilgiye dayalı üretim sistemi de bilgiyi kullananların önem kazandığı yeni bir toplumsal yapı oluşturmuştur. Bilginin dolaşımının hızlanmasıyla yaşanan teknolojik gelişmeler üretim tarzlarını değiştirerek küreselleşmiş bir toplumsal yapı oluşturmaktadır.

İletişim alanında son yıllarda yaşanan hızlı gelişmeler sınırların önemini azaltmış, bilgi kısa sürede dünyanın her yerine ulaşmaya başlamıştır. Küreselleşmenin ekonomik boyutunun etkisiyle bilgi ve teknoloji arasında iki yönlü ilişkinin yoğunluğu artmaktadır. Küreselleşme süreci bilginin dolaşımını artırarak teknolojik gelişmeye yol açmakla birlikte bu durum aynı zamanda küreselleşme sürecini de hızlandırmaktadır.

#### **1.2.5. Çevresel Boyut**

Küreselleşme ile çevre sorunları arasında doğrudan bir ilişki vardır. Dünya nüfusunun hızla artması ve sanayi tesislerinin atıkları küresel çevre sorunlarına yol açmaktadır. Sanayi atıkları, hava ve deniz kirliliği v.b. faktörler canlıların yaşamını tehdit etmektedir. Dünyanın doğal dengesini bozucu bu etkilerin çözümü küresel

<sup>23</sup> Birleşmiş Milletler Küresel Yönetim Komisyonu, *Küresel Komşuluk*, Ankara, 1996, 24-25.

<sup>24</sup> Davut Dursun, *Siyaset Bilimi*, İstanbul, 2002, 135.

girişimler ve politikalar ile mümkün olmaktadır.<sup>25</sup> Küreselleşme sürecinin boyutlarını inceledikten sonra aşağıda süreçle ilgili teorik yaklaşımlar ele alınmaktadır.

### 1.3. KÜRESELLEŞMEYLE İLGİLİ YAKLAŞIMLAR

Küreselleşme kavramı birçok boyutunun ve ulus-devlet egemenliğini zayıflatan etkilerinin olması nedeniyle sosyal bilimciler tarafından farklı biçimlerde yorumlanmıştır. Bu kavramla ilgili sürecin tamamen yararlı olduğunu düşünen aşırı küreselleşmeciler veya radikaller olarak bilinen savunucular, şüpheciler olarak bilinen karşıtları ve dönüşümcüler olmak üzere üç temel yaklaşım bulunmaktadır. Bu yorumlar sosyal bilimcilerin küreselleşme sürecine bakış açısına ve dünya görüşlerine göre değişen teorik yaklaşımlardır.

#### 1.3.1. Küreselleşme Savunucuları

Küreselleşmenin tamamen yararlı olduğunu ön plana çıkaran savunucular, ekonomik gelişmenin devamının sürecin ilerlemesine bağlı olduğunu ileri sürmektedirler. Bu sosyal bilimciler toplumun yaşam standartlarını yükseltici, gelir dağılımını düzenleyici ve yolsuzlukları önleyici bir sistemin piyasa ekonomisi ile mümkün olacağını savunmaktadırlar. Küreselleşme savunucularına göre, süreçle birlikte ulus devletin ekonomik egemenliği zayıflayarak piyasa ekonomisinin koşulları tam olarak gerçekleşecektir.<sup>26</sup> Sosyal ve ekonomik sorunların kaynağı olarak görülen ulus-devletin etkinliği, küresel bir ekonomik sistemle azaltılmaktadır.

Küreselleşme savunucuları, ulus-devlet anlayışının sanayi toplumunun bir göstergesi olduğunu süreçle birlikte üretim tarzı ve ekonomi politikalarının değiştiğini ileri sürmektedirler. Küreselleşmeyle birlikte önemi artan uluslararası kuruluşlar ulus-devletlerin ekonomi politikalarını yönlendirmektedir. Bu ülkelerin ekonomi ve diğer alanlarda küresel kuruluşların etkilerine açık olmaları egemenliklerini azaltarak ulus-devlet anlayışının sonu olarak nitelendirilmektedir.<sup>27</sup> Küreselleşme savunucuları süreçle birlikte sivil toplumun güçleneceğini, demokratik standartların yükseleceğini, kültürel farklılıkların azalacağını ve ekonomik alanda ilerlemenin olacağını ileri sürmektedirler.

<sup>25</sup> Fırat Bayar, "Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye", *a.g.m.*, 30.

<sup>26</sup> Meryem Koray, "Küreselleşme Süreci ve Ulus Devlet, Ekonomi, Siyaset, Tartışmaları", *Küreselleşme ve Ulus Devlet*, İstanbul, 2001, 25-48.

<sup>27</sup> DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, *Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ÖİK Raporu*, (Rapor No: DPT: 2507), DPT Yayını, Ankara, 2000, 30.

### 1.3.2. Küreselleşme Karşıtları

Küreselleşmenin yararlı olduğunu savunan sosyal bilimciler teknolojik, ekonomik ve sosyal alanlarda yaşanan ilerlemeleri küreselleşme sürecine bağlamaktadırlar. Oysa küreselleşme karşıtları ekonomik, sosyal ve siyasal alanlarda yaşanan değişimlerin toplumu daha geri bir duruma getirdiğini savunmaktadırlar. Bu sosyal bilimciler, gerçekte bütün toplumların eşit olarak yararlandığı bir ekonomik ve teknolojik gelişmenin olmadığını kültürel olarak ise küresel bir kültürün oluşmadığını aksine yerel değerlerin daha önemli hale geldiğini ileri sürmektedirler.

Küreselleşme süreci ekonomik ve teknolojik yönlerden ele alındığında, ulusal piyasaların sadece sermayenin serbest dolaşımı alanında birleştiği görülmektedir. Küresel sermayeyi elinde bulunduran çokuluslu şirketler bu serbest dolaşım sonucu ulusal sermayeleri de bünyelerine katarak daha da güçlü hale gelmişlerdir.<sup>28</sup> Küreselleşme karşıtlarına göre, bu durum dünya ölçeğinde dengesiz bir ekonomik yapının oluşmasına yol açmıştır. Bu sosyal bilimciler küresel sermayenin kârlı alanlarda daha çok yatırım yaparak emperyalist bir yaklaşım içinde olduğunu ayrıca teknolojik ilerlemelerin bütün dünyada eşit yaşanmadığını, bu sürecin gelişmiş ülkeler lehine ilerlediğini savunmaktadırlar.<sup>29</sup>

Küreselleşme savunucuları ile karşıtları arasındaki temel görüş ayrılığı olguya bakış açılarıyla ilgilidir. Savunucular, ekonomi ve diğer alanlarda yaşanan gelişmeleri küreselleşme sürecinin bir sonucu olarak değerlendirmekteyken karşıtlar ise, bu alanlarda gerçek anlamda bir gelişmenin olmadığını aksine daha olumsuz bir sürecin geliştiğini ileri sürmektedirler. Küreselleşmenin bütün boyutlarıyla gelişmiş ülkelerin lehine ilerlediğini ve bu ülkeler tarafından yönlendirildiğini savunan karşıtlara göre, süreç ekonomik, teknolojik ve kültürel alanlarda batılı toplumlarla diğer toplumlar arasındaki ayrışmayı hızlandırmaktadır.

### 1.3.3. Dönüşümcüler

Küreselleşme sürecini savunanlar ve karşıtlarından farklı değerlendiren dönüşümcüler daha realist bir yaklaşım göstermektedirler. Bu sosyal bilimciler ne süreci savunanlar gibi küreselleşmenin tam olarak iyi olduğunu ne de karşıtları gibi tamamen kötü olduğunu ifade etmektedirler. Dönüşümcüler küreselleşmenin etkilerini olduğu

<sup>28</sup> DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, *Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi*, a.g.e., 30.

<sup>29</sup> Fredric Jameson, "Küreselleşme ve Politik Strateji," *Birikim Dergisi*, 139, İstanbul, 2000, 39-50.

gibi değerlendirmek gerektiğini savunarak sürecin iyi ve kötü yönlerinin olduğunu ileri sürmektedirler.

Dönüşümcüler, süreci savunanların “küresel pazar” ve “küresel uygarlık” düşüncesine karşı çıkmaktadırlar. Bu sosyal bilimcilere göre, küreselleşme sürecinde ulus-devlet önemini koruyarak yerel ve etnik unsurlar ön plana çıkacaktır.<sup>30</sup> Dönüşümcüler, teknolojik ve ekonomik gelişmelerin dünya ölçeğinde toplumsal değişimlere yol açtığını kabul etmektedirler. Ancak bu değişimlerin savunucuların ileri sürdükleri gibi küresel ölçüde radikal yapılanmalara yol açmayacağını savunmaktadırlar. Aşağıda küreselleşme sürecinin yönetim anlayışlarına etkileri ve bu alandaki yeni yaklaşımlar ele alınmaktadır.

#### 1.4. KÜRESELLEŞME ve YÖNETİM YAKLAŞIMLARINDA DEĞİŞİM

2. dünya savaşından sonra başlayan “refah devleti” anlayışı ile ülkeler kamu harcamalarını artırmışlardır. Gelişmiş ülkelerde Kamu Harcaması / Gayri Safi Milli Hâsıla oranı<sup>31</sup> ortalama olarak 1960 yılında % 28 iken, 1980 yılında bu oran % 43’e ulaşmıştır. Gelişmiş ülkelerin hiçbirinde bu oran % 30’un altına düşmezken İsveç ve Belçika’da % 50’yi aşmıştır.<sup>32</sup> Kamu harcamaları bu ülkelerde sosyal devlet anlayışı nedeniyle artış eğilimi göstererek gayri safi milli hâsıllarının yaklaşık olarak yarısına kadar ulaşmıştır. Bu durum 1970’li yıllarda başlayan küresel ekonomik krizlere kadar devam etmiştir.

Kamu harcamalarının artış eğiliminin ekonomik nedenlerle sürdürülememesi, küreselleşme süreci ve ekonomik krizler yönetim alanında yeni arayışları ön plana çıkarmıştır. Bu koşulların etkisiyle güçlenen yeni-liberal akımlar ve “yeni sağ” anlayış çerçevesinde ülkelerin örgütlenme ve yönetim biçimleri yeniden yapılanmaya başlamıştır. Kamu kuruluşlarının özel sektörün işleyiş yapısına göre örgütlenmeleri ve kamu harcamalarının azaltılmasına yönelik politikalar Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışı kapsamında gündeme gelmiştir.

YKY anlayışı devletin toplumdaki rolünü yeniden düzenleme, bürokratik işlemleri azaltma ve kamu kuruluşlarının piyasa koşullarına göre çalışması ilkelerini

<sup>30</sup> Anthony Giddens, *Elimizden Kaçıp Giden Dünya*, (Çev.: Osman Akınhay) İstanbul, 2000, 29.

<sup>31</sup> Gayri Safi Milli Hâsıla, bir ülkenin vatandaşları tarafından, emek, toprak, sermaye ve girişim faktörleri kullanılarak bir yıl içerisinde, gerek söz konusu ülkede gerekse diğer ülkelerde üretilen nihai mal ve hizmetlerin toplam parasal değeridir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Zeynel Dinler, *İktisada Giriş*, Bursa, 2001, 309.

<sup>32</sup> Mustafa Durmuş, “Kamu Harcamalarının Artışını Açıklayan Makro ve Mikro Modellere İlişkin Bir Değerlendirme”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, VIII-3, Ankara, 2006, 251-299.

esas almaktadır. Devletle vatandaş arasındaki ilişki tarzını değiştiren YKY anlayışı büyük, hantal ve her şeyden sorumlu devlet yerine küçük, etkili ve düzenleyici bir yönetim modelini hedeflemektedir.<sup>33</sup>

YKY anlayışı çerçevesinde sosyal devlet anlayışı yerine kamu kurumlarında özel sektörün verimlilik ve etkinlik ilkelerinin uygulanması önem kazanmıştır. Bu kapsamda YKY'nin stratejik planlama, stratejik yönetim ve performans ilkeleri önem kazanmıştır. Stratejik planlama, kamu kuruluşlarının mevcut durumlarını esas alarak gelecekte belirledikleri hedeflere hangi politikalarla ulaşabileceklerini ve bu süreçte yapılan uygulamaların performansının ölçülmesidir.<sup>34</sup> Ayrıca kamu kurumları bu hedeflerine ulaşmak için stratejik yönetim ilkesini uygulamaya başlamışlardır. Stratejiyi oluşturma ve uygulama aşamalarından oluşan stratejik yönetimle kamu kurumlarının organizasyon yapısı bu anlayış kapsamında yeniden yapılanmaktadır.<sup>35</sup>

Sağlık devletin sorumluluk aldığı ve büyük harcamalar yaptığı bir alan olduğundan bu yeni yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre yeniden düzenlenmesini hedeflemektedir. Bu kapsamda kamu sağlık kuruluşlarının özel sektör işletmeleri gibi çalışması, hastaların müşteri olarak görülmesi ve devletin sağlık sektörüne aktardığı kaynakları azaltması uygulamaları ön plana çıkmıştır.<sup>36</sup> YKY yaklaşımıyla devlet güvenlik ve dış politika gibi temel görevlerinin dışındaki alanlardan kademeli olarak çekilmek istemektedir. Küreselleşme süreciyle önem kazanan bu yeni yaklaşımların ekonomik, sosyal, siyasal, teknolojik ve kuramsal gelişmeler gibi boyutları bulunmaktadır.

#### **1.4.1. Yeni Yaklaşımların Ön Plana Çıkmasının Nedenleri**

1970'lerde yaşanan ekonomik krizler, bütçe açıkları ve vatandaşların kamu yönetiminden beklentilerinin artması ülkelerin mevcut yönetim anlayışlarının yetersiz olduğunu göstermiştir. Kamu yönetimindeki yeni arayışlar ekonomik ve sosyal faktörlerin etkisiyle önce Avrupa ve Amerika'da ortaya çıkmış daha sonra gelişmekte olan ülkelere yayılmıştır.<sup>37</sup> Yeni arayışlar klasik yönetim anlayışı yerine ekonomik

<sup>33</sup> Asım Balcı - Ahmet Nohutçu, (Ed.), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2003.

<sup>34</sup> Sait Aşgın, *Kamuda Stratejik Planlama*, Ankara, 2006, 9.

<sup>35</sup> Sait Aşgın, *Stratejik Yönetim*, Ankara, 2008, 10-11.

<sup>36</sup> Ata Soyer - İlker Belek, "Türkiye'de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları", *Dünyada ve Türkiye'de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu Bildirileri Kitabı*, 1, İstanbul, 1997, ss. 340-341.

<sup>37</sup> Asım Balcı - Ahmet Nohutçu, (Ed.), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, a.g.e., 28.

ilkelerin kamu yönetimi alanına uygulandığı bir modeli hedeflemiştir. Aşağıda verilen Tablo 1’de kamu yönetimindeki yeni arayışların nedenlerinin yönetim alanında hangi sonuçları doğurduğu üzerinde durulmuştur.

**Tablo 1: Kamu Yönetiminde Yeni Arayışların Nedenleri ve Sonuçları<sup>38</sup>**

NEDENLER	SONUÇLAR
Ekonomik	Kamu harcamalarının azaltılması
Sosyal	Kamu hizmetlerinden beklentilerin artması
Siyasal	Bireyciliği ve özgürlüğü savunan devlet anlayışı
Teknolojik	Maddi ve kültürel değerlerin yayılması
Kuramsal	Ekonomik ilkelerin yönetim alanına uygulanması
Küreselleşme	Kamu yönetimlerinin değişime zorlanması

Tablo 1’de verildiği gibi ekonomik, sosyal, siyasi, teknolojik, kuramsal ve küreselleşme süreci gibi faktörler kamu yönetiminde yeni arayışlara yol açmıştır. Ekonomik faktörler kamu harcamalarının azaltılması, sosyal faktörler vatandaşların beklentilerinin artması, siyasi nedenler bireyciliği ve özgürlüğü ön planda tutan yeni-liberal akımların güçlenmesine yol açmıştır. Ayrıca tabloya göre teknolojik faktörler maddi ve kültürel unsurların yayılması, kuramsal faktörler ekonomi ilkelerinin yönetim alanına uygulanması ve küreselleşme süreci de mevcut kamu yönetimi anlayışlarını değişime uğratmıştır.

1970’lerdeki ekonomik krizlerin etkisiyle büyük ticari işletmelerin kârlarında düşüşler gözlenmiş bu durum ulusal ekonomiler arasındaki ilişkileri artırarak küresel ekonomik ilişkileri güçlendirmiştir.<sup>39</sup> Ekonomik krizlere çözüm bulmak amacıyla uluslararası kuruluşlar ile ülkeler arasındaki ilişkiler artmıştır. Aşağıda yeni arayışlara yol açan faktörler ayrıntılı biçimde incelenmektedir.

<sup>38</sup> Volkan Erkan, *Kamu Kuruluşlarında Stratejik Planlama*, Ankara, 2008, 36’dan yararlanılarak tarafımdan oluşturulmuştur.

<sup>39</sup> Yasemin Özdek, “Globalizmin İdeolojik Hegemonyası”, *Amme İdaresi Dergisi*, XXXII-3, Ankara, 1999, 26-27.

#### 1.4.1.1. Ekonomik Faktörler

II. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan sosyal devlet anlayışı nedeniyle devlet savunma, adalet ve iç güvenlik hizmetlerinin yanı sıra eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler alanlarında da bir kısım sorumluluklar üstlenmeye başlamıştır. Bu durumda ise kamu harcamalarının artması ve ekonomik krizlerin etkisiyle devletin sorumluluklarını yerine getirme derecesi sorgulanır hale gelmiştir.<sup>40</sup> Kamu sektörünün görevlerinin artmasına rağmen etkili hizmet verememesi, yolsuzluk olaylarının artması ve vatandaş beklentilerinin yerine getirilememesi verimli bir kamu hizmetinin sunulmadığı yargısını güçlendirmiştir.

Ekonomik büyümenin yavaşlaması, mali istikrarsızlıklar ve krizlerin etkilerinin kalıcı hale gelmesi sosyal devlet ilkesine dayalı refah devleti anlayışının sonu olmuştur. Kamu harcamalarını azaltmak ve daha etkili hizmet vermek için tutumluluk, verimlilik ve etkinlik ilkelerine dayalı yönetim modeli önce İngiltere’de daha sonra diğer gelişmiş ülkelerde yaygınlaşarak YKY anlayışı olarak sistemleşmiştir.<sup>41</sup> YKY anlayışı ülkelerin kamu sektörlerinin daha etkin işlemlerini sağlayacak düzenlemeler getirmiştir.

#### 1.4.1.2. Sosyal Faktörler

Toplumların yaşadığı sosyal değişimler kamu yönetimindeki yeni arayışların en önemli nedenlerinden biridir. Vatandaşların vergileriyle kamu hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunmaları ve küreselleşme sürecinin etkisiyle verilen hizmetlerin kalitesine ilişkin beklentileri de artmıştır.<sup>42</sup> Özel sektörün hizmet kalitesinin artması, diğer ülkelerdeki hizmet kalitesindeki gelişmeler, eğitim seviyesinin yükselmesi ve bilgiye erişimin kolaylaşması kamu yönetimindeki yeni arayışların sosyal nedenleri olarak sıralanabilir.

II. Dünya Savaşı’ndan sonra başlayan ekonomik belirsizlikler ülkeleri sosyal politikalar uygulamaya yönlendirmiş, küresel ekonomik krizlere sosyal devlet anlayışının çözüm getirememesi kamuoyunda kaynakların verimli kullanılmadığı yönündeki düşüncelerin yaygınlaşmasına yol açmıştır.<sup>43</sup> Kamu harcamalarının ülkelerin

<sup>40</sup> Richard Heeks, “Reinventing Government in the Information Age” *Reinventing Government in the Information Age*, Richard Heeks (Ed.), (Çev.: Volkan Erkan), (s. 10), Routledge NY., 1999.

<sup>41</sup> Süleyman Sözen, *Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi*, Ankara, 2005, 41.

<sup>42</sup> Volkan Erkan, *Kamu Kuruluşlarında Stratejik Planlama, a.g.e.*, 36.

<sup>43</sup> Önder Kutlu, *Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi*, Konya, 2006, 65-66.

gelirlerine göre oranlarının artmasına rağmen kalıcı ekonomik çözümler getirememesi toplumların sosyal yönden yeni arayışlara girmesine neden olmuştur.

#### **1.4.1.3. Siyasal Faktörler**

Kamu hizmetlerinin niteliğinin değişmesi talepleri siyasal alana yansımış, bu düşüncüyü savunan siyasal partiler İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Avusturya gibi ülkelerde iktidara gelmişlerdir. Bu ülkelerde kamunun mali ve sosyal görevleri sınırlandırılmış, devlet kurumları piyasa koşullarına göre yapılandırılmış ve özel sektör daha etkin hale gelmiştir.<sup>44</sup> Sosyal haklar ve eşitliğin ön planda olduğu sosyal devleti savunan partilerin yerine ferdiyetçilik ve özgürlükleri savunan siyasal partiler iktidara gelmişlerdir.

Gelişmiş ülkelerde yaşanan siyasal taleplerdeki değişim “Yeni Sağ” olarak tanımlanmıştır. Bu anlayış artan kamu harcamalarını ve bürokrasiyi önemli sorunlar olarak görmüş, vatandaşların taleplerinin göz önüne alınarak yönetimde daha etkin konuma gelmelerini savunmuştur. Mevcut siyasal sistemdeki temsili model yerine halkın yönetime direkt katılımının sağlanmasının yollarının aranması hedeflenmiştir.<sup>45</sup> Kamu kuruluşlarında yönetim anlayışı değişerek “idareci” yerine “yönetici” modeli ön plana çıkmış, yönetim yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya doğru çift yönlü bir hale gelmiştir.

#### **1.4.1.4. Teknolojik Faktörler**

1970’lerden itibaren ulaşım, bilgi işlem ve iletişim teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler ticaretin gelişmesine, sermayenin daha kolay hareket etmesine yol açarak kültürel değerlerin ve maddi unsurlarının daha hızlı yayılmasını sağlamıştır. Teknolojik yönden gelişmiş toplumlar maddi ve kültürel değerlerini küresel ölçekte yaygınlaştırarak diğer toplumları etkileme aracı olarak kullanmaya başlamışlardır.<sup>46</sup> Teknolojinin sınır tanımayan özelliği nedeniyle bu değişimlerden etkilenmemek mümkün görünmemektedir. Toplumların yerel değerleri teknolojik gelişmelerin etkisiyle ekonomik ve sosyal yönlerden etkilenerek küresel hale gelen kültürün bir parçası olmaya başlamıştır.

<sup>44</sup> Mustafa Koçyiğit, *Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Bu Yaklaşımların Polis Teşkilatına Yansımaları*, (Polis Akademisi Güvenlik Birimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2011, 18.

<sup>45</sup> Şinasi Aksoy, “Yeni Sağ ve Devletin Değişimi”, Burhan Aykaç-Şenol Durgun-Hüseyin Yayman (Ed.), *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, (ss. 553-554), Yargı Yayınevi, Ankara, 2003.

<sup>46</sup> Ömer Dinçer – Cevdet Yılmaz, *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma I: Değişim Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*, Ankara, 2003, 62.



Teknolojik ilerlemeler önce özel sektörde etkili olmuş daha sonra kamu kuruluşları bu gelişmelerden etkilenmiştir. Teknolojinin gelişmesinin en önemli sonuçlarından biri iletişimin kolay, hızlı ve düşük maliyetli olması nedeniyle toplumların yapısını değiştirecek sonuçlar ortaya çıkaracak biçimde yaygınlaşmasıdır. Yerel talepler kısa sürede küresel nitelik kazanmakta, uzaklığın ve sınırların önemi azalmaktadır. Bu teknolojik gelişmeler toplumların yapısını ve taleplerini değiştirdiğinden kamu yönetiminde yeni arayışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

#### **1.4.1.5. Kuramsal Gelişmelerin Etkileri**

Ekonomik ve bilimsel alandaki gelişmeler kuramsal yönden yeni arayışlara yol açmıştır. Toplumun ekonomik yapısı ile yönetim anlayışı arasındaki ilişki göz önüne alındığında kuramsal çalışmaların kamu yönetimi anlayışını etkilediği görülmektedir. Kamu Tercihi kuramı ile ekonominin temel ilkeleri politika alanına uygulanmıştır. Bu teoriye göre ekonomik alanda olduğu gibi siyasal süreçlerde de seçmen, bürokrat veya politikacı olarak karar verirken bireysel çıkarlar ön plana çıkmaktadır. Seçmenlerin tercihlerinde adayların kişisel özellikleri etkili olurken, kendilerine en çok faydayı sağlayacak olan adayı seçmek isterler.<sup>47</sup> Teknolojik, siyasal ve sosyal alanlardaki gelişmeler kamu yönetimiyle ilgili yeni kuramların ön plana çıkmasına yol açmıştır.

Diğer bir teoriye göre bir firmayı yöneten kişiler firmanın sahibi değil ise asil-vekil ayrımı ortaya çıkar. Firma yöneticisi karar verirken kendi çıkarlarını daha ön planda tutabilir veya bu gücü tamamen kişisel çıkarları için kullanabilir. Bu durum firma sahibinin yöneticileri kontrol etmesine neden olur. Yöneticinin firma sahibi gibi karar verememesinin ve kontrol giderlerinin oluşturduğu maliyete Vekâlet Maliyeti denir.<sup>48</sup> Kamu kurumlarında yaygın olarak bu durum görülmektedir. Kamu yöneticilerinin karar verirken kişisel çıkarlarını düşünmeleri kamu kaynaklarının verimli kullanılmasına engel olmaktadır.

#### **1.4.1.6. Uluslararası Kuruluşların Etkileri**

II. Dünya Savaşı'ndan sonra bozulan ekonomik dengeleri düzeltmek amacıyla Bretton Woods'da uluslararası bir konferans toplanır. Bu konferansta, Uluslararası Para

<sup>47</sup> Emre Akcagündüz, "Kamu tercihi Teorisi ve Türkiye Üzerine Olan Etkisi Üzerine Bir İnceleme", *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi Bilimleri Dergisi*, II-2, 2010, 31.

<sup>48</sup> Mueller Dennis, *Perspectives on Public Choice: A Handbook*, (Çev.: Nurlane Ahundzade-Geray Musayev), 1996, 125-130.

Fonu<sup>49</sup> (IMF), Dünya Bankası<sup>50</sup> (WB) ve Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması<sup>51</sup> (GATT)'ın kurulması kararlaştırılmıştır.<sup>52</sup> GATT 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü<sup>53</sup> (WTO) olarak kurumsal yapıya dönüşmüştür. Bu kuruluşlar ülkelerin ekonomik faaliyetlerini küresel piyasaların bir parçası haline getirerek kontrol altında tutmaktadır.

Küreselleşme süreciyle faaliyetlerini artıran bu küresel kuruluşlar 1970'lerdeki ekonomik krizlerden etkilenen ülkelerin ekonomik yapılarını düzenlemişlerdir. Uluslararası kuruluşların ekonomi uygulamaları ve programları ülkelerin kamu yönetimi anlayışlarını da etkilemiştir. Küreselleşmenin ülkeler yönünden artarak devam eden en büyük problemi, uluslararası kuruluşlar ile olan ilişkilerin ülkelerin siyasi yapılarını ve politikalarını etkilemesidir. Aşağıda bu küresel kuruluşların ülkelerin ekonomik ve siyasi yapılarına yaptığı etkiler incelenmektedir.

#### 1.4.1.6.1. Uluslararası Para Fonu

Küreselleşmenin ekonomik ve teknolojik boyutlarının etkisiyle ön plana çıkan IMF diğer uluslararası ekonomik kuruluşlar gibi küresel piyasa fikrini gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar. IMF bu çerçevede yeni-liberal politikaların tüm dünyada etkin olmasını istemektedir. Ayrıca çokuluslu şirketlerin 1970'lerden sonra küresel ekonomik güç olmaları için üretim, ticaret ve yatırım faaliyetleriyle birlikte sermayelerinin de serbest dolaşımını hedeflemektedir.<sup>54</sup> Süreç ülkeleri küresel ekonomi ve finans sistemine dâhil etmekte böylece ülkelerin ekonomilerini ulusal düzeyde düzenleme iradeleri uluslararası kuruluşların etkisine girmektedir.

<sup>49</sup> 27 Aralık 1945'de Dünya Bankası grubuyla beraber 29 ülkenin imzaladığı IMF anlaşması 22.07.1944'de Bretton Woods'ta kararlaştırılan ve uzlaşılan esaslara göre kurulmuş, resmi olarak 27 Aralık 1947 tarihinde yürürlüğe girmiş ve IMF bu tarihte faaliyetine başlamıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Cuma Çataloluk, *Küreselleşme Sürecinde IMF İstikrar Politikalarının Etkinliği Türkiye Örneği*, (Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Manisa, 2005, 60.

<sup>50</sup> Dünya Bankası, IMF ile birlikte 1946 yılından 1973 yılına kadar uluslararası parasal sistemde geçerli olan "Bretton Woods Sistemi"nin önemli bir parçası olarak kurulmuştur. IMF ile birlikte kurulan Dünya Bankası Temmuz 1944'de yapılan Birleşmiş Milletler Para Konferansı'nın ardından 25 Haziran 1946 tarihinde faaliyetlerine başlamıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Tülay Korkmaz, *Türkiye'nin kullandığı uluslararası krediler ve çevre (IMF ve Dünya Bankası)*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2003, 10-24.

<sup>51</sup> GATT 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü (WTO) adı altında kurumsal hale gelerek dünya ticaretinin serbestleşmesini hedeflemiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Hülya Gökçe, *Küreselleşmede Dünya Ticaret Örgütü'nün Yeri*, (İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008, 40-46.

<sup>52</sup> Mehmet Yılmaz, "Uluslararası Ekonomik ve Mali Kuruluşların İstihdam Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği", *Mülkiye Dergisi*, XXVII-239, Ankara, 2003, 166.

<sup>53</sup> Dünya Ticaret Örgütü, hükümetlerin iç ticaret yasalarını ve düzenlemelerini nasıl yapacakları hususunda yasal bir çerçeve ortaya koyarak toplu görüşmeler ve müzakereler yoluyla ülkeler arasındaki ticari ilişkilerin düzenlendiği küresel bir kuruluştur. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Hülya Gökçe, *Küreselleşmede Dünya Ticaret Örgütü'nün Yeri*, a.g.e., 47-48.

<sup>54</sup> Şevki Özbilen, "Küresel Mali Kriz ve IMF Politikalarının Ulusal Mali Sisteme Etkileri", *Finans Dünyası Dergisi*, 132, Aydın, 2000, 2-5.

Yaşanan ekonomik krizlerin küresel ölçekte olması IMF'nin sorunların çözümü için çalışmalar yapan uluslararası bir kuruluş haline gelmesine yol açmıştır. 1995 yılında WTO'nun kurulması ile IMF'nin görev alanı genişlemiş, küresel finans sistemiyle ilgili sorunlarla ilgili faaliyetlerde bulunmaya başlamıştır.<sup>55</sup> Günümüzde IMF herhangi bir ülkedeki ekonomik kriz için kredi verme, kapitalist ekonomi sistemine yeni geçmiş ülkelerin küresel sistemle bütünleşmelerini sağlama ve uyum süreçlerini hızlandıracak çalışmalar yapmaktadır.

#### **1.4.1.6.2. Dünya Bankası**

1970'lerde yaşanan ekonomik krizler IMF gibi Dünya Bankası'nın da politikalarını etkilemiştir. IMF para ve maliye politikaları ile makro ekonomik dengeyi korumaya çalışırken, Dünya Bankası (WB) “Yapısal Uyum Programları” ve “Yoksulluğun Azaltılması” gibi sosyal projelerle kaynakların daha verimli kullanılması görevlerini üstlenmiştir.<sup>56</sup> WB diğer uluslararası ekonomik kuruluşlar gibi küreselleşme sürecine katkıda bulunmakta ayrıca ülkelerin mali yapılarını düzenlemeye yönelik faaliyetler ve sosyal projelerle kamu yönetimi anlayışlarını da etkilemektedir.

WB yerel yönetimlerin güçlenerek merkezi yönetimin görev alanına giren hizmetleri üstlenmesini ve bu hizmetleri yerine getirmek için doğrudan uluslararası mali piyasalardan borçlanabilmesini savunmaktadır. WB'a göre yerel yönetimlerin merkezi yönetimden bağımsız bütçe kaynakları olmalı ve mali yönden merkezi yönetime bağımlılıkları azaltılmalıdır. Ayrıca WB yatırımların özel sektör tarafından yapılmasını isteyerek, yerelleşme yoluyla özelleştirmeyi önermektedir.<sup>57</sup> WB'ın önerileri ülkeler tarafından dikkate alınmakta ülkeler zamanla bu önerilere uygun yasal ve idari düzenlemeler yapmaktadırlar.

#### **1.4.1.6.3. Dünya Ticaret Örgütü**

Dünya Ticaret Örgütü'nün (WTO) temelleri 1947 yılında imzalanan Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması'na (GATT) dayanmaktadır. 1995 yılında GATT kurumsal hale gelerek WTO'yu kurmuştur. WTO'yu kuran Marakeş Anlaşması'nda örgütün başlıca amaçları; insanların yaşam düzeylerinin yükseltilmesi, tam istihdamın

<sup>55</sup> Zenfira Nesirova - Alkan Soyak, “Küreselleşme sürecinde IMF Politikalarının Sonuçları: Azerbaycan Deneyimi”, *Küreselleşme Sürecinde Kafkasya ve Orta Asya*, Qafqaz Üniversitesi, Bakü, 2003, 1.

<sup>56</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2006, 30.

<sup>57</sup> Seyhan Erdoğan, “Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma”, *Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu* (20 Kasım 2003- İstanbul Teknik Üniversitesi Evi-Ankara), Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, Ankara, 2004, 73.

sağlanması, dünya kaynaklarının verimli kullanılması, çevrenin korunması ve ticaret önündeki kısıtlamaların kaldırılması olarak özetlenmektedir.<sup>58</sup> WTO ülkelerin ürettiği ekonomik değerleri dış pazarlara ihraç etmesini kurallara bağlayarak ekonomik yapılarının da bu çerçevede yeniden düzenlenmesini sağlamaktadır.

Küreselleşme sürecinin etkili aktörlerinden biri olan WTO'nun faaliyetleri incelendiğinde hizmet sektörünün liberalleşmesine önem verdiği görülmektedir. WTO'ya üye ülkelerin onayladığı Hizmet Ticareti Genel Anlaşması hizmetlerin ticaretiyle ilgili uluslararası alanda yapılan ilk anlaşmadır. Bu anlaşmayla hizmet sektörünün daha fazla liberalleşmesi hedeflenmektedir.<sup>59</sup> WTO tarım, sağlık, çevre ve dünya ticaretini engelleyen faktörlerin kaldırılması gibi alanlarda çalışmalar yaparak üye ülkelerin politikalarını bağlayıcı anlaşmalar yapmaktadır.

#### **1.4.1.6.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü**

Küreselleşme sürecinin önemli unsurlarından biri olan Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) dünya ekonomisindeki gelişmeleri izleyen, üyelerinin ekonomi politikalarını kontrol eden, geleceğe yönelik ekonomik tahminler konusunda araştırmalar yapıp raporlar yayınlayan uluslararası bir kuruluştur. Ayrıca OECD geliştirmekte olan ülkelere dış yardımlar yapmakta çevre kirliliği, enerji, sermaye hareketleri, ticaretin serbestleştirilmesi, bilim, eğitim, istihdam gibi konularda çalışmalar yapmaktadır.<sup>60</sup> OECD'nin uluslararası bir kuruluş olması nedeniyle çeşitli konularda raporlar sunması ve çalışmalar yapması ülkelerin bu alanlardaki politikalarını etkilemektedir.

1995 yılında OECD üyeleri tarafından gizlilikle hazırlanan Çok Taraflı Yatırım Anlaşması uluslararası hukukun kapitalizme uyarlanmasını talep ederek küreselleşme sürecinin temel ilkelerini belirlemiştir. Bu anlaşma geliştirmekte olan ülkelerin ve bazı OECD üyelerinin itirazları üzerine geçici olarak gündemden kaldırılmıştır.<sup>61</sup> Evrensel olması gereken hukuk ilkelerinin uluslararası kuruluşların ekonomik ilişkilerine göre belirlenmesi, küreselleşme sürecinin hangi boyutlar kazanacağını ve nerede sonlanacağını önceden kestirilemeyeceğini göstermektedir.

<sup>58</sup> Nil Karaca, "GATT'tan Dünya Ticaret Örgütü'ne", *Maliye Dergisi*, 144, Ankara, 2003, 84-99.

<sup>59</sup> Hülya Gökçe, *Küreselleşmede Dünya Ticaret Örgütü'nün Yeri*, a.g.e., 75.

<sup>60</sup> Halil Seyidoğlu, *Uluslararası İktisat*, İstanbul, 2001, 258-260.

<sup>61</sup> Baskın Oran, *Küreselleşme ve Azınlıklar*, Ankara, 2001, 35-37.

#### 1.4.1.6.5. Çokuluslu Şirketler

Ulusal sınırların dışında yatırım ve üretim yaparak farklı ülkelerde faaliyet gösteren şirketler kuran Deutsche Bank, BP, Ericsson, Nike gibi büyük firmalar çokuluslu şirket olarak tanımlanmaktadır. Bu küresel firmalar mal ve hizmet ticaretinde, sermaye hareketlerinde serbestleşmeyi hedefleyerek her sektörde özelleştirmeyi savunmaktadırlar.<sup>62</sup> Ayrıca bu şirketler gelişmekte olan ülkelerdeki ticari faaliyetlerine uygun ortam hazırlamak için ekonomik ve siyasal faaliyetlerde bulunarak ülkelerin yönetim yapılarını etkilemektedirler.

Çokuluslu şirketler ekonomik kazançlarını en üst seviyede tutmak için ulusal devletlerle iyi ilişkiler kurmak istemektedirler. Bu kuruluşlar ulusal devletlerden vergi indirimini, en iyi altyapı hizmetleri ve ucuz iş gücü talebinde bulunmaktadır.<sup>63</sup> Küreselleşmenin en önemli aktörü olan çokuluslu şirketler hükümetlerin kararlarına yön vermekte ve istedikleri siyasal yapıların oluşması için etkili çalışmalar yaparak bu ülkelerdeki ekonomik çıkarları için uygun yönetim biçimlerinin oluşmasını hedeflemektedirler. Kamu yönetiminde yeni yaklaşımlara yol açan faktörler ele alındıktan sonra bu akımlar aşağıda ayrıntılı olarak incelenmektedir.

#### 1.4.2. Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar

1970'lerden sonra bütün dünyada yaşanan ekonomik krizler kamu yönetiminde yeni arayışlara neden olmuştur. Devletler içinde buldukları mali sorunları çözmek için küreselleşme sürecinin de etkisiyle yeni-liberal politikalar uygulamaya başlamışlardır. Kamu yönetimindeki yeni arayışlar çerçevesinde yeni liberal akımlar ve yeni kamu işletmeciliğini (YKİ) temel alan YKY anlayışı küreselleşmenin de etkisiyle ekonomik sorunların kökeninde kamu kuruluşlarının verimsiz çalışmaları olduğunu ileri sürmüşlerdir. Aşağıda yeni liberalizm, YKY, stratejik yönetim, yönetim ve e-devlet gibi kamu yönetimi anlayışlarını etkileyen çağdaş yaklaşımlar ele alınmaktadır.

##### 1.4.2.1. Yeni Liberalizm

Avrupa'da ticaretle zenginleşen kentli sınıfın gücünü tarım ekonomisinden alan toprak sahipleriyle mücadeleye başlamaları, liberal düşüncenin oluşumunun başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Toprak sahiplerinin kendilerine göre oluşturdukları yasal,

<sup>62</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 39.

<sup>63</sup> Fethullah Akın, "Küreselleşme, Kuzey-Güney ve Yoksulluk", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, VI-2, Ankara, 2004, 81-94.

siyasal ve ekonomik sistem yeni güçlenmiş olan kentli sınıfların özgürlüklerini sınırladığından, kentli sınıf ekonomik güçleriyle orantılı haklar talep etmişlerdir. Bu talepler uzun mücadelelerden sonra başarıya ulaşarak bu ülkelerin sosyal ve siyasal yapılarını değiştirmiştir. Özgürlük anlamına gelen “liberty” kelimesinden türetilen liberalizm, devlet karşısında bireyin haklarını koruyan bir siyasal anlayış olarak Avrupa’ dan bütün dünyaya yayılmıştır.<sup>64</sup>

Klasik yönetim anlayışına karşı kentli sınıfların taleplerini savunan liberal akımlar zamanla ekonomik ve siyasal nitelik kazanarak kamu yönetimi anlayışlarının yeniden yapılanmasına yol açmıştır. Liberalizm günümüzde ekonomik bir kuram, siyasi bir akım veya felsefi bir düşünce biçimi olarak tanımlanmaktadır. Avrupa’ da başlayan Sanayi Devrimi’nden sonra zenginleşen kentli sınıfın çıkarlarını savunan liberal anlayış ile günümüzdeki liberal politikalar aynı değildir. Demokrasi kültürünün de gelişmesine katkı sağlayan klasik liberalizmin günümüzdeki hali yeni liberalizm olarak tanımlanmaktadır.<sup>65</sup> Liberal akımlar ülkelerin demokratik ve özgürlükçü yönetim modellerine kavuşmasını sağlayarak küresel boyutta insan haklarının ön plana çıkmasına yol açmışlardır.

Gelişmiş ülkelerin uyguladığı sosyal devlet politikalarının sonucu 1970’lerde yaşanan küresel ekonomik krizler mevcut yönetim anlayışıyla çözülemediğinden yeni liberal politikalar ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda ülkeler refah devleti ilkesinden vazgeçerek kamu sektörünü küçültmüşlerdir. Ayrıca ithal ikameci politikalar yerine ihracata dayalı büyümeyi esas alan bir ekonomik modele geçmişlerdir.<sup>66</sup> Yeni liberal akımlar küreselleşme sürecinin de etkisiyle YKY anlayışının gelişimine yol açmışlardır.

Yeni liberal anlayışın Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası tarafından desteklenmesi bu politikaların küreselleşme süreci ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Yeni liberal ekonomik sistem ithalat ve ihracat önündeki engellerin azaltılması, devlet desteklemelerinin ve tekellerinin kaldırılması ve özelleştirme politikalarını ön plana çıkarmaktadır. Ayrıca bu sistem ekonomik değerlerin uluslararası dolaşımını engelleyen kamusal düzenlemelerin kaldırılması, yabancı yatırımların denetimlerden uzak tutulması ve mali piyasaları birleştirerek küresel bir piyasa

<sup>64</sup> Coşkun Can Aktan, “Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm Libertarianizm”, *Amme İdaresi Dergisi*, XXXVIII-1, Ankara, 1995, 3-32.

<sup>65</sup> Gencay Şaylan, *Değişim Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi*, Ankara, 2003, 95.

<sup>66</sup> Özgür Müftüoğlu, *Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz*, Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Sanayi Kongresi, İstanbul, 2001, 265.

oluşturmayı hedeflemektedir.<sup>67</sup> Aşağıda verilen Tablo 2’de devletin küçültülmesi, ihracata dayalı büyüme, kâr amaçlı üretim ve mali piyasaların birleştirilmesi yeni liberal politikalar olarak ele alınmaktadır.

**Tablo 2 : Yeni Liberal Politikaların Geleneksel Kamu Yönetimi Anlayışı ile Karşılaştırılması<sup>68</sup>**

GELENEKSEL KAMU YÖNETİMİ	YENİ LİBERAL POLİTİKALAR
Sosyal devlet	Küçük devlet
İthal ikameci, kapalı ekonomi	İhracata dayalı büyüme
Devlet desteklemeleri	Kâr amaçlı üretim
Devlet tekelleri	Özelleştirmeler
Dış etkilere kapalı mali piyasalar	Mali piyasaların birleştirilmesi
Mal, hizmet ve sermayenin dolaşımı sıkı kurallara bağlı	Mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı

Yeni-Liberal politikalara göre, devlet özelleştirmelerle ve ticari değerlerin serbest dolaşımını zorlaştıran kısıtlamaları kaldırarak ekonomideki etkinliğini azaltmalıdır. Bu politikaları destekleyen Dünya Bankası (WB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kuruluşlar ulusal sağlık sektörlerinin küresel pazarlara dönüşmesini isteyerek ülkelerin bununla ilgili yasal düzenlemeler yapmasını tavsiye etmektedir.<sup>69</sup> Yeni liberal akımlar ve küreselleşme sürecinin etkisiyle değişen yönetim anlayışları, ulusal sağlık sistemlerini küresel piyasaların bir parçası haline getirmeyi hedeflemektedir.

WB ve IMF yayınladıkları raporlarda gelişmekte olan ülkelerin mali ve sağlık sistemleriyle ilgili önerilerde bulunmaktadır. WB’nın 1987 yılında yayınladığı

<sup>67</sup> Gülten Kazgan, *Küreselleşme ve Ulus Devlet*, İstanbul, 2002, 95-96.

<sup>68</sup> Sakine Gülöz Şahin, *Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti*, (İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Malatya, 2006, 36’deki bilgilerden yararlanılarak tarafımdan oluşturulmuştur.

<sup>69</sup> Özgür Müftüoğlu, “Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikalar Krizi”, *a.g.e.*, 265.

“Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı”<sup>70</sup> ve 1990 yılında yayınladığı “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi”<sup>71</sup> raporlarında gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri ele alınmıştır. Bu raporlarda WB ve IMF sağlık alanında hizmetlerin özelleştirilmesi, kamu kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu hizmetlere aktarılması ve genel sağlık sigortasına geçilmesi gibi önerilerde bulunmaktadır.

#### 1.4.2.2. Yeni Kamu Yönetimi

Kamu sektörünün verimsiz ve bürokrasiye dayalı işleyiş yapısı yaşanan ekonomik krizlere çözüm üretemediğinden devletin sorumluluk alanlarının azaltılarak küçültülmesi gündeme gelmiştir. Bu arayışlar çerçevesinde kamuya ayrılan kaynakların azaltıldığı, piyasa koşullarına dayalı, bürokrasinin olmadığı ve hizmetten yararlananların müşteri olarak görüldüğü bir kamu yönetimi anlayışı ön plana çıkmıştır.<sup>72</sup> YKY olarak ifade edilen bu yaklaşım, kamu kuruluşlarının özel sektör işletmeleri gibi çalışmasını hedefleyen yeni kamu işletmeciliği (YKİ) anlayışına dayanmaktadır. Bu kapsamda kamu kurumlarının kâr amaçlayan, piyasa koşullarına göre çalışan ve yatırım yapan bir yapıda olması tasarlanmaktadır.

YKY anlayışı, geleneksel yönetim anlayışında kuralları uygulamakla görevli idareciler yerine, belirlenmiş amaçlara ulaşma sorumluluğu almış profesyonel yönetici kavramını ön plana çıkarmaktadır. Profesyonel yönetim sistemi, yönetim tekniklerini kullanma, hesap verebilen bir yapı ve başarıya ulaşma derecesini gösteren ölçütlerin belirlenmesi YKY anlayışının temel ilkeleri arasındadır.<sup>73</sup> YKY anlayışı yukarıdan aşağıya tek yönlü bir yönetim yerine aşağıdan yukarıya katılımın olduğu çift yönlü bir yönetim sistemi önermektedir. Aşağıda verilen Tablo 3’de Geleneksel Kamu Yönetimi ilkelerinin Yeni Kamu Yönetimi anlayışında nasıl değiştiği görülmektedir.

YKY anlayışına göre kamu sektörünün organizasyonu esnek olmalı, hiyerarşi yumuşatılmalı ve insanın merkez alındığı bir yapıda olmalıdır. YKY anlayışı, performans sistemi, çıktılara yönelik kontrol, etkinlik, verimlilik, müşteri merkezli hizmet anlayışı ve kamu kuruluşlarının piyasa kurallarına göre çalışması esaslarına

<sup>70</sup> WB, *Financing Health Services in Developing Countries*, A World Bank Policy Study, Washington, 1987, 44.

<sup>71</sup> Charles C. Griffin, *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*, Washington, 1990, 13.

<sup>72</sup> Mehmet. Akif Özer, *Yeni Kamu Yönetimi*, Platin Yayıncılık, Ankara, 2005, 220.

<sup>73</sup> Volkan Erkan, *Kamu Kuruluşlarında Stratejik Planlama*, Ankara, 2008, 39-40.



dayanmaktadır.<sup>74</sup> Tablo 3'e göre geleneksel kamu yönetimi anlayışındaki sabit ücret YKY anlayışında yerini performansa dayalı ücrete, yukarıdan aşağı olan karar akışı yerini yönetişime, klasik kamu zihniyeti de yerini piyasa koşullarına bırakmıştır.

**Tablo 3: Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Geleneksel Kamu Yönetimi ile Karşılaştırılması**<sup>75</sup>

GELENEKSEL KAMU YÖNETİMİ	YENİ KAMU YÖNETİMİ
Sabit ücret	Performansa göre ücret
Karar akışı yukarıdan aşağıya	Karar akışı her iki yönde
Bürokrat tipi yönetici	Girişimci yönetici
Güçlü merkezîyet	Yerelleşme
Mal ve hizmetlerde nicelik	Mal ve hizmetlerde kalite
Kamunun tekelciliği	Rekabet, piyasa türü yönetim araçları

YKY anlayışı ile sağlık sektöründe özelleştirme ve desantralizasyon uygulamaları ön plana çıkmıştır. Desantralizasyon, kamuya ait fonksiyonların ve karar verme yetkisinin merkezi yönetim yerine taşradaki yerel birimlere devredilmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>76</sup> YKY anlayışının önemli bir uygulaması olan desantralizasyon ile sağlık sektöründe mali ve idari yönden merkezden bağımsız kendi kararlarını alan ve işleyişini sürdüren bir sistem hedeflenmektedir. Taşrada idari açıdan kendi kararlarını veren sağlık kuruluşları yapılan yasal düzenlemelerle mali yönden de merkezi yönetimden bağımsız hale gelmektedir.

Sağlık sektöründeki bu değişim hizmet kalitesinin artması ve maliyetlerinin düşmesine yol açacaktır. Hastanelerin işletmeler haline gelmesiyle bu işletmeler koruyucu sağlık hizmetleri gibi az gelir getiren alanlardan diyaliz, yoğun bakım ve

<sup>74</sup> Bilal Eryılmaz, *Kamu Yönetimi*, İstanbul, 2002, 26-27.

<sup>75</sup> Zerrin Toprak Karaman, "Yönetim Stratejilerindeki Gelişmeler", *Türk İdare Dergisi*, LXXII-426, Ankara, 2000, 41.

<sup>76</sup> Fatih Kaan Akyar, *Kamu Hizmetlerinin Desantralizasyonu Sürecinde Türkiye'de Belediye Hizmetleri ve Gelirleri*, (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008.

plastik cerrahi gibi yüksek geliri olan alanlara yöneleceklerdir. Hastaların müşteri olarak görülmesiyle gerekli olmayan veya yapılmayan hizmetlerin faturalandırılması gibi yasal ve etik olmayan uygulamalar da artacaktır.

YKY anlayışı sağlık sektöründe özelleştirme uygulamalarını da başlatmıştır. Özelleştirme, bir kamu kuruluşunun işletmesinin veya mülkiyetinin özel sektöre devredilmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>77</sup> Sağlık sektöründeki başlıca özelleştirme yöntemleri hastanelerin mülkiyetinin devredilmesi, hastane hizmetlerinin özel sektöre verilmesi veya özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda etkinliğinin artması biçiminde gerçekleşmektedir.<sup>78</sup> Dünyadaki ülkelerin önemli bir kısmında ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yoluna gidilmiş, bu durum özel sektörün ağırlığının artması ve kamu sağlık sektöründe piyasa unsurlarının etkin hale gelmesine yol açmıştır.

#### 1.4.2.3. Stratejik Yönetim

Stratejik yönetim kavramı küreselleşme süreciyle birlikte ülkelerin yönetim anlayışlarında oluşan önemli bir zihniyet değişimini ifade etmektedir. Özel sektörde bir yönetim tekniği olarak uygulanan bu anlayış zamanla ülkelerin kamu yönetimi ile ilgili alanlarında da uygulanmaya başlamıştır. Stratejik yönetim kavramı YKY ve yeni liberal akımlar kapsamında gündeme gelen yönetim tekniklerini tamamlayıcı bir nitelik göstermektedir.

Stratejik yönetim, bir kuruluşun gelecekle ilgili hedeflerinin belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşılabilmesi için gerekli faaliyetlerin yapılmasıdır. Bu tanım kapsamında vizyon, misyon, strateji ve aksiyon unsurları ön plana çıkmaktadır. Vizyon geleceğe yönelik ulaşılabilir hedefler, misyon hedefe ulaşmaya yönelik görevler, strateji hedeflere nasıl ulaşılacağıyla ilgili planlar, aksiyon ise strateji kapsamında uygulanan yöntemlerdir.<sup>79</sup> Stratejik yönetim kavramı yeni yönetim yaklaşımları kapsamında küresel ölçekte etkili olan bir yönetim tekniğidir. Ülkemizde de sağlık sektöründe yapılan reformlar ve sektörün yeniden organizasyon süreci stratejik yönetim ilkeleri çerçevesinde ilerlemektedir.

<sup>77</sup> Aylin Aksoy, *Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme: Muğla Devlet Hastaneleri Çalışanları Örneği*, (Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Muğla, 2006.

<sup>78</sup> Sakine Gülöz Şahin, *Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti*, a.g.e., 139-140.

<sup>79</sup> Coşkun Can Aktan, “Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama”, *Çimento İşveren Dergisi*, xxii-4, İstanbul, 2008, 3-21.

#### 1.4.2.4. Yönetişim

Yönetişim kavramı 1990'lı yıllardan itibaren neo liberal akımlar kapsamında önem kazanmaya başlamıştır. Bu kavram klasik kamu yönetimi modelindeki yönetim anlayışının yerine çağdaş bir yaklaşım olarak ön plana çıkmıştır. Bu anlayış çerçevesinde merkezi yönetimlerden yerel yönetim birimlerine yetki devri gerçekleşerek sivil toplum kuruluşları güçlenmeye başlamıştır. Zamanla bu kuruluşların kamu politikalarının belirlenmesindeki etkinliği artarak adeta yönetime ortak konumuna gelmişlerdir.

Sosyal bilimciler tarafından değişik biçimlerde yorumlanan yönetim kavramı klasik yönetim anlayışındaki değişimin ifadesi olarak toplumun yeni bir yönetim tarzıyla yönetimini ifade etmektedir. Yönetişim yaklaşımı, kurumların kendine özgü sosyal, siyasal ve mali hedeflere ulaşmak için koordinasyonda bulunmaları durumudur.<sup>80</sup> Klasik devlet anlayışında yönetim ve yasal düzeni sürdürme faaliyetlerini devlet tek başına yerine getirirken yönetim yaklaşımında bu faaliyetleri diğer kurumlarla adeta paylaşmıştır. Bu durum devletin yönetim anlayışındaki değişimin bir sonucudur.

#### 1.4.2.5. E-Devlet

YKY anlayışı, neo liberal akımlar, stratejik yönetim ve yönetim kavramı kamu yönetimindeki yeni yaklaşımlar olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda gündeme gelen e-devlet kavramı da çağdaş bir yönetim yaklaşımı olarak ön plana çıkmıştır. 1990'lı yılların sonlarına doğru internet teknolojilerinde görülen ilerlemeler günlük hayatın bütün alanlarını etkilediği gibi ülkelerin yönetim tarzlarını da etkilemiştir. Bu yıllardan itibaren devlet hizmetlerinin elektronik ortamda verilmesi uygulamaları başlamıştır.

Küreselleşme süreciyle ülkeler geleneksel kamu hizmet sunum yöntemleri yerine çağdaş yöntemleri kullanmaya başlamışlardır. Bu kapsamda ön plana çıkan e-devlet kavramı Haldenwang'a göre, "bilgi ve iletişim teknolojilerinin kamu yönetimi ve politik karar alma sürecinde stratejik ve koordineli olarak kullanımını ifade etmektedir."<sup>81</sup> E-devlet kavramı sadece devlet hizmetlerinde bilgi işlem teknolojilerinin yoğun olarak kullanılması değil aynı zamanda küreselleşme süreci kapsamındaki çağdaş

<sup>80</sup> Bob Jessop, "The Regulation Approach, Governance and Post-Fordism: Alternative Perspectives on Economic and Political Change", *Economy and Society*, xxiv-3, New York, 1995, 307-333.

<sup>81</sup> Christian Von Haldenwang, *Electronic Government (E-Government) and Development, The European Journal of Development Research*, <http://dx.doi.org/10.1080/0957881042000220886>. Erişim tarihi: 06.01.2013.

yönetim yaklaşımlarını tamamlayan bir anlayıştır. Gelişmiş teknolojinin kamu hizmetlerinde kullanımı yönetim yaklaşımlarını teknik yönden de çağdaştırmıştır.

Bu bölümde küreselleşme kavramı ve boyutları ele alındıktan sonra kamu yönetimindeki yeni yaklaşımlar üzerinde durulmuştur. Aşağıda ise sağlıkla ilgili kavramlar, sağlıktaki çağdaş yaklaşımlar ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri ele alınmıştır. Bu çalışma ile küreselleşmenin gelişmiş ülkelerin yönetim anlayışları ve sağlık sistemlerine etkileri inceledikten sonra süreç ile sağlık sektörümüzün yeniden organizasyonu arasındaki bağlantı ele alınmaktadır.

## 2. SAĞLIKLA İLGİLİ KAVRAMLAR ve ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR

WHO' ya göre sağlık sistemi; “birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem” olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Sağlık sistemlerinin başlıca amaçları; sağlığın geliştirilmesi, hastaların sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının karşılanması ve sektörün finansmanının adil olarak yapılmasıdır. Sağlık sistemlerinin yapısı ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte yeni-liberal akımlar küreselleşme süreci kapsamında bu sistemlerin yapısını etkileyerek yeniden yapılanmalarına yol açmıştır.

Küreselleşme süreciyle sağlık hizmetlerinde reformlar, finansman sağlama modelleri, yeni hizmet sunum yöntemleri ve planlama faaliyetleri önem kazanmıştır. Bu gelişmeler çerçevesinde; Almanya, hastanelere kaynak sağlamak için yeni yöntemler uygulamış, Finlandiya birinci basamak sağlık hizmetlerinde özel hizmet uygulamalarını başlatmış, Hollanda özel sağlık sigortası sistemi bireysel sözleşmeler yapmaya başlamış, Yeni Zelanda sağlık politikalarını yeniden planlamaya başlamıştır.

Sağlık sistemleri devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahale sınırlamasına göre serbest piyasa özellikli (ABD), refah yönelimli (Almanya, Fransa, Kanada), kapsayıcı (İngiltere) ve sosyalist (eski Sovyetler Birliği) sistemler olarak dört gruba ayrılmaktadır.<sup>2</sup> Ayrıca sağlık sistemleri finansman modeline göre, Bismark ve Beveridge modeli olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık sistemimizin yeniden organizasyon sürecinden önceki durumu ele alındığında devlet müdahalesine göre kapsayıcı (İngiltere), finansman modeline göre ise daha çok Beveridge sistemine benzediği görülmektedir. Aşağıda verilen Tablo 4'te finansman modeline göre sağlık sistemleri ele alınmaktadır.

<sup>1</sup> WHO, “Health Systems: Improving Performance”, *The World Health Report 2000*, WHO, Geneva, 2000.

<sup>2</sup> Serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemlerinde sağlık, ağırlıklı olarak piyasa koşullarına bırakılmıştır. Refah yönelimli tipteki sağlık sistemlerinin temelini oluşturan sosyal sigortacılık Almanya'da, 1883 yılında Bismarck'ın sosyal reformu çerçevesinde hastalık sigortası, kaza sigortası, yaşlılık ve sakatlık sigortasıyla ilgili kanunların çıkışıyla başlamaktadır. Avrupa'daki diğer refah yönelimli sağlık sistemleri de Almanya örneğinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin finansmanını çeşitli sigortalılarla karşılamaktadır. Kapsayıcı (bütüncül) tipteki sağlık sistemleri ise 2. Dünya savaşı sonrasındaki politik gelişmeler ile birlikte gelişme göstermiştir. Bunun sonucunda da, sistemin bütün nüfusu kapsamı, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamına yakınını doğrudan hükümet kontrolünde sunulması sağlanmıştır. Sosyalist tipteki sağlık sistemlerinde bütün doktor ve sağlık insan gücü kamu denetimine girmiş, teoride sağlık hizmetleri herkesin kullanabileceği bir yapıya bürünmüştür. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Roemer Milton, “National Health Systems Throughout the World” (Çev.: Erhan Karagan), *Annual Review of Public Health*, 14, New York, 1993, 335-353.

**Tablo 4: Finansman Modeline Göre Sağlık Sistemleri<sup>3</sup>**

<b>BEVERIDGE SİSTEMİ</b>	<b>BİSMARK SİSTEMİ</b>
Genel vergilerle finanse edilmektedir.	Ağırlıklı olarak katkılar yoluyla finanse edilmektedir. (ücretlerle bağlantılı)
Evrensel Kapsam	Sağlık sigorta fonları yoluyla kapsam veya meslek başına fonlama, bölge başına, politik gruplar başına
Kamu altyapısı	Karma altyapı (kamu ve özel)
(Hastaneler) doktorlar maaşlı çalışmaktadır.	Bağımsız doktorlar, hizmet başı ödeme
Önemli düzeyde devlet müdahalesi	Devlet tarafından organizasyon sağlanır ancak devlet tarafından işletilmez.
Hükümet tarafından merkezi olarak planlama	Kompleks yapı, çok sayıda kuruluş
Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya

Tablo 4'e göre Bismark sağlık sisteminde hizmetlerin finansmanı ücret bordrosundan yapılan kesinti ile işçi ve işverenden alınan primlerle yapılmaktadır. Sağlık sigortası planları bütün vatandaşları kapsayan bu model de özel sağlık sektörü etkindir. Beveridge modelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerle yapılmaktadır. Özel sağlık kuruluşları olmakla birlikte kamu sağlık sektörü etkindir.<sup>4</sup> Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere gibi ülkeler Beveridge modelini uygulamaktadırlar. Bu bölümde sağlık hizmetleri ile ilgili teorik bilgiler, küreselleşme sürecinin sağlık sistemlerine etkisi ve bazı gelişmiş ülkelerin sağlık organizasyonları incelenmektedir.

<sup>3</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi*, (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2004.

<sup>4</sup> Ünal Er, *Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2011.

## 2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyetlerini kaybetmiş olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”<sup>5</sup> biçiminde tanımlanmaktadır. Toplum sağlığını korumaya yönelik sağlık hizmetlerini veren kuruluşların tamamı “sağlık sektörü”nü, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile politikalar ve finansmanı ise “sağlık sistemi”ni oluşturmaktadır.

Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılan sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin asıl amacı kişinin sağlığının korunması olduğundan koruyucu sağlık hizmeti sunan kuruluşlar küçük birimler halinde ve yaygın olarak örgütlenmişlerdir.<sup>6</sup> Tedavi edici hizmet sunumunda bulunan sağlık kuruluşları ise belirli merkezlerde hizmet vermektedirler. Tedavi süreci sonunda tam olarak iyileşemeyen hastaların yaşamlarını kolaylaştıran rehabilite edici sağlık hizmetleri ise belirli branşlarda uzmanlaşmış sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir.

### 2.1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre sağlık, “ruhsal, sosyal ve bedensel yönden iyi durumda olma halidir.”<sup>7</sup> Sağlık hizmetleri ise, kişinin sağlığını korumak veya hastalandığında onu iyileştirmek için sağlık kuruluşlarının yaptığı faaliyetlerdir. Sağlığın tanımında kişinin her yönden iyi olması hali üzerinde durulmakta ve bu durumun korunması için sağlık kuruluşları tarafından yapılan çalışmalar “sağlık hizmetleri” olarak ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişiyi hastalıktan korumaktır. Ancak kişi hastalandığında sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan tedavi edici hizmetler devreye girmektedir. Kişi hastalıktan kurtulup tam olarak iyileşemiyorsa bu durumda sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı olan hastanın bir başkasına bağımlı olmadan yaşamasını sağlama hedefi önem kazanmaktadır.<sup>8</sup> Aşılama çalışmaları, erken teşhis ve tarama gibi koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve alternatif tıp alanında yaşanan

<sup>5</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 10705, 12.01.1961.

<sup>6</sup> <http://muhasibeturk.org/yazarlar/80-resul-kurt-kose-yazilari-makaleleri/>, Erişim tarihi: 29.04.2012.

<sup>7</sup> <http://www.who.int/en/>, Erişim tarihi: 29.04.2012.

<sup>8</sup> Zafer Özbek, *Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri*, 2001, a.g.e, 295.

ilerlemeler küreselleşmenin sağlık hizmetleri anlayışında yol açtığı değişimler olarak değerlendirilmektedir.

### **2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

İnsan yaşamında en önemli ihtiyaçlardan biri olan sağlık hizmetlerinin önemli özellikleri bulunmaktadır.<sup>9</sup> Bu hizmetlerin başlıca özellikleri; kamusal hizmetler olması, belirsiz ölçüde talebe sahip olması, ikame edilemez olması, ertelenemez olması, sosyal amaçlarının bulunması ve hizmet talebinde bulunan insanların verilen hizmetin niteliği hakkında bilgilerinin yetersiz olmasıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin birçok boyutunun olması farklı hizmet sunum yöntemlerini de ön plana çıkarmıştır.

WHO tarafından yapılan sınıflandırmaya göre sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır.<sup>10</sup> Koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşları, tedavi edici sağlık hizmetlerini ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları, rehabilite edici sağlık hizmetlerini ise belirli alanlarda uzmanlaşmış sağlık merkezleri vermektedir.

#### **2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin hasta olmasını önlemek veya hastalığını erken teşhis amacıyla sağlık kuruluşlarının yaptıkları faaliyetlerdir. Bu hizmetler bireyin hastalıklardan korunmasına yönelik çalışmaların yanı sıra erken teşhis ve tedavi hizmetleri ile hastalığın tekrarlamasını önleyen sağlık faaliyetlerini de kapsamaktadır.<sup>11</sup> Koruyucu hizmetler kişinin ve toplumun sağlığının korunması için verilen bütün sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hekimler veya sağlık çalışanları tarafından verilen kişinin sağlık durumunu korumaya yönelik hizmetlerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen başlıca koruyucu hizmetler; aşılama, ilaçla koruma, erken teşhis, aile planlaması, sağlık eğitimi ve zararlı alışkanlıklarla mücadele gibi faaliyetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise, toplumun sağlığını olumsuz etkileyen fiziksel veya kimyasal etkenlerin etkisini azaltmak için

<sup>9</sup> Burhan Şenatalar, "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış", *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, IV-25, Sivas, 2003, 25.

<sup>10</sup> Nusret Fişek, *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yerleştirme Merkezi, Ankara, 1983, 6.

<sup>11</sup> Nusret Fişek, *Sağlık Hizmetleri ve İşçi Ailelerinin Sağlık Sorunları*, Modern Yönetim Semineri Ders Notları, Ankara, 1982, 10.



yapılan sağlık çalışmalarıdır.<sup>12</sup> Atıkların insan sağlığı açısından zararsız hale getirilmesi, hava, su ve gürültü kirliliğini önlemeye yönelik çalışmalar da çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir.

### 2.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri kişinin hastalanması durumunda muayene ve tedavisini içeren sağlık faaliyetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılır. Koruyucu hizmetlerde toplumsal yarar ön plandayken tedavi edici hizmetler ise kişisel faydayı esas almaktadır.<sup>13</sup> Genel olarak sağlık sektörünün büyük bölümü tedavi edici sağlık hizmeti veren kuruluşlarından oluşmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarının büyük bölümü tedavi edici hizmetlere ayrılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların yataklı sağlık kuruluşlarına yatırılmadan birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tedavi edildiği faaliyetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından iyileştirilemeyen hastaların yataklı tedavi kurumlarında uzman hekimler tarafından tedavilerinin yapıldığı hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının iyileştirmedeği hastalara onkoloji ve akıl-ruh sağlığı gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetleri ise üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak nitelendirilmektedir.<sup>14</sup>

### 2.1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri sağlık kuruluşları tarafından verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle iyileştirilemeyen bedensel veya ruhsal yönden özürlü insanların toplumda başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon merkezleri tarafından verilen sağlık hizmetleridir.<sup>15</sup> Rehabilite edici hizmetler özürlü

<sup>12</sup> Örneğin havası aşır kirli olan bir şehirde yaşayan insanların akciğer rahatsızlıklarına yakalanma riski çok fazladır. Bu hastalıkların tedavisi uzun süreli ve pahalı olduğundan çevreye yönelik koruyucu hizmetler ile bu hastalıkların görülme sıklığı azaltılabilir. Günümüzde, kamu sağlık harcamalarını azaltma eğilimi olduğundan çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık faaliyetleri önem kazanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Erdinç Ünal-Metin Ateş, *Sağlık ve Piyasa*, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, İstanbul, 2002, 21.

<sup>13</sup> Turan Yazgan, *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları*, Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul 1992, 203.

<sup>14</sup> Kayahan Pala, “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Durumu”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, (Temmuz-Ağustos, 1995), 68, Ankara, 64-65.

<sup>15</sup> Rahmi Dirican, *Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-1: Sağlık Yönetimi*, Türk Tabipleri Birliği Yayını, İstanbul, 1997, 2.

insanları başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarına imkân sağladığından mali ve sosyal boyutları yönünden çok önemli sağlık hizmetleridir.

Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi ve sosyal yönden rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Tıbbi rehabilitasyon kişinin geçirmiş olduğu hastalık veya kazalardan dolayı bedensel yönden özürlü duruma gelmesiyle protez, gözlük veya koltuk değneği gibi araçlarla başkasına ihtiyaç duymadan yaşayabilmeleri için verilen sağlık hizmetleridir. Sosyal rehabilitasyon ise kişi geçirdiği sağlık probleminden dolayı eski işini yapamayacak hale gelirse ona yeni iş öğretme ve beceriler kazandırılmasıdır.<sup>16</sup> Sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması incelendikten sonra aşağıda sağlık hizmetlerinin kamusal, dışsal ve belirsizlik gibi başlıca özellikleri ele alınmaktadır.

### 2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları tarafından verilen ve faydası bütün toplumu kapsayan faaliyetlerdir. Kişiyi dolayısıyla topluma yarar sağlaması, kamusal özelliği olması ve tüketim miktarının belirsiz olması bu hizmetlerin başlıca özellikleridir.

#### 2.1.3.1. Kamusal Özelliği

Kamusal mal veya hizmet kavramı, bütçe imkânlarıyla sunulan ve vergilerle finanse edilen hizmetleri kapsamaktadır. Kamu yönetimi anlayışında yaşanan değişim nedeniyle bu kavram günümüzde yarı kamusal ve özel hizmetleri içine alacak biçimde genişlemiştir.<sup>17</sup> Sağlık hizmetleri yarı kamusal hizmetler sınıfına girmektedir.<sup>18</sup>

Genel olarak bölünebilme ve pazarlanabilme özelliklerine sahip olan sağlık hizmetlerinin bedelini ödemeyenlerin hizmetin faydasından yararlanmaları mümkün değildir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise tam kamusal mal ve hizmetler sınıfına girmektedir.<sup>19</sup> Kamu kaynaklarıyla sunulan bu hizmetler herhangi bir bedel talep edilmeden verilmekte ve faydası bütün toplumu kapsamaktadır.

<sup>16</sup> Erdinç Ünal-Metin Ateş, *Sağlık ve Piyasa, a.g.e.*, 22.

<sup>17</sup> Orhan Şener, *Kamu Ekonomisi*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2006, 50.

<sup>18</sup> Sağlık hizmetleri yarı kamusal hizmetler sınıfına girmektedir. Yarı kamusal hizmetler; tüketimleri topluma genel fayda sağlarken kişiye özel fayda sağlayan hizmetlerdir. Kamu kaynaklarıyla finanse edilen sağlık hizmetlerinden kişi doğrudan toplum dolaylı olarak yararlandığından yarı kamusal hizmetler olarak kabul edilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Halil Nadaroğlu, *Kamu Maliyesi Teorisi*, Beta Yayınları, İstanbul, 1998, 62.

<sup>19</sup> İbrahim Sevim, *1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği*, (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006.

### 2.1.3.2. Dışsallık Özelliği

Dışsallık bir ekonomik birimin ürettiği mal veya hizmetten başka birimlerin olumlu veya olumsuz etkilenmeleri durumudur.<sup>20</sup> Sağlık hizmetleri olumlu dışsal fayda üreten hizmetlerdir. Örneğin Hepatit B aşısı yaptıran bir kişi kendini bu hastalığın zararlarından korumakla birlikte hastalık bulaşıcı olduğundan toplumun bütününe dışsal fayda sağlamış olmaktadır.

### 2.1.3.3. Belirsizlik Özelliği

Sağlık hizmetlerinin sunumunda genel bir belirsizlik durumu mevcuttur. Örneğin sağlık hizmetini talep eden hastanın bilgi eksikliğinden ve hizmeti veren sağlık personelinin asıl belirleyici konumda olmasından dolayı sağlık hizmetinin tüketim miktarı ve biçimi belirsizdir.<sup>21</sup> Hasta sağlık kuruluşundan rahatsızlığı ile ilgili sağlık hizmeti talep etmekte, bu hizmetin türüne ve niteliğine sağlık personeli karar vermektedir. Genellikle hastalar aldıkları sağlık hizmetleri hakkında ayrıntılı bilgiye sahip değillerdir.

Sağlık hizmetlerinde tüketim hasta ve hastalıkla başlar ancak ne zaman ve nasıl biteceği önceden belirlenemez.<sup>22</sup> Sağlık kuruluşları için de aynı durum geçerlidir. Örneğin benzer hastalıklar için doktorlar farklı tedaviler önerebilmekte veya tedavi yöntemleri arasında büyük farklılıklar olabilmektedir. Bu durum hastaların sağlık kuruluşlarına karşı güvensizlik duymalarına yol açmaktadır.

Aşağıda sağlık hizmetleri sunumunda önemli kuruluşlar olan hastaneler ele alınmaktadır. Genel olarak hastaneler hizmet türlerine, finansman kaynağına ve ortalama kalış süresine göre sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin ayrıca hastaların tedavisi, eğitim, araştırma ve toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma fonksiyonları da bulunmaktadır.

### 2.1.4. Hastaneler

WHO hastaneleri “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” biçiminde tanımlamaktadır. Tedavi edici fonksiyonu

<sup>20</sup> Coşkun Can Aktan, *Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine: Özelleştirme*, Ankara, 1993, 28.

<sup>21</sup> Ahmet Saltıklı, “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, X-68, Ankara, 1995, 38-44.

<sup>22</sup> Ayşegül Mutlu-Abdülkadir Işık, *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, İstanbul, 2002, 55.

önemli olan hastaneler, koruyucu hizmet veren sağlık kuruluşlarına göre daha büyük ve belirli merkezlerde hizmet sunmaktadırlar. Yataklı tedavi kurumu olan hastaneler bir başka tanıma göre, “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”<sup>23</sup>

Hastaneler, hastalıkların teşhis ve tedavisi, kişinin sağlık durumunun kontrol edilmesi gibi sağlık hizmetlerinin ekonomik ve sürekli olarak verildiği kuruluşlardır. Ayrıca eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin ticari kaygılar gözetilmeden sürdürüldüğü karmaşık yapıya sahip örgütlerdir.<sup>24</sup> Hastaneler, hizmet türlerine, mülkiyetine, ortalama kalış süresine göre üç gruba ayrılmaktadır. Hastaneler hizmet türlerine göre genel, eğitim ve özel dal finansman kaynağına göre kamu ve özel kalış süresine göre ise kısa ve uzun kalış süreli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

#### **2.1.4.1. Hizmet Türlerine Göre Hastaneler**

Hizmet türlerine göre hastaneler genel, eğitim ve özel dal hastaneleri olarak üçe ayrılmaktadır. Genel Hastaneler her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetilmeden bütün hastaların mevcut uzmanlık dallarıyla ayaktan veya yatarak tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır.<sup>25</sup> Eğitim hastaneleri ise eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştiren genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir. Bu hastanelerin temel görevleri ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıkların tedavisini yaparak eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmaktır.<sup>26</sup>

Özel dal hastaneleri belirli bir hastalığa yakalanmış olan hastaların, organ hastalıklarının veya belirli yaş ve cinsiyetteki hastaların (kadın doğum ve çocuk hastaneleri) tedavi edildikleri hastanelerdir.<sup>27</sup> Eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastanelerde tedavi edilemeyen hastalıkların ileri yöntemler kullanılarak akademik kariyeri olan doktorlar tarafından tedavi edildiği büyük sağlık kuruluşlarıdır.

<sup>23</sup> Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 17927, 13.01.1983.

<sup>24</sup> Dilek Sevin, “Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Yiyecek-içecek Hizmetlerinin Verimli Sunulması”, *Verimlilik Dergisi*, 2, Ankara, 1999, 181.

<sup>25</sup> Hikmet Seçim, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, Küre Ajans, İstanbul, 1991, 8.

<sup>26</sup> A.Ruhi Toraman-Cesim Demir-Abdülkadir Güçlü, “Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Kullanımların Belirlenmesi”, *Sağlık Sektöründe Devamlı Kalite iyileştirme Sempozyumu*, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, 269.

<sup>27</sup> Hikmet Seçim, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., 1991, 8.

#### **2.1.4.2. Finansman Kaynağına Göre Hastaneler**

Finansman kaynağına göre hastaneler, kamu ve özel hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu hastaneleri finansmanı kamu kaynaklarıyla yapılan ve kamu kuruluşu statüsünde olan hastanelerdir. Özel hastaneler ise finansmanının özel sektör kuruluşları veya kişiler tarafından yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır.

#### **2.1.4.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler**

Kalış süresine göre hastaneler kısa ve uzun kalış süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa kalış süreli hastaneler, hastaların büyük kısmının tedavilerinin 30 günün altında olduğu hastanelerdir. Uzun kalış süreli hastaneler, hastaların büyük bölümünün tedavilerinin 30 günden fazla sürdüğü (akıl ve ruh sağlığı hastaneleri) sağlık kuruluşlarıdır.

#### **2.1.5. Hastanelerin Fonksiyonları**

Hastanelerin başlıca fonksiyonları hasta ve yaralıların tedavisi, eğitim, araştırma ve toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma biçiminde sınıflandırılmaktadır.

##### **2.1.5.1. Hasta ve Yaralıların Tedavisi**

Hastanelerin en önemli görevi hasta ve yaralıların tedavilerinin yapılması fonksiyonudur. Kişinin sağlık durumunun bozulması halinde doktor tarafından hastanın tedavi planı hazırlanmakta sağlık personeli ise bu planı uygulamaktadır. Doktorun hastayı muayene ve tedavi etme süreci tıbbi bakım, hastanenin genel hizmetleri ise hastane bakımı olarak tanımlanmaktadır.<sup>28</sup> Hastane hizmetlerinin en önemli aşaması olan tedavi süreci, doktor ve yardımcı sağlık personeli tarafından verilen tıbbi hizmetlerinden oluşmaktadır.

##### **2.1.5.2. Eğitim**

Kuruluş amacı hasta ve yaralıların tedavisi olan hastanelerin bu hedefe ulaşmak için tedavi sürecini hasta ve yakınlarının eğitim faaliyetleri ile birleştirmeleri gerekmektedir. Hasta ve yakınlarına hastalığın özellikleri ve tedavi süreci ile ilgili bilgiler verildiğinde hastanın daha kısa sürede taburcu olduğu görülmüştür. Eğitim

<sup>28</sup> Tevfik Dinçer-Ersen Aloglu-İsmet Şahin, "Yatış Süresine ve Varyansına Etki Eden Faktörlerin Kontrol Edilebilirliği", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, CXI-1, Ankara, 1995, 5-10.

faaliyetleri hasta ve hastane yönünden maliyetleri azalttığı gibi toplumun eğitim seviyesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır.<sup>29</sup>

Hastaneler, hastaların yanı sıra sağlık çalışanlarına da eğitim faaliyetleri sunmaktadır. Tıp, hemşirelik ve yardımcı sağlık hizmetleri personelinin klinik eğitimleri de hastanelerde verilmektedir. Ayrıca hastaneler tıp alanındaki yeni gelişmelere uyum sağlamak için sağlık personeline hizmet içi eğitim vermektedirler. Teknolojinin uygulayıcısı personel olduğundan eğitim seviyesinin yükselmesi ile hastanenin verimliliğine katkısı artacaktır.<sup>30</sup> Tıp alanında yeni teknolojilerin kullanılmaya başlanması ve hastalıkların tedavi yöntemleriyle ilgili gelişmeler sağlık personelinin teknik yönden yetersiz hale gelmesine yol açmaktadır.

### **2.1.5.3. Araştırma-Geliştirme**

Hastanelerdeki araştırma-geliştirme faaliyetleri tıbbi ve idari çalışmalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi faaliyetler, hastanın tedavi sürecindeki işlemlerin kalitesinin yükseltilmesi ve mevcut planlardan daha iyi tedavi planlarına ulaşmak için gerekli çalışmaların yapılmasıdır. İdari faaliyetler ise hastanelerin işletmecilik alanında karşılaştıkları sorunları çözmek ve daha etkili bir işleyiş oluşturmak için yaptıkları çalışmalarıdır.<sup>31</sup> Sağlık hizmeti üreten organizasyonlar olan hastanelerin araştırma-geliştirme faaliyetleri hizmet sunum aşamasında karşılaşılan tıbbi ve idari sorunların çözüm yöntemlerinden oluşmaktadır.

### **2.1.5.4. Toplumun Sağlık Seviyesine Katkıda Bulunma**

Hastaneler, tedavi edici hizmet veren sağlık kuruluşları olduğundan toplumun sağlık durumunun yükseltilmesi yönünden önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Ayrıca hastaneler diğer sağlık kuruluşlarıyla birlikte sürdürdükleri aşılama kampanyaları, kötü alışkanlıklardan koruma çalışmaları, kanser taramaları ve eğitim faaliyetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri alanında da toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Aşağıda küreselleşme süreciyle sağlık alanında bütün dünyada ön plana çıkan çağdaş yaklaşımlar incelenmektedir.

<sup>29</sup> Hikmet Seçim, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., 1991, 14.

<sup>30</sup> Uğur Başboğaoğlu, "Gaziantep'deki Kamusal ve Özel Kesimdeki İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi" *Verimlilik Dergisi*, 34, Ankara, 1999, 15-20.

<sup>31</sup> Hikmet Seçim, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., 1991, 19.

## 2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR

1970’li yıllarda yaşanan küresel ekonomik krizler ülkelerin yönetim anlayışlarını etkilemiş 1980’li yıllardan itibaren de bu değişim sağlık sistemlerinde görülmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri ülkeleri tıbbi mal ve hizmetlerin daha ekonomik kullanımı için arayışlara yöneltmiştir. Tıp teknolojilerinin gelişmesine bağlı olarak kullanılmaya başlayan yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ve sağlık hizmetlerinde beklentilerin yükselmesi maliyetlerin artmasına yol açmıştır.<sup>32</sup> Bu durum verimlilik, etkinlik, hasta tercihleri ve finansal baskılar çerçevesinde bütün dünyada sağlık alanında çağdaş yaklaşımları ön plana çıkarmıştır.

Genellikle yeniden yapılanma anlamında kullanılan reform kavramı sağlık sektöründe, “sağlık örgütlerini ve politikalarını değiştirmeye yönelik yürütülen faaliyetler bütünü” olarak tanımlanmaktadır.<sup>33</sup> Sağlık alanında önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve uygulanması reformist yaklaşımlar olarak ön plana çıkmaktadır.

WHO 2008 yılında yayınladığı raporda, sağlık sektöründe maliyetlerin azaltılması için bazı önerilerde bulunmuştur. WHO bu raporla ülkeler için toplum sağlığı ile temel sağlık hizmetlerinin eşgüdüm içinde olması, katılımcı sağlık sistemlerinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin bütün toplumu kapsamaması ve bu hizmetlerin insan ihtiyaçları doğrultusunda yeniden organizasyonu önerilerinde bulunmaktadır.<sup>34</sup> Küresel boyutta sağlık politikalarının en önemli belirleyicisi olan WHO’nun sağlıkla ilgili yaklaşımları ülkeler tarafından dikkatle izlenmektedir. Ülkemizde de 2011 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Kamu Hastane Birlikleri (KHB) modeliyle sağlık sektörümüz WHO politikaları doğrultusunda yeniden organizasyon sürecine girmiştir.

Dünya sağlık sistemlerindeki çağdaş anlayışlar kamu ve piyasa merkezli yaklaşımlar olarak ele alınmaktadır. Aşağıda kamu merkezli reform uygulamaları incelenmektedir.

<sup>32</sup> Richard B. Saltman-Joseph Figüeras, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, (Çev.: Davuthan Günaydın) Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara, 1998, 384–385.

<sup>33</sup> Richard B. Saltman-Joseph Figüeras, “Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, (Çev.: Davuthan Günaydın), *Toplum ve Hekim*, XIV-5, Ankara, 1999, 385.

<sup>34</sup> WHO, *World Health Report 2008, Primary Health Care Now More Than Ever*, Switzerland, 2008.

### 2.2.1. Kamu Merkezli Yaklaşımlar

Sağlık alanında yaşanan sorunların temel nedeni olarak görülen kamu hizmet anlayışının yerini piyasa yöntemlerinin alması sağlık hizmetlerini istenen düzeye getirememiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ve maliyetlerin azalması olumlu gelişmeler olmasına rağmen adil ve kapsayıcı bir sağlık sistemi için yeterli olmamaktadır. Adaletli, verimli ve etkin bir sağlık sistemi için kamu hizmet anlayışının etkili olduğu bir yönetim anlayışı gereklidir.<sup>35</sup> Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal ve sosyal özellikleri olduğundan piyasa koşullarının tamamen hâkim olduğu bir sistemde sorunların çıkması kaçınılmazdır.

Sağlık sektöründe kamu merkezli çağdaş yaklaşımların başarıya ulaşması için kararlı bir politik iradeyle birlikte uygulanan reformlar yapısal, kurumsal ve uzun süreli olmalıdır. Ayrıca sağlık personelinin kapasitesi ulaşılmak istenen amaçlarla örtüşmeli, reform sürecindeki sorunları çözecek örgütsel ve kurumsal mekanizmalar oluşturulmalıdır.<sup>36</sup> Bu çağdaş yaklaşımlar, kamu yönetimi sorumluluğuyla mevcut koşulları bütün yönleriyle değerlendirip en uygun sağlık sistemine ulaşmayı hedeflemektedir.

Küreselleşme süreciyle ülkelerin yönetim anlayışlarında ön plana çıkan desantralizasyon uygulamaları, sağlık sektöründe de kamu merkezli çağdaş yaklaşımlar kapsamında önem kazanmıştır. Desantralizasyonla sağlık alanında yeni hizmet yöntemlerinin geliştirilmesi, kaynakların ihtiyaçlara göre etkin dağıtımı, toplumun yönetim ile ilgili kararlara katılımı ve etkili bir yönetim yapısı oluşturulması hedeflenmektedir.<sup>37</sup> Küresel kuruluşlar tarafından da desteklenen bu anlayış kapsamında yetki genişliği, yetkilendirme, yetki devri ve özelleştirme uygulamaları ön plana çıkmaktadır.

#### 2.2.1.1. Yetki Genişliği

Yetki genişliği, merkezi yönetim yetkilerinin bir kısmının yerel yönetim birimlerine devredilmesidir. Bu yöntemle kamu yönetiminde verimli ve etkili bir yapı oluşturmak için merkezi kurumlar yetkilerinin bir kısmını taşrada bulunan kuruluşlara

<sup>35</sup> Peter Lesli Annear, *Healthy Markets–Healthy People? Reforming Health Care in Cambodia*, School of Health Sciences, Darkin University, Burwood, 2001, 69.

<sup>36</sup> Dana Karen Ciccone, *Arguing for a Centralized Coordination Solution to the Public–Private Partnership Explosion in Global Health*, Global Health Promotion, Switzerland, 2010, 48.

<sup>37</sup> Sağlık Bakanlığı, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, 43.



kullandırmaktadır.<sup>38</sup> Sağlık sektöründe de uygulanan yetki genişliği ilkesiyle taşradaki sağlık kuruluşlarının mali, idari ve yönetim yapıları merkezi sağlık yönetimi yerine yerel sağlık birimleri tarafından yürütülmektedir.

Ülkemizde sağlık sektöründe uygulanmaya başlanan KHB modeliyle oluşturulan birlikler mali ve yönetim alanlarında merkezi sağlık teşkilatının yetkilerini kullanmaktadır. Bu durum KHB'nin organizasyon yapısının kamu merkezli çağdaş yaklaşımlara uygun olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda sağlık sektörümüzün yeniden organizasyonunun küreselleşme sürecinde ve yetki genişliği ilkesi çerçevesinde ilerlediğini göstermektedir.

Bu reformist yaklaşımı en iyi uygulayan ülkelerden biri olan Polonya sağlık sistemindeki “il modeli” yerel yöneticilere büyük yetkiler vermiştir. Bu sistemde bölge sağlık yöneticileri merkezi bütçeden ayrılan kaynakları taşradaki sağlık kuruluşlarına aktarmaktadır. Ayrıca il sağlık yönetimi, bölgenin ihtiyaçlarına göre yerel sağlık politikalarının belirlenmesinden ve uygulanmasından sorumludur.<sup>39</sup> Yetki genişliğiyle merkezi yönetim birimleri kaynakları yerel kuruluşlar arasında dağıtmakta ancak idari yönden bir müdahalede bulunmamaktadır.

### 2.2.1.2. Yetkilendirme

Desantralizasyon anlayışının sağlık sektöründeki uygulamalarından biri olan yetkilendirme, merkezi idarenin politikalarının planlanması ve uygulanmasında yetkinin üst idari otoritenin denetimi olmadan doğrudan yerel birimlere devredilmesidir. Yetkilendirmede ulusal sağlık sisteminin yönetimi özerk kamu kuruluşlarına bırakıldığından merkezi sağlık teşkilatının yönetim alanındaki yetkileri azalmaktadır.<sup>40</sup> Merkezi sağlık teşkilatına mali ve idari yönden bağlı olan sağlık kuruluşları yetkilendirme ilkesiyle sağlık işletmelerine dönüşerek yerel ve özerk sağlık kuruluşlarına dönüşmektedir.

1992'deki reformlarla sağlık sistemini özerk hale getiren İtalya yetkilendirme anlayışı için iyi bir örnektir. Bu reformlarla yerel sağlık kuruluşlarının yapıları değiştirilerek kamu sağlık işletmelerine dönüştürülmüş bu işletmelere özerklik ve

<sup>38</sup> M. Hulki Uz, “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, *Amme İdaresi Dergisi*, Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, XXXII-1, Ankara, 1999, 105.

<sup>39</sup> Sağlık Bakanlığı, Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, *a.g.e.*, 45.

<sup>40</sup> Şükrü Güner, “Kamu Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (Desantralizasyon-Demokratikleşme)”, *Yeni Türkiye*, 40, Ankara, 2001, 1209-1216.

sorumluluk verilerek merkezi sağlık teşkilatına bağımlılıkları azaltılmıştır.<sup>41</sup> Ayrıca bu sağlık işletmeleri kendi bütçelerini oluşturarak bütçe fazlalarını yatırımlara ve personel teşviklerine ayırmışlardır.<sup>42</sup> Yetkilendirme ilkesi çerçevesinde ülkemizdeki sağlık kuruluşları KHB modeliyle idari ve mali yönden özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmektedir.

### 2.2.1.3. Yetki Devri

Desantralizasyon anlayışının farklı bir uygulaması olan yetki devri, merkezi görev, yetki ve sorumlulukların bir alt makama devredilmesidir. Ancak yetki ve sorumlulukların kullanımı için yerel düzeyde yönetim birimlerinin kurulması gerekmektedir.<sup>43</sup> Sağlık sektöründe de uygulanan yetki devri sorunlara yol açmış yerel kurumlara aktarılan kaynaklar sağlık harcamalarını karşılamada yetersiz kalmıştır. Kamu sağlık harcamalarının tamamının yerel kaynaklarla karşılanması mümkün olmadığından yetki devri ilkesi sağlık alanında etkili olamamaktadır.

Yetki devrinin uygulandığı İsveç sağlık sisteminde<sup>44</sup> yerel yönetim kuruluşları olan bölge meclisleri sağlık sektöründe planlayıcı ve karar verici konumdadırlar. Ayrıca her bölge meclisi kendi sağlık işletmelerine sahip olduğundan sağlık hizmetini sunan ve finanse eden aynı yerel birimlerdir.<sup>45</sup> Bölge meclisleri mali kaynaklarını vergiler ve hükümet ödeneklerinden aldıklarından bütçelerine göre sağlık harcamaları yapmaları gerekmektedir.

### 2.2.1.4. Özelleştirme

Desantralizasyon anlayışının en son aşaması olarak kabul edilen özelleştirme, kamu kuruluşlarının yönetim fonksiyonlarının özel sektör işletmelerine

<sup>41</sup> İtalya sağlık hedeflerini ilk kez 1998 yılında benimsemiştir. Daha sonra 1999 yılında getirilen sağlık reformu mevzuatı, nüfus sağlığı ve sektörler arası özelliği üzerinde yoğunlaşmıştır. 1998-2000 Ulusal Sağlık Planında, risk faktörleri, yaşam biçimleri, hastalık grupları ve sosyal gruplar üzerinde vurgu yapan beş kilit eylem alanı seçilmiştir. Plana göre vatandaşlarla, sağlık sektörü işletmecileriyle, diğer politika sektörleriyle, kamu kuruluşlarıyla, gönüllüler sektörüyle ve toplu medyayla münferit anlaşmalar düzenlenecekti. 2001-2003 Ulusal Sağlık Planı da yine sağlık hedefleri merkezli olup, ele alınan sağlık durumları hakkında daha fazla bilgiyle takviye edilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. George France, *Avrupa'da Sağlık Hedefleri*, Londra, 2002, 16.

<sup>42</sup> Sağlık Bakanlığı, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, a.g.e., 48.

<sup>43</sup> M. Hulki Uz, "Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi", a.g.e., 106.

<sup>44</sup> 1990'ların başlarında İsveç'teki pek çok il meclisi, yaygın olarak sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılmasına dayalı reformlar gerçekleştirdiler. Bu reformlar, sağlık fonlarının tahsisi, kamu ve özel bakım hizmetlerini sunanlar arasındaki rekabet, hastaların seçiciliğindeki artış ve sağlık hizmetini sunan ile finanse edenlerin ayrımı ile ilgilenmiştir. İsveç'te yapılan bir araştırmada da ortaya konulmuştur ki, sağlık hizmetini sunan ile finanse edenlerin ayrımını uygulayan şehir meclislerindeki verimlilik, geleneksel bütçeleme yaklaşımını uygulayan şehirlerle kıyaslandığında oldukça yüksektir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Davuthan Günaydın, *Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları*, Ankara, 2011, 346.

<sup>45</sup> Sağlık Bakanlığı, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, a.g.e., 46.

devredilmesidir.<sup>46</sup> Başlıca özelleştirme yöntemleri kamu tesislerinin tamamen özel sektöre devredilmesi, kuruluşlardaki bazı bölümlerin özelleştirilmesi veya hizmetlerin dışarıdan satın alınmasıdır. Sağlık sektöründe bazı bölümlerin özel sektör tarafından işletilmesi veya hizmet satın alınması en çok görülen özelleştirme yöntemleridir.

Özelleştirmeler sonucunda sağlık sektöründe geçerli olan serbest piyasa koşulları kaliteli ve düşük maliyetli hizmet sunumuna imkân sağlamaktadır. Ancak özel sektörün doğasından kaynaklanan daha çok kâr elde etme hedefi, yolsuzluklar v.b. faktörler insan sağlığının öneminin azaltan uygulamaları ön plana çıkarmaktadır.<sup>47</sup> Sağlık hizmetlerinin sosyal boyutları göz önüne alındığında ticari kaygılara endeksli özelleşmiş bir sağlık sisteminin olumsuz sonuçlara yol açması kaçınılmazdır.

### 2.2.2. Piyasa Merkezli Yaklaşımlar

Yaşam seviyesinin yükselmesiyle toplumun sağlık hizmetlerinden talep ve beklentilerinin artması ülkelerin bu alandaki sorumluluklarını genişletmiştir. Ülkeler vatandaşlarının kaliteli ve etkili sağlık hizmeti taleplerini karşılamak için kamu sağlık harcamalarını sürekli artırmışlardır.<sup>48</sup> 1970'lerdeki küresel ekonomik krizler sağlık sektöründe de yeni liberal yaklaşımları ön plana çıkarmıştır. Bu yaklaşımlar çerçevesinde sağlık sektöründe özel sektör yöntemlerinin uygulanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabet koşullarının sağlanması, hesap verebilirlik ve performans uygulamaları başlamıştır.<sup>49</sup>

Piyasa merkezli yaklaşımlar refah devletinin hantal bir yapıya sahip olması nedeniyle sağlık sektörünün verimsiz çalıştığını ileri sürmüşlerdir. Bu kapsamda kamu sektöründe personel, yatırım ve sağlık gibi alanlarda harcamaların azaltılması gündeme

<sup>46</sup> Şükrü Güner, "Kamu Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (Desantralizasyon-Demokratikleşme)", *a.g.e.*, 1221.

<sup>47</sup> Kamu sağlık kuruluşları ödeme gücünü dikkate almadan tüm vatandaşlara hizmet sunarlar. Oysa özel sağlık kuruluşları ödeme gücü olmayanlara hizmet sunmazlar. Kamu sağlık kuruluşlarının dağılımı nüfusla orantılı bir gelişim gösterme eğiliminde iken, özel sağlık kuruluşları karlı bölgeleri tercih ederler. Yaşanan deneyimler sonucunda iddia edildiği gibi özel sağlık kuruluşlarının daha verimli olduğu yanlıştır. Özellikle yüksek yönetim ve reklam maliyetleri de özel kuruluşların daha pahalı hizmet sunması sonucunu doğurmuştur. Özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesiyle rekabet ortamının yaratılarak verimliliğin artırılacağı iddiası da yanlıştır. Çünkü özel sağlık kuruluşları daha ziyade "uzmanlaşmış hastaneler" biçiminde örgütlenerek bu alanda tekel oluşturma eğilimindedirler. Özel sağlık kurumlarında personel hareketliliği çok fazla olduğu için hizmetin sürekliliği ve kalitesi olumsuz yönde etkilenabilmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının temel hedefleri kar etmek olduğu için maliyetleri düşürme çabaları sonuçta bazı hizmetlerin daha kalitesiz sunulmasına sebep olabilmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin yüksek algılanmasının sebebi "lüks otelcilik" hizmeti vermelerinden de kaynaklanmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Kerem Karabulut, "Sağlık Sektöründe Özelleştirme", *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, XV-1, Erzurum, 2001, 31-41.

<sup>48</sup> Nihat Bulut, *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar*, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul, 2009, 207.

<sup>49</sup> Asım Balcı-Harun Kırılmaz, *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları*, (Ed.), Coşkun Can Aktan-Ulvi Saran, Sakarya, 2007, 134-165.

gelmiştir.<sup>50</sup> 1980'lerden itibaren ise sağlık sektörü yeni liberal yaklaşımların etkisinde piyasa odaklı yönetim ilkelerine göre yeniden yapılanma sürecine girmiştir.<sup>51</sup> Bu reformlarla sağlık personeli sözleşmeli hale getirilmiş, hizmet satın alınması uygulamaları yaygınlık kazanmış ve sağlık kuruluşları özel sektör şirketleri gibi çalışmaya başlamıştır.

Piyasa merkezli reformların gerçekleşmesi için sağlık sektörünün piyasa koşulları temelinde dönüşmesi gerekmektedir. Kapsayıcı zorunlu sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması, hastaların hizmet sağlayanları seçme olanağı ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi bu dönüşümün başlıca aşamalarını oluşturmaktadır.<sup>52</sup> Bu reformist yaklaşımlar, hizmet sunanların tekelleşmesini önleme, hizmet sunucular arasında rekabet koşullarını oluşturma ve hastaların seçme olanaklarını artırarak piyasa merkezli sağlık sektörü oluşturmayı hedeflemektedir.<sup>53</sup>

Sağlık politikalarındaki bu piyasa merkezli yaklaşımlar koruyucu sağlık hizmetlerinin ve hizmet erişiminde eşitlik ilkesinin önemini azaltmıştır. Ayrıca bu yaklaşımlar özel sektör tarafından veya piyasa koşullarına uygun olarak verilen sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve bireysel özgürlükler çerçevesinde olmasını hedeflemektedir.<sup>54</sup> Sağlık kavramı, hizmetleri, organizasyonu ve sektördeki çağdaş yaklaşımlar ele alındıktan sonra aşağıda bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri incelenmektedir.

<sup>50</sup> Uysal Kerman, *Türkiye'de Devletin Küçültülmesi Sorunu*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2006.

<sup>51</sup> 5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanununa göre, muayene katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 26200, 16.06.2006.

<sup>52</sup> Chris Ham, *Healty Care Reform: Learning From International Experience*, Open University Press, Birmingham, 1997, 23.

<sup>53</sup> Sağlık hizmetlerini, piyasa teknikleriyle karşılamayı ve kontrollü rekabeti amaçlayan reform hareketlerinin, sağlık sektörüne yeni kazançlar getirdiği de iddia edilmektedir. Öncelikle sistemi finanse edenler, hizmet sağlayıcıların ve doktorların performansını ölçen ve hastaların memnun olup olmadığını kontrol etme imkânı sağlayan yatırımlar yapmışlardır. Bu yatırımlar, sağlık hizmetlerinde performansı test etmeye yönelik bilgi ve sayım sistemleridir. Böylece sağlık hizmetleri veren kişilerin performansının arttığı gözlenmiş, bazı ilaçların ve özel kliniklerin etkinlikleri ölçülebilmıştır. İkinci olarak, sağlık hizmetlerinin yalnızca özel veya kamu tarafından sunulmasının yetersizlikleri de ortaya çıkmıştır. Böylece ancak kamu ve özel sektörün aynı anda çalıştığı, finansman ve maliyetin paylaşıldığı ve tarafların işbirliği içinde çalışabildikleri karma bir sistemin daha iyi olacağı anlaşılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetinin, temel sağlık hizmetleri ve ikinci basamak sağlık hizmetleri olarak ikili bir sistem içerisinde değerlendirilmesinin gerekliliği anlaşılmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin bir bütünlük içinde sunulmasının gerektiği kabul edilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Davuthan Günaydın, "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 60, İstanbul, 2011, 336-337.

<sup>54</sup> Songül Sallan Gül, *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*, Etik Yayınları, İstanbul, 2004, 133.

### 2.3. BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ

Küreselleşme süreciyle gelişen yeni yaklaşımlar sağlık sistemlerinde reformları, finansman sağlama modellerini, yeni hizmet sunum yöntemlerini ve planlama faaliyetlerini ön plana çıkarmıştır. Bu süreçte Almanya, hastanelere kaynak sağlamak için yeni yöntemler uygulamış, Finlandiya birinci basamak sağlık hizmetlerinde özel hizmet uygulamalarını başlatmış, Hollanda özel sağlık sigortası sistemi bireysel sözleşmeler yapmaya başlamış, Yeni Zelanda ise sağlık politikalarını yeniden planlamaya başlamıştır. Küreselleşme nerdeyse dünyadaki bütün sağlık sistemlerini etkilemiştir. Ancak gelişmiş ülkelerin bu küresel değişimlerden daha çok etkilendikleri görülmektedir.

Kanada, Danimarka, İngiltere, Fransa ve ABD devletleri gibi bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri incelendiğinde farklı özelliklere sahip olduğu görülmektedir. Ancak bu ülkelerin sağlık sektörleri küreselleşme süreci çerçevesinde YKY anlayışına göre değişimlere uğramaktadır. Bu kapsamda Kanada da sağlık hizmetlerin planlaması ve sunumunu yerel sağlık birimleri yapmaktadır. İngiltere de ise sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde planlaması Stratejik Sağlık İdareleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Vakıfları'na devre edilmiştir. Fransa'da da YKY ilkeleri çerçevesinde hastane, halk sağlığı ve sosyal güvenlik hizmetleri merkezi sağlık teşkilatından yerel sağlık birimlerine geçmiştir. ABD sağlık sistemi ise serbest piyasa koşullarına ve cepten ödemelere dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri kaliteli olmasına rağmen hizmetlerden yararlanmanın maliyeti oldukça yüksektir.

Yukarıda ele alınan gelişmiş ülkelerin ekonomik ve sosyal göstergeleri oldukça iyi durumdadır. Aynı zamanda sağlık sistemleri de finansman modeline ve devlet müdahalesine göre farklı kategorilerde yer almaktadır. Ancak bu ülkelerin ortak özellikleri ise küreselleşme süreci çerçevesinde YKY, yeni liberal akımlar, yönetim ve stratejik yönetim gibi çağdaş yaklaşımların sağlık sektörlerini yeniden yapılandırmalarıdır. Ülkemiz sağlık sektöründe görülen yeniden organizasyon süreci de bu ülkelerde yaşanan gelişmelere paralel ve bu çağdaş yaklaşımlar çerçevesinde ilerlemektedir. Bu kapsamda aşağıda Kanada, Danimarka, İngiltere, Fransa ve Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri incelenmektedir.

### 2.3.1. Kanada

Federal bir yönetim yapısı olan Kanada'nın sağlık sistemi federal/il/bölge düzeyindeki sağlık yönetimlerinden oluşmaktadır. Özel sektör ve kamu kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu federal yönetim üstlenmiştir. Ayrıca federal yönetim merkezi sağlık teşkilatı aracılığıyla il sağlık birimlerine kaynak aktarımı ve gaziler göçmenler gibi toplumun belirli kesimlerine yönelik sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaktadır.<sup>55</sup> Desantarılayon anlayışına göre örgütlenen Kanada sağlık sisteminde bölge sağlık yönetimleri hizmetlerin sunumundan merkezi yönetim ise finansmanından sorumludur.

Hastaneleri denetlemek, sağlık sistemiyle ilgili uzun süreli planlar yapmak, toplum sağlığı hizmetlerinin organizasyonu ve halk sağlığı programları düzenlemek Kanada bölgesel sağlık idarelerinin başlıca görevleri arasındadır.<sup>56</sup> Kanada federal yönetimi sağlıkta tamamen denetleyici konumdayken, hizmetlerin planlaması ve sunumu bölgesel sağlık birimleri tarafından yapılmaktadır.

Küreselleşmenin etkisiyle reform sürecine giren Kanada sağlık sisteminin organizasyon yapısı önemli değişikliklere uğramıştır. Bu çerçevede sağlık kuruluşlarının performans yönetimi anlaşmalarını gerçekleştirmiş olmaları, toplumun beklentilerini karşılayan stratejiler geliştirmeleri ve yerel sağlık hizmeti sağlayıcılarına fonlar tahsis edilmesi uygulamaları başlatılmıştır.<sup>57</sup> Kanada sağlık sistemindeki reform çalışmaları küreselleşme süreci çerçevesinde ve toplumun ihtiyaçları doğrultusunda devam etmektedir.

### 2.3.2. Danimarka

Danimarka sağlık sisteminde hizmetlerin tamamına yakını kamu sağlık kuruluşları tarafından verilmekte ülke genelinde sadece birkaç özel hastane bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlaması belediyeler tarafından bölgesel düzeyde yapılmaktadır. 2007 yılındaki idari reformlarla oluşturulan "bölgeler" sağlık hizmetlerinin büyük bölümünün sorumluluğunu almış belediyeler ise koruyucu

<sup>55</sup> Gregory Marchildon, *WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory Health Systems and Policies*, (Çev.: Arzu Çakır), Copenhagen, 2005.

<sup>56</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi*, Leading the way Calgary, (Ed.), Salih Mollahaliloğlu - Hakkı Gürsöz - Banu Ayar, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2006, s. 19-26

<sup>57</sup> <http://www.lhins.on.ca/english/main/aboutLHINs.asp>, accessed, Erişim tarihi: 10.03.2012.

hekimlik, sađlđın geliştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sorumlu olmuştur.<sup>58</sup> Danimarka sağlık sistemi, hizmetlerin büyük oranda kamu sağlık kuruluşları tarafından verildiği ve desantralizasyon anlayışının etkili biçimde uygulandığı bir sistemdir.

Danimarka sağlık sisteminin planlaması bölgesel düzeyde olmakla birlikte, merkezi hükümet ve bölgeler arasındaki yıllık anlaşmalarla önceliklerin belirlenmesi ulusal düzeyde gerçekleşmektedir. Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Bölgeler yaptıkları görüşmelerin sonucunda sağlık harcamaları ile ilgili ortak hedefler belirlemektedirler. Bu hedefler bağlayıcı olmamakla birlikte merkezi hükümet tarafından sağlık politikalarını yönlendirme aracı olarak kullanılmaktadır.<sup>59</sup>

### 2.3.3. İngiltere

Vergiler ve sigorta payları ile finanse edilen İngiliz sağlık sisteminde hizmetler kamu görevlisi veya özel sağlık çalışanları tarafından verilmektedir. İngiltere’de Sağlık Bakanlığı genel Stratejik Sağlık İdareleri Kurumu ise yerel sağlık politikalarını belirlemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri vakıfları yerel sağlık hizmetlerini pratisyen hekimlerin işlettiği sağlık merkezlerinden ve yerel sağlık kuruluşlardan karşılamaktadır.<sup>60</sup> İngiliz merkezi yönetimi sağlık politikalarının genel çerçevesini belirlerken sağlık idareleri ve hizmet vakıfları ise hizmetlerin bölgesel düzeyde planlanmasını yapmaktadırlar.

İngiltere’de gelir dağılımında ve sağlık hizmetleri sunumunda eşitsizliklerin artması sağlık sektöründe yeni liberal politikaların gündeme gelmesine yol açmıştır. Bu kapsamda merkezi hükümet sosyal güvenlik harcamalarını azaltarak sağlık alanında köklü bir reform sürecine girmiştir.<sup>61</sup> Yeni liberal akımların güçlenmesiyle kamu hastaneleri idari ve mali açıdan özerk hale getirilmiş ayrıca özel sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri önem kazanmıştır.

İngiltere’de küreselleşme sürecinin etkisiyle sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde planlaması Sağlık Bakanlığı’ndan Stratejik Sağlık İdareleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Vakıfları’na devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı ise ulusal sağlık politikalarının

<sup>58</sup> [http://www.im.dk/publikationer/government\\_reform\\_in\\_brief/index.htm](http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm), accessed, Erişim tarihi: 10.03.2012.

<sup>59</sup> <http://www.lhins.on.ca/english/main/aboutLHINs.asp>, accessed, Erişim tarihi: 10.03.2012.

<sup>60</sup> [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4124723](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4124723), Erişim tarihi: 11.03.2012.

<sup>61</sup> Rana Çetin, *İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları*, Ankara, 2007, 6.

çerçevesini, ilkelerini, standartlarını ve önceliklerini belirlemektedir.<sup>62</sup> İngiltere sağlık sistemi kamu merkezli reform yaklaşımları çerçevesinde desantralizasyon anlayışına uygun bir yeniden yapılanma süreci yaşamaktadır.<sup>63</sup>

### 2.3.4. Fransa

Sosyal sigorta primleri ve genel vergilerle finanse edilen Fransız sağlık sisteminde kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları hizmet sunumunda bulunmaktadır. Kamu sağlık kuruluşu olan devlet hastaneleri, büyüklüklerine ve uzmanlık düzeylerine göre bölgesel, genel ve yerel hastaneler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Fransız sağlık sisteminde desantralizasyon<sup>64</sup> anlayışı çerçevesinde hastane, halk sağlığı ve sosyal güvenlik hizmetleri merkezi yönetimden yerel yönetimlere devredilmiştir.<sup>65</sup> Fransız sağlık sisteminde küreselleşme sürecinin etkisiyle gelişen kamu merkezli reform arayışları kapsamında bölgesel idareler finansman ve yönetim alanında güçlü hale gelmişlerdir.

Fransız sağlık sisteminde devlet hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları aynı koşullara bağlı olarak çalışmaktadır. Hastanelerin hizmet bedelleri Sağlık Bakanlığı'nın yetkilendirdiği sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmektedir. Merkezi sağlık yönetiminin yetkilerini kullanan bölge sağlık idareleri ise hastanelerin altyapılarını güçlendirme, yeniden yapılandırma, birleştirme ve açılma faaliyetlerini

<sup>62</sup> İngiliz sağlık sistemindeki reform süreciyle 1982 yılında hemşire ücretleri düşürülmüştür. Ancak 1989 ve 1990 yıllarında Muhafazakâr Parti hastanelerin idari ve mali açıdan özertleştirildiği bir sistem getirir. Çalışanlar arasında ücret farklılıklarına gidilir. Ayrıcalıklı pozisyonda bulunan bir grubun ücretleri 5 yılda yüzde 200 oranında artırılırken, aynı yıllarda 8500 hemşire ve 5000 sağlık işçisi işten atılır. Sağlık harcamalarının kısıtlanması için talebin ve ödemelerin denetlenmesi, özelleştirmenin cesaretlendirilmesi gibi stratejiler geliştirilir. Reformların en önemli ayaklarından birisi özel sektörün sağlık hizmetleri vermesi için teşvik edilmesidir. Özel sağlık sigortacılığı yaygınlaşır, özel hastanelerin sayısı hızla artar. Özel hastaneler ağırlıklı olarak Londra ve diğer büyük merkezlerde toplanırken, özel sigortacılık da süratle tekelleşme eğilimine yönelir. Örneğin özel sigorta şirketlerinden biri sektörün % 72'sine hâkimdir. Huzurevleri, çocuk yuvaları gibi kurumlar ya finansman sıkıntısından dolayı kapanır, ya da finansman sorunlarıyla baş başa bırakılır. Londra başta olmak üzere Liverpool, Manchester, Glasgow gibi şehirlerde özertleştirilmenin ardından hastaneler finansman sıkıntısı nedeniyle kapanır. Kapanmalar ve özel sektöre devirler nedeniyle kamu hastanelerinin sayısı 2441'den (1959 yılı), 1714'e (1990 yılı) düşer. Aynı nedenlerle hastane yatak kapasiteleri de 455138'den (1959), 283469'a (1990 yılı) gerileyerek paralı olmaya başlar. Ayrıntılı bilgi için bakınız. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4124723](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4124723), Erişim tarihi: 11.03.2012.

<sup>63</sup> <http://www.bmb.oxfordjournals.org/content/81-82/1/39.full>, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<sup>64</sup> Sağlık sisteminin hastane hizmeti, halk sağlığı boyutları ve sosyal güvenlik alanlarında finansman da dâhil olmak üzere- merkezi yönetimden bölgelere devredilmiştir. Planlama faaliyetlerinin çoğu, Sağlık Bakanlığı'ndan bölgesel idarelere devredilmiş ve bölgelere verilen yetkiler gittikçe artırılmıştır: Sayıları 22 olan Bölgesel Sağlık İdareleri (*agences régionales d'hospitalisation*, bölgesel hastane idaresi) hastanelerin finansmanından sorumludur. Bu süreç ayaktan tedavi hizmetini kapsamamaktadır. Ancak bölgesel idarelerin görev alanı genişletilerek belirli bir bölgedeki sağlık hizmetini denetleme görevinin de verilmesine yönelik planlar gündemdedir. Desantralize yapıya dönüşüm sürecinin potansiyel bölgesel eşitsizlikleri artırabileceği endişesi nedeniyle, Sağlık Bakanlığı sağlık sektörünün bazı alanlarının kontrolünü elinde tutmaktadır (örneğin, kanser taraması ve tedavisi ile Hepatit C taraması). Ayrıntılı bilgi için bakınız. Meral Türk, "Fransa Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim Dergisi*, XXII-3, Ankara, 2007, 5-10.

<sup>65</sup> <http://www.sdnte.gouv.fr/hm/dossiers/plfss/2005/annexe/annc.pdf>, accessed, Erişim tarihi: 11.03.2012.



düzenlemektedir.<sup>66</sup> Fransa’da sağlık sektörünün finansmanı ve işleyişi ile ilgili uygulamalar Sağlık Bakanlığı ve bölgesel hastane idarelerinin sorumluluğundadır.<sup>67</sup>

2000 yılında WHO tarafından en iyi sağlık sistemi seçilen Fransa’da özel sağlık kuruluşları, devlet hastaneleri, meslek örgütleri, sağlık sigortası fonları ve kamu temsilcileri sağlık hizmetlerinin planlaması faaliyetlerine katılmaktadır.<sup>68</sup> Bu faaliyetler Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğunda olmasına rağmen desantralizasyon anlayışı kapsamında büyük oranlarda bölgesel düzeyde yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise bu süreçte, öncelikleri ve ihtiyaçları ön plana çıkararak yönlendirici rol almaktadır.

### 2.3.5. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) piyasa merkezli bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yüksek olması, merkezi yönetimin istikrarlı bir sağlık politikası yürütmesi ve kapitalist bir anlayışa dayanması bu sistemin başlıca özellikleri arasındadır. ABD’nde sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi ve yerel yönetimlerin gelirleri ile tıbbi bakım ve yardım için yapılan transferlerden oluşmaktadır. Ayrıca hükümetler tarafından bazı hastanelere kaynak aktarımı, özel sigortaların desteklenmesi ve cepten yapılan ödemelerle de bu finansman sağlanmaktadır.<sup>69</sup> ABD sağlık sistemi piyasa ilkelerine dayanmasına rağmen sağlık kuruluşlarına kamu ve özel kesim tarafından büyük kaynaklar aktarılmaktadır.

ABD’nde sağlık hizmetleri serbest çalışan ancak belirli hastanelerle anlaşması bulunan ve her muayene için ücret talep eden doktorlara dayanmaktadır. Doktorlar hastaları önce kendileri muayene etmekte gerekli gördüklerinde ise hastanelere

<sup>66</sup> Fransız sağlık sisteminde liberalizm ile zorunluluk, denetim ile hoşgörü ve merkezizetçilik ile özerklik arasında iyi bir denge kurulmuş durumdadır. 1996 yılından bu yana her sene hükümet parlamentoya sosyal güvenliğin finansmanına yönelik bir kanun sunmaktadır. Bu şekilde ertesi yıla ait hastalık sigortası harcamaları hedefleri belirlenmektedir. Sağlık Bakanlığı düzenlemenin önemli bir kısmını üstlenmektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı, kamu sağlığı ile ilgilenen Sağlık Genel Müdürlüğü, Hastaneler ve Tedavi Organizasyonu Müdürlüğü olmak üzere iki büyük müdürlük dışında çeşitli komite ve ajanslar mevcuttur. Bu komite ve ajanslar önemli yetkilere haizdir. Örnek olarak, Fransız Sağlık Ürünleri için Sağlık Güvenliği Ajansı, Fransız Organ Nakli Kurumu ve Çevre Sağlığı Güvenlik Ajansı gösterilebilir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri; aile hekimleri, serbest hekimler, dispanserler, hastaneler ve evde bakım hizmetleri tarafından karşılanmaktadır. Yataklı hizmetler; kamu ve özel hastaneler tarafından verilmektedir. Dispanserler ve hastaneler yerel yönetimler tarafından yönetilmektedir. Yoksul hastaların bakım hizmetleri daha çok belediyeler ve vakıflar tarafından yönetilen dispanserler tarafından yerine getirilmektedir. Hastanelerin % 65 i kamuya, % 20 si özel sektöre % 15 ise kar amacı gütmeyen kuruluşlara aittir. Özel sektöre ait hastaneler, küçük cerrahi işlemleri yaparken, diğer hastaneler acil, iyileştirme, uzun süreli tedavi ve psikiyatrik hizmetleri yürütürler. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Meral Türk, “Fransa Sağlık Sistemi”, *a.g.e.*, 10-15.

<sup>67</sup> [http://www.parhitage.sante.fr/re7/idf/site.nsf/\(WebPub\)/SROS\\_3](http://www.parhitage.sante.fr/re7/idf/site.nsf/(WebPub)/SROS_3), accessed, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<sup>68</sup> <http://www.sdnte.gouv.fr/html/dossiers/plfss/2005/annexe/ann.pdf>, accessed, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<sup>69</sup> Ayşegül Mutlu-Abdülkadir Işık, *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, İstanbul, 2002, 257.

yönlendirmektedir.<sup>70</sup> ABD’de kamu ve özel sağlık sigortası<sup>71</sup> sistemi piyasa koşullarına göre işlemektedir. Sigortasız vatandaşlar sağlık hizmetleri için özel ve cepten ödeme yapmaktadırlar. Ayrıca sigorta şirketinin poliçelerinde kapsanmayan sağlık hizmetleri ile özel, kamu ya da sosyal sağlık sigortasıyla geri ödenmeyen sağlık hizmetleri de özel ve cepten ödemelere karşılanmaktadır. ABD’nde cepten harcamalar özel sağlık sigortası harcamalarının % 24.4’ünü oluşturmaktadır.<sup>72</sup> ABD’nin sahip olduğu mali kaynaklar dengeli ve adil bir sağlık sistemi oluşturamamıştır. Sigorta şirketlerinin etkinliği ve sistemin kapitalist bir anlayışa dayanması sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmüştür.

Avrupa Birliği ülkeleri ortalama olarak gayri safi milli hâsıllarının<sup>73</sup> %9,5’ni sağlık harcamalarına ayırırken ABD’nde bu oran 2012 yılında %17.7’ye yükselmesine rağmen sağlıkla ilgili parametreler düzelmemiştir. ABD’de dünyanın en iyi araştırma hastanelerinde kaliteli tıbbi bakım hizmetleri verilmesine rağmen bu olanaklardan yararlanmanın maliyetleri oldukça yüksektir.<sup>74</sup> Ayrıca ABD’nde sigorta şirketleri ve sosyal güvenlik kuruluşları sağlık giderlerinin tamamını karşılamadıkları için vatandaşlar büyük miktarlarda cepten ödemelerde bulunmaktadır. Aşağıda Türk sağlık sisteminin yeniden organizasyon sürecinden önceki mevcut durumu, tarihsel gelişim süreci ve kalite standartları çerçevesinde incelenmesi ele alınmaktadır.

<sup>70</sup> Aygül Kaya, *Türkiye ile Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*, (Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011.

<sup>71</sup> ABD’de medicare ve medicaid adında devlet destekli iki adet sağlık sigortası kuruluşu bulunmaktadır. Medicare, 65 yaş üstü ve engelliler içindir. Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde 10 yıl ödeme yapmak zorunludur. Devletin yaşlılara sunduğu destek programı medicare sağlık hizmetlerinin yalnızca %43’ünü karşılamaktadır. Büyük oranda harcama sigortaya rağmen hastanın cebinden çıkmaktadır. Birçok kişi bu giderleri karşılayamadığından sağlık hizmetinden yoksun kalmakta ya da gelirini sağlık harcamasına yaparak yoksullaşmaktadır. 2002 rakamları ile ABD’de 41 milyon kişi (nüfusun %14’ü) medicare kapsamındadır. Medicaid ise çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, 4 kişilik yıllık geliri 18.400 doların altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır. 34 milyon kişi (nüfusun %12’si) medicaid programı kapsamındadır. Çok yaşlı veya çok fakir olmayan herkes sağlık giderini kendisi karşılamak durumundadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2007.

<sup>72</sup> Dilaver Tengilimoğlu-Alper Güzel, “Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri-II”, *Sosyal Güvenlik Dünyası, Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Yayını*, xiv-74, Ankara, 2011, 13-26.

<sup>73</sup> GSMH bir ülke vatandaşlarının bir yıl için ürettikleri toplam mal ve hizmetlerin, belli bir para birimi karşılığındaki değerinin toplamıdır. "Vatandaşlık" ayrımının yapılmasındaki sebep GSYİH’den farklı olduğunu belirtmek içindir. GSYİH, o ülkede faaliyet gösteren yabancı ülke yurttaşlarının ürettiği nihai mal ve hizmetleri de kapsar. Ayrıntılı bilgi için bakınız. <http://www.kemalonur.com/serbest-bolge/gsmh-gayri-safi-milli-hasila-nedir-nasil-hesaplanir.html>, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<sup>74</sup> [www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya...harcamalr%FD\\_RA..](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya...harcamalr%FD_RA..), Erişim tarihi: 11.03.2012.

### 3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ'NÜN GENEL DURUMU

Sağlık sektörümüzün yeniden yapılanma sürecinin iyi anlaşılması için mevcut durumunun incelenmesi gerekmektedir. Bu bölümde Türk sağlık sektörünün yeniden organizasyon sürecinden önceki genel durumu ele alınmaktadır. Bu kapsamda bölüm sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinden önceki yapısı, gelişmiş ülke sistemleriyle karşılaştırılması ve kalite standartları yönünden değerlendirilmesi başlıklarından oluşmaktadır. Aşağıda sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinden önceki yapısı ele alınmaktadır.

#### 3.1. YENİDEN ORGANİZASYON SÜRECİNDEN ÖNCEKİ YAPISI

Yeniden yapılanma sürecinden önceki sağlık sektörümüzün başlıca unsurları organizasyonu, yasal yapısı, finansmanı, sorunları ve personelin durumu bileşenlerinden oluşmaktadır. Aşağıda sağlık sektörümüzün organizasyon yapısı ele alınmaktadır.

##### 3.1.1. Organizasyon Yapısı

Sağlık sektörümüzün organizasyon yapısı Sağlık Bakanlığı, sosyal güvenlik sistemi, özel sağlık sektörü, Milli Savunma Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kuruluşları ve üniversite hastaneleri başlıklarından oluşmaktadır. Aşağıda Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının organizasyon yapısı ele alınmaktadır.

##### 3.1.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları sağlık sektörümüzün en önemli unsurunu oluşturmaktadır. Bakanlık koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin ise büyük bölümünü üstlenmiştir. Merkez ve taşra teşkilatından oluşan bakanlık sağlık hizmetlerinin organizasyonundan sorumludur.

##### 3.1.1.1.1. Merkez Teşkilatı

Bakanlık teşkilatının en üst amiri olan bakan, kurumun bütün faaliyetlerinden dolayı başbakana karşı sorumludur. Sağlık Bakanı teşkilatı Anayasaya, kanunlara, hükümet programına ve bakanlar kurulunca belirlenen politikalara göre yönetmektedir.<sup>1</sup> Bakanın başlıca görevleri sağlıkla ilgili politikalar geliştirmek, hedefler oluşturmak, performans kriterleri belirlemek ve bakanlık bütçesini hazırlayarak gerekli kanuni ve

<sup>1</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, T.C. RESMÎ GAZETE, 18251 (Mükerrer), 14.12.1983.

idari çalışmaları yapmaktır. 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.

Sağlık Bakanı, müsteşar ve müsteşar yardımcıları bakanlığın en üst yöneticileridir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının başlıca hizmet birimleri Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı ve Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığıdır.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü toplumun sağlığını ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini ve bu hizmetlere halkın katılımını sağlar. Ayrıca çevre sağlığını koruyucu tedbirleri 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'ne ise, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarını ve bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşlarını açma ve kapasitelerini arttırma görevi verilmiştir.<sup>2</sup> Ayrıca kamusal veya özel yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek ve ücret tarifelerini tespit etmek bu müdürlüğün başlıca görevleri arasındadır.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne de ilaçların kaliteli, uygun fiyatlarla ve sürekli bir biçimde halka ulaşmasını sağlamak görevi verilmiştir. Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli düzenlemeleri yapmak, eğitimde kullanılan metot ve tekniklerin uygulama usullerini belirlemek, eğitimde kullanılacak gerekli araç gereç ve imkânları sağlamak ise Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün başlıca görevleri arasındadır. Bakanlığın ana hizmet birimlerinden biri olan Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı'nın temel görevi ise Birleşmiş Milletler ve uluslar arası çeşitli kuruluşlar ile bakanlık arasında sağlık alanında yapılacak anlaşmalarla ilgili çalışmaları yapmaktır.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 18251 (Mükerrer), 14.12.1983.

<sup>3</sup> <http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20121226.html>. Erişim tarihi: 11.03.2012.

### 3.1.1.1.2. Taşra Teşkilatı

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı, sağlık evleri, sağlık ocakları, bölge hastaneleri, sağlık grup başkanlıkları ve il sağlık müdürlüklerinden oluşmaktadır. Sağlık müdürlükleri il merkezlerinde bakanlığın politikaların uygulanmasından, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve kamu sağlığı ile ilgili çalışmaların eşgüdümünden sorumludurlar. İl sağlık müdürleri bakanın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşavirleridir.<sup>4</sup> İlin sağlık durumu ile ilgili raporları belli aralıklarla bakanlığa gönderen sağlık müdürleri bakanlığın yetkilerini taşrada uygulama görevini üstlenmişlerdir.

### 3.1.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sosyal güvenlikle ilgili çalışmalar yapılsa da 1964 yılında kabul edilen 506 sayılı yasayla daha önce işçiler için düzenlenen sigorta kolları Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) çatısı altında birleştirilmiştir.<sup>5</sup> Çalışanlar işçi, memur ve serbest çalışan kategorilerine ayrılarak SSK, Emekli Sandığı ve Bağımsız Kuruluş (Bağ-Kur) alt sistemleriyle sosyal güvenlik kapsamına alınmışlardır. Ayrıca özel sektörde çalışanlar için farklı alt sistemler oluşturulmuştur.

1971 yılında kabul edilen 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (Bağ-Kur) kapsamında kendi hesabına çalışanlar da sosyal güvenlik sistemine bağlanmıştır.<sup>6</sup> 1983 yılında, 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile tarım kesiminde bağımlı çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. Daha sonra çıkarılan 2926 sayılı Tarım Kesiminde Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ile de tarım kesiminde kendi hesabına çalışanlar sosyal güvenlik sistemine bağlanmıştır.<sup>7</sup> Tarım kesimine yönelik sosyal güvenlik sistemi ayrı bir örgütlenme biçiminde değil, bağımlı çalışanlar için SSK, bağımsız çalışanlar için ise Bağ-Kur kapsamında sağlanmıştır.

Sosyal Güvenlik Sistemimizin finansmanında zamanla sorunlar yaşanmaya başlanmıştır. Bu mali sıkıntıların hazine tarafından karşılanamaması ihtimali olduğundan sistemin yeniden yapılandırılması arayışları önem kazanmıştır. Bu

<sup>4</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 18251 (Mükerrer), 14.12.1983.

<sup>5</sup> Sosyal Sigortalar Kanunu, *RESMÎ GAZETE*, 506, 17.07.1964.

<sup>6</sup> Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 13956, 14.09.1971.

<sup>7</sup> Tarım Kesiminde Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 18197, 20.10.1983.

kapsamda 1999 yılında kabul edilen 4447 sayılı kanunla emeklilik yaşı yükseltilerek mevcut Sosyal Güvenlik Kurumları arasında bir ayırım yapılmıştır. Kamu çalışanları kapsam dışında bırakılarak işsizlik sigortası bu kanun kapsamında düzenlenmiştir.<sup>8</sup> Bu düzenlemeyle sosyal güvenlik sistemindeki açıkları kapatmak ve sistemin ekonomik parametrelerinin iyileştirilmesi hedeflenmiştir.

Sosyal Güvenlik Sisteminin yeniden yapılanma arayışları 2000 yılında Kanun Hükmünde Kararnamelerle başlamış daha sonra ise Emekli Sandığı dışındaki sosyal güvenlik sistemlerindeki değişikliklerle devam etmiştir. İş ve İşçi Bulma Kurumu, SSK ve Bağ-Kur, yeniden yapılandırılan Türkiye İş Kurumu çatısı altında toplanmıştır.<sup>9</sup> Bu düzenlemelerle SSK'da başkanlık modeline geçilerek sağlık ve sigorta işleri birbirinden ayrılmıştır. Daha sonra sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sosyal güvenlikle ilgili yasal düzenlemeler tamamlanarak Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuştur.

### 3.1.1.3. Özel Sağlık Sektörü

Ülkemiz özel sağlık sektörünün en önemli unsuru olan özel sağlık kuruluşlarıyla ilgili ilk yasal düzenleme 1933 yılında kabul edilen Hususi Hastaneler Kanunu ile yapılmıştır.<sup>10</sup> Bu yasayla ilgili çıkarılan tüzük ve yönetmeliklerde ise özel hastane kavramı kullanılarak özel sağlık sektörü mevzuatı tamamlanmıştır. Ancak o dönemde devletin sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenme politikaları ve güçlü bir özel sektörün olmaması gibi nedenler özel sağlık sektörünün yeterince gelişmemesine yol açmıştır.

1980'li yıllarda özel poliklinikler ve dispanserlerin açılmasıyla özel sağlık sektörü etkinliğini artırmaya başlamıştır. 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı yasayla sağlık hizmetlerinin verilmesi sorumluluğu özel sektöre de verilmiştir. Devletin sağlık politikalarındaki bu değişimin etkisiyle 1990'lı yıllarda özel hastane sayılarında önemli

<sup>8</sup> Bu düzenlemeler, sistemin gelirlerini arttırmaya ve giderlerini azaltmaya yöneliktir. Bu kapsamda, emeklilik yaşının kademeli olarak 58 (kadın) - 60 (erkek) yaşına yükseltilmesi, prime esas kazançların artırılması, bazı sigorta kollarına ilişkin primlerin yükseltilmesi ve yeni primlerin getirilmesi, sistemden bağlanan aylıkların ve gelirlerin hesaplama yönteminin değiştirilmesi, kayıt dışı çalışmayı önlemek üzere işyerinin ve sigortalı çalışacak olanların önceden bildirimini getirilmesi uygulamaları bulunmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. İşsizlik Sigortası Kanunu, *T.C. RESMİ GAZETE*, 23810, 08.09.1999.

<sup>9</sup> 4.10.2000 tarih ve 24190 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 616 sayılı KHK ile SSK, 617 sayılı KHK ile Türkiye İş Kurumu, 618 sayılı KHK ile Sosyal Güvenlik Kurumu, 619 sayılı KHK ile Bağ kur düzenlenmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Kurulması Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMİ GAZETE*, 24190 (mükerrer), 04.10.2000.

<sup>10</sup> Hususi Hastaneler Kanunu, *T.C. RESMİ GAZETE*, 2419, 24.05.1933.

artışlar yaşanmıştır.<sup>11</sup> Ayrıca bu yasayla kamu sağlık kuruluşlarının işletme haline dönüştürülmesi planlanmış ancak bu madde Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir.<sup>12</sup>

#### **3.1.1.4. Milli Savunma Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları**

Milli Savunma Bakanlığı ilaç fabrikası ve Genel Kurmay Başkanlığı'na bağlı sağlık tesisleri başlıca askeri sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır. Bu sağlık tesisleri 926 sayılı kanun kapsamında görev yapan subay, astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silahlıdaki er ve erbaşlara sağlık hizmeti vermektedirler.<sup>13</sup> Ankara'da bulunan Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü birimlerinden oluşan Gülhane Askeri Tıp Akademisi önemli bir askeri sağlık kuruluşudur.

#### **3.1.1.5. Üniversite Hastaneleri**

Üniversitelerin bünyesinde bulunan hastanelerin başlıca fonksiyonları sağlık hizmeti verme, araştırma ve üst düzey sağlık personeli yetiştirmektir. Üniversite hastanelerinin finansmanı katma bütçeli ödenek ve döner sermaye olmak üzere iki temel kaynaktan sağlanmaktadır. Üniversite hastaneleri yatırım harcamalarında Devlet Planlama Teşkilatı'nın, döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü ve Sayıştay'ın denetimi altındadırlar.<sup>14</sup> Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları arasında önemli bir yer tutan üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma odaklı bir yapıya sahiptirler.

<sup>11</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 19461, 07.05.1987.

<sup>12</sup> Anayasa Mahkemesinin 1988/8 sayılı kararıyla iptal edilmiştir. İptalin esas gerekçesini Anayasanın 2. Maddesine aykırılık oluşturmuştur. Mahkemeye göre, toplumsal gereklere ve toplum yararına öncelik veren, güçsüzü güçlüye karşı koruyarak ulusal dayanışmayı üstün düzeyde gerçekleştirip dengeyi kuran devletin, hukuk içinde kalarak ve hukuka özenle uyarak yasal düzenlemeleri yapması, barış ve mutluluğu sağlaması, özlenen en çağdaş görünümüdür. "Mal ya da hizmet üretmek amacıyla kurulmuş, doğal kaynaklar, emek ve sermaye gibi üretim etmenlerini bir örgüt ve yönetim gücü ile bir araya getiren ekonomik amaçlı kuruluşlar" olarak tanımlanan işletme biçiminde dönüştürülecek sağlık kuruluşlarını satmak için üretimde bulunması, ayrıca kurucu ve sahiplerinden bağımsız bir varlığı, muhasebesi ve atanan bir yönetim merkezine sahip olması gerekir. Yatırım ve personel ücretleri dışındaki giderleri için devlet desteği olmaksızın kendilerinin gelir elde ederek çeşitli giderler yapması, kâr amacını gündeme getirmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Anayasa Mahkemesi, Anayasa Mahkemesi Kararı, Karar Sayısı: 1988/8, Karar Günü: 19.04.1988.

<sup>13</sup> Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 12670, 10.08.1967.

<sup>14</sup> Gamze H. Dağlı, *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2006.

### 3.1.2. Yasal Durumu

Anayasamızda yer alan “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.”<sup>15</sup> İfadesiyle vatandaşların sağlığının korunması görevini devlet üstlenmiştir. Devlet bu görevini yerine getirmek için kamu ve özel sağlık kuruluşlarından yararlanmaktadır.

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunla sağlık sektörümüzün organizasyon yapısı düzenlenmiştir. Bu yasayla sağlık kuruluşlarının faaliyetlerinin yasal çerçevesi, personelinin çalışma koşulları ve mali hakları düzenlenmiştir.<sup>16</sup> 1987 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlık mevzuatı günün koşullarına göre düzenlenerek sağlık hizmetlerinin temel esasları belirlenmiştir. Bu yasayla koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek ülke genelinde dengeli bir hizmet sunumu verilmesi anlayışı benimsenmiştir.<sup>17</sup> Ayrıca bu düzenleme ile kamu sağlık kuruluşlarının işletmeler haline dönüşmeleri planlanmış ancak ilgili madde Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Daha sonra 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı kararnameyle Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır.

### 3.1.3. Sağlık Personelinin Durumu

Sağlık hizmeti doktor, hemşire, sağlık teknisyeni, eczacı vb. personelin koordinasyon içinde çalışarak oluşturdukları yaşamsal bir üründür. Etkili bir sağlık hizmeti sunumunun olabilmesi için sayıca yeterli ve donanımlı sağlık personeli tarafından kullanılan tıbbi cihaz ve tıp teknolojileri gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 1988 yılında hekim başına düşen nüfus 1276 iken 1995 yılında bu rakam 886’ya düşmüştür. Sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinden önceki tarih olan 2002 yılında ise hekim başına düşen nüfus 733 olmuştur.<sup>18</sup>

<sup>15</sup> Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 17863 (mükerrer), 09.11.1982.

<sup>16</sup> Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 10705, 12.01.1961.

<sup>17</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 19461, 07.05.1987.

<sup>18</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.



Ülkemiz sağlık sektörünün gelişim süreci incelendiğinde doktor ve diğer sağlık personeli sayısının uluslararası standartlara ulaşmadığı görülmektedir. Günümüzde bu açık kapanmakla birlikte halen hekim sayısının yeterli olmadığı ve ülke genelindeki dağılımının dengesiz olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin sayısını artırma yönünde politikalar uygulanırken yeterli donanımına sahip olmaları için gerekli olan eğitim ihmal edilmemelidir.

### 3.1.4. Finansmanı

Sağlık sistemleri finansman yönünden genel vergi gelirleri,<sup>19</sup> sosyal sigorta/zorunlu sağlık sigortası<sup>20</sup>primleri ve özel amaçlı vergilerle<sup>21</sup> finanse edilen sistemler olarak üç gruba ayrılmaktadır. Ülkemizdeki sistem sosyal sigorta primleri ve genel vergilerle finanse edilen karma bir yapıya sahiptir.<sup>22</sup> Türkiye’de vergilerle oluşturulan devlet bütçesinden gelen kaynaklarla kamuya ait sağlık kuruluşlarının finansmanı ve sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları karşılanmaktadır.<sup>23</sup> Ülkemizde sağlık harcamalarının artış eğiliminde olması her yıl bütçeden sosyal güvenlik kurumlarına daha fazla transfer yapılmasına neden olmakta bu durum vergilerle finanse olan sağlık sistemimizi olumsuz etkilemektedir.

<sup>19</sup> Genel vergi gelirleri ile finanse edilen bu model adını İngiltere’deki “Ulusal Sağlık Hizmeti” W. Beveridge’den alır. Bu sistemde sağlık hizmeti, tıpkı polis gücü ve halk kütüphaneleri gibi, vergilerle finanse edilir ve kaynaklar hükümetçe sağlanır. Modele ismini veren Beveridge Raporu, “Birey iyi olmakla yükümlü olduğunu kabul etmek zorundadır” ve “hastanın sağlığına kavuşturulması devletin ve hastanın görevidir” görüşünü esas alır. Yine rapora göre devlet, ulusal sigortanın garanti ettiği daha fazla koruma ve bakım istediğinde kişileri özgür bırakmakla da yükümlüdür. Dolayısıyla sistem, herkesi tek bir sisteme mahkûm etme gibi bir yaklaşım içinde değildir. Rapordaki temel fikre göre, aile yardımları ve sağlık konularındaki finansman, ulusal dayanışmanın gereği olarak vergilerle karşılanmalıdır. Vergilerle finanse edilen ve herkese ücretsiz sağlık hizmeti sağlayan İngiltere’deki Ulusal Sağlık Sistemi, 1946 yılında kurulmuştur. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Erhan Karagan, *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması*, (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008.

<sup>20</sup> Bu model ismini, 19 yüzyılda Alman Birliğinin bir parçası olarak refah devletini icat eden Prusya Başbakanı Bismark’tan alır. Avrupa’ı mirasa rağmen bu sağlık hizmet sistemi, Amerikan sistemlerine benzer. Sigortalıların “hastalık sandığı” dediği bir sigorta sistemini kullanan bu model, ücret bordrosu üzerinden yapılan kesinti ile işçilerden ve işverenden alınan primlerle finanse edilir. Bismark Modeli sağlık sigortası planları herkesi kapsar ise de kâr etmezler. Bu model Almanya ile Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre ve bir dereceye kadar Latin Amerika ülkelerinde uygulanır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Erhan Karagan, *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması*, a.g.e., 50-55.

<sup>21</sup> Kişinin özel sigorta şirketleriyle yaptığı sözleşme ile sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan bir düzenlemedir. Kişiler, kendileri için o an gerekli olan sağlık hizmetinden değil, sadece imzaladıkları sigorta poliçesi kapsamında bulunan sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. Bu haktan yararlanabilmek için de sözleşmeyle kararlaştırılan primi ödemek durumundadırlar. Bu sistemde kişiler sağlık hizmetine ancak ödediği prim oranında ulaşabildiğinden, prim ödeme gücüne sahip olmayanlar sağlık hizmetinden yararlanamamakta, bir başka deyişle sağlık hizmeti, bu sistemde de pazarda alınıp satılabilen bir metaya dönüşmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Ünal Er, *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2011.

<sup>22</sup> Volkan Yurdadoğ, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, XVI-1, Adana, 2007, 592.

<sup>23</sup> Hüseyin Karabağ, *Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi*, (Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007.

Kamu sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenmiş olan Sağlık Bakanlığı'nın finansmanı genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirleriyle sağlanmaktadır. Devlet, bakanlığın bütçesine doğrudan katkıda bulunmakla birlikte sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı ve bütçeden transfer yapmaktadır. Ayrıca 1992 yılında uygulanmaya başlanan Yeşil Kart uygulaması ile ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderleri de devlet tarafından karşılanmaktadır.<sup>24</sup>

### 3.1.5. Sorunları

Yeniden organizasyon sürecinden önceki sağlık sektörümüz gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleriyle karşılaştırıldığında yeterli seviyeye ulaşmamış olduğu görülmektedir. Sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyini gösteren parametreler yönünden de Türkiye halen gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Ayrıca kişi başına düşen sağlık personeli sayısı, organizasyon yapısı ve finansman modelinden kaynaklanan aksaklıklar da sağlık sektörümüzün başlıca sorunlarını oluşturmaktadır.

Dünya Bankası'nın 2003 yılı verilerine göre Türk vatandaşları sağlık statüsü bakımından orta gelir düzeyinde olan ülkelerin vatandaşlarından daha geri durumda bulunmaktadır. Yaşam süresi olarak OECD ülkeleri ortalamasının yaklaşık on yıl gerisindedir. Bebek ve anne ölümleri bakımından üst sıralarda bulunmakta ayrıca gebelerin ise yaklaşık % 25'i doğum öncesi tıbbi yardım alamamaktadır.<sup>25</sup> Sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ve erişim olanaklarıyla ilgili bu göstergeler 2003 yılı itibariyle sağlık sistemimizin standartlarının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Cumhuriyetin ilanından bugüne kadar sağlık alanında yapılan yasal düzenlemeler de sağlık sistemimizin parametrelerini yükseltmemiştir. 1987 yılında kabul edilen sağlık hizmetleri temel kanunu ile sağlık mevzuatı günün koşullarına göre düzenlenmiştir.<sup>26</sup> Bu yasayla sağlık kuruluşlarının organizasyon yapıları çağdaş yönetim anlayışlarının etkisiyle işletmeler haline dönüştürölmek istenmiştir. Ancak yasanın ilgili maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesiyle istenilen değişiklikler yapılamamıştır.

Küreselleşme süreci ve çağdaş yönetim anlayışlarının etkisiyle yapılan yasal düzenlemelerin iptal edilmesi ve desantralizasyon anlayışının uygulanmaması sağlık

<sup>24</sup> DPT, *2004 Yılı Programı*, DPT Yayınları, Ankara, 143, 2003.

<sup>25</sup> WB, *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II*, (Report No: 24358-TU), Human Development Sector Unit, The World Bank, New York, 2003.

<sup>26</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, *T.C. RESMİ GAZETE*, 19461, 07.05.1987.

kuruluşlarının verimli çalışmalarını engellemiştir. Hastanelerin mali büyüklükleri ve personeli yönetmenin profesyonel yöneticiler tarafından yapılması gerekliliği göz önüne alındığında klasik yönetim anlayışının yetersizliği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için yapılan kalite çalışmaları mevcut durumu düzeltmemekle birlikte kendi bürokrasisini oluşturmaktadır. Aşağıda sağlık sektörümüz sağlık parametreleri yönünden bazı gelişmiş ülkelerle mukayese edilmektedir.

### 3.2. SAĞLIK SEKTÖRÜMÜZÜN GELİŞMİŞ ÜLKE SİSTEMLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Sağlık sistemleri devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahalesine göre serbest piyasa özellikli (ABD), refah yönelimli (Almanya, Fransa, Kanada), kapsayıcı (İngiltere) ve sosyalist (eski Sovyetler Birliği) sistemler olarak başlıca dört gruba ayrılmaktadır.<sup>27</sup> Sağlık sistemleri finansman modeline göre ise Bismark ve Beveridge modeli olarak sınıflandırılmaktadır. Türk sağlık sistemi devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahale sınırlamasına göre kapsayıcı grubun özelliklerini taşımaktadır. Sistemin bütün nüfusu kapsamaması, finansmanın genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamına yakının doğrudan hükümet kontrolünde olması bu grubun başlıca özellikleridir. Türk sağlık sistemi finansman modeline göre ise Beveridge grubunun özelliklerini taşımaktadır.

Bismark modeli sağlık sisteminde hizmetlerin finansmanı ücret bordrosundan yapılan kesintilerle işçi ve işverenden alınan primlerle yapılmaktadır. Sağlık sigortası planları bütün vatandaşları kapsayan bu model de özel sağlık sektörü etkindir. Beveridge modelinde ise sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerle yapılmaktadır. Bu modelde özel sağlık kuruluşları olmakla birlikte kamu sağlık sektörü de etkindir.<sup>28</sup> Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere gibi ülkeler Beveridge modelini Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya gibi ülkeler ise Bismark modelini uygulamaktadırlar.

Bu bölümde yeniden organizasyon sürecindeki sağlık sektörümüz bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleriyle karşılaştırılmaktadır. Bu mukayeseler sosyo-ekonomik

<sup>27</sup> Serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemleri: Bu tipteki sağlık sistemlerinde sağlık, ağırlıklı olarak piyasa koşullarına bırakılmıştır. Refah yönelimli tipteki sağlık sistemlerinde ise sistemin temelini oluşturan sosyal sigortacılık Almanya’da, 1883 yılında Bismarck’ın sosyal reformu çerçevesinde hastalık sigortası, kaza sigortası, yaşlılık ve sakatlık sigortasıyla ilgili kanunların çıkışıyla başlamaktadır. Avrupa’daki diğer refah yönelimli sağlık sistemleri de Almanya örneğinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin finansmanını çeşitli sigortalarla karşılamaktadır. Kapsayıcı (bütüncül) tipteki sağlık sistemleri: Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri 2. Dünya savaşı sonrasındaki politik gelişmeler ile birlikte kapsayıcı tipe doğru bir gelişme göstermiştir. Bunun sonucunda da, sistemin bütün nüfusu kapsamaması, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamına yakının doğrudan hükümet kontrolünde sunulması sağlanmıştır. Sosyalist tipteki sağlık sistemleri: Devrimle sosyalist bir yönetim düzeni kuran ülkelerin, sağlık sistemlerinin yapı ve fonksiyonları da sosyalist bir özellik kazanmıştır. Yani bütün doktor ve sağlık insan gücü kamu denetimine girmiş, teoride sağlık hizmetleri herkesin kullanabileceği bir yapıya bürünmüştür. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Roemer M.I., “National Health Systems Throughout the World” (Çev.: Erhan Karagan), *Annual Review of Public Health*, 14, 1993, 335-353.

<sup>28</sup> Ünal Er, *Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası*, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2011.

kriterler, sağlık göstergeleri, sağlık harcamaları, sağlık kaynakları ve sağlık teknolojileri yönünden yapılmaktadır. Aşağıda lkemizle bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sektörleri sosyo-ekonomik yönden karşılaştırılmaktadır.

### 3.2.1. Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Yönden Karşılaştırılması

Ülkemiz sağlık sisteminin gelişmiş ülkelerle mukayesesi yapılırken, öncelikle ülkelerin sosyo-ekonomik yapılarının iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Nüfusun büyüklüğü ve yapısı, işsizlik oranı, kişi başına yıllık gelir ve eğitim durumu gibi kriterler ülkelerin gelişmişlik düzeyleri hakkında önemli bilgiler vermektedir. Ayrıca bu sosyo-ekonomik faktörler ülkelerin sağlık sistemlerinin yapısını ve gelişimini belirlemektedir. Aşağıda verilen Tablo 5’de bazı gelişmiş ülkelerin ve Türkiye’nin 2009 yılından itibaren sosyo-ekonomik parametreleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 5’e göre, 2009 yılı itibariyle ülkelerin yıllık nüfus artış oranları incelendiğinde, Türkiye’nin bu gelişmiş ülkeler arasında Avustralya’dan sonra % 1.2 ile en yüksek nüfus artış hızına sahip olduğu görülmektedir. Türkiye’nin bu artış hızının Avrupa Birliği ortalamasından yüksek olduğu göz önüne alındığında nüfus yapısının Avrupa’ya göre daha genç bir yapıda olduğu görülmektedir. Nüfus artış hızının yüksekliliği sağlık, eğitim gibi kamu hizmetlerine olan talebin artmasına neden olacağından, bu talep artışını karşılamak ve kaliteli hizmet sunumunu sürdürmek isteyen devletin bu alanlara daha fazla yatırım yapması gerekmektedir.

Tablo 5’te verilen 2011 yılı itibariyle işsizlik oranları incelendiğinde, Avrupa Birliği ortalamasının % 9.9 olduğu göz önüne alındığında Türkiye’nin % 9.8 ile Avrupa Birliği ortalamasından daha iyi durumda olduğu görülmektedir. ABD, Almanya ve İngiltere’nin durumu bizden iyiyken, Fransa işsizlik oranlarında % 10 ile bizden daha geri bir durumdadır. Ülkemizde geçmiş yıllarda daha yüksek olan işsizlik oranları son yıllarda diğer sosyo-ekonomik göstergelerin düzelmesiyle birlikte Avrupa Birliği ortalamasının altına düşmüştür. İşsizlik oranlarının düşmesi çalışan sigortalı sayısını artırarak sosyal güvenlik sistemimizi kendine yeterli hale getirmektedir.

**Tablo 5: Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Göstergeleri<sup>29</sup>**

ÜLKELER	Yıllık Nüfus Artış Oranı 2009 (%)	İşsizlik Oranı 2011 (%)	Kişi Başı Milli Gelir 2010 (\$)	25-64 Yaş Yüksek Öğrenim Görmüş Nüfus 2009 (%)	İnsani Gelişmişlik Endeksi 2011
ABD	0.8	9	46.588	25.8	4
ALMANYA	-0.3	5.7	40.123	4.6	9
İNGİLTERE	-0.8	8.1	36.158	4.7	26
FRANSA	0.5	10	39.475	3.6	20
İSVEÇ	0.9	7.5	39.034	0.6	10
İTALYA	0.7	9.3	31.563	1.9	24
AVUSTURALYA	2.1	5.1	40.644	1.6	2
JAPONYA	-0.1	4.6	33.771	11.4	12
TÜRKİYE	1.2	9.8	15.301	1.6	92

Tablo 5'e göre 2010 yılı itibariyle ülkemiz kişi başına milli gelirden gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde kalmaktadır. Bir ülkedeki ekonomik faaliyetlerin parasal değerinin ülke nüfusuna bölünmesi olan milli gelirin yüksek olması o ülkenin zenginleştiğini göstermektedir. Ülkemizde işsizlik oranlarının azalması ekonominin büyüdüğünü gösterirken, nüfus artış hızının yüksek olması milli geliri azaltmaktadır. ABD'nin nüfusunun büyüklüğü göz önüne alındığında kişi başı milli gelirinin yüksek olması ekonomik faaliyetlerinin parasal değerinin diğer ülkelere göre çok fazla olduğunu göstermektedir.

2009 yılı itibariyle gelişmiş ülkelerdeki yüksek öğrenim görmüş 25-64 yaş arası yaklaşık 255 milyon kişinin yüzdelik dağılımları incelendiğinde ABD'nin % 25.8 ile birinci sırada olduğu görülmektedir. Bu yaş aralığındaki insanların eğitim durumu bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişliği konusunda önemli bir göstergedir. Almanya'nın

<sup>29</sup> <http://www.stats.oecd.org/>, Erişim tarihi: 03.04.2012.

oranı % 4.6, Türkiye'nin ise % 1.6'dır. Bu oranlar incelendiğinde ülkemizin bazı gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde olduğu görülmektedir. Aşağıda bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık göstergeleri yönünden mukayese edilmektedir.

### 3.2.2. Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Yönünden Karşılaştırılması

Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve sağlıklı yaşam beklentisi ülkelerin sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren başlıca parametrelerdir. Ülkemizde 1990'lı yıllarda hızlanan sağlıkta reform süreci, 2003 yılından itibaren SDP ile yeniden organizasyon sürecine dönüşmüştür. Bu kapsamda SDP ile geçmiş yıllarda gelişmiş ülkelere göre çok kötü olan sağlık göstergelerimiz düzelmeye başlamıştır. Aşağıda verilen Tablo 6'da sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyini gösteren kriterler yönünden ülkemizle bazı gelişmiş ülkeler arasında mukayese yapılmaktadır.

**Tablo 6: Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri<sup>30</sup>**

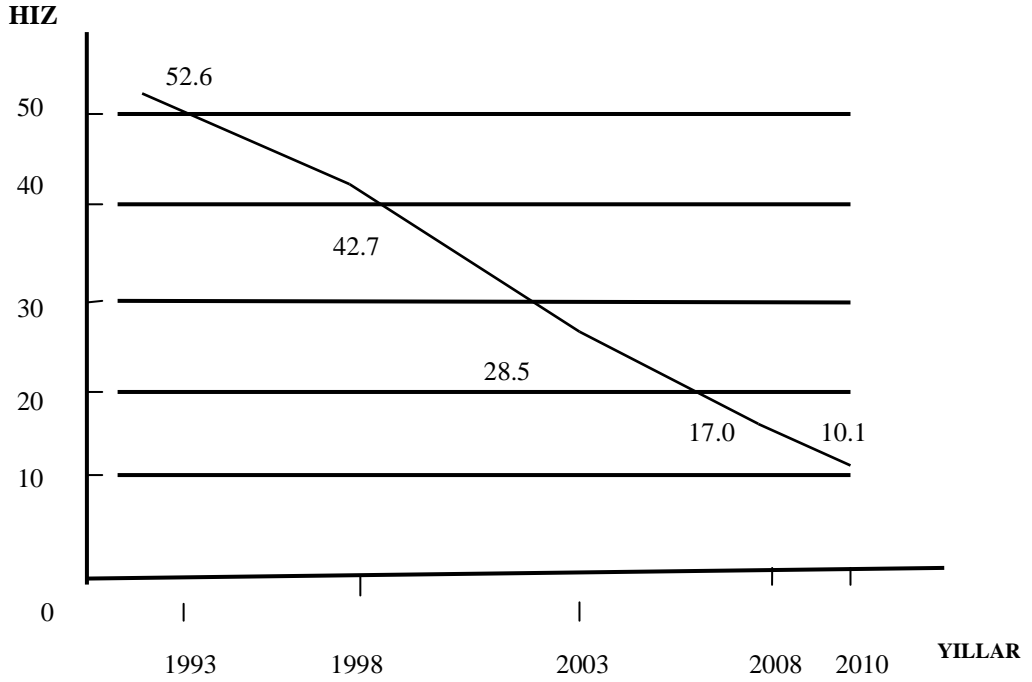
ÜLKELER	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi 2009	Bebek Ölüm Hızı 2009 (Binde)	Anne Ölüm Hızı 2005 (Yüz Binde)	Sağlıklı Yaşam Beklentisi 2009
ABD	80.6	6.43	11	78.2
ALMANYA	82.8	3.50	4	80.3
İNGİLTERE	82.5	4.60	28.5	80.4
FRANSA	84.4	3.90	8	81
İSVEÇ	83.4	2.50	3	81.8
İTALYA	84.6	3.70	5	80
AVUSTURALYA	83.9	4.30	6	81.6
JAPONYA	86.4	2.40	6	83
TÜRKİYE	76.1	13.10	44	73.8

<sup>30</sup> <http://www.stats.oecd.org/>, Erişim tarihi: 05.04.2012.

Doğumda beklenen yaşam süresi bir ülkenin sosyo-ekonomik koşullarının ve sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli bir parametredir. Tablo 6'ya göre 2009 yılı itibariyle ülkemizde bu süre 76.1 iken Japonya'da 86.4, ABD'de 80.6'dır. SDP'nın başlarında 2004 yılında ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresinin 68.9 olduğu göz önüne alınırsa sağlık hizmetlerinin gelişiminin bu parametreyi yükselttiği görülmektedir. Ancak bu değer hâlâ gelişmiş ülkelere göre düşük olduğu görülmektedir.

Bebek ölüm hızları incelendiğinde Tablo 6'da ki 2009 yılı verilerine göre ülkemizde her bin canlı doğumda bu değer 13.1 olduğu görülmektedir. Bebek ölüm hızının Japonya'da binde 2.4, ABD'de binde 6.43 olduğu göz önüne alınırsa, ülkemizdeki bebek ölümleri hızının gelişmiş ülkelere göre çok yüksek olduğu görülmektedir. 2004 yılında ülkemizde bu oran binde 28'iken bu tarihte Avrupa Birliği ortalaması binde 5.22'dir. 2004-2009 yılları arasında bebek ölüm hızında ülkemiz sayısal olarak büyük ilerlemeler göstermesine rağmen bu oranlar halen gelişmiş ülkelerin seviyesine inmemiştir. Aşağıda verilen şekil 1'de 1993-2010 yılları arasında ülkemizde her bin canlı doğumda görülen bebek ölüm hızları verilmiştir.

**Şekil 1: Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), Türkiye<sup>31</sup>**



<sup>31</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara, 2011, 12.



Şekil 1'e göre ülkemizde 1993 yılında binde 52.6 olan bebek ölüm hızı 1998 yılında binde 42.7'ye düşmüştür. SDP'nın başladığı 2003 yılında binde 28.5 olan bu oran 2008 yılında binde 17'ye 2010 yılında binde 10.1'e kadar düşmüştür. Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında 2008 yılında bebeklerde ölüm oranı binde 17 ile en yüksek Türkiye'de kaydedilirken binde 11'le Romanya, binde 9,9'la Malta ve binde 8,6'yla Bulgaristan ön sıralarda yer almaktadır. AB ortalamasının binde 4,6 olduğu bu oran Lüksemburg'da binde 1,8'e, Slovenya'da binde 2,1'e, İzlanda ve İsveç'te binde 2,5'e kadar düşürülmüştür.<sup>32</sup>

Türkiye'de 1990'lı yıllardan itibaren hız kazanan sağlıkta reform süreci incelendiğinde 2003 yılına kadar bebek ölüm oranlarında ciddi düşüşler yaşanmış olmakla birlikte bu oranların Avrupa Birliği ortalamalarının çok üzerinde olduğu görülmektedir. SDP'nın başladığı 2003 yılından 2008'e gelindiğinde bu oran binde 17'ye düşmekle birlikte Avrupa Birliği ortalamasının binde 4.6 olduğu göz önüne alındığında önemli bir sağlık göstergesi olan bebek ölüm oranlarının ülkemizde halen çok yüksek olduğu görülmektedir.

Yukarıda verilen Tablo 6'da sağlık sistemlerinin gelişmişliğinin önemli göstergelerinden biri olan anne ölüm hızları incelendiğinde, ülkemizde 2005 yılı verilerine göre yüz binde 44 olduğu görülmektedir. Bu oran İngiltere'de 28.5, İsveç'te 3'tür. Bu sağlık göstergesinde de ülkemiz 2005 yılı verilerine göre gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde kalmıştır. 2010 yılında ülkemizdeki anne ölüm hızı yüz binde 16.4 olmasına rağmen bu oran halen gelişmiş ülkelere göre yüksektir.

Önemli bir sağlık göstergesi olan sağlıklı yaşam beklentisi, kişinin hastalıkta geçirdiği süreler çıkarıldıktan sonraki sağlıklı yaşadığı yıllardır. Tablo 6'da verilen 2009 yılı verilerine göre, Türkiye'de sağlıklı yaşam beklentisi 73.8 iken bu oran İsveç'te 81.8, ABD'de 78.2'dir. Bu değerler karşılaştırıldığında ülkemizin gelişmiş ülkelere göre sağlık parametreleri yönünden daha geri durumda olduğu görülmektedir. Aşağıda bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık harcamaları yönünden mukayese edilmektedir.

### **3.2.3. Ülkelerin Sağlık Harcamaları Yönünden Karşılaştırılması**

Bir ülkenin sağlık sektörüne ayırdığı kaynakların büyüklüğüyle hizmetlerin kalitesi arasında direkt bağlantı bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının gayri safi

<sup>32</sup> <http://www.renkliweb.com/soru-cevap-2/turkiyede-bebek-olum-hizi-ve-orani-2010.html>, Erişim tarihi: 20.03.2012.

yurt içi hâsılaya (GSYH) oranı, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, kişi başı toplam sağlık harcaması ve ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ülkelerin sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyini gösteren başlıca parametrelerdir. Aşağıda verilen tablo 7’de bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık harcamaları yönünden mukayese edilmektedir.

**Tablo 7: Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Harcamaları**<sup>33</sup>

ÜLKELER	Toplam Sağlık Harcamaları/ GSYH 2008 (%)	Kamu Sağlık Harcamaları/ Toplam Sağlık Harcamaları 2008 (%)	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması 2008 (\$)	İlaç Harcaması/ Toplam Sağlık Harcaması 2006 (%)
ABD	16.4	46	7720	12.6
ALMANYA	10.7	76.6	3963	14.8
İNGİLTERE	8.8	82.4	3281	15.3
FRANSA	11.1	77.7	3809	16.4
İSVEÇ	9.2	81.5	3644	13.3
İTALYA	9	77.5	3069	20.0
AVUSTURALYA	8.7	68.0	3445	13.7
JAPONYA	8.5	80.8	2878	19.6
TÜRKİYE	6.1	73.0	902	34

Tablo 7’de ki 2008 yılı verilerine göre Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı % 6.1’iken ABD’nde bu oran 16.4, Almanya’da 10.7’dir. 2004 yılı Avrupa Birliği ortalaması % 8.7 iken, bu oran ülkemizde aynı yıl için % 7.7’dir. Bu veriler analiz edildiğinde bazı gelişmiş ülkelerin GSYH değerleri ülkemizden büyük olmasına rağmen toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranlarının da Türkiye’den

<sup>33</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en), Erişim tarihi: 05.04.2012.

yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum gelişmiş ülkelerin toplam sağlık harcamalarının sayısal olarak ülkemizden oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ülkelerin sağlık sektörlerinin gelişmişlik düzeyi ile ilgili önemli bir göstergedir. Tablo 7’de verilen 2008 yılı verilerine göre bu oran ülkemizde % 73’iken ABD’nde % 46, İngiltere’de % 82.4’tür. ABD sağlık sistemi özel sektör ağırlıklı bir yapıda olduğundan bu veriler ABD’nde özel sağlık harcamalarının yüksek olduğunu göstermektedir. Tablo 7’ye göre Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı gelişmiş ülkelerle yaklaşık olarak aynı düzeydedir.

Toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki büyüklüğü aynı zamanda ülkede kişi başına yapılan sağlık harcamalarının fazlalığını göstermektedir. Tablo 7’de verilen 2008 yılı verilerine göre ABD’nde kişi başına yapılan sağlık harcamalarının 7720 \$ ile diğer ülkelere çok fazla olduğu görülmektedir. Bu harcama miktarı Türkiye’de 902 \$ Almanya’da 3963 \$ olarak gerçekleşmektedir. Türkiye’nin toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranının gelişmiş ülkelere yakın olduğu görülmesine rağmen, kişi başına yapılan harcamaların çok düşük gerçekleşmesi ülkemizin GSYH’nın bu ülkelere göre az olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 7’de verilen 2006 yılı verilerine göre ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı Türkiye’de % 34, ABD’nde %12.6, Fransa’da %16.4’tür. Bu durum ülkemizde kullanılan ilaçların fiyatlarının yüksekliği ile ilgili olabilir. Ulusal ilaç ve cihaz endüstrimiz yeterince gelişmediğinden bu sektör büyük oranlarda yabancı firmaların tekeline girmiştir. İlaç ve tıbbi cihaz sektöründeki bu dışa bağımlılık fiyatları yükseltmektedir. Aşağıda bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık kaynakları yönünden mukayese edilmektedir

#### **3.2.4. Ülkelerin Sağlık Kaynakları Yönünden Karşılaştırılması**

Hastane, hastane yatağı, toplam sağlık çalışanı, hekim, hemşire ve sağlık memurlarının sayısı sağlık sektörünün sahip olduğu başlıca kaynaklardır. Bir ülkenin sağlık sisteminin gelişme düzeyi ile bu kaynakların büyüklüğü arasında direkt bağlantı vardır. Aşağıda verilen Tablo 8’de bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık kaynakları yönünden mukayese edilmektedir.

Tablo 8’de ki 2008 yılı verilerine göre Türkiye’de 1308, Japonya’da 8794, ABD’de 5815, Fransa’da ise 3049 hastane bulunmaktadır. ABD ve Japonya’nın nüfusunun ülkemizden fazla olduğu göz önüne alınarak oransal mukayese yapıldığında bile hastane sayımızın az olduğu görülmektedir. Nüfusunun büyüklüğü ülkemize yakın olan Fransa’da hastane sayısı ülkemizdeki yaklaşıklı iki katından daha fazladır.

**Tablo 8: Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Kaynakları**<sup>34</sup>

ÜLKELER	Hastane Sayısı 2008	Hastane Yatakları Sayısı (1000 Kişiyeye Düşen) 2009	Sağlık Çalışanı Sayısı (1000 Kişiyeye Düşen) 2008	Hekim Sayısı (1000 Kişiyeye Düşen) 2009
ABD	5815	3.1	59.94	2.44
ALMANYA	3322	8.2	53.61	3.64
İNGİLTERE	-	3.3	59.37	2.71
FRANSA	3049	6.6	-	-
İSVEÇ	-	2.8	78.23	3.80
İTALYA	1259	3.7	28.18	3.44
AVUSTURALYA	1317	3.9	52.93	2.99
JAPONYA	8794	13.7	46.83	2.19
TÜRKİYE	1308	2.5	8.29	0.62

Sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyini gösteren daha spesifik bir kriter ise kişi başına düşen hastane yatak sayısıdır. Tablo 8’de verilen 2009 yılı verilerine göre ülkemizde bin kişiyeye düşen yatak sayısı 2.5’iken, ABD’de 3.1, Japonya’da 13.7, Fransa’da 6.6’dır. ABD’deki hastane sayısının ülkemizdeki dört katından fazla olmasına rağmen bin kişiyeye düşen yatak sayısı Türkiye’den biraz fazladır. Bu durum ABD’nin nüfusunun ülkemizdekiden çok fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Nüfusu ülkemizle yaklaşık olarak aynı olan Fransa’nın hastane sayısının Türkiye’nin iki katından fazla olması, bin kişiyeye düşen hastane yatak sayısında da aynı durumun geçerli

<sup>34</sup> [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC), Erişim tarihi: 07.04.2012.

olmasına yol açmaktadır. Önemli bir sağlık kaynağı göstergesi olan bin kişiye düşen yatak sayısında ülkemiz gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmıştır.

2008 yılı verilerine göre sağlık sektöründe bin kişiye düşen sağlık personeli sayısı Türkiye’de 8.29, Japonya’da 46.83, ABD’nde 59.94, İngiltere’de 59.37 olduğu görülmektedir. Sağlık sektörünün yapısı hakkında önemli bir gösterge olan personel sayıları bakımından ülkemizle gelişmiş ülkeler arasında bir uçurumun olduğu görülmektedir. ABD’nde bin kişiye düşen sağlık çalışanı sayısı ülkemizden yaklaşık yedi kat daha fazladır. Ayrıca 2009 yılı verilerine göre bin kişiye düşen hekim sayısı Türkiye’de 0.62, ABD’nde 2.44, Almanya’da 3.64, İsveç’te 3.80 olduğu görülmektedir. Bu veriler ülkemizdeki hekim sayısı ile gelişmiş ülkelerin sayıları arasında bir uçurumun olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de hekimlerin ülke genelinde dengesiz dağılımları ve büyük merkezlerde toplanma eğilimleri de göz önüne alındığında sağlık sektörümüzün profili daha iyi anlaşılmaktadır. Ülkemizde SDP ile sağlık kaynakları yönünden ilerlemeler görülse de gelişmiş ülkelerin seviyesi halen yakalanabilmiş değildir. Aşağıda bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık teknolojileri yönünden mukayese edilmektedir.

### **3.2.5. Ülkelerin Sağlık Teknolojileri Yönünden Karşılaştırılması**

MR, bilgisayarlı tomografi, radyasyon terapisi cihazı ve mamografi cihazı gibi ileri teknolojiye sahip cihazlar sağlık sektörünün gelişim düzeyini gösteren başlıca kaynaklardır. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde ileri sağlık teknolojilerine sahip bu cihazların kullanımı sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu teknolojiler yoğun olarak kullanılmaktayken, ülkemizdeki kullanım düzeyleri bu ülkelere yakın seviyededir. Aşağıda verilen tablo 9’da bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye sağlık teknolojileri yönünden mukayese edilmektedir.

Tablo 9’da ki 2009 yılı verilerine göre, Türkiye’de bir milyon kişiye düşen MR birimi 8.9’iken, bu sayı ABD’nde 29.6, İtalya’da 21.6, Japonya’da 44.2, Almanya’da 7.1, Avustralya’da 5.9’dur. ABD, Japonya ve İtalya gibi ülkelerdeki MR birimi sayısı ülkemizden çok fazla durumdayken, Almanya ve Avustralya gibi ülkelerdeki sayı ülkemizden daha azdır. Bu teknolojilerin maliyetlerinin yüksekliği göz önüne alındığında kullanım düzeylerinin artması sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmaktadır.

**Tablo 9: Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Teknolojileri<sup>35</sup>**

ÜLKELER	MR Birimi (Bir Milyon Kişiyeye Düşen) 2009	Bilgisayarlı Tomografi (Bir Milyon Kişiyeye Düşen) 2009	Radyasyon Terapisi Cihazı (Bir Milyon Kişiyeye Düşen) 2009	Mamografi Cihazı (Bir Milyon Kişiyeye Düşen) 2009
ABD	29.6	36.2	10.4	41.6
ALMANYA	7.1	-	7.4	-
İNGİLTERE	8.9	8.1	5.4	9
FRANSA	7.5	11.1	6.7	-
İTALYA	21.6	31.7	6.5	32
AVUSTURALYA	5.9	38.7	8.8	24.3
JAPONYA	44.2	98.4	9.1	30.6
TÜRKİYE	8.9	11.6	1.8	10

Tablo 9’da verilen 2009 yılı verilerine göre ülkemizde bir milyon kişiyeye düşen bilgisayarlı tomografi sayısı 11.6’iken bu sayı ABD’nde 36.2, İngiltere’de 8.1, Fransa’da 11.1, İtalya’da 31.7, Avustralya’da 38.7, Japonya’da 98.4’tür. Bu verilere göre Japonya’daki MR ve bilgisayarlı tomografi sayılarının gelişmiş ülkelere göre çok yüksek düzeylerde olduğu görülürken, Türkiye’de bu sayı İngiltere ve Fransa gibi ülkelere nazaran fazladır.

2009 yılı verilerine göre ülkemizde bir milyon kişiyeye düşen radyasyon terapisi cihazı 1.8’ken bu sayı ABD’nde 10.4, Almanya’da 7.4, İngiltere’de 5.4, Fransa’da 6.7, İtalya’da 6.5, Japonya’da 9.1’dir. Bu verilere göre ülkemizdeki radyasyon terapisi cihazı sayısının gelişmiş ülkelerinin çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Türkiye’de 2009 yılı verilerine göre bir milyon kişiyeye düşen mamografi cihazı sayısı 10’ken bu sayı ABD’nde 41.6, Avustralya’da 24,3, Japonya’da 30.6’dır. İleri teknolojiyi kullanarak hastalıkların teşhis ve tedavisinde önemli bir yere sahip olan bu cihazın sayısının ülkemizde gelişmiş ülkelere göre az olduğu görülmektedir.

<sup>35</sup> <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, Erişim tarihi: 08.04.2012.

Türkiye ile gelişmiş ülkeler ileri teknolojiye sahip cihazların sayıları ve kullanım düzeyleri yönünden mukayese edildiğinde ülkemizin daha geri durumda olduğu görülmektedir. Ancak maliyeti yüksek olan bu cihazların kullanım düzeyleri artıkça ülkelerin sağlık harcamaları önemli miktarda artmaktadır. SDP ile ülkemizin sağlık göstergeleri önemli oranlarda düzelmekle birlikte halen gelişmiş ülkelerinin seviyesi yakalanabilmiş değildir. Aşağıda yeniden organizasyon sürecindeki sağlık sektörümüzün kalite standartları yönünden değerlendirilmesi ele alınmaktadır.

### **3.3. SAĞLIK SEKTÖRÜMÜZÜN KALİTE STANDARTLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sağlık sektörümüzdeki reformlar kapsamında 1990'lı yıllarda başlayan kalite çalışmaları ile hastaneler uluslararası kalite standart belgeleri almaya başlamışlardır. 2003 yılından itibaren SDP ile sektörün yeniden organizasyon sürecine girmesiyle kalite çalışmalarına daha fazla önem verilerek bakanlık bünyesinde kalite birimleri oluşturulmuştur. Bu bölümde SDP ile sağlık sektörümüz kalite standartları ve performans kriterleri yönünden analiz edilmektedir. Bölüm sağlıkta kalite kavramı, kalite yönetim sistemleri ve Türk sağlık sektörünün kalite standartları yönünden değerlendirilmesi başlıklarından oluşmaktadır. Aşağıda sağlıkta kalite kavramı ele alınmaktadır.

#### **3.3.1. Sağlıkta Kalite Kavramı**

Mali değeri olan bir ürünün belirli standartlara ve müşterilerin beklentilerine uygun olmasını ifade etmek için kalite kavramı kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ise bu kavram uluslararası standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması olarak tanımlanmaktadır.<sup>36</sup> Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalite sağlık sektörünü oluşturan bütün unsurların standartlara uygun ve iyi olması olarak ifade edilmektedir. Kaliteli sağlık hizmeti ise toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarını korumayı ve hastalandıklarında en kısa sürede sağlıklarına kavuşturmayı hedeflemektedir.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> Yaman Zorlutuna, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler, 6. Ulusal Kalite Kongresi, 1997, 85.

<sup>37</sup> [www.canaktan.or.politika/kamuda-kalite/asuna.pdf](http://www.canaktan.or.politika/kamuda-kalite/asuna.pdf), Erişim tarihi: 10.04.2012.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması başlıca sağlık personelinin mesleki yeterliliğe sahip olmasına, hizmet sunumunun bireylerin beklentilerine ve kalite standartlarına uygun verilmesine bağlıdır.<sup>38</sup> Ayrıca sağlık hizmetleri bilimsel kurallara uygun ve en iyi sağlık sonuçlarını alacak özellikte olmalıdır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için belirli standartlara uymak, teknolojik gelişmelerden yararlanmak ve hastaların beklentilerini karşılamak gerekli koşullardır.

Avedis Donabedian'a göre teknik, kişiler arası iletişim ve konfor yönü olmak üzere sağlık hizmetlerinde kalitenin üç farklı boyutu bulunmaktadır. Teknik yönü sağlık probleminin tanımlanmasından çözümüne kadar olan aşamaları, kişiler arası iletişim yönü sağlık çalışanının hastayla olan etkileşimi, konfor yönü ise sağlık hizmeti verilen ortamın hastayı tatmin edici ve rahatlık veren unsurlardan oluşmasıdır.<sup>39</sup> Sağlık hizmetlerinde başlıca kalite koşullarını oluşturan bu faktörler sağlık hizmetlerinin etkili, hızlı ve hastayı tatmin edecek biçimde sunumunu sağlamayı hedeflemektedir. Aşağıda sağlık sektörümüzde uygulanan başlıca kalite sistemleri ele alınmaktadır.

### 3.3.2. Sağlık Sektörümüzde Uygulanan Kalite Sistemleri

SDP ile sağlık sektöründe kalite çalışmaları önem kazanmış bu kapsamda sağlık kuruluşları hizmetlerin kalitesini belgelendirme faaliyetlerini artırmışlardır. Aşağıda başlıca kalite sistemleri ISO 9000, EFQM Mükemmellik Modeli ve Akreditasyon gibi sistemler incelenmektedir.

#### 3.3.2.1. ISO 9000

1947 yılında kurulan Uluslararası Standartlar Organizasyonu (ISO) sanayi ve ticaret ile ilgili sektörlerde standartlar belirleyen uluslararası bir kuruluştur. Bu standartlardan ISO 9000 ülkemizde TS-EN-ISO 9000 serisi standartları olarak uygulanmaktadır. Ülkemizde ISO standartları ile ilgili belgeleme yapan kuruluş ise

<sup>38</sup> Şahin Kavuncubaşı, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara, 2000, 66.

<sup>39</sup> Donebedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bunlar; Etkenlik: mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder. Etkililik: Etkenliğin tersine hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Verimlilik: Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kaliteli. Optimal Olma: Kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır. Kabul Edilebilirlik: Verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelir. Yasallık: Verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir. Eşitlik: Tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Turnel D. Paul-Louis G. Poll, "Beyond Patient Satisfaction", (Çev.: Muhter Günel), *Journal of Health Care Marketing*, xv-3, 1995, 45.



Türk Standartları Enstitüsü'dür.<sup>40</sup> Sağlık sektöründe de hizmetlerinin kalitesini belgelemek ve hizmet standartları oluşturmak için ISO kalite belgelendirme sistemlerine başvurulmaktadır.

ISO sistem yaklaşımına göre, hasta müşteri olarak görülmekte bu kapsamda kaliteli bir sağlık hizmeti için müşterinin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması gerekmektedir. ISO çalışmalarında, kalite süreçleri belirlenerek personelin yetki ve sorumluluklarıyla birlikte belgelendirmekte, önceden belirlenmiş olan kontrol aşamalarında eksik ve hatalar düzeltme ve iyileştirme faaliyetleri ile önlenmektedir.<sup>41</sup> Ayrıca kullanılan ölçüm cihazlarının belirli aralıklarla kontrol ve kalibrasyonlarının yapılmasıyla çalışanlar için uygun ortamın hazırlanması faaliyetleri ISO kalite sisteminin önem verdiği diğer göstergelerdir.

Ülkemizde 1987 yılında yayınlanmış olan ISO 9000 Standartları bünyesindeki kalite güvence modelleri kapsamında kalite sistem belgelendirme çalışmaları ilk kez 1990 yılında başlamıştır. 2007 Yılı itibarıyla 68 kuruluş ISO 9001:2000 belgesi almıştır.<sup>42</sup> Ancak 1999 yılında kurulan Türk Akreditasyon Kurumu'yla bütün dünyada yaygın olarak uygulanan sağlık kuruluşlarının akredite edilmesi faaliyetleri ülkemizde de başlayarak SDP'yla da bu süreç hız kazanmıştır.

### 3.3.2.2. EFQM Mükemmellik Modeli

Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) 1988 yılında Avrupa'da on dört büyük şirket tarafından kurulmuştur. Üyelik sistemine dayanan EFQM sürdürülebilir mükemmelliğin itici gücü olma misyonuyla kuruluşların mükemmelliğe erişmelerini hedeflemiştir. EFQM tarafından oluşturulan mükemmellik modeli kuruluşların mükemmellik yolundaki durumlarını ölçerek yönetim sistemlerini geliştirmeleri konusunda yardımcı olur.<sup>43</sup> EFQM mükemmellik modeli dokuz ana kriter dayanmaktadır. Bu kriterlerin beşi girdi dördü ise sonuç kriterlerini oluşturmaktadır. Girdi kriterleri kuruluşun mükemmelliğe ulaşmak için yaptığı faaliyetleri sonuç kriterleri ise kuruluşun neler gerçekleştirdiğini göstermektedir.<sup>44</sup>

<sup>40</sup> <http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>, Erişim tarihi: 11.04.2012.

<sup>41</sup> <http://www.quality.baskent.edu.tr/publication5.htm>, Erişim tarihi: 11.04.2012.

<sup>42</sup> [www.kalite.saglik.gov.tr/](http://www.kalite.saglik.gov.tr/), Erişim tarihi: 11.05.2011.

<sup>43</sup> Mehmet Kuruşçu, *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri*, İstanbul Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul, 2003, 89.

<sup>44</sup> Sait Sevinç, "Kalite Geliştirme Ve Değerlendirme Kriterleri", *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, XV-2, Ankara, 2005, 16-17.

Sağlık hizmetlerinde de yaygın olarak uygulanan mükemmellik modelinde hizmet süreçleri uygun bir liderlikle yönlendirilmektedir. Ayrıca bu model de hastaların ve sağlık personelinin tatmini sağlanarak mükemmelliğe ulaşılacak hedeflenmektedir. Ülkemizde de SDP kapsamında birçok sağlık kuruluşu EFQM Mükemmellik Modeli programlarına başvurarak kuruluşun verdiği kararlılık ve yetkinlik belgelerini almıştır. Aşağıda bir sağlık kuruluşunun hizmet kalite standartlarını ölçen akreditasyon sistemi ele alınmaktadır.

### 3.3.2.3. Akreditasyon

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun hizmet kalitesinin kalite standartlarını ölçme ve değerlendirme yetkisine sahip gönüllü bir kuruluş tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre değerlendirilmesi ve onaylanmasıdır. Ulaşılabilir standartlar olan akreditasyon sürecinde, sağlık kuruluşlarının katılımı kendi isteklerine bağlıdır.<sup>45</sup> Bütün dünyada yaygın olarak uygulanan akreditasyon standartları ülkemizde de SDP kapsamında sağlık kuruluşlarının sık başvurduğu bir kalite sistemidir.

Sağlık sektörümüzün yaşadığı yeniden organizasyon süreciyle hizmet sunumunda kalitenin ve hasta güvenliğinin artırılması çabaları ülkemizde akreditasyon kalite çalışmalarını ön plana çıkarmıştır.<sup>46</sup> Ayrıca sağlık hizmetlerinde akreditasyonunun hizmetlere halkın güvenini artırmak, sektörün organizasyon yapısını geliştirmek ve çalışanların donanımlarını artırmak gibi hedefleri de bulunmaktadır.

1999 yılında kabul edilen Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanunla ülkemizdeki akreditasyon faaliyetleri kurumsal bir nitelik kazanmıştır. Bu düzenleme kapsamında laboratuvar belgelendirme ve muayene hizmetlerini yürütecek kuruluşları akredite etmek ve bu kuruluşların standartlara göre belgelendirilmesi için Türk Akreditasyon Kurumu kurulmuştur. İdari ve mali özerkliği olan kurumun başlıca faaliyetleri iç işleyişiyle ilgili düzenlemeler yapmak, akreditasyon ile ilgili gerekli kriter ve önlemleri belirlemek, bunları uygulamak, gerektiğinde değiştirmek, düzeltmek ve yürürlükten kaldırmaktır.<sup>47</sup> Ayrıca kurum akredite edilmek isteyen kuruluşun akredite edilip edilmemesine karar vermekte, gerekli durumlarda ise geçici veya devamlı olarak akreditasyon kararını durdurmaktadır.

<sup>45</sup> Nilgün Sarp, "Akreditasyon", *Hastane ve Yaşam Dergisi*, II-5, Ankara, 2006, 10-13,

<sup>46</sup> Ezel Afsun Esatoglu, "Hastanelerde Kalite, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi, İşgören Eğitimi ve Akreditasyon Güvencesi", *Hastane ve Yaşam Dergisi*, II-5, Ankara, 2006, 50-55.

<sup>47</sup> Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 04.11.1999, 23866.

2011 yılında çıkarılan 663 sayılı kararnameyle sağlık bakanlığı teşkilatının yeniden dzenlenmesi kapsamında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Daire başkanına bağlı olan genel koordinatörün denetiminde, kalite standartları geliştirme, değerlendirme, eğitim, akreditasyon, bilgi ynetimi ve uluslararası çalışmalar birimleri kurulmuştur. İnsan sağlığını odak alma, sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme, hasta ve çalışan güvenliğine önem verme ve yeniliklere öncülük etme akreditasyon daire başkanlığının başlıca faaliyetleri arasındadır.<sup>48</sup> SDP kapsamında kurulan bu birimle sağlık sektöründeki akreditasyon çalışmaları daha sistemli bir yapıya kavuşmuştur. Ayrıca başkanlık bünyesinde çalışma birimleri oluşturularak uluslararası gelişmeleri takip eden kurumsal bir yapı oluşturulmuştur. Kalite kavramı ve kalite sistemleri incelendikten sonra aşağıda sağlık sektörümüzün kalite standartları yönünden değerlendirilmesi ele alınmaktadır.

### **3.3.3. Türk Sağlık Sektörünün Kalite Standartları Yönünden Değerlendirilmesi**

Gelişmiş ölkelerin sağlık sektörlerindeki kalite çalışmalarını ölkemizdeki sağlık kuruluşları yakından takip etmektedir. Sağlık sektörü için geliştirdiği birçok standart olan ISO'nun faaliyetlerinin önemi azalmıştır. ISO'dan daha çok bilinen Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) yaygın şekilde sağlık kuruluşlarını akredite etmektedir.<sup>49</sup> 2012 yılı itibariyle ölkemizde de yaklaşık 46 sağlık kuruluşu JCI tarafından akredite edilmiştir. Sağlıkta akreditasyon çalışmalarını sağlık kuruluşları gönüllü, yarı gönüllü veya zorunlu olarak gerçekleştirmektedirler.

Ölkemizde SDP kapsamında önem kazanan JCI tabanlı kalite çalışmaları ve hizmet kalite standartları kamu hastaneleri için neredeyse zorunluluk haline gelmiştir. SDP ile kalite çalışmalarını yarı gönüllü sürdüren kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın politikaları çerçevesinde bu çalışmaları zorunlu olarak yapmaya başlamışlardır.<sup>50</sup> Kamu sağlık sektörünün personel yapısı ve yönetim tarzından dolayı kalite çalışmaları özel sektöre göre daha ağır ilerlemektedir.

2001 yılında hazırlanan Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Ynetimi Hizmet Yönergesinin 2002 yılında sağlık kurumlarına gönderilmesi ile sağlık sektöründe kalite

<sup>48</sup> <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=777>, Erişim tarihi: 13.04.2012.

<sup>49</sup> <http://www.memorial.com.tr/kurumsal/kalite-yonetim-sistemimiz/>, Erişim tarihi: 14.04.2012.

<sup>50</sup> <http://www.stetuskop.com/showthread.php?p=42451>, Erişim tarihi: 14.04.2012.

çalışmaları resmen başlamıştır.<sup>51</sup> Bu yönergeyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarındaki hizmetlerin toplam kalite yönetimi anlayışı ile daha verimli, sürekli ve rekabet koşulları içinde yürütülmesine ilişkin kriterler belirlenmiştir.

SDP ile sağlık kuruluşlarında kalite güvencesine ve akreditasyon standartlarına sahip olma çalışmaları hız kazanmıştır. Bu kapsamda 2004 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan kalite koordinatörlüğü sağlıkta kurumsal verimliliği yükseltmeye, hizmet kalitesini artırmaya ve maliyetleri azaltmaya yönelik çalışmalar yapmıştır.<sup>52</sup> 2006 yılında bakanlık bünyesindeki bu koordinatörlük Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'na dönüştürülmüştür. Başkanlık, sağlık kuruluşlarında etkin bir rekabet ortamının oluşturulması, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetinin sağlanmasını hedefleyen hizmet kalite standartlarını belirleme çalışmaları yapmaktadır.<sup>53</sup> 2008 yılında ise Sağlık Bakanlığı tarafından uluslararası standartlar çerçevesinde hizmet kalite standartları oluşturularak hastaneler denetlenmeye başlanmıştır.

SDP kapsamında bu ulusal standartların sağlık kuruluşlarında uygulanması ve periyodik aralıklarla denetlenmesi sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltmiştir. Ayrıca hizmet kalitesi standartlarının uygulanması hasta ve çalışanların memnuniyetini artırdığı gibi kalite kavramına kurumsal bir nitelik kazandırmaktadır.<sup>54</sup> Kamu sağlık kuruluşlarındaki kalite çalışmalarının olumlu sonuçlar vermesi özel hastanelerin de bu standartlara göre denetlenmesini gündeme getirmiştir. Aşağıda verilen Tablo 10'da sağlık sektörümüzde kalite çalışmalarının hız kazandığı 2003-2010 yılları arasında vatandaşların sağlık hizmetlerinden ve kuruluşlarından memnuniyet oranları verilmiştir.

<sup>51</sup> Bu yönergede geçen Toplam Kalite Yönetimi; Yataklı tedavi kurumlarında görev yapan bütün personelin katılımı ile süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi suretiyle personel ile hasta ve yakınlarının kalite ihtiyaçlarının karşılanması ve hasta tarafından tanımlanan kaliteyi ürün ve hizmet yapısında oluşturmaya çalışan yönetim biçimini, Misyon: Yataklı tedavi kurumlarının oluşum amacını ve hastaların bazı belirli isteklerine ulaşmak amacıyla hangi kaynakların nasıl bir araya getirileceğine ilişkin süreç yönetiminin zorlayıcı temellerini, Vizyon: Yataklı tedavi kurumlarının, hizmet sunumu konusunda gelecekte olabilecek değişimleri görebilmesi ve etkilerini doku anlaşmazlığı olmaksızın yaşayabilmesi ve rekabet gücünü artırabilmesi için ileriye dönük çizdiği yönü, bir diğer ifade ile uzun dönemde varmak istediği ideallerini, Birim: Yataklı tedavi kurumlarının bütün servis veya bölümlerini, Süreç: Bir mal veya hizmetin üretilmesinde üretimin başlangıcı ile bitişi arasında yapılan bütün eylem ve işlemleri, Kalite konseyi: Yataklı tedavi kurumlarında, kurum amirinin başkanlığında dokuz kişiden oluşan konseyi, Kalite geliştirme ekibi: Yataklı tedavi kurumlarında kalite temsilcisi başkanlığında, birim temsilcilerinin katılımı ile oluşturulan birim ihtiyacına ve sayısına göre en az üç kişilik ekibi, Eğitici ekip: Kalite konseyinin sorumluluğunda, kurumda birim amirleri, kalite konseyi ve kalite geliştirme ekibi dışında kalan bütün personelin eğitimi ile görevli ekibi ifade etmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi, [http://www.istanbulsağlık.gov.tr/w/mev/mev\\_yonr/y\\_kalite\\_yon.pdf](http://www.istanbulsağlık.gov.tr/w/mev/mev_yonr/y_kalite_yon.pdf), Erişim tarihi: 12.04.2012.

<sup>52</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, a.g.e., 79

<sup>53</sup> <http://www.saglik.gov.tr/saglik/138370-saglikta-performans-ve-kalite.html?langid=1>, Erişim tarihi: 13.04.2012.

<sup>54</sup> [http://www.standartkalite.com/saglikta\\_kalite\\_akreditasyonu.htm](http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm), Erişim tarihi: 14.04.2012.

SDP kapsamında sistematik hale gelen kalite faaliyetleriyle sağlık sektörümüzün hizmet parametreleri yükselmiştir. Tablo 10 incelendiğinde 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı % 39,5 ile düşük seviyelerdedir. Yükselme eğiliminde olan bu oran 2005 yılında % 55.3'e yükselerek toplumun sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun olduğunu göstermektedir. 2006 ve 2008 yılında bu oran bir önceki yıla göre biraz azalsa da 2010 yılında bu oran % 73.1'e yükselmiştir. Tablo 10'da ki bu verilere göre SDP ile sağlık sektörümüzün yeniden organizasyonu sürecindeki kalite çalışmaları vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerden büyük oranda memnun olmasını sağlamıştır.

**Tablo 10: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%), 2003-2010<sup>55</sup>**

YILLAR	MEMNUN (%)	ORTA (%)	MEMNUN DEĞİL (%)
2003	39.5	39.3	21.2
2004	46.9	19.9	33.2
2005	55.3	19.1	25.6
2006	52.3	18.0	29.7
2007	66.5	15.3	18.3
2008	63.4	16.7	19.9
2009	65.1	15.7	19.3
2010	73.1	13.8	13.1

Sağlık sektörünün önemli parametrelerinden biri de vatandaşların sağlık kuruluşlarından memnuniyet dereceleridir. Aşağıda verilen Tablo 11'de 2004-2010 yılları arasında ülkemizde vatandaşların sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranları verilmiştir. Tablo 11 incelendiğinde bu süreçte vatandaşların genellikle bütün sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranlarının yükseldiği görülmektedir. Ancak devlet

<sup>55</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara, 120.

hastanelerinin memnuniyet oranları özel ve üniversite hastanelerine göre daha fazla yükselmiştir.

**Tablo 11: Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%), 2004-2010<sup>56</sup>**

	Memnuniyet Derecesi	Sağlık Ocağı/Toplum Sağlığı (%)	Üniversite Hastanesi (%)	Devlet Hastanesi (%)	Özel Hastane (%)
2004	Memnun	48.9	-	47.5	44.6
	Orta	21.0	-	19.2	19.9
	Memnun değil	30.1	-	33.1	35.5
2006	Memnun	57.1	53.8	51.5	44.3
	Orta	17.4	18.7	18.7	14.7
	Memnun değil	25.5	27.5	29.8	41
2008	Memnun	62.3	57.5	66.0	59.6
	Orta	18.0	22.6	15.4	17.9
	Memnun değil	19.7	20.0	18.6	22.6
2010	Memnun	74.9	68.5	74.8	66.2
	Orta	13.9	12.5	12.8	17.5
	Memnun değil	11.2	19.0	12.3	16.4

2004 yılında vatandaşların devlet hastanelerinden memnuniyet oranı %47.5 özel hastanelerden memnuniyet oranlarının ise %44.6 olduğu görülmektedir. SDP'nın başladığı bu yıllarda kamu ve özel hastanelerin hizmet kalitesi ve memnuniyet oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ancak zamanla vatandaşların devlet hastanelerinden memnuniyet oranları yükselmeye başlamıştır. 2010 yılı verilerine göre vatandaşların devlet hastanelerinden memnuniyet oranı %74.8, üniversite hastanelerinden memnuniyet oranı %68.5, özel hastanelerden memnuniyet oranı ise %66.2'dir. Bu verilere göre SDP kapsamındaki kalite çalışmaları devlet hastanelerinin hizmet kalitelerini ve vatandaş memnuniyet oranlarını yükseltmiştir. Üniversite

<sup>56</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, a.g.e.*, 121.

hastaneleri ve özel sektör sağlık kuruluşları ise sağlıkta ki kalite çalışmalarında ve memnuniyet oranlarında devlet hastanelerinin gerisinde kalmışlardır.

Bu bölümde sağlık sektörümüz organizasyon yapısı, bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleriyle mukayesesi ve kalite standartları yönünden değerlendirilmiştir. Aşağıda ise küreselleşme süreci kapsamında sağlık sektörümüzün gelişim ve yeniden organizasyon süreci ele alınmaktadır.

## 4. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ'NÜN GELİŞİMİ VE YENİDEN ORGANİZASYON SÜRECİ

Sağlık sektörümüzün tarihsel gelişim süreci incelendiğinde devamlı olarak reformist politikaların uygulandığı görülmektedir. Ancak bu politikalar birçok faktörün etkisiyle sağlık sektörümüzde köklü bir değişime yol açamamıştır. 16 Kasım 2002 tarihinde hükümetin kamuoyuna açıkladığı Acil Eylem Planı'nda yer alan Herkese Sağlık başlığı kapsamında sağlık alanında yapılmak istenen değişiklikler belirlenmiştir. Daha sonra 2003 yılı başlarında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinin aşamaları belirlenmiştir.

Bu bölümde sağlık sektörümüzün tarihsel gelişim süreci ele alındıktan sonra SDP ve bu kapsamda sağlık kuruluşlarının yeniden yapılanma süreci incelenmektedir. Aşağıda sağlık sektörümüzün tarihsel gelişim süreci ele alınmaktadır.

### 4.1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

Cumhuriyet öncesi temelleri atılan sağlık sektörümüzün tarihsel gelişimi cumhuriyet öncesi ve sonrası dönemleri genel başlıkları altında incelenmektedir. Selçuklu ve Osmanlı devletleri zamanındaki sağlık politikaları ve kuruluşları Cumhuriyet öncesi dönem bölümünde ele alınmaktadır. Cumhuriyet sonrası dönem ise yeniden organizasyon sürecine kadar 1920-1960, 1960-1980, 1980-1990, 1990-2002 ve 2002-? bölümlerine ayrılmaktadır.

#### 4.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Selçuklu ve Osmanlı devleti zamanında sağlık hizmetleri dârüşşifa adı verilen sağlık kuruluşları tarafından verilmekteydi. Zenginler tarafından yapılan ve vakıflarca desteklenen bu kuruluşlar genellikle külliye içinde bulunurlar ve hastalara ücretsiz sağlık hizmeti verirlerdi.<sup>1</sup> Ayrıca dârüşşifalar diğer ülkelerden tıp bilginleri getirterek bilimsel gelişmeleri izlemekte ve usta-çırak ilişkileri içinde hekimler yetiştirmekteydi.

Osmanlı Devleti'nde gelişimi devam eden tıp hizmetleri Fatih Sultan Mehmet döneminde hekimbaşılık sisteminin oluşturulmasıyla kurumsal bir nitelik kazanmıştır. Hekimbaşılar sağlık kuruluşlarının denetimlerini yapma, gerekli görülen yerlerde hastaneler açma, sağlık personelini görevlendirme ve görevden alma gibi geniş yetkilere

<sup>1</sup> Mehmet Şeker, *İslamda Sosyal Dayanışma Müesseseleri*, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1997, 163.



sahiptirler.<sup>2</sup> 1827 yılında Tıbhane-i Amire ve Cerrahhane-i Amire'nin kurulmasıyla ülkemizde tıp eğitimi çağdaş bir özellik kazanmıştır. 1838 yılında kurumun adı Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane olarak değiştirilmiştir.<sup>3</sup> 1850 yılında bugünkü Sağlık Bakanlığı statüsündeki Mekteb-i Tıbbiye Nezareti'nin (Tıp Okulu Bakanlığı) kurulmasıyla hekimbaşılık sistemi sona ermiştir.

II. Mahmut döneminde yeni kurulan ordunun hekim ihtiyacını karşılamak için Mekteb-i Tıbbiye kurulmuştur. Bu dönemde kurulan Tıbbiye Nezareti'yle tıp hizmetlerinin merkezileştirilmesi, hekimlerin daha donanımlı yetişmeleri ve tıp eğitiminin modernleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu vekâlet kurulduktan sonra askeri ve sivil tıp uygulamaları düzenlenerek tehlike oluşturabilecek tıbbi uygulamalar azaltılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda berberlerin diş çekme veya kan aldırma uygulamalarını yapabilmeleri Mekteb-i Tıbbiye'den alacakları izne bağlanmıştır. Ayrıca bu kişilerin vekâlete gidip yeteneklerini ispat etmeleri de gerekmektedir.<sup>4</sup>

Osmanlı Devleti'nin duraklama döneminde sağlık hizmetlerinin gelişimi de durmuştur. Sağlık alanına yeterli mali kaynaklar aktarılmadığından yükselme dönemindeki halka hizmet sunan hastaneler yapılması uygulaması terk edilmiş yerine, 18. yüzyıldan itibaren askeri hastaneler inşa edilmeye başlanmıştır.<sup>5</sup> Tanzimat döneminde ise tekrar halka hizmet vermeye yönelik hastaneler yapılmaya başlanmıştır. Askeri hastaneler, guraba hastaneleri ve gayri müslim hastaneleri bu dönemde açılan başlıca sağlık kuruluşlarıdır.

Tanzimat döneminden itibaren halka hizmet vermeye başlayan Guraba hastaneleri II. Abdülhamit döneminde Hamidiye Hastaneleri olarak adlandırılmıştır. Bu kuruluşlar yoksullar için ücretsiz sağlık hizmetleri vermiştir. Ayrıca bu dönemde vatandaşların ikamet ettiği yerlerde sivil hastane bulunmuyorsa askeri hastanelerden sağlık hizmeti almalarına yönelik yasal düzenlemeler de yapılmıştır. Yoksul vatandaşların askeri hastanelerden ücretsiz sağlık hizmeti almaları için gerekli ödenekler ise devlet tarafından tahsis edilmiştir.<sup>6</sup>

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum*, Ankara, 1992, 11.

<sup>3</sup> Rahmi Dirican-Nazan Bilgel, *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, 535.

<sup>4</sup> Fatih Tetik, *Osmanlı Devleti'nin Tanzimat Dönemi Kamu Sağlığı Politikası*, (Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Türk Tarihi Anabilim Dalı Yakınçağ Tarihi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.

<sup>5</sup> Rahmi Dirican-Nazan Bilgel, *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, a.g.e., 535.

<sup>6</sup> Gamze H. Dağlı, *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı*, a.g.e., 52.

II. Abdülhamit döneminde tıp alanında yaşanan gelişmeler yakından takip edilmiştir. Bu dönemde kuduz aşısı ülkemizde ilk defa üretilerek Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur. Bu kurum aynı zamanda terkos sularının mikrobiyolojik incelemelerini de yapmaktadır. 1893 yılında kurulan Bakteriolojihane-i Şahane Kurumu 1897 yılında dünyada ilk defa sığır vebası serumunu hazırlamıştır. Bu dönemde X ışınları dünyada ilk kez ülkemizde insan sağlığına yardımcı olmak amacıyla kullanılmıştır. 1898 yılında bugün Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı olarak bilinen askeri tıp fakültesi açılmıştır.<sup>7</sup> Ayrıca bu dönemde hamidiye hastaneleri yoksullar için ücretsiz sağlık hizmetleri vermiştir.

#### 4.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem

Cumhuriyet sonrası dönem 2002 yılında başlayan yeniden organizasyon sürecine kadar 1920-1960, 1960-1980, 1980-1990 ve 1990-2002 bölümlerine ayrılmaktadır. Aşağıda sağlık sektörümüzün 1920-1960 dönemi ele alınmaktadır.

##### 4.1.2.1. 1920-1960 Dönemi

23 Nisan 1920'de kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) sağlık kuruluşlarını 2 Mayıs 1920 tarihli 3 sayılı kanunla<sup>8</sup> kurulan Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti'ne (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) bağlamıştır. Kurtuluş Savaşı döneminin en önemli sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavisi için büyük çaba gösterilirken koruyucu sağlık hizmetlerine de önem verilmiştir. Bu dönemde yoksul hastaların tedavileri hükümet tabipleri tarafından yapılmaktaydı. 1923'de kurulan Amele Birliği<sup>9</sup> cumhuriyet döneminin ilk sosyal güvenlik kuruluşu niteliği taşımaktadır.

<sup>7</sup> Mustafa Hacıömeroğlu, "Abdülhamit Döneminde Sağlık Hizmetlerine Bakış", *Düşünen Siyaset Düşünce Dergisi*, 27, Ankara, 2010, 224-233.

<sup>8</sup> Sağlık Bakanlığı, milli mücadelenin başlangıcında Ankara'daki ilk Milli Hükümet bünyesinde, 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti adıyla kurulmuştur. Bu kanun, o gün Ceride-i Resmîye olarak anılan Resmî Gazete'nin ilk sayısında yayımlanmış ve bakanlık Vilayet Konağı'nın bir odasında göreve başlamıştır. İlk bağımsız bakanlık binası ise, 1923 yılında Hacı Bayram'da faaliyete geçmiştir. 24 Nisan 1930 tarih ve 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ve 09 Haziran 1936 tarih ve 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ve bu kanunlara ek olarak çıkarılan kanunlarla teşkilat yapısı bugünkü halini almıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB), *Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl*, SSYB Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara, 1973, 30.

<sup>9</sup> 22 Temmuz 1923 tarihinde Bakanlar Kurulu (İcra Vekilleri Heyeti) tarafından onaylanan Amelebirliği Talimatnamesi ile ülkemizin ilk sosyal yardım kuruluşu fiili olarak hayat bulmuştur. Türkiye Taşkömürü Kurumu'nda çalışan işçiler ile Türkiye Elektrik Üretim Anonim Şirketi Çatalağzı -B- Termik Santralinde çalışan işçiler Sandığın zorunlu üyesidir. Yaklaşık üye sayısı 20.000'dir. Amelebirliği, ilk kurulduğu yıllarda İktisat Vekâleti'ne bağlı iken, Hükümet 1946 yılında söz konusu bakanlığın bir birimi olan İş Dairesi'ni bu bakanlıktan ayrılarak Çalışma Vekâleti'ni kurmuştur. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sait Dilik, "Atatürk Döneminde Sosyal Politika", *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, XXXX-1, Ankara, 1985, 93-98.

Cumhuriyetin ilanından sonra ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam, ülkenin savaş yıllarında birikmiş sağlık sorunlarını çözmek ve yeni bir sağlık teşkilatı oluşturmak için çalışmıştır. Daha önce yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetleri görevini bu dönemde Sağlık Bakanlığı tekrar üstlenmiştir. Büyük merkezlerde numune hastaneleri kurularak koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiştir.<sup>10</sup> Refik Saydam döneminde sağlık sistemimizin altyapısı hazırlanarak ileriye yönelik sağlık politikaları belirlenmiştir.

Bu dönemde bulaşıcı hastalıkları önlemek için aşı üretiminde bulunarak koruyucu sağlık hizmetlerine önem veren Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Enstitü çiçek, kolera, kuduz, frengi, lepra, tifo, veba, verem, trahom gibi hastalıklarla mücadele için programlar düzenlemiş özel tedavi tesisleri kurmuş ve yoğun aşılama faaliyetlerinde bulunmuştur. 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası'nda, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı<sup>11</sup> onaylanmıştır.<sup>12</sup> İkinci Dünya Savaşı sonrasında nüfusun artması, toplumsal hareketlilik ve yaşanan ekonomik gelişmelerle birlikte sağlık hizmeti talepleri de artmıştır.

1953 yılında il özel idarelerinin yönetiminde olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Bu düzenlemeyle yerel yönetimlerce üstlenilmiş olan tedavi edici sağlık hizmetleri görevi merkezi sağlık yönetimine verilmiştir. Bu dönemde teknolojik gelişmelerle birlikte hastalıkların tedavisinde ilerlemeler kaydedilmiştir.<sup>13</sup> Ancak ulaşım olanaklarının artması ve hızlı kentleşmeyle artan sağlık hizmeti talebinin karşılanamaması, sağlık personeli yetersizliği ve dengesiz dağılımı nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin istenen düzeyde olmaması bu dönemin başlıca sorunları arasındadır. Aşağıda sağlık sektörümüzün 1960-1980 dönemi ele alınmaktadır.

<sup>10</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, a.g.e.*, 13.

<sup>11</sup> Bu planda, her 10 köy için bir sağlık memuru ve bir köy ebesi, ortalama 40 köy için on yataklı bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bu sağlık merkezlerinde 2 doktor ve birer sağlık memuru, ebe ve ziyaretçi hemşire bulundurulması planlanmıştır. Bu personelin bölgelerinde koruyucu hekimliğin bütün gerekliliklerini yerine getirmeleri yanında, küçük tedavi ve doğum işlerine de bakmaları, ameliyatı ve uzun süre tedaviyi gerektiren vakaları motorlu ve motorsuz vasıtalarla il ve ana bölge merkezlerine göndermeleri planlanmıştır. Ancak, büyük ümitlerle ve ileriye gören bir düşünce ile hazırlanan bu plan uygulanamamıştır. Daha sonra 1954 yılında her ilçe merkezinde bir sağlık merkezi, 7 bin nüfus için köyler grup merkezi olacak şekilde örgütlenmeyi öngören bir uygulama da ilçe seviyesinden öteye gidememiştir. Uzun yıllar yapılan bu çalışmalar ve girişimlerden istenilen sonuç alınmamış ve sağlık hizmetlerinde beklenen iyileşme sağlanamamıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Tijen Bağırhan, *Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim*, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2007.

<sup>12</sup> Gamze H. Dağlı, *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı, a.g.e.*, 54.

<sup>13</sup> Gürhan Fişek-Şerife Türcan Özsucu, *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Ankara, 1997, 15-16.

#### 4.1.2.2. 1960-1980 Dönemi

Bu dönemde 1961 Anayasası'nda sağlıkla ilgili maddeler ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un çıkarılması gibi yasal düzenlemeler yapılmıştır. 1961 Anayasası'nın getirdiği sosyal devlet ilkesiyle sosyal güvenlik sisteminde primli ve primsiz olmak üzere iki farklı sistem oluşturulmuştur.<sup>14</sup> Ayrıca 1965'lerden itibaren sosyal güvenlik alanında yapılan reformlarla SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve özel sağlık sigortası kurumları oluşturulmuştur.

224 sayılı kanunla koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş, tedavi edici hizmetler ise tamamlayıcı nitelikte görülmüştür. Sosyal devlet ilkesinin etkisiyle sağlık hizmetleri büyük merkezlerden kırsal alanlara götürülmeye çalışılmış, sağlık evleri oluşturulmuştur.<sup>15</sup> Bu kapsamda 1963 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu çalışmaları başlamıştır. İlk beş yılda 22 il sosyalizasyon kapsamındayken ikinci beş yılda sadece iki ilde daha uygulanmaya başlamıştır.<sup>16</sup> Sağlık personelinin kırsal alanlarda istihdamı ile ilgili sorunlar<sup>17</sup> çözülemediğinden sağlıkta sosyalizasyon çalışmalarından istenilen sonuç elde edilememiştir.

Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli dağılımını ve erişimini kolaylaştırmayı hedefleyen sosyalizasyon programından önce sağlık sektörümüz düzensiz ve karmaşık bir yapıya sahipti. Büyük merkezlerdeki yataklı tedavi kuruluşları aşırı yoğunluk nedeniyle taşradaki sağlık kuruluşları ise personel ve mali yetersizliklerden dolayı verimli çalışmıyordu.<sup>18</sup> Kaynağı 1961 Anayasası'nın sosyal devlet ilkesi olan sağlıkta sosyalizasyon programı o dönemin koşullarından dolayı tam olarak uygulanamamıştır. Sağlık hizmetlerini toplumun bütün kesimlerine ulaştırma ve ülke genelinde dengeli dağılımını hedefleyen bu program 2. Dünya savaşı sonrası bütün

<sup>14</sup> Türkiye Cumhuriyeti 1961 Anayasası, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 10859, 20.07.1961.

<sup>15</sup> Sağlık evleri, 2500 kişilik bir nüfusa hizmet verecek, bir köy ebesi tarafından yönetilecek ve başlıca doğum, ana çocuk sağlığı ve koruyucu hekimlik alanında etkinlik gösterecekti. Sağlık ocağı ve sağlık merkezi ise daha üst düzeyde kadroya ve donanıma sahip üniteler olacaktı. Bu kademeli yapı ile temel sağlık hizmetleri uzak yerleşim birimlerine kadar ulaştırılacak, hastaların büyük yerleşim merkezlerine akması önlenecekti. Sağlık hizmetinin vatandaşın ayağına götürülmesi için, koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin uyumlu bir biçimde yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 10705, 12.01.1961.

<sup>16</sup> DPT, *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*, Ankara, 1989, 91.

<sup>17</sup> Sosyalleştirme Programı'nda, planlanan personel sayısına ulaşamamıştır. Bunun nedeni olarak, sosyalizasyon bölgelerinde çalışan sağlık personeline programın başında tanınan ekonomik ayrıcalıkların, zaman içinde özendirici yönünün kalmaması gösterilebilir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, hizmetin cazibesini yitirmesiyle büyüyen personel açığı, "tam gün çalışma" yasası ile giderilmeye çalışılmıştır. 1978 yılı sonunda çıkarılan bu yasayla, kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin, serbest çalışması yasaklanmış ve sağlık alanında çalışan tüm personele belli bir tazminat ödenerek, kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği artırılmaya çalışılmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Tijen Bağırhan, *Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim*, a.g.e., 44-45.

<sup>18</sup> Gamze H. Dağlı, *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı*, a.g.e., 59.

dünyada etkili olan sosyal devlet ilkesi çerçevesinde uygulanmıştır. Aşağıda sağlık sektörümüzün 1980-1990 dönemi ele alınmaktadır.

#### 4.1.2.3. 1980-1990 Dönemi

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin benimsendiği 1961 Anayasasıyla devlet vatandaşların sağlıklarını korumayı ve hizmetlerin sunumunu üstlenmişken<sup>19</sup> 1982 Anayasası'nda sağlık hizmetlerinin planlanması sorumluluğunu almıştır.<sup>20</sup> Bu anayasayla özel sektör kuruluşlarına da sağlık hizmeti sunumu görevi verilerek sağlıkta sosyalleştirme anlayışından liberal ve piyasa odaklı sisteme geçiş süreci başlamıştır. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi<sup>21</sup> hakkında kanunla parasız birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarının hizmetlerinin paralı hale gelmesi sağlıkta sosyalleştirme politikalarının sona erdiğinin göstergelerinden biridir.<sup>22</sup>

1980-1990 döneminde sağlık alanında önemli yasal düzenlemeler yapılmıştır. 12 Eylül 1980 askeri darbesiyle yönetimi ele alan Milli Güvenlik Kurulu'nun sağlık alanındaki ilk uygulamalarından biri 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un 2368 sayılı yasa ile kaldırılması olmuştur.<sup>23</sup> Sağlık personeline mali yönden büyük kazanımlar getiren uygulamaların devlete maliyetinin yüksek olması ve gereksiz görülmesi nedeniyle 2162 sayılı yasa yürürlükten kaldırılmıştır.<sup>24</sup>

<sup>19</sup> Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961), *T.C. RESMÎ GAZETE*, 10859, 20.07.1961. Madde 49- Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirlî ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.

<sup>20</sup> Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982), *T.C. RESMÎ GAZETE*, 17863 (mükerrer), 09.11.1982. Madde 56-Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

<sup>21</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, , 10705, 12.01.1961.

<sup>22</sup> Türk Tabipler Birliği, "On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", *Toplum ve Hekim Dergisi*, XVI-1, 2001, Ankara, 28.

<sup>23</sup> Bu Kanun 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun değişik 36. maddesindeki sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına (Hayvan sağlığı hariç) veya genel idare hizmetleri, eğitim ve öğretim hizmetleri, teknik hizmetler sınıfına girecek nitelikte olan ve 926 sayılı Yasa ile 1765 sayılı Yasada belirtilen ve bu Kanunda nitelenen personele uygulanır. Bu kanun kapsamındaki çalışanların aylıklarına ek olarak en yüksek Devlet memuru aylığı tutarını geçmemek üzere; aynı kurumların aynı hizmetlerinde çalıştırılan eczacılara aylıklarına ek olarak en yüksek Devlet memuru aylığının % 50'sini geçmemek üzere; aylık tazminat verilir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 16341, 09.07.1978.

<sup>24</sup> Bu Kanunun 6. maddesi ile yürürlükten kaldırılan 2162 sayılı Kanun kapsamına giren personele 1.1.1981 tarihinden itibaren 657, 926 ve 1765 sayılı kanunlara göre hak edilen aylık, yakacak yardımı, iş riski, iş güclüğü, teminindeki güçlük zammı ve mahrumiyet yeri ödeneği ödenir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 31.12.1980, Sayı: 17207 (mükerrer).

<sup>24</sup> Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 17439, 25.08.1981.

Milli Güvenlik Kurulu'nun ikinci uygulaması sağlıkta sosyalizasyon politikaları ile çözülememiş olan doktor, diş hekimi, eczacı gibi sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımını sağlamaya yönelik olmuştur. Bu çerçevede 2514 sayılı kanunla mecburi hizmet uygulamasını getiren yasal düzenleme yapılmıştır. Bu yasayla hekimlere pratisyenlik ve uzmanlıkta ikişer yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nın görevlendireceği yerlerde çalışma zorunluluğu getirilmiştir. Sosyalizasyon döneminde bir ölçüde gönüllülük esasına dayanan sağlık personelinin kırsal bölgelerde istihdamı politikası başarılı olmayınca mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir.<sup>25</sup> Bu dönemin sağlık alanında en önemli yasal düzenlemesi 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur.<sup>26</sup> Bu yasayla sağlık kuruluşlarının giderlerini vatandaşlardan ve sosyal güvenlik kurumlarından karşılayarak devlet bütçesine yük olmayan sağlık işletmelerine dönüşmesi hedeflenmiştir.

Devletin sağlık politikalarının liberalleşmesi anlayışı vatandaşların sağlık harcamalarına yansımıştır. Bu dönemde 1990'lı yıllardaki özel sağlık harcamaları 1980 yılına göre % 117,1 artmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980'de % 48,6'dan 1984'te % 56,1'e çıkmış ancak 1988'den sonra düşmeye başlamıştır.<sup>27</sup> Aşağıda sağlık sektörümüzün 1990-2002 dönemi ele alınmaktadır.

#### 4.1.2.4. 1990-2002 Dönemi

1989-1994 yılları arasında kamu sağlık harcamalarında artış ve sağlık çalışanlarının ekonomik durumlarında ilerleme olduğu görülmektedir. 1994 yılında yaşanan ulusal ekonomik krizlerin etkisiyle devletin kamu hastanelerine transferleri sadece personelin maaşlarını ödeme boyutunda kalmıştır.<sup>28</sup> Kriz nedeniyle kamu hastaneleri en basit harcamaları bile yapamaz duruma gelmiş sağlık ocakları hastalardan ücret almaya başlamıştır. Bu dönemde sağlık kuruluşları hastalardan ve sosyal güvenlik kurumlarından sağladıkları kaynaklarla döner sermayelerini oluşturmuşlardır. 1990-

<sup>25</sup> Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 17439, 25.08.1981.

<sup>26</sup> Bu Kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzelkişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler. Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir. Sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen tabipler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının tespit edeceği usul ve esaslar çerçevesinde ve sağlık işletmesi yönetiminin uygun görmesi halinde mesai saatleri dışında kuruluşta özel teşhis ve tedavi yapabilirler. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 19461, 15.05.1987.

<sup>27</sup> Ata Soyer-İlker Belek, *Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme*, Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık, (Der.: Ata Soyer), Öteki Yayınevi, Ankara, 1998, 254.

<sup>28</sup> Ata Soyer, "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis Dergisi*, 9, Ankara, 2003, 261-263.

2002 döneminde sağlık alanında yapılan başlıca düzenlemeler yeşil kart uygulaması, Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri, Sosyal Güvenlik Sistemi'nde Reform Çalışmaları ve sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarıdır.

Dünya Bankası ve IMF'nin politikaları hastanelerin kendi bütçelerini yapan, personelini atayan ve kendi kaynaklarını sağlayan kuruluşlar haline dönüşmelerini hedeflemektedir. Bu uluslararası politikaların etkisiyle sağlık kuruluşlarının YKY anlayışı çerçevesinde özerk hale dönüşmeleri ve özelleştirme uygulamaları onları küresel piyasaların bir uzantısı haline getirecektir.<sup>29</sup> Bu küresel politikalar ülkemizde de etkisini göstermiş 1987 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu<sup>30</sup> ile hastanelerin özerk hale getirilmelerinin yasal altyapısı oluşturulmuştur. Ayrıca 1995 tarihli Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmeleri Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikle<sup>31</sup> Yüksek İhtisas ve Koşuyolu hastaneleri sağlık işletmelerine dönüştürülmüştür. Bu dönemde yapılan başlıca faaliyetler yeşil kart uygulaması, ulusal sağlık politikası ve sağlık reformu projeleridir. Ayrıca sosyal güvenlik sisteminde reform ve sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları bu dönemde yoğun şekilde devam etmiştir. Aşağıda bu dönemde yürürlüğe giren Yeşil Kart Uygulaması ele alınmaktadır.

#### 4.1.2.4.1. Yeşil Kart Uygulaması

Yeşil kart uygulaması sosyal güvencesi ve ödeme gücü bulunmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaları amacıyla 5 Ağustos 1992 tarihinden itibaren bütün Türkiye'de uygulanmaya başlayan bir projedir. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'la bu uygulamanın yasal altyapısı oluşturulmuştur.<sup>32</sup> Bu düzenlemeyle Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilinceye kadar sosyal güvenlik sistemi dışındaki vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları planlanmıştır.

<sup>29</sup> Hülya Belek-İlker Belek, "Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon", *Toplum ve Hekim*, XII-78, Ankara, 1997, 44-53.

<sup>30</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 19461, 15.05.1987.

<sup>31</sup> Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmeleri Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 22168, 11.01.1995.

<sup>32</sup> Bu Kanunun amacı, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 21273, 03.07.1992.

Yeşil kart uygulaması ilk başladığı zaman hastalığın teşhisi ile ilgili sağlık hizmetleri, yataklı tedavi kuruluşlarındaki tedavi, ilaç ve tetkik giderleri karşılanmaktaydı. 2004 yılından itibaren bu uygulamayla ayakta tedavi giderleri, ilaç bedelleri ve üniversite hastanelerinden yararlanma mümkün hale gelmiştir. 2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nuyla<sup>33</sup> 2012 yılından itibaren yeşil kartlılar Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Aşağıda bu dönemde uygulanmaya başlanan Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri ele alınmaktadır.

#### 4.1.2.4.2. Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri

1992 yılında Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı reform süreci kapsamında 1993 yılında Sağlık Reformu Kanun Tasarısı, Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır. Bu projeler koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrılması, aile hekimliği sistemi ve sağlık kuruluşlarının özerk hale gelmesini hedeflemektedir. Dünya Bankası ülkemizde sağlık alanında yaşanan bu reform sürecine 1994 yılında imzalanan İkinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması<sup>34</sup> ile katkıda bulunmuştur. Bu anlaşmayla kalkınmada 1. ve 2. derece öncelikli illerde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla Dünya Bankası'ndan kredi sağlanmıştır.

<sup>33</sup> Bu Kanuna göre kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından; a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise; 1) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar, 2) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, 3) Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, 4) Tarımsal faaliyette bulunanlar, c) Kamu idarelerinde; 1) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar, 2) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86. maddesi uyarınca açıktan vekil atanmışlar, sigortalı sayılırlar. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Resmi Gazete, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 31.05.2006, Sayı: 26200.

<sup>34</sup> Bu anlaşma proje illerinde Temel Sağlık Hizmetleri ile ilgili programların yürütülmesini kapsar. Bu proje (1) Sağlık personelinin hizmet-içi eğitiminin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması yoluyla temel sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak; (2) (a) Temel sağlık hizmetleri müdahale alanlarının yaygınlaştırılması; (b) bu müdahale alanlarının maliyet etkinliğinin değerlendirilmesi; (c) sevk ve geriye sevk sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması; (d) halkın sağlık eğitimi kampanyalarının aranılması ve sağlık hizmetlerine toplum katılımı ve duyarlılığı teşvik etmek amacıyla kamu kuruluşları dışındaki kurum ve kuruluşlarının katılımı yoluyla temel sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak; (3) Mevcut sağlık tesislerinin iyileştirilmesi, yeni sağlık ocakları ve eğitim sağlık ocaklarının yapımı ve donanımı ve sağlık tesisleri ve donanımın bakım ve onarımı için gerekli kapasiteyi yaratarak temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmayı hedeflemektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası ile Türkiye Cumhuriyeti Arasında İkraz Anlaşmasının Onaylanmasına Dair Karar, T.C. RESMÎ GAZETE, 22149, 22.12.1994.



1996-2000 dönemini kapsayan 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ulusal sağlık politikası ve sağlık reformları hakkında neler yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur.<sup>35</sup> Bu kapsamda tedavi hizmetlerinin bedelinin hastalar tarafından ödenmesi, Genel Sağlık Sigortası Sistemi'ne geçilmesi, özel sektörün sağlık faaliyetlerinin özendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hakkında kanun çıkarılması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk işletmeler haline dönüştürülmeleri planlanmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunan bir kurum olması yerine sağlık sektörünü düzenleyici ve denetleyici konumda olması hedeflenmiştir. Aşağıda bu dönemde sosyal güvenlik sisteminde yapılan reform çalışmaları ele alınmaktadır.

#### 4.1.2.4.3. Sosyal Güvenlik Sistemi'nde Reform Çalışmaları

Bu dönemde açık vermeye başlayan sosyal güvenlik sisteminde 1994 yılında GSMH'nin % 1'i civarında olan açık miktarı 1999 yılında %3,7'ye ulaşmıştır.<sup>36</sup> Sosyal güvenlik açıklarını kapatmak amacıyla 1999 yılında 4447 sayılı kanun kabul edilmiştir. Bu kapsamda işsizlik sigortası zorunlu hale gelmiş, emeklilik yaşı bayanlarda 58 erkeklerde 60'a yükselmiş ve sosyal güvenlikle ilgili düzenlemeler yapılmıştır.<sup>37</sup> Ayrıca bu kanunla prime esas gün sayılarının artırılıp emeklilik yaşının yükseltilmesiyle sosyal güvenlik sisteminin açıklarının kapatılması hedeflenmiştir.

Ülkemizde yapılan sosyal güvenlik sistemi ile ilgili düzenlemelerde Dünya Bankası (WB) ve IMF gibi kuruluşların faaliyetleri de ulusal politikalarımızı etkilemiştir. 10 Mart 2000 tarihinde Hazine Müsteşarlığı tarafından WB'a verilen mektupta<sup>38</sup> sosyal güvenlik sisteminin mali güvenilirliği için politik reformlar, sosyal güvenlik kurumlarını birbirleriyle uyumlu hale getirecek örgütsel reformlar ve özel emeklilik sisteminin oluşturulması ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılması taahhüt edilmiştir. Daha sonraki yıllarda bu taahhütlerin hükümetler değişse bile uygulanmaya

<sup>35</sup> 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 22354 (mükerrer), 25.07.1995.

<sup>36</sup> Şerife Özsuca, "Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi", *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 58, Ankara, 2003, 144.

<sup>37</sup> İşsizlik Sigortası Kanunu, (Sosyal Sigortalar Kanunu, Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ile İş Kanununun Bir Maddesinin Değiştirilmesi ve Bu Kanunlara Ek ve Geçici Maddeler Eklenmesi, İşsizlik Sigortası Maddesinin Yürürlükten Kaldırılması ile Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun), *T.C. RESMÎ GAZETE*, 23810, 08.09.1999.

<sup>38</sup> Murat Özveri, "Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı", *Praksis Dergisi*, 9, Ankara, 2003, 332.

başladığı görülmektedir. Aşağıda bu dönemde sağlık hizmetlerinde yapılan kalite çalışmaları ele alınmaktadır.

#### 4.1.2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Çalışmaları

1990-2002 döneminde başlayan sağlık sektörümüzdeki kalite çalışmalarının yasal alt yapısı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikle hazırlanmıştır. Bu düzenleme Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre sağlık işletmeleri olarak kabul edilen hastanelerin kaliteli ve verimli çalışmalarını hedeflemektedir.<sup>39</sup>

Bu dönemde özel sağlık kuruluşlarında yaygın olan Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları kamu sağlık kuruluşlarında da uygulanmaya başlamıştır. Kamu sağlık sektörümüzde ISO 9000 Kalite Standartları<sup>40</sup> ile başlayan çalışmalar Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamaları ile sistematik hale gelmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerindeki TKY uygulamaları sağlık çalışanlarının katılımlarını sağlayarak verimliliği ve etkinliği artırma, hastanın müşteri olarak görülerek memnuniyetini sağlayacak iyileştirme çalışmaları biçiminde gerçekleşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ise Aile Hekimliği sistemine geçişle birlikte TKY uygulamaları başlamıştır.<sup>41</sup>

2001 yılında yapılan düzenlemelerle kurumsal hale gelen TKY ve uluslararası kalite standartların uygulanması faaliyetlerinin yürütülmesi için sağlık kuruluşlarında Kalite Konseyleri oluşturulmuştur. Bu kapsamda işletme, yönetim kurulu ve işletme müdürlüğünden oluşan sağlık kuruluşlarında Kalite Konseyi işletme müdürü, başhekim, teknik ve destek hizmetler müdürü, başhemşire, baş eczacı, kalite yönetim temsilcisi ve işletme müdürünün uygun göreceği diğer kişilerden oluşmaktadır. Düzenli aralıklarla işletme müdürünün başkanlığında toplanan konsey kalite ilkeleri çerçevesinde işletme müdürünün ve diğer üyelerin görüşleri doğrultusunda işletmenin kalite politikalarını

<sup>39</sup> Bu yönetmeliğe göre, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık tesislerinin işletmecilik esaslarına göre işletilmesi bakanlıkça teklif edilen ve durumu Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülenler Bakanlar Kurulu kararı ile "Sağlık işletmesi" haline dönüştürülürler. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 22168, 11.01.1995.

<sup>40</sup> Sağlık sektöründe ISO 9000 standartları ile başlayan kalite çalışmaları her şeyden önce etkin bir kalite yönetim sistemini öngörmektedir. Ancak kalite yönetim sisteminin işletmenin genel yönetiminden bağımsız olamayacağı açıktır. Genel yönetim sistemi kalite yönetimini doğrudan etkiler. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Mehmet Altunbağ, *ISO 9000 Standartları ve Toplam Kalite Yönetiminin Uluslararası Pazarlamaya Etkileri*, (Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kayseri, 2005.

<sup>41</sup> <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, Erişim tarihi: 11.03.2012.

belirlenmektedir. Aşağıda sağlık sektörümüzün 2002 yılında başlayan yeniden organizasyon süreci kapsamında SDP ele alınmaktadır.

#### 4.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Çalışmanın esas konusu olan küreselleşme sürecinde YKY anlayışı çerçevesinde sağlık sektörümüzün yeniden yapılanmasının uygulanmaya geçmiş hali SDP'dir. Sağlık sektörümüzü değişime zorlayan en önemli unsur küreselleşmenin aktörleri olan WB, IMF ve WHO gibi uluslararası kuruluşlardır. WB'nin 1987<sup>42</sup> ve 1990<sup>43</sup> yıllarında yayınladıkları raporlarda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi gerektiği yer almış ayrıca WHO'nun 2008 yılında yayınladığı raporda sağlık sektörünün ihtiyaçlar doğrultusunda yeniden organizasyonu önerilmiştir.<sup>44</sup> Ayrıca 2000 yılında Hazine Müsteşarlığı tarafından WB'a verilen mektupta sosyal güvenlik sisteminde idari ve mali düzenlemelerin yapılması için politik ve örgütsel reformların yapılması taahhüt edilmiştir.<sup>45</sup> Bu küresel aktörlerin politikalarından etkilenen sağlık sektörümüzün yeniden yapılanması küreselleşme süreci ve YKY anlayışı doğrultusundadır.

Sağlık sektörümüzün yeniden organizasyonu küresel aktörlerin etkilerine açık olmakla birlikte ülkemizin iç dinamiklerinden kaynaklanan altyapısı da mevcuttur. 1996-2000 dönemini kapsayan 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık sektörümüzle ilgili yer alan başlıca hedefler Genel Sağlık Sigortası Sistemi'ne geçilmesi, özel sağlık sektörünün etkinliğinin artırılması ve kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk işletmeler haline dönüştürülmesidir.<sup>46</sup> 2001-2005 dönemini kapsayan 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturularak işletmeler haline dönüştürülmesi yer almıştır.<sup>47</sup> Kalkınma Planlarında yer alan bu hedeflerle WB, IMF ve WHO gibi küresel aktörlerin raporlarında yer alan politikaların örtüştüğü görülmektedir. Bu politikalar bir süre sonra hükümetler tarafından yasal düzenlemeler yapılarak uygulamaya geçmektedir.

SDP sağlık alanında küresel gelişmeler çerçevesinde YKY, yeni-liberal akımlar, yönetim ve stratejik yönetim gibi yaklaşımlar doğrultusunda ülkemizde sağlık sektörünün yeniden yapılanmasını hedeflemektedir. Program başlıca planlayıcı ve

<sup>42</sup> WB, *Financing Health Services in Developing Countries*, A World Bank Policy Study, Washington, 1987, 44.

<sup>43</sup> Charles C. Griffin, *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*, Washington, 1990, 13.

<sup>44</sup> World Health Report 2008 Primary Health Care Now More Than Ever, WHO. Switzerland, 2008.

<sup>45</sup> Murat Özveri, "Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı", *a.g.e.*, 332.

<sup>46</sup> 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 22354 (mükerrer), 25.07.1995.

<sup>47</sup> DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, DPT, Ankara, 2001.

denetleyici Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık Sigortası (GSS), yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, donanımlı sağlık personeli, kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetimi ve Sağlık Bilgi Sistemi bileşenlerinden oluşmaktadır.<sup>48</sup> 2003 yılında başlayan SDP kapsamında bu başlıkların tamama yakını uygulamaya geçirilmiştir. 2011 yılından itibaren ise Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısının ve kamu hastanelerinin organizasyon yapılarının değiştirilmesi çalışmaları ile SDP devam etmektedir.

YKY anlayışı ve yeni liberal akımların etkisinde ilerleyen küreselleşme süreciyle SDP arasında önemli benzerlikler görülmektedir. Programın bileşenleri ve hedefleri bu yeni yönetim anlayışlarının ön plana çıkardığı ilkeler çerçevesinde gelişmektedir. SDP kapsamındaki desantralizasyon uygulamaları, kamu kurumlarının özel sektör kuruluşlarının yapısına benzer biçimde örgütlenmesi ve sosyal güvenlik sistemindeki değişimler küreselleşme sürecinin ön plana çıkardığı uygulamalardır. Aşağıda SDP'nin hedefleri ve ilkeleri ele alındıktan sonra bileşenleri incelenmektedir.

#### **4.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları**

Temel sağlık göstergeleri olan anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, ortalama yaşam beklentisi, enfeksiyon, aşıyla korunulabilir ve kronik hastalıklarının yaygınlığı, cepten sağlık harcaması miktarı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarında ülkemiz gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Bu sağlık kriterlerinin iyileştirilmesi, hizmetlere erişimdeki hakkaniyetsizliklerin giderilmesi, sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan yapının düzeltilmesi, düşük hizmet kalitesinin ve hastalara sınırlı cevap verebilirliğin ortadan kaldırılması SDP'nin temel gerekçelerini oluşturmaktadır.<sup>49</sup> Program başlamadan önce temel sağlık göstergeleri yönünden ülkemiz gelişmiş ülkelerin gerisindeyken zamanla aradaki farkın azaldığı görülmektedir.

#### **4.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri**

SDP sağlık sektörümüzün yeniden organizasyonunda vatandaşın talep ve beklentilerini göz önüne alarak ülkemiz koşullarına uygun sürdürülebilir bir programdır. SDP'yle hizmetlerin sunumunda kalitenin artırılmasıyla birlikte hastaların ve

<sup>48</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008, 20.

<sup>49</sup> <http://www.sakahed.org/?amac-ve-hedefler,55>, Erişim tarihi: 21.03.2012.

çalışanların katılımına dayanan sürekli gelişim ilkesi benimsenmiştir.<sup>50</sup> Ayrıca bu program ile desantralizasyon, stratejik yönetim ve yönetim gibi çağdaş yönetim anlayışları çerçevesinde sağlık sistemimiz yeniden yapılanma sürecine girmiştir.

SDP ile hastanelerin yönetim biçimlerinden kaynaklanan hantal işleyişlerini düzeltmek amacıyla idari ve mali yönden özerk yapıya kavuşturulmaları planlanmaktadır. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının etkinliğinin artırılarak sağlık sektöründe piyasa koşullarının tam olarak sağlanması hedeflenmektedir.<sup>51</sup> Program kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanının ve sunumunun farklı kurumlar tarafından yapılarak sağlıkla ilgili tarafların uzlaşmalarına dayanan bir sistem oluşturulmak istenmektedir.<sup>52</sup>

SDP yönetim, verimlilik, hasta ve çalışan memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirlik ilkelerini gerçekleştirerek sağlık sistemimizi daha etkili hale getirmeyi hedeflemektedir.<sup>53</sup> Bu kapsamda aile hekimliği sistemine geçilerek SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart sosyal güvenlik kurumları Genel Sağlık Sigortası (GSS) bünyesinde toplanmaktadır.<sup>54</sup> Ayrıca Sağlık Bakanlığı teşkilatı yeniden yapılandırılarak kamu hastanelerinin özerk bir yapıya kavuşturulması planlanmaktadır. Aşağıda SDP'nin bileşenleri incelenmektedir.

---

<sup>50</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011, 25.

<sup>51</sup> Deniz Ersöz, *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir, 2010, 83.

<sup>52</sup> Deniz Ersöz, *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*, a.g.e., 83.

<sup>53</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, a.g.e., 20.

<sup>54</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara, 2008, 46.

### 4.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

SDP'nın Sağlık Bakanlığı ve hastanelerinin yapısının yeniden düzenlenmesi, sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması, kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve ulusal sağlık politikalarının uygulanması gibi birbirini tamamlayan yönleri bulunmaktadır. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, GSS, yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmetleri, özerk sağlık işletmeleri, donanımlı sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinde kalite, ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve sağlık bilgi sistemi ise SDP'nın temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

#### 4.2.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı

SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikaları geliştiren, planlama yapan ve sağlık kuruluşlarını denetleyici özelliği ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda bakanlık kamu ve özel sağlık kuruluşlarının sağlığa ayırdıkları kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak için gerekli yönlendirmeleri yapmaktadır.<sup>55</sup> Ayrıca kendine bağlı sağlık kuruluşlarını desantralizasyon anlayışına uygun biçimde yeniden yapılandırarak sağlık hizmetlerini planlama fonksiyonunu daha önemli hale getirmiştir.

Sağlık Bakanlığı denetleyici fonksiyonunu ön plana çıkararak desantralizasyon anlayışı çerçevesinde yatay örgütlenme, stratejik planlama, idari ve mali kontrol görevlerinin taşradaki birimlere aktarılması düzenlemelerini gerçekleştirmiştir. Bu kapsamda yeni bir organizasyon yapısı oluşturma ve sağlık personelinin donanımını artıracak programlara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca bakanlık sağlık hizmetlerini planlama ve denetleme faaliyetlerini yoğunlaştırarak birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi hedeflemektedir.<sup>56</sup>

#### 4.2.3.2. Genel Sağlık Sigortası

SDP kapsamında hizmetlerin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması ilkesine göre sosyal güvenlik kurumları yeniden düzenlenerek GSS sistemi oluşturulmuştur. Küreselleşme süreciyle birlikte YKY ve yeni liberal anlayışlarının etkisiyle vatandaşlar müşteri olarak görülerek hastanelerin yerini sağlık işletmeleri almıştır. Bu gelişmelere paralel olarak GSS kapsamında sağlık kurumlarında hizmet

<sup>55</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2006.

<sup>56</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 139.

başına ücretlendirmenin yapılması ve katılım paylarının yoğun olarak alınması uygulamaları ön plana çıkmıştır.<sup>57</sup> GSS ile devlet sosyal güvenlik harcamalarını azaltmayı hedeflemiştir. Bu çerçevede muayene katılım ücretinin alınması, cepten yapılan harcamaların artırılması ve bürokrasinin artırılarak sosyal güvenliğin kapsamının daraltılması uygulamaları önem kazanmıştır.

GSS sistemine geçişin ilk aşaması olarak SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı arasında geri ödeme komisyonu oluşturularak ilaç takibi ve hizmet kontrolünü sağlayacak ortak veri tabanları oluşturulmuştur.<sup>58</sup> Ayrıca Yeşil Kart uygulamasının kapsamı genişletilerek sağlık kuruluşları ile sosyal güvenlik kurumları arasındaki uyum çalışmaları hız kazanmıştır.

Sosyal güvenlik kurumları arasında eşgüdüm sağlandıktan sonra bu kurumlar 5502 sayılı kanunla<sup>59</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında birleştirilmiştir. Bu yasaya göre SGK “sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, sürdürülebilir ve çağdaş bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmayı”<sup>60</sup> hedeflemiştir. Daha sonra kabul edilen 5510 sayılı kanunla<sup>61</sup> bütün vatandaşlar sosyal güvenlik kapsamına alınarak GSS sistemine geçilmiştir. GSS ile sosyal güvenlik sistemimizin finansmanında yaşanan sorunların çözülmesi hedeflenmiştir.

Geçmişte farklı standartlar uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarının yerini bütün vatandaşlara aynı yaklaşımı gösteren SGK almıştır. GSS ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik sistemlerinin aynı yöntemlerle finansmanı sağlanarak SDP’nin önemli bir aşaması gerçekleştirilmiştir. GSS bütün vatandaşları sosyal güvenlik kapsamına almış ve 18 yaşın altındaki çocuklar sağlık hizmetlerinden

<sup>57</sup> Selçuk Atalay, “Sağlığın Piyasalaştırılması ve Sağlıkta Eşitsizliğin Artması İçin Bir Model: Genel Sağlık Sigortası”, *Kamu Yönetimi Dünyası*, 23, 2005, 37.

<sup>58</sup> Geri ödeme koşullarını belirlemek amacıyla Maliye Bakanlığı’nın koordinatörlüğünde Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarlıkları, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur temsilcilerinin katılımıyla 6 ayda bir toplanarak, sektör sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini de alarak ilgili bakanlıklara öneride bulunmak üzere "Geri Ödeme Komisyonu" oluşturulur. Söz konusu Komisyonun sekreteryaya hizmetleri Maliye Bakanlığınca yürütülür. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 25373, 14.02.2004.

<sup>59</sup> Yasaya göre kurumun başlıca görevleri şunlardır: a) Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak. b) Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak. c) Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 26173, 20.05.2006.

<sup>60</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 26173, 20.05.2006.

<sup>61</sup> Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 26200, 16.06.2006.

koşulsuz yararlanmaya başlamıştır. Ayrıca özel sağlık sigortacılığı desteklenerek zorunlu sağlık sigorta sistemini tamamlayıcı bir unsur olarak kabul edilmiştir.<sup>62</sup>

#### 4.2.3.3. Yaygın ve Erişimi Kolay Sağlık Hizmetleri

SDP ile kamu sağlık kuruluşlarının piyasa koşullarına uygun çalışmaları hedeflenmiştir. Bu program ile birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilirken özel sağlık kuruluşlarının da hizmet sunması teşvik edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu yerlerde kamu sağlık kuruluşlarının olanakları artırılarak özel sektörle rekabete girilmiştir. Temel sağlık hizmetleri alanında performansa dayalı bir sistem oluşturabilmek için kırsal bölgelerdeki sağlık ocakları desteklenirken şehirlerde ise bu hizmetlerin kamu sağlığı merkezleri tarafından verilmesi hedeflenmiştir.<sup>63</sup>

SDP ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde kişinin hekimini seçebilmesi uygulaması başlatılmış kırsal bölgelerde yaygın olan sağlık ocaklarının alt yapısı kullanılarak Aile Hekimliği<sup>64</sup> sistemine geçilmiştir. Aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermekle yükümlüdür. Aile hekimliği sistemi ile temel sağlık hizmetleri güçlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu program kapsamında hastaneler SGK ile anlaşma yaparak sevk zinciri içinde bütün vatandaşlara hizmet vermeye başlamıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında kademeli bir sevk zinciri oluşturulmuş aile hekimliğiyle altyapısı hazırlanmış bu sistem iki yönlü çalışmaya başlamıştır.<sup>65</sup> Bu sevk zincirine göre hastalar önce aile hekimliğine müracaat edecekler hekim uygun görürse hastaneye sevk zinciri içinde gidebileceklerdir. Ancak sevk

<sup>62</sup> Bu kanunla, hizmet sunucularının hastalarından alabileceği ilave ücreti belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna verilmiştir. Vatandaşlarımız genel sağlık sigortası kapsamında özel sağlık hizmet sunucularına müracaat ettiklerinde kendilerinden ne kadar ilave ücret talep edilebileceğini bilerek hizmet alacaklardır. Ayrıca kanunun getirdiği diğer bir yenilik ise, ciddi sağlık tehdidinin bulunduğu ve bir kısmı ani gelişen hastalık durumlarında özel sağlık hizmet sunucularının hastalardan hiçbir şekilde ilave ücret talep edememeleridir. Bu şekilde hastalar ile sağlık kurumları arasında ücret belirsizliği ortadan kaldırılmaktadır. Kanunda öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri için alınabilecek ücretlere yönelik bir tavan da ortaya konmuştur. Yine aynı kanunla, emeklilik sigortasında da önemli değişiklikler yapılmıştır. Mevcut emeklilik sisteminde yer alan tüm vatandaşlarımıza eşit ve adil bir hizmet sunulmasını sağlayacak tek bir emeklilik rejiminin oluşturulması sağlanmıştır. Mevcut aktif sigortalıların emeklilik aylıkları, eski sistemde ve yeni sistemde geçirdikleri süreye bağlı olarak, her iki sistemde hak edilen aylığın ağırlıklı ortalamasının alınması şeklinde hesaplanacaktır. Böylece mevcut sigortalılar için yeni sisteme geçiş zaman içinde kademeli olarak gerçekleşecek, norm birliği mevcut sigortalıların mağduriyetine yol açmadan uzun zaman içinde sağlanacaktır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, *T.C. RESMİ GAZETE*, 26200, 16.06.2006.

<sup>63</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 141.

<sup>64</sup> Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun *T.C. RESMİ GAZETE*, 25665, 09.12.2004.

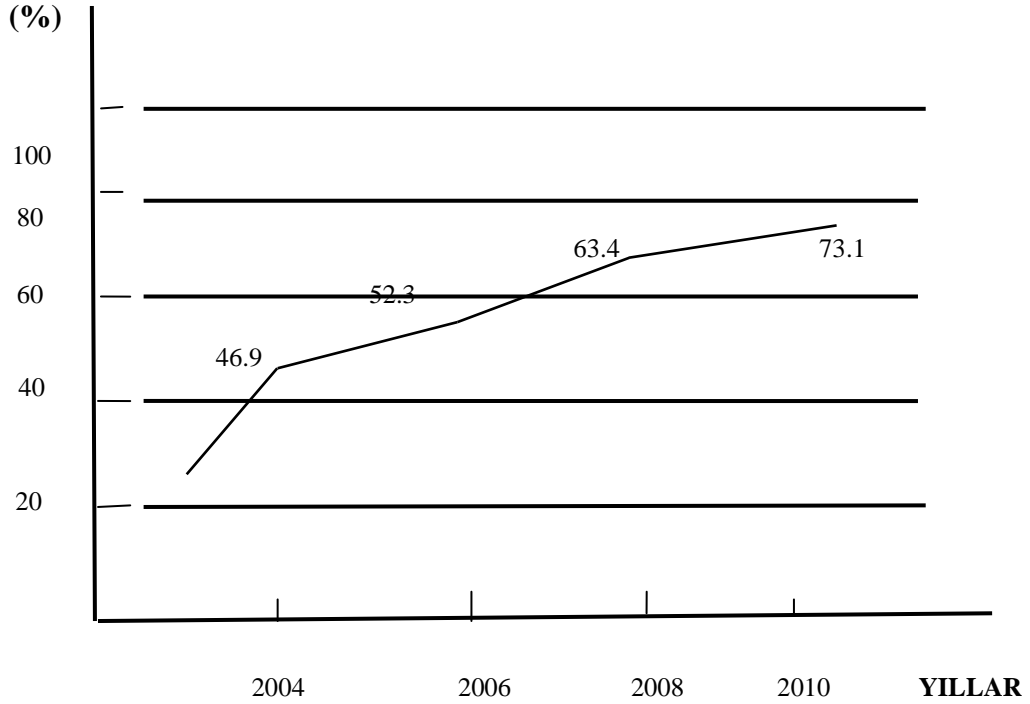
<sup>65</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 142.



zincirine uymadan direkt hastaneye gitmek isteyen vatandaşlar ek maliyetlerle karşılaşabileceklerdir.

Kamu hastanelerinin SDP kapsamında GSS sistemiyle yapılan bu değişikliklere uyum sağlamaları ve daha verimli çalışmalarını için sağlık işletmelerine dönüştürülmeleri gerekmektedir. Bu çerçevede bütün kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde idari ve mali açıdan özerk kuruluşlar haline gelmeleri planlanmaktadır.<sup>66</sup> Ayrıca belediyeler, vakıflar, il idareleri ve üniversiteler sağlık kuruluşu açabileceklerdir.<sup>67</sup> SDP ile ekonomik yönden verimli olmayan sağlık işletmelerinin finansman yapıları desteklenerek müşteri odaklı bir anlayışla hizmet vermeleri hedeflenmektedir. Aşağıda verilen şekil 2'de 2004-2010 yılları arasında vatandaşların sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranları ele alınmıştır.

**Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%), 2004-2010<sup>68</sup>**



Şekil 2'de verilen 2004-2010 yılları arasındaki verilere göre SDP'nin bileşenlerinden olan yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmetleri hedefine ulaşıldığı görülmektedir. Programın yeni başladığı 2004 yılında % 46.9 olan vatandaşların sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı 2006 yılında % 52.3'e 2008 yılında %63.4'e

<sup>66</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, a.g.e., 31

<sup>67</sup> WB, *Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, a.g.e., 43-44.

<sup>68</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara, 2011, 120.

2010 yılında %73.1'e çıkmıştır. SDP ile sağlık sektörünün yeniden organizasyon süreci sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmış ve erişimini kolaylaştırmıştır. Bu program süresince hasta memnuniyet oranlarının sürekli yükselerek 2010 yılında % 73.1'e ulaştığı görülmektedir.

SDP kapsamında aile hekimliğine geçilmesi, sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması, GSS sistemine geçilmesi ve hastanelerin idari ve mali yönden özerk işletmeler haline dönüştürülmeleri WB ve WHO'nun raporlarında yer almakla birlikte ulusal kalkınma planlarımızda da sürekli olarak yer almaktaydı. Bu uluslararası kuruluşların küreselleşme sürecinin aktörleri olduğu göz önüne alındığında sağlık sektörümüzle küreselleşme arasındaki bağlantı daha iyi anlaşılacaktır. Ayrıca sağlık sektörümüzdeki bu düzenlemeler YKY anlayışı kapsamındaki yetki devri, yetki genişliği gibi ilkeler, yeni-liberal akımlar, yönetişim ve stratejik yönetim ilkelerinin uygulamaya geçmiş halidir.

#### **4.2.3.4. Donanımlı Sağlık Personeli**

SDP kapsamında sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanarak hekimlerin eğitim programları ihtiyaçlar doğrultusunda yenilenmiştir. Programın temel dayanaklarından biri olan aile sağlığı kavramının yerleşmesi için aile sağlığı hemşireliğinin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde etkili olması hedeflenmiştir.<sup>69</sup> Ayrıca sağlık yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız, insan kaynakları planlaması yapabilen profesyonel bir meslek olduğu ön plana çıkarılmıştır. Yönetici olarak görev yapan hekimler işletme yönetimi için gerekli eğitimi almadıklarından genellikle başarısız olmaktadır.<sup>70</sup> SDP kapsamında kurulacak olan sağlık işletmelerinin yönetim kademelerinin piyasa koşullarına göre hareket eden profesyonel yöneticiler olmaları planlanmıştır.

SDP ile donanımlı sağlık personelinin yetişmesi için araştırmalar planlayan, danışmanlık yapabilen, eğitim faaliyetleri düzenleyen ve sağlıkta gelişmiş teknikleri uygulayan bir kurumsal yapıya ihtiyaç duyulmuştur. Bu çerçevede Hıfzıssıhha Enstitüsü günün koşullarına göre yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca 2004 yılında uygulanmaya başlanan performansa dayalı ek ödeme sistemiyle, sağlık personelinin motivasyonunu

<sup>69</sup> Tijen Bağırman, Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim, *a.g.e.*, 78.

<sup>70</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, *a.g.e.*, 33.

artırmak ve üretkenliğini teşvik etmek hedeflenmiştir.<sup>71</sup> Bakanlık tarafından sorun olarak görülen sağlık personelinin dengesiz dağılımı ve çalışma şartları performans sistemiyle çözülmeye çalışılarak hasta memnuniyetini sağlamak hedeflenmiştir.<sup>72</sup>

#### 4.2.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinden önce kamu ve özel sağlık kuruluşlarında başlamış olan kalite çalışmaları SDP ile kurumsal bir yapıya kavuşmuştur. SDP'nın getirdiği yeniliklerden biri de sağlık kuruluşlarının kalite güvencesine ve akreditasyon standartlarına sahip olmalarıdır. Bu kapsamda 2004 yılında kurulan Kalite Koordinatörlüğü birimi kurumsal verimliliği esas alarak, hizmet kalitesinin yükseltilmesiyle birlikte vatandaş ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını hedeflemiştir.<sup>73</sup> Bu birimin kurulmasıyla kalite çalışmaları kurumsal bir nitelik kazanmış bakanlık ise bu faaliyetleri kararlılıkla ve bir düzen içinde yürüteceğini göstermiştir.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. Başkanlık, uluslararası kalite uygulamalarının ülkemiz koşullarına uyarlanmış biçimi olan standartlar belirleyerek sağlık hizmetlerinin kaliteli, verimli ve etkili olmasını hedeflemiştir.<sup>74</sup> Ayrıca kalite yönetimi projelerinin koordinasyonu, sağlık akreditasyonunda birlik sağlama, performans uygulamaları ve kalite çalışmalarını yönetmek bu birimin görevleri arasındadır.

2012 yılında başlayan Sağlık Bakanlığı teşkilatının ve hastanelerinin yeniden düzenlenmesi sürecinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Daire başkanına bağlı olan genel koordinatörün denetiminde, kalite standartları geliştirme, değerlendirme, eğitim, akreditasyon, bilgi yönetimi ve uluslararası çalışmalar birimleri kurulmuştur. Başkanlık, insan sağlığını odak alma, sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme, hasta ve çalışan güvenliğine önem verme ve

<sup>71</sup> 2011 yılında kabul edilen Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini planlamak ve halk sağlığı ile ilgili faaliyetlerde bulunmak kurumun başlıca görevleri arasındadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 144.

<sup>72</sup> <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290>, Erişim tarihi: 18.03.2012.

<sup>73</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, a.g.e., 79.

<sup>74</sup> <http://www.saglik.net/saglik/138370-saglikta-performans-ve-kalite.html?langid=1>, Erişim tarihi: 13.04.2012.

yeniliklere öncülük etme politikalarını benimsemiştir.<sup>75</sup> Başkanlık bünyesinde çalışma birimleri oluşturularak uluslararası çalışmaları da takip eden kurumsal bir yapı oluşturulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesi için hizmet sunum sürecinden çıktılarının değerlendirildiği aşamaya kadar kalite standartlarının uygulanması gerekmektedir. SDP ile kurulması planlanan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu”nun sertifikasyon” ve “akreditasyon”<sup>76</sup> konularında standartlar belirlemesi planlanmıştır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçecek sistemler geliştirerek sağlık kuruluşlarının performanslarını belirleyecektir.<sup>77</sup> Kurumun yapısı ve çalışma yöntemlerinin uluslararası kalite kuruluşlarının standartlarında olması planlanmaktadır.

Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite standartlarının uygulanması önemli olmakla birlikte etik değerlerin korunması da gerekir. Etik değerlere uygunluk yaptırım yetkisi olan Etik Kurulları ile sağlanabilir. Kurul geniş yetkilere sahip olmalı ve üyeleri de sağlık sektöründeki taraflardan oluşturulmalıdır.<sup>78</sup> Etik değerlere ve kalite standartlarına uygun çalışan sağlık sektörü etkili bir hizmet sunumunda bulunabilecektir.

#### 4.2.3.6. İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

SDP kapsamında sağlık sektöründe kullanılan ilaç ve tıbbi cihazların ülkemizin ekonomik koşullarına uygun, uluslararası standartlar çerçevesinde ve etkin olarak kullanılabilmesi için özerk bir kuruma ihtiyaç duyulmuştur. Bu kapsamda kurulan Ulusal İlaç Kurumu<sup>79</sup> ilaç ve tıbbi cihaz sektörünün sorunlarının bilimsel esaslara ve ilgili tarafların yaklaşımlarına uygun biçimde çözülmesini hedeflemektedir.

Sağlık sektöründe kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerin büyük oranlarda ithal ürünler olması denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon konularında uluslararası

<sup>75</sup> <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=777>, Erişim tarihi: 13.04.2012.

<sup>76</sup> Akreditasyon, bir sağlık kurumu veya kuruluşunun hizmet kalitesinin ve kalite iyileştirme sürecinin; kalite standartlarını ölçme ve değerlendirme yetkisine sahip, genellikle kâr amacı gütmeyen ve gönüllü bir kuruluş tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre değerlendirildiği ve onaylandığı bir süreçtir. Akreditasyon sürecinde katılım genellikle isteğe bağlıdır. Akreditasyon standartları genellikle ulaşılabilir standartlardır. Hizmeti sunanlardan ve hizmeti alanlardan bağımsızdır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Yonca Özatkan, Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği, (Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008.

<sup>77</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 144.

<sup>78</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, a.g.e., 34.

<sup>79</sup> Ulusal İlaç Kurumu, ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici politikalar uygulamaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, a.g.e., 35.

referanslara bağımlılığa yol açmıştır. Bu sorunu çözmek amacıyla kurulan Tıbbi Cihaz Kurumunun yerli tıbbi cihaz üretimiyle ulusal kalite ve referansların belirlenmesi planlanmıştır.<sup>80</sup> Bu kapsamda yerli cihazların üretimi için klinik mühendislik hizmetlerine dayalı ulusal ölçekte veri tabanları oluşturma çalışmaları yapılmıştır.

Daha sonra 2011 yılında kabul edilen 663 sayılı kanun hükmünde kararnameyle Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu kurulmuştur. Kurum Sağlık Bakanlığı'nın politikaları çerçevesinde ilaç ve tıbbi cihazlar sektöründe düzenlemeler yapmak ve standartlar belirlemek amacıyla kurulmuştur. İlaç ve tıbbi cihazların ruhsatlandırılması, üretimi, denetimi ve tıbbi cihazlar için onaylanmış kurumları belirleme kurumun başlıca görevleri arasındadır.<sup>81</sup> Ayrıca kurum görev alanı ile ilgili politikalar belirleyerek bakanlığa önerilerde bulunmaktadır.

#### 4.2.3.7. Sağlık Bilgi Sistemi

SDP ile sağlık hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması, hastaların kayıtlarının korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferinin sağlanması ve temel sağlık hizmetlerindeki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulmuştur.<sup>82</sup> Bu sistem sağlık politikalarının belirlenmesinde, sektörle ilgili sorun ve önceliklerin tespitinde ve kaynakların planlanmasında önemli rol oynamaktadır.

Sağlık Bilgi Sistemi bilgi işlem teknolojileri kullanılarak oluşturulan ortak bir veri tabanı üzerinden çalışmaktadır. Bu sistemle vatandaşların kimlik numaralarıyla sağlık bilgilerinin eşleştirilmesi sağlanarak sevk zincirinin daha etkin çalışması hedeflenmektedir.<sup>83</sup> SDP kapsamında oluşturulan Sağlık Bilgi Sistemi'yle kişisel bilgiler ile sağlık hizmetleri arasında ilişki bilgi işlem teknolojileri kullanılarak hızlandırılmaktadır.

SDP ile başlayan sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon süreci GSS, yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi, donanımlı sağlık personeli yetiştirme, kalite ve akreditasyon çalışmaları, akılcı ilaç ve malzeme yönetimi ve Sağlık Bilgi Sistemi'nin kullanılması aşamalarından sonra Kamu Hastane Birlikleri'nin oluşturulması ile tamamlanmaktadır. 2011 yılında çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı

<sup>80</sup> Özge Orhan, *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, a.g.e., 145.

<sup>81</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

<sup>82</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008*, a.g.e., 93.

<sup>83</sup> Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, a.g.e., 36.

Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile bakanlık teşkilatı ve hastanelerin organizasyon yapılarının büyük ölçüde değiştirilmesi planlanmıştır. Aşağıda SDP'nin son aşaması olan sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyon süreci ele alınmaktadır.

### **4.3. SAĞLIK KURULUŞLARININ YENİDEN ORGANİZASYONU**

Sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon süreci SDP kapsamında yapılan düzenlemelerden sonra sağlık kuruluşlarının da yeniden organizasyonu ile devam etmektedir. Bu kapsamda Kamu Hastane Birlikleri (KHB) ülkemizde kamu hastanelerinin yeniden organizasyonunda bir model olarak gündeme gelmiştir. Bu model küreselleşme sürecinin etkisiyle YKY, yeni-liberal akımlar, yönetim ve stratejik yönetim gibi yaklaşımların ilkeleri çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu bölüm sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyonuna yol açan faktörler ile Sağlık Bakanlığı Teşkilatı'nın ve bağlı kuruluşlarının yeniden organizasyonu başlıklarından oluşmaktadır. Aşağıda KHB'nin oluşumuna yol açan faktörler ele alınmaktadır.

#### **4.3.1. Sağlık Kuruluşlarının Yeniden Yapılanmasına Yol Açan Faktörler**

Türkiye'de SDP ile başlayan sağlık sektörünün yeniden yapılanma süreci, kamu sağlık kuruluşlarının organizasyon yapılarının değişmesi ile tamamlanmış olmaktadır. KHB iç ve dış faktörlerin etkisiyle sağlık hizmetleri sunumunda yeni bir organizasyon modeli olarak ön plana çıkmıştır. KHB modelinin oluşumunda etkili olan başlıca faktörler gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri, küreselleşme sürecinde değişen yönetim anlayışları, uluslararası kuruluşların politikaları ve ülkemizin yönetim anlayışından kaynaklanan koşullardır. Aşağıda KHB'nin oluşumuna yol açan faktörlerden gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin etkileri ele alınmıştır.

##### **4.3.1.1. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Etkileri**

SDP kapsamında gündeme gelen KHB modeli Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinden etkilenmiştir. ABD'nde hastaneler üst kademe yönetim organları, fonksiyonel yönetim organları, orta kademe yönetim organları ve alt kademe yönetim organlarından oluşmaktadır. Üst kademe yönetim ekibi komitelerden ve hastane müdürlüğünden oluşmaktadır. Yönetim birimi, hastanenin mali ve sağlık hizmetleri faaliyetlerinden sorumlu en üst yönetim

organıdır. Hastanenin işleyişinden sorumlu olan hastane müdürünün altında fonksiyonel idareciler başhekim, başhemşire ve müdür yardımcısı bulunmaktadır.<sup>84</sup>

İngiltere’de ise hastaneler müdür, başhekim ve başhemşireden oluşan yönetim birimleri tarafından yönetilmektedir. Bu birimler, aynı zamanda fonksiyonel yönetim olarak görev yapmakta olduklarından orta kademe yönetim organına ihtiyaç duyulmamıştır. Hastanenin işleyişinden sorumlu olan hastane müdürü, başhekim ve başhemşire kendi alanlarına giren faaliyetleri yürütmekle birlikte aralarında ast-üst ilişkisi bulunmamaktadır.<sup>85</sup> İngiltere’de hastanelerin yönetim kademeleri az olmakla birlikte hastane müdürünün geniş yetkilerle işletmenin yönetiminden sorumlu olduğu görülmektedir.

Almanya’da hastanelerin en üst yönetim organı hastane direktörlüğü birimidir. Bu birimler hastane müdürü, başhekim ve başhemşireden oluşmaktadır. Başhekim tıbbi hizmetlerden, müdür hastanenin işleyişi ile ilgili faaliyetlerden ve başhemşire ise hemşirelik hizmetlerinin organizasyonundan sorumludur. Bu fonksiyonel sorumlulukları üstlenmiş olan yöneticiler aynı zamanda kurumun en üst yöneticileri durumundadırlar.<sup>86</sup> Almanya’da hastanelerin organizasyon modeliyle KHB arasında da önemli benzerlikler bulunmaktadır.

Gelişmiş ülkelerin hastane organizasyonlarının genellikle sağlık işletmeleri tarzında olduğu görülmektedir. Yukarıda ele alınan ABD, İngiltere ve Almanya sağlık sistemleri her biri farklı kategoriler içinde yer almakla birlikte özellikle Almanya ve ABD’nin hastane organizasyon yapıları benzerlik göstermektedir. Ülkemizde uygulanmaya başlanan KHB’nde genel sekreter birliğin idari, mali ve yönetim alanında en yetkilisidir. Genel sekretere bağlı olarak tıbbi, idari ve mali işler başkanları bulunmaktadır. Daha alt kademedede hastane yöneticileri ve bunlara bağlı müdürlükler gelmektedir. Bu yönetim kademesi tamamı sözleşmeli olmakla birlikte başarısızlık durumunda görevleri sona ermektedir. Ülkemizde uygulanmaya başlanan KHB modeli bu ülkelerin sağlık kuruluşlarının organizasyon yapılarına benzemektedir.

<sup>84</sup> <http://saglikyoneticisi.blogspot.com/2012/02/hastane-organizasyonlari-ve-hastane.html>, Erişim tarihi: 25.03.2012.

<sup>85</sup> Gazanfer Aksakoğlu, “İngiltere Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, 5, Ankara, 1994, 96-100.

<sup>86</sup> <http://saglikyoneticisi.blogspot.com/2012/02/hastane-organizasyonlari-ve-hastane.html>, Erişim tarihi: 25.03.2012.

#### 4.3.1.2. Küreselleşme Sürecinin Etkileri

Küreselleşme süreciyle önem kazanan yeni yönetim anlayışları ve uluslararası kuruluşların politikaları gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerini etkilemiştir. Bu kapsamda devlet ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu özel sektör veya özerk sağlık kuruluşlarına vererek sadece koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu üstlenmiştir.<sup>87</sup> Bu kapsamda oluşturulan idari ve mali yönden özerk olan KHB modeliyle merkezi sağlık teşkilatı sağlık hizmetlerinin planlaması ve denetimini üstlenmektedir. Merkezi sağlık teşkilatı sağlık hizmeti sunumunu birliklere bırakarak sadece belli aralıklarla denetlemelerde bulunmaktadır.

KHB'nin organizasyon yapısı desantralizasyon anlayışı kapsamındaki yetki devri, yetki genişliği, yetkilendirme ve özelleştirme ilkelerinden etkilenmiştir. Ayrıca KHB modelinin oluşumunda uluslararası kuruluşların etkisiyle ön plana çıkan piyasacı yaklaşımlar ve kamu merkezli reform anlayışının etkisi görülmektedir. Bu uluslararası kuruluşların politikalarının ve çağdaş yönetim yaklaşımlarının küreselleşme süreciyle olan bağlantısı göz önüne alındığında KHB modelinin küreselleşme sürecinin bir ürünü olduğu görülmektedir. KHB modelini etkileyen bu dış faktörler aşağıda küreselleşme sürecinde değişen yönetim anlayışlarının etkileri ve uluslararası kuruluşların politikaları başlıkları altında ele alınmaktadır.

##### 4.3.1.2.1. Küreselleşme Sürecinde Değişen Yönetim Anlayışlarının Etkileri

Dünya Bankası'na göre sağlık alanında desantralizasyon "mali, idari, mülkiyet ve politik yetkinin Sağlık Bakanlığı'ndan alternatif kurumlara devredilmesidir."<sup>88</sup> Desantralizasyon kavramı sağlıkta merkezi sağlık teşkilatının etkisini azaltarak yerel özerkliği ön plana çıkararak bir süreci ifade etmektedir. Dünya Bankası bu kavramın iki ayrı uygulaması olan idari desantralizasyon olarak da ifade edilen dekonsantrasyon ve yetki devri anlamına gelen delegasyon yaklaşımlarına önem vermektedir.<sup>89</sup> Bu yaklaşımların sağlık sektöründe uygulanmasıyla hastaneler mali ve idari yönden özerk bir yapıya kavuşmaktadırlar.

<sup>87</sup> Aziz Küçük, "Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri Modeli" Üzerine", *Kamu Yönetimi Çalışmaları*, Ankara, 2010, 198-199.

<sup>88</sup> <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/>, Erişim tarihi: 25.03.2012.

<sup>89</sup> Dekonsantrasyon, Sağlık Bakanlığında sorumluluk ve yetkinin çeşitli alt birimlere (bölgesel, il ve/veya yerel) devrini ifade etmektedir. Türkiye'de devlet yapılanması bu model ile uyumludur. Sağlık hizmetleri özelinde merkezde Sağlık Bakanlığı, il düzeyinde sağlık müdürlükleri bulunması bunun bir örneğidir. Delegasyon, Sağlık Bakanlığında doğrudan onun kontrolü altında olmayan örgütlere (örneğin hükümet dışı kurumlar) yetki ve sorumluluk devridir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Mehtap Tatar, "Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış", *Amme İdaresi Dergisi*, XXVI-4, Ankara, 1993, 137-151.



Sağlık sektöründeki reformlarda etkili olan bir başka yaklaşım ise YKY anlayışıdır. Bu anlayışın etkisiyle gelişen YKİ yaklaşımı sağlıkta özelleştirme ve özerkleştirme gibi alternatif yöntemleri kullanarak merkezi sağlık yönetiminin etkinliğini azaltmaktadır. Bu kapsamda merkezi yönetim yerelleşme, piyasa koşullarına uygunluk, rekabet, serbestleşme ve özelleştirme gibi ilkeler çerçevesinde hastaneleri sağlık işletmelerine dönüştürmektedir.<sup>90</sup>

YKİ kapsamında gündeme gelen özerkleştirme ise sağlık kuruluşlarının merkezi hükümet, siyaset ve bürokrasiden daha az etkilenmeleri için uygulanan bir yöntemdir. WB özerkleştirmeyi kamu kurumlarının performansını yükseltmek için piyasalaştırılmalarını sağlayan reformlar olarak tanımlamaktadır. Bu reformlar, bürokratik hiyerarşinin dışına çıkılarak etkin bir yönetim sisteminin oluşturulması için karar alma, ücret ve personel alma gibi yetkilerin yerel birimlere devredilmesini içermektedir.<sup>91</sup>

Sağlık sektörünün reform sürecinde uygulanan araçlarından biri olan şirketleştirme uygulaması özerkleştirmeden daha ileri özelleştirmeden ise bir önceki aşamadır. Şirket yöneticisine şirketin bütün girdi, çıktı ve süreçleri kontrol etme yetkisi verilmiştir. Şirketleştirmede sağlık kurumunun mülkiyeti kamunun olmasına rağmen özel sektör kuruluşlarının ilkeleri ve işleyiş prensipleri uygulanmaktadır. Şirketleştirme reformları Singapur, Yeni Zelanda, Malezya, Avustralya ve İngiltere gibi ülkelerde kapsamlı olarak uygulanmıştır.<sup>92</sup> Sağlıkta uygulanan bir diğer reform aracı olan özelleştirme ise kamu kuruluşlarını piyasalaştırma yöntemlerinin en ileri aşamasıdır. Şirketleştirmede mülkiyet kamudayken özelleştirmede ise tamamen özel sektöre

<sup>90</sup> Birgül Ayman Güler, *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, İmge Kitabevi, Ankara, 2005, 195.

<sup>91</sup> Bütün Dünya'da etkili olan özerkleştirme uygulamaları Kenya'da da 1980'lerin sonlarında pilot bir uygulama olarak Kenya Ulusal Hastanesi'ne özerklik verilmesi ile başlamıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız. R.Paul, Shaw, *New Trends in Public Sector Management in Health Applications in Developed and Developing Countries*, (Çev.: Aziz Küçük), The World Bank HNP Discussion Paper, Washington, 2004, 27.

<sup>91</sup> Singapur, Yeni Zelanda ve Malezya'da hastaneler özel şirket hukuku altında şirketler olarak kuruldu ve özel şirketlere uygulanan diğer ticaret ve rekabet hukuku kurallarına tabi kılındı. Singapur'da 1985'ten beri 5 acil bakım hastanesi ve 6 uzmanlık kurumu bir birim veya grup olarak Singapur Sağlık Kurumu altında birleştirilerek şirketleştirildi. "Singapur hükümeti tarafından sağlık alanında kamu harcamalarının artışı yüzünden başlanan reformların maliyetleri azaltacağı yerde arttırdığı gözlemlenince yönetsel kontrole daha fazla ağırlık verilmeye başlandı. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Mathan Ramesh, "Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore", *The American Review of Public Administration*, 38, California, 2008, 62.

<sup>92</sup> Singapur, Yeni Zelanda ve Malezya'da hastaneler özel şirket hukuku altında şirketler olarak kuruldu ve özel şirketlere uygulanan diğer ticaret ve rekabet hukuku kurallarına tabi kılındı. Singapur'da 1985'ten beri 5 acil bakım hastanesi ve 6 uzmanlık kurumu bir birim veya grup olarak Singapur Sağlık Kurumu altında birleştirilerek şirketleştirildi. "Singapur hükümeti tarafından sağlık alanında kamu harcamalarının artışı yüzünden başlanan reformların maliyetleri azaltacağı yerde arttırdığı gözlemlenince yönetsel kontrole daha fazla ağırlık verilmeye başlandı. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Mathan Ramesh, "Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore", *The American Review of Public Administration*, 38, California, 2008, 62.

devredilmektedir. Özelleştirmeye kamu sağlık kuruluşlarının merkezi yönetimin hiyerarşisinden ve kontrolünden tamamen çıkarılması hedeflenmektedir.<sup>93</sup>

Ülkemizde 1980’li yıllardan itibaren küresel gelişmelere uygun olarak sağlık sektörümüzde yeni yaklaşımlar gündeme gelmiştir. Genellikle bu yaklaşımları uygulamak isteyen politik irade olmasına ve bu kapsamda yasal düzenlemeler yapılmasına rağmen sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyon süreci tamamlanmamıştır. KHB’yle bu süreç tamamlanarak hastaneler tamamen özelleştirmeye hazır hale gelmektedir. Aşağıda uluslararası kuruluşların politikalarının KHB modeline etkileri incelenmektedir.

#### 4.3.1.2.2. Uluslararası Kuruluşların Politikaları

II. Dünya Savaşı’ndan sonra kurulan WHO küresel ölçekte sağlık politikalarını belirleyen faaliyetlerde bulunmaktadır. Önceleri hastalıkların kontrolü ve tedavileri ile ilgili teknik faaliyetlerde bulunan kuruluşun 1970’lerden itibaren politikaları değişime uğramıştır. 1980’lerin sonlarına doğru ulusal sağlık sistemlerinde krizler yaşanmaya başlamıştır. Sağlığa ayrılan kaynakların yetersiz hale gelmesi ve maliyetlerin yükselmesiyle görülen bu krizlere çözüm olarak özel sağlık sektörünün etkinliğinin artırılması politikaları ön plana çıkmıştır. Bu tarihten itibaren WB sağlık sektöründe piyasa unsurlarının etkinliğinin artırılmasını savunan politikalarla WHO’yu küresel sağlık politikalarının belirlenmesi konusunda etkisiz hale getirmiştir. 1990’lı yıllardan sonra ise küreselleşme akımlarının önem kazanmasıyla WB ve WTO küresel sağlık politikalarını savunmaya başlamışlardır.<sup>94</sup>

WB’a göre, dünya sosyal ve ekonomik yönden sürekli bir gelişim içinde olduğundan devletin görevlerinde de değişiklikler olmalıdır. Bu kapsamda yaşanan ekonomik krizler ve küreselleşme sürecinin de etkisiyle sosyal devlet anlayışı yerine piyasacı devlet anlayışı ön plana çıkmıştır. Devletin yönetim anlayışında oluşan bu değişim küresel ölçekte sağlık sektörünü de etkilemiştir.<sup>95</sup> Bu değişim ülkemize de yansımış uluslararası kuruluşların politikaları doğrultusunda SDP ve hastanelerin yeniden organizasyon süreci devam etmektedir.

<sup>93</sup> Sağlık Bakanlığı, "Hastane Reformu", *Sağlıkta Strateji Dergisi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, 1, Ankara, 1994, 15-20.

<sup>94</sup> Mehmet Özen, "GATS ve Sağlık Sektörü", *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 11-11-12, Ankara, 2002, 42-45.

<sup>95</sup> Aziz Küçük, "Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri Modeli", *a.g.e.*, 198.

1978 yılında Alma-Ata'da düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans ülkelerin sağlık politikalarını etkileyen bir dönüm noktası olmuştur. 134 ülkenin imzaladığı sonuç bildirgesinde sağlığın korunması, sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin giderilmesi, toplumun sağlık hizmetlerine katılımı ve hükümetlerin halkın sağlığı ile ilgili önlemler almaları alınan başlıca kararlar arasındadır.<sup>96</sup> 1987 yılında WB'ın yayınladığı gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörleri ile ilgili raporda ise kamu sağlık kuruluşlarının desantralizasyon anlayışı kapsamında daha fazla sorumluluk verilerek idari ve mali özerkliklerinin sağlanması önerilmiştir.<sup>97</sup> Bu öneriler Alma Ata konferansında alınan kararların devamı niteliğindedir. Alma Ata'da alınan sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesine halkın katılımının sağlanması ilkesi yönetim anlayışının sağlık sektöründeki bir örneğidir.

WB 1990'lı yıllardan itibaren kamu kuruluşlarının piyasa koşullarına göre yönetilmesini savunan kamu işletmeciliği anlayışını ön plana çıkarmıştır. Bu yaklaşım desantralizasyon anlayışına uygun ve performansa dayalı bir yönetim sistemi olduğu için WB tarafından desteklenmiştir. Kamu işletmeciliği modeli performans sistemi, rekabet, sözleşmeli çalışma, özerkleştirme, şirketleştirme ve özelleştirme gibi yöntemlerle sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlamıştır.<sup>98</sup> Ülkemiz sağlık sektöründe daha önceden uygulanmaya başlanan performans sistemi, rekabet ve sözleşmeli çalışma yöntemlerine KHB modeliyle özerkleştirme de eklenmektedir. Aşağıda KHB modelinin oluşumuna yol açan nedenlerden Türkiye'nin yönetim anlayışından kaynaklanan faktörler ele alınmaktadır.

#### **4.3.1.3. Türkiye'nin Yönetim Anlayışından Kaynaklanan Faktörler**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışına uygun verilmesi anlayışı 1984 yılında kabul edilen Beşinci Beş Yıllık (1985-1989) Kalkınma Planı'nda ilk olarak yer almıştır. Planda, sağlık kuruluşlarının verimliliğinin artırılması için işletmecilik anlayışına uygun yönetilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Daha sonra Altıncı Beş Yıllık (1990-1994) Kalkınma Planı'nda<sup>99</sup> ise, sağlık kuruluşlarının modern işletmecilik

<sup>96</sup> Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı, Alma Ata Bildirisi, <http://www.hayad.org.tr/content/view/133/27/>, Erişim tarihi: 27.03.2012.

<sup>97</sup> WB, Financing Health Services in Developing Countries 1987, <http://www-wds.worldbank.org/servlet/main?menuPK>, Erişim tarihi: 27.03.2012.

<sup>98</sup> WB, Health Systems&Financing - Autonomization/Corporatization, <http://web.worldbank.org/>, Erişim tarihi: 27.03.2012.

<sup>99</sup> DPT, *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*, DPT, Ankara, 1989.

anlayışıyla yönetilmesi ve bilgi-kayıt sistemlerinin kurulmasıyla ilgili çalışmalar yapılması ifadesi yer almıştır.

1995 yılında kabul edilen Yedinci Beş Yıllık (1996-2000) Kalkınma Planı'nda,<sup>100</sup> sağlık kuruluşlarının işletmecilik esaslarına göre çalışmaları, rekabete açık olmamaları ve özerk kuruluşlara dönüştürülmemelerinin verimsiz çalışmalarına yol açtığı belirtilmektedir. Plana göre sağlık kuruluşlarının idari ve mali yönden özerkleştirilerek devlet yardımlarının aşamalı olarak kaldırılması hedeflenmiştir. Sekizinci Beş Yıllık (2001-2005) Kalkınma Planı'nda<sup>101</sup> 7. plandaki hedefler tekrarlanmıştır.

2006 yılında kabul edilen Dokuzuncu (2007-2013) Kalkınma Planı'nda ise sağlık sektörüyle ilgili daha önceki planlarda belirlenen hedefler tekrar edilmiştir. Ayrıca bu planda Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici olması, hastanelerin özerkleştirilmesi ve özel sağlık sektörünün teşvik edilmesi politikaları benimsenmiştir.<sup>102</sup>

Kalkınma planlarında sürekli yer alan sağlık kuruluşlarının özerkleştirilmesi hedefi, 2011 yılında çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname kapsamında KHB'nin oluşturulmasıyla gerçekleşmiştir. Bu kararnameyle Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının ve bağlı sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyonu gerçekleşmiştir. Aşağıda KHB modelinin oluşumuna yol açan nedenlerden Avrupa Birliği Uyum Süreci ele alınmaktadır

#### **4.3.1.4. Avrupa Birliği Uyum Süreci**

Avrupa Birliği'nin (AB) temelleri 1951 yılında kömür ve çelik kaynaklarının ortak işletilmesi amacıyla kurulan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu'na dayanmaktadır. Almanya, Fransa, İtalya, Belçika, Hollanda ve Lüksemburg kömür ve çelik sanayi ile ilgili alanlarda yetkilerini bu topluluğa devretmişlerdir. 1973 yılında İngiltere, İrlanda ve Danimarka da bu topluluğa katılmışlardır. Ayrıca 1981 yılında Yunanistan 1986 yılında ise İspanya ve Portekiz bu topluluğa katılmışlardır. 1993 yılında uygulanmaya başlanan Maastricht Anlaşması ile Avrupa'daki bu bütünleşme

<sup>100</sup> DPT, *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, DPT, Ankara, 1996.

<sup>101</sup> DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, DPT, Ankara, 2001.

<sup>102</sup> DPT, *Dokuzuncu (2007-2013) Kalkınma Planı*, DPT, Ankara, 2007.

süreci AB adını almıştır. 2007 yılında Bulgaristan ve Romanya'nın katılımıyla birliğin üye sayısı 27'ye ulaşmıştır.<sup>103</sup> Türkiye 1987 yılında topluluğa tam üyelik başvurusu yapmış 1999 yılında Helsinki Zirvesi ile aday statüsü almıştır. 2005 yılında ise AB ile katılım müzakereleri başlamıştır.

AB sağlık hizmetlerinin organizasyonunu, finansmanını ve sunumunu üye ülkelerin inisiyatifine bırakmıştır. Birlik üyelerin tek tip bir sağlık politikası uygulamaları yerine her ülkenin kendi şartlarına göre sağlık sektörlerini yönlendirmelerini tercih etmektedir.<sup>104</sup> Ancak AB son yıllarda halk sağlığı alanında faaliyetlerini artırarak vatandaşlarının sağlık standartlarını yükseltmeyi hedeflemiştir. Birlik üye ülkelerin sağlık sistemlerine müdahale etmemekle birlikte kamu sağlığını ilgilendiren durumlarda ülkelerin sağlık politikalarına müdahil olmaktadır.

AB Müktesebatı'nda sağlıkla ilgili düzenlemeler başlıca malların serbest dolaşımı, iş kurma hakkı ve hizmetlerin serbest dolaşımı, sosyal politika ve istihdam, çevre, tüketicinin ve sağlığın korunması ve fikri mülkiyet hukuku başlıklarında toplanmıştır. Türkiye AB uyum sürecinde Sağlık Bakanlığı halk sağlığını geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu kapsamda bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili düzenlemeler yapılarak hastalıkların izlenmesi ile ilgili AB projeleri sürdürülmüştür.<sup>105</sup> Ayrıca sağlık ürünlerinin birlik içinde serbest dolaşımı, sağlık mesleklerinin birlik içinde yerleşme hakkı ve çevreyi korumaya yönelik faaliyetler AB uyum sürecinde ön plana çıkmıştır.

Küreselleşmenin etkisiyle yeniden organizasyon sürecine giren sağlık sektörümüzle AB sağlık politikaları arasında direkt bir bağlantı bulunmamaktadır. Ancak 59. Hükümetin açıkladığı SDP kapsamında sağlık sektöründe yapılacak değişiklikler AB uyum süreciyle ilişkilendirilmiştir. Bu durum "SDP belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın "21. Yüzyılda herkese sağlık" politikasını Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı'nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi

<sup>103</sup> <http://www.avrupa.info.tr/DelegasyonPortal.html> Erişim tarihi: 05.01.2013.

<sup>104</sup> Recep Akdur, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumuna*, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi, Ankara, 2003, 51.

<sup>105</sup> Elif Bor Ekmekci, *Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları*, Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2010, 20.

ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alacaktır.” Biçiminde ifade edilmiştir.<sup>106</sup> Ülkemiz AB uyum sürecinde daha çok sağlık mevzuatını AB normlarına yaklaştırmaya çalışmaktadır. Aşağıda Sağlık Bakanlığı teşkilatının yeniden yapılanması ele alınmaktadır.

#### 4.3.2. Sağlık Bakanlığı Teşkilatı'nın Yeniden Organizasyonu

2011 yılında çıkarılan 663 sayılı kararnameyle Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının organizasyon yapısı ve görevleri yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre bakanlık kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerinin planlama ve koordinasyonunu yapmakla görevlendirilmiştir. Bu kapsamda bakanlık koruyucu ve acil sağlık hizmetlerini üstlenmeye devam ederek acil durumlar dışında ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin doğrudan sunumundan çekilmiştir. Aşağıda verilen şekil 3’de Sağlık Bakanlığı’nın yeni organizasyon yapısının şeması verilmiştir.

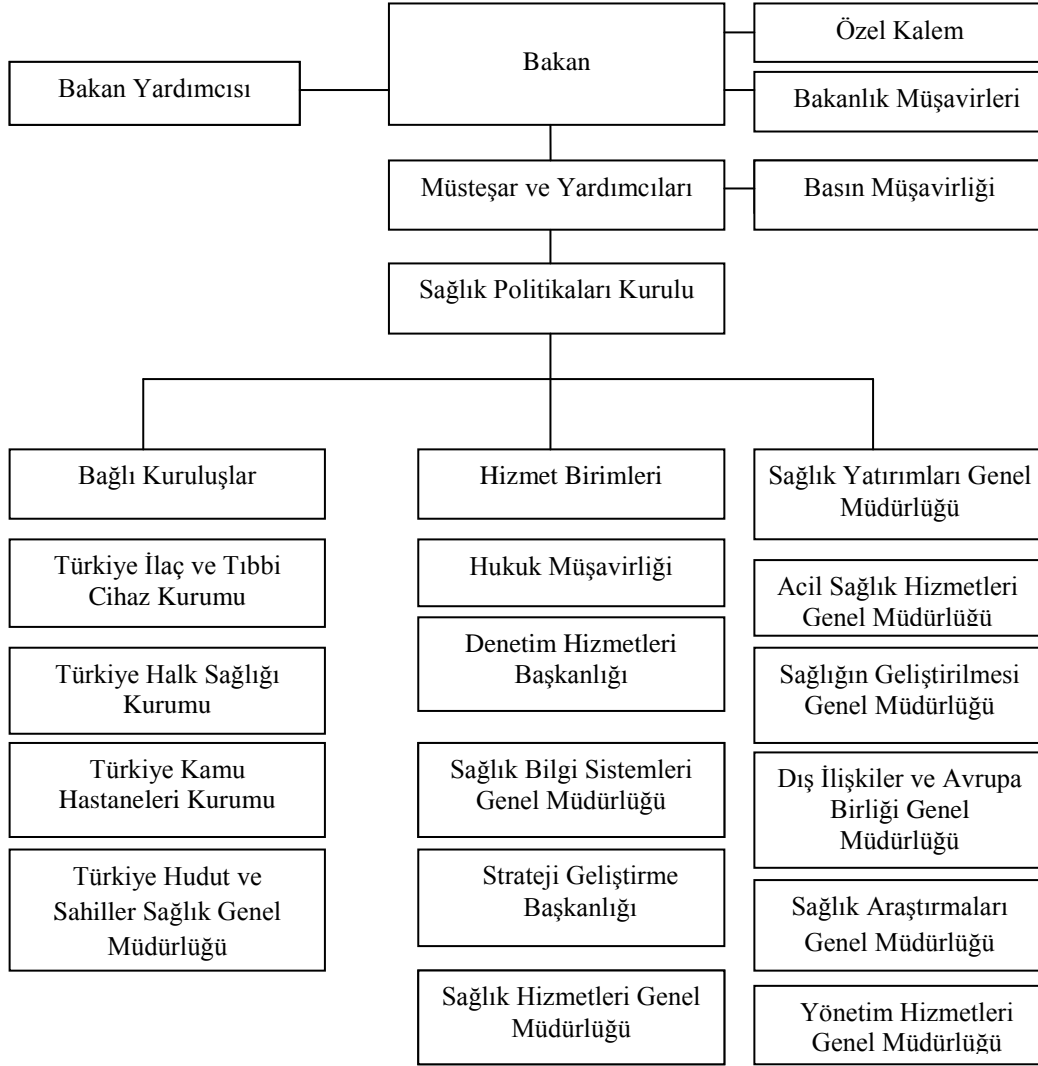
Sağlık Bakanlığı’nın yeni organizasyon yapısı bakan, müsteşar ve yardımcıları, sağlık politikaları kurulu, bağlı kuruluşlar ve hizmet birimlerinden oluşmaktadır. Bakan teşkilatın en üst amiri olup bakanlığın faaliyetlerinden dolayı başbakana karşı sorumludur. Müsteşar teşkilatta bakandan sonra gelen en üst düzey kamu görevlisidir. Müsteşar bakan adına onun talimatlarına, mevzuata ve bakanlığın hedeflerine göre bakanlığı yönetir. Bu faaliyetleri nedeniyle bakana karşı sorumludur. Sağlık politikaları kurulu ise bakanlığın sağlık yönetim sistemini, politikalarını ve stratejilerini belirlemek amacıyla on bir üye müsteşar ve yardımcılardan oluşmaktadır.<sup>107</sup>

Şekil 3’te görüldüğü gibi bakanlığın başlıca hizmet birimleri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği ve Özel Kalem Müdürlüğü’dür.

<sup>106</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, “Avrupa Birliğine Uyum Süreci’nde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği”, *Hastane Yaşam Dergisi*, I-1, Ankara, 2004, 1-8.

<sup>107</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMİ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

**Şekil 3: Sağlık Bakanlığı'nın Yeni Organizasyon Yapısı<sup>108</sup>**



Bakanlığın yeniden yapılanması kapsamında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün günün koşullarına uygun olarak görev tanımları değişmiştir. Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlama, organ ve doku nakli v.b. sağlık hizmetlerini koordine etme, alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenlemeler yapma, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarını belirleme bu birimin değişen başlıca görevleri arasındadır.<sup>109</sup> Görüldüğü gibi bu genel müdürlüğün klasik görevlerinin yanı sıra organ ve doku nakli, alternatif tıp uygulamaları ve kalite

<sup>108</sup> www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 26.11.2012.

<sup>109</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, T.C. RESMİ GAZETE, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

faaliyetleri konularında görevlendirilmiş olmaları bakanlığın bilimsel gelişmelere ve günün koşullarına göre yapılandığını göstermektedir.

8 Haziran 2011 tarihinde çıkarılan 3046 Sayılı Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname ile bütün bakanlıklarda bakan yardımcılığı pozisyonu oluşturulmuştur. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığında da bakan yardımcılığı görevi tanımlanmıştır. Bu düzenlemeye göre bakana karşı sorumlu olan bakan yardımcılarının görev süresi hükümetin görev süresi ile sınırlıdır.<sup>110</sup> Hukuksal niteliği belirsiz olan bakan yardımcılığı pozisyonunun bakanlığın hiyerarşisi içinde yer aldığı tartışmalıdır. Bakan yardımcılarının her zaman görevden alınabilmeleri ve hükümetin değişmesiyle görevlerinin sona ermeleri statülerinin klasik kamu görevlisi statüsünden farklı bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

Bakanlığın yeni yapısında dikkat çeken bir başka yenilik ise Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü'nün kurulmuş olmasıdır. 663 sayılı kararnamede bu genel müdürlüğün birinci görevinin “Sağlık alanında yabancı ülkelerle ve uluslararası kuruluşlarla ilişkileri yürütmek, geliştirmek ve bunlarla ilgili hukukî ve idarî düzenlemelere ilişkin çalışmaları yürütmek” olduğu görülmektedir.<sup>111</sup> Bu görev tanımı çalışmamızın temel dayanak noktası olan sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon sürecinin küresel gelişmeler çerçevesinde geliştiği fikrinin adeta bir kanıtıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının organizasyon yapısında önemli değişiklikler olmamakla birlikte görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanmıştır. İl sağlık müdürü bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviri olmakla birlikte bakanlığa bağlı kuruluşların ve il teşkilatının koordinasyonunu sağlayarak ilin durumunu belli aralıklarla bakanlığa rapor etmektedir. Daha önce ildeki bütün sağlık hizmetlerinden sorumlu olan il sağlık müdürlüğü bu kararnameyle acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olmuştur.<sup>112</sup> İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise aşağıda geniş biçimde ele alınacak olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) bünyesindeki KHB tarafından yürütülmektedir.

<sup>110</sup> 3046 Sayılı Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 27958 (mükerrer), 08.06.2011.

<sup>111</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMÎ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

<sup>112</sup> Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği, *T.C.RESMÎ GAZETE*, 28163, 04.01.2012.



### 4.3.3. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşların Yeniden Organizasyonu

663 sayılı kararnameyle Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatları yeniden yapılandırılmıştır. Bu yeni süreçte Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bakanlığın bağlı kuruluşları olarak tanımlanmıştır.<sup>113</sup> Bağlı kuruluşların merkez teşkilatlarında yeniden yapılanma olduğu gibi taşra teşkilatlarında da bu süreç yaşanmaktadır. Bu bölüm bakanlığa bağlı kuruluşların merkez teşkilatlarının ve sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyonu başlıkları altında incelenmektedir. Aşağıda bakanlığa bağlı kuruluşların merkez teşkilatlarının yeniden organizasyonu ele alınmaktadır.

#### 4.3.3.1. Bakanlığa Bağlı Kuruluşların Merkez Teşkilatlarının Yeniden Organizasyonu

663 sayılı kararname kapsamında oluşturulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bakanlığın bağlı kuruluşu statüsündedir. Bakanlığın politika ve hedefleri çerçevesinde temel sağlık hizmetlerini yürütmek, halk sağlığını koruyucu faaliyetlerde bulunmak ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak kurumun başlıca görevleri arasındadır. Aynı düzenlemeyle bakanlığa bağlı kuruluş olarak oluşturulan Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu'nun ilaç ve tıbbi cihazların üretimini, ithalatını, ihracatını ve dağıtımını yapmak başlıca görevleri arasındadır.<sup>114</sup> Bu kurumun ulusal ilaç ve tıbbi cihaz piyasamızın oluşturulması, düzenlenmesi ve planlanması faaliyetlerinde bulunması sağlık sektörümüzün güçlenmesi yönünden çok önemlidir. Aşağıda verilen şekil 4'te TKHK'nun hizmet birimlerinin organizasyon yapısı verilmiştir.

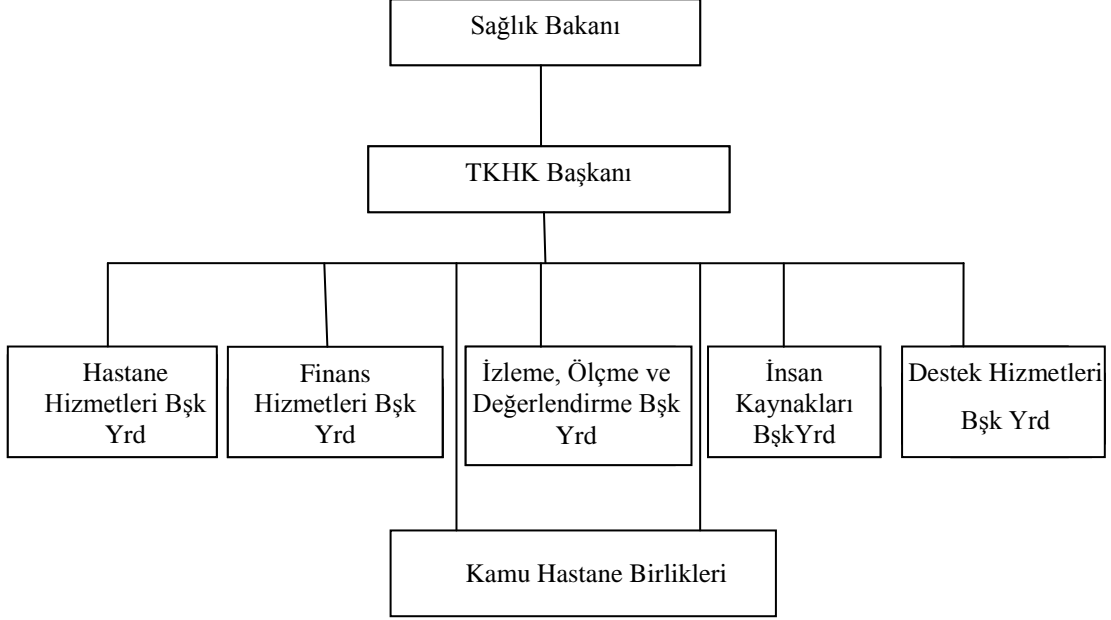
663 sayılı kararnameyle oluşturulan Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü bakanlığa bağlı bir başka kuruluştur. Bu müdürlük ülkemizin hudut ve sahillerindeki uluslararası mevzuattan kaynaklanan sorumluluklarını yerine getirmekle birlikte dışarıdan gelebilecek sağlık risklerini önleyici faaliyetlerde bulunmaktadır. Aynı düzenleme kapsamında oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) ise bakanlığa bağlı bir başka kuruluştur. TKHK bakanlığın politikaları çerçevesinde ikinci

<sup>113</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMİ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

<sup>114</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C. RESMİ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek amacıyla sağlık kuruluşlarının kurulması, işletilmesi ve denetlenmesinden sorumludur.<sup>115</sup>

**Şekil 4: TKHK'nun Organizasyon Yapısı<sup>116</sup>**



Şekil 4’te görüldüğü gibi TKHK’nun en üst amiri olan başkan yürütülen hizmetlerden ve emri altındaki çalışanların faaliyetlerinden dolayı bakana karşı sorumludur. TKHK başkanına bağlı merkezi hizmet birimleri Hastane Hizmetleri, Finans Hizmetleri, İzleme, Ölçme ve Değerlendirme, İnsan Kaynakları ve Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılıklarıdır.<sup>117</sup> Aşağıda TKHK’nun taşra teşkilatı olan KHB’nin organizasyon yapısı ele alınmaktadır.

#### **4.3.3.2. Bakanlığa Bağlı Sağlık Kuruluşlarının Yeniden Organizasyonu**

Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyonu kapsamında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin TKHK’u bünyesinde kurulan KHB’ce verilmesi planlanmıştır. KHB’yle il merkezindeki sağlık kurumları tek çatı altında birleştirilerek hizmetlerin etkili, verimli ve daha düşük maliyetlerle verilmesi hedeflenmiştir. TKHK başkanının il genel sekreteriyle sözleşme yapmasıyla başlayan KHB’nin kurulma süreci tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanıyla, hastane

<sup>115</sup> [http://www.saglik.gov.tr/TR/birimler/kamu\\_hastaneleri\\_kurumu.pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/birimler/kamu_hastaneleri_kurumu.pdf), Erişim tarihi: 27.11.2012.

<sup>116</sup> Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, *T.C. RESMİ GAZETE*, 28226, 07.03.2012’den yararlanılarak tarafımdan oluşturulmuştur.

<sup>117</sup> Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara, 2012, 154.

yöneticisi, başhekimler ve müdürlerin genel sekreterin teklifiyle başkanla sözleşme yapmasıyla devam etmektedir. Uzman personel ve diğer büro görevlileriyle genel sekreter, başhekim yardımcılılarıyla başhekimin müdür yardımcılılarıyla da ilgili müdürün teklifi ile hastane yöneticisi sözleşme yapmaktadır.<sup>118</sup>

Genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşan birlik teşkilatında genel sekreterlik en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî, idarî ve malî hizmetler başkanlıkları kurulur. Birliğe bağlı sağlık kuruluşları hastane yöneticileri tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Ayrıca her KHB’nde kurumca belirlenen sayıda genel sekreter tarafından başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur. Genel sekreterlik bünyesinde sözleşmeli olarak çalışacak olan uzman ve büro görevlileri ise kurum tarafından belirlenen sayıda istihdam edilir.<sup>119</sup> Aşağıda şekil 5’te KHB’nin organizasyon yapısı verilmiştir.

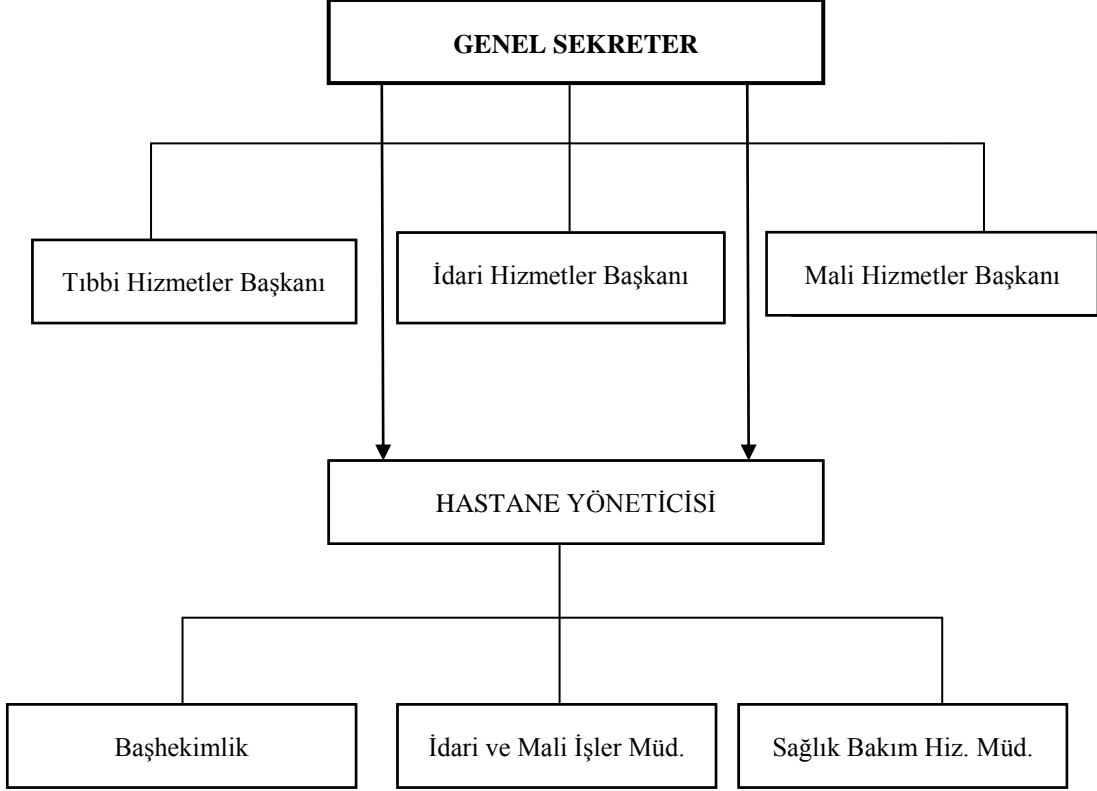
Şekil 5’te görüldüğü gibi birliği belirlenen hedef ve politikalara göre yönetmek, faaliyetlerini denetlemek, kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamaya çalışmak ve birliğin mali işlerini yürütmek KHB’nin en üst yöneticisi olan genel sekreterin başlıca görevleri arasındadır. Birliği oluşturan hastanelerin yöneticileri ise, hastane ölçeğinde genel sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olup, faaliyetleri nedeniyle genel sekretere karşı sorumludurlar.<sup>120</sup>

<sup>118</sup> Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, <http://www.hekimedya.org/index.php/temalar/bakanlik-sgk/744-tuerkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tara-te.html>, Erişim tarihi: 01.12.2012.

<sup>119</sup> Genel sekreter, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak şarttır. Tıbbî hizmetler başkanının, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastane başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C.RESMİ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

<sup>120</sup> Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, <http://www.hekimedya.org/index.php/temalar/bakanlik-sgk/744-tuerkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tara-te.html>, Erişim tarihi: 01.12.2012.

**Şekil 5: KHB'nin Organizasyon Yapısı<sup>121</sup>**



KHB'deki bütün yöneticiler sözleşmeli statüdedirler. Sözleşmelerin süresi iki yıldan dört yıla kadar olabilir. Süre sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Sözleşme birliğin performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sona erdirilebilir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Ancak bunlar yeni görevlendirmeler yapıncaya kadar görev yapar. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekimini, müdürleri, başhekim yardımcılarını ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından itibaren de yardımcılarının bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile yeniden sözleşme yapılabilir.

KHB'ni oluşturan hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde TKHK'nca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre

<sup>121</sup> Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C.RESMÎ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011'den yararlanılarak tarafımdan oluşturulmuştur.

hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir.<sup>122</sup> Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birlik başarısız olursa kurumca genel sekreterin görevine son verilir. Başarısızlığın hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir. Ayrıca değerlendirmeler sonucu belirlenen birliklerin ağırlıklı ortalaması, kurum başkanının performansının ölçülmesinde esas alınır.<sup>123</sup>

SDP ile hız kazanan sağlık kuruluşlarının yeniden organizasyon süreci sağlık alanında devletin uzun yıllardan beri sahip olduğu anlayışı somutlaştırmıştır. Bu kapsamda oluşturulan KHB'nin personel, işleyiş ve performans kriterlerinin piyasa koşullarına göre yapılandırılması kamu sağlık sektörünü geri dönülmez bir yola sokmaktadır. KHB'nin desantralizasyon, yönetişim ve stratejik yönetim gibi YKY ilkeleri çerçevesinde oluşturulması, başarısının performans kriterlerine göre değerlendirilmesi, yönetim kademesinin sözleşmeli olması ve özel sektör şirketleri modelinde örgütlenmesi sağlık sektörümüzdeki yeniden organizasyon sürecinin küreselleşme sürecinin etkisiyle ilerlediğini göstermektedir.

<sup>122</sup> Sözleşmeli personele, 657 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre belirlenen tavan ücret esas alınarak genel bütçeden ekli (III) sayılı cetvelde belirlenen oranlarda peşin olarak ücret ödenir. Ayrıca personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden aynı cetvelde belirlenen tavan oranları geçmemek kaydıyla ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile usul ve esasları; hastanenin grubu, personelin görevi, eğitim durumu, çalışma şartları ve çalışma süreleri, hizmete katkısı, performansı gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirlenir. Sözleşmeli personele yapılacak ek ödemeler, çalışmayı takip eden ayın başında yapılır. Sözleşmeli personele yukarıda sayılanlar dışında herhangi bir ad altında ödeme yapılamaz ve sözleşmelere bu hususta hüküm konulamaz. Sözleşmeli personel; kazanç getirici başka bir iş yapamaz, resmî veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamaz, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez, 657 sayılı Kanunda Devlet memurları için yasaklanmış bulunan eylemlerde bulunamaz. Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali Devlet memurları ile aynıdır. Sözleşmeli personel ihtiyaç halinde Kurumun ve Bakanlığın merkez teşkilatında süreli olarak görevlendirilebilir ve bu husus sözleşmelerde belirtilir. Sözleşmeli personelin izinleri ve iş sonu tazminatı hususlarında 657 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre istihdam edilen sözleşmeli personele ilişkin hükümler uygulanır. Söz konusu personel için işsizlik sigortası primi ödenmez. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C.RESMÎ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

<sup>123</sup> Değerlendirmeler sonucunda birliğin grubunun düşürülmesi, (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi, (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması, halleri başarısızlık kabul edilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, *T.C.RESMÎ GAZETE*, 28103 (Mükerrer), 02.11.2011.

## SONUÇ

Tarihin ilk dönemlerinden günümüze doğru hızlanarak devam eden küreselleşme süreci genellikle ekonomik ilişkilerin artması sonucu toplumların karşılıklı olarak birbirlerinden etkilenmeleri olarak algılanmaktadır. Oysa küreselleşmenin tanımını tam olarak yapmak güç olmakla birlikte kavramın başlıca ekonomik, kültürel, teknolojik ve siyasal boyutlarının olması ve ülkelerin yönetim biçimlerini etkileyen sonuçlar doğurması içeriği hakkında önemli bilgiler vermektedir.

Küreselleşme kavramının ekonomik boyutu toplumların yaşayışlarını değiştiren en önemli unsurdur. Bu kapsamda serbest piyasa ekonomisinin önem kazanması, yeni liberal akımlar ve YKY anlayışına göre yönetim anlayışlarının değişmesi küreselleşmenin ekonomik boyutunun etkileri olarak gösterilebilir. Küreselleşme ülkelerin bütün kamu sektörlerini değiştirdiği gibi sağlık sektörlerini de etkilemektedir. Ülkemizde de bu durum geçerli olup cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadar gelen dönemde sağlık alanında görülen tarihsel gelişim devam etmektedir.

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık sektörümüz sürekli bir gelişim içinde olmuştur. Önce yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilen sağlık hizmetlerini daha sonra merkezi yönetim üstlenmiştir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek ülkenin belirli yerlerinde büyük sağlık kuruluşları yapılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli dağılımını sağlayacak sağlık politikaları uygulanmaya çalışılmıştır. Daha sonra ise küresel gelişmelerin etkisiyle sağlık sistemimizde büyük bir zihniyet değişimi yaşanmıştır. Bu kapsamda sadece kamunun gücüyle etkili bir sağlık hizmeti sunumu sağlanamayacağı görülerek özel sağlık sektörünün etkinliği artırılmıştır.

Sağlık sektörümüzde sürekli gelişim süreci olmasına rağmen sağlık parametrelerimiz gelişmiş ülkelerim gerisinde kalmıştır. Son yıllarda küreselleşme sürecinin hızlandırmasıyla yeniden yapılanan sektörde bu parametreler önemli ölçüde düzelmekle birlikte hala istenen düzeye ulaşamamıştır. Ayrıca uluslararası kuruluşların etkisiyle sürdürülen kalite faaliyetleri kurumsal hale gelerek sağlık hizmetlerinin kalite ve standardizasyonunu sağlamıştır. Ancak bu yeniden yapılanma süreci ve kalite faaliyetlerine rağmen sağlık sektörümüzdeki aksaklıklar tamamen düzelmemiştir.

1970'li yıllarda yaşanan küresel ekonomik krizler bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de küreselleşme süreciyle birlikte yeni yaklaşımları gündeme getirmiştir. Bu kapsamda küresel kurumların politikaları ve önerileri doğrultusunda yasal düzenlemeler yapılarak kamu sektörleri yeniden yapılandırılmıştır. Bu yeniden yapılanma süreci sağlık alanında da etkili olmuş 1980'lerden itibaren özel sektörün ağırlığı artırılarak kamu sağlık kuruluşlarıyla birlikte sağlık hizmeti sunumundan sorumlu hale gelmişlerdir. Bu duruma uygun yasal düzenlemeler yapılarak sağlık kuruluşlarının organizasyon yapıları bu yeni yönetim yaklaşımlarına göre yeniden düzenlenmiştir.

Ülkemiz sağlık sistemindeki sorunların başlıca nedenleri; sağlık politikalarını uygulayan irade ile sağlık personelinin geneli arasında aynı anlayış görülmemekte, kamu hastane birlikleri modeli çağdaş bir yaklaşım olmasına rağmen yönetim kademesinin görevlendirilmeleri ve insan kaynaklarının yönetimi nesnel kriterlere göre yapılmamakta, ileri derecede teşhis ve tedavi gerektiren hastalıkların sağlık kuruluşları ve akademik personeli büyük merkezlerde yoğunlaşmakta olduğundan hastalar bu hizmetlere erişimde zorlanmaktadır. Sağlık sektörümüzün organizasyon yapısından kaynaklanan bu sorunlar sağlık sektörümüzün etkinliğini azaltmaktadır.

2003 yılına kadar ülkemizde sağlık alanında yapılan yenilikler sektörün yapısını tamamen değiştirememiştir. Oysa bu tarihten sonra sağlık sektörümüz bir yeniden organizasyon sürecine girerek bütün parametreleri değişime uğramıştır. Bu kapsamda aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası ve performans sistemine geçilerek sektörün yasal altyapısı tamamen değiştirilmiştir. Ayrıca sözleşmeli çalışma, hizmet satın alınması gibi yöntemler yaygınlaştırılarak kamu sağlık kuruluşlarının işleyiş yapıları değiştirilmiştir. 2011 yılında çıkarılan kararnameyle de kamu hastane birliklerine modeline geçilerek sağlık teşkilatının ve kuruluşlarının yeniden organizasyon süreci hızlanmaktadır.

Çalışmanın konusu sağlık sektörümüzün yeniden yapılanmasının küreselleşme süreci ve bu çerçevede önem kazanan çağdaş yaklaşımların etkisinde ilerlediği yaklaşımıdır. Sağlık sektörümüzde Kamu Hastane Birlikleri (KHB) modeline geçilmesi bu yaklaşımların en güncel en somutlaşmış örneği olarak verilebilir. Ayrıca KHB'ne geçilmesi uluslararası kuruluşlar ve ülkemizin iç dinamiklerinden kaynaklanan faktörlerden de kaynaklanmaktadır.

İktisatçılar tarafından serbest piyasa koşullarının küresel ölçekte etkili hale gelerek uluslararası bir pazarın oluşması olarak tanımlanan küreselleşme kavramıyla

KHB arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Bu modelle sağlık sektörümüzde serbest piyasa koşulları etkin duruma gelerek sektörü küresel piyasaların bir unsuru haline dönüştürecektir. Birliklerin işleyiş yapılarının özel sektör işletmeleri gibi olması, rekabet koşullarının geçerli olması, performans ve verimlilik kriterlerine göre başarılı sayılmaları bu durumun gerçekleşmesinin nedenleri olarak görülmektedir.

Küreselleşme süreciyle birlikte sermayenin serbest dolaşımı nedeniyle ulusal sermayeler küresel sermayenin bir parçası haline dönüşmüştür. Küresel sermaye kârlı alanlarda daha çok yatırım yapmak istediğinden bu süreç ulusal sağlık sektörlerini olumsuz etkileyecektir. Bu kapsamda KHB modeliyle küresel piyasaların bir unsuru olan sağlık sektörümüz de olumsuz etkilenecektir. Daha çok kâr elde etme isteği sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilecektir.

KHB'yle küreselleşme süreci kapsamında ön plana çıkan YKY ve yeni liberal akımlar arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar sağlık sektöründe kamunun etkinliğinin azaltılarak düzenleyici ve denetleyici konumda olması gerektiğini ileri sürmektedirler. Bu yaklaşımlara uygun olarak oluşturulan KHB modelinde daha önceden merkezi sağlık teşkilatına doğrudan bağlı olan sağlık kuruluşları bağlı kuruluş statüsüne alınmışlardır. Bu düzenlemeyle YKY ve yeni liberal akımların ilkeleri uygulanarak merkezi yönetim hizmet sunumundan çekilerek düzenleyici ve denetleyici konuma geçmiştir.

Küreselleşme sürecinde ön plana çıkan YKY anlayışı kamu kuruluşlarının özel sektör işletmeleri gibi piyasa koşullarına uygun çalışması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu kapsamda KHB'nin organizasyon yapısı incelendiğinde yönetim ve işleyiş yapısının piyasa koşulları kriterlerine uygun olduğu görülmektedir. Ayrıca birliklerin başarı ölçüsü mâli yönden verimlilik ilkelerine endeksli olduğundan hizmet kalitesini sağlama ikinci planda kalabilecektir.

Küreselleşme süreciyle önem kazanan YKY anlayışıyla desantralizasyon uygulamaları ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda sağlık kuruluşlarında idari ve mali yönden merkezi yönetimin etkisinin azaltılması hedeflenmiştir. Ülkemizde merkezi sağlık teşkilatına doğrudan bağlı olan sağlık kuruluşları KHB modelinde bir üst kuruluşa bağlanarak merkeze bağlı kuruluş konumuna getirilmektedir. Birlik sekreteri birliğin yönetim kadrosunu belirleyerek işletmenin idari ve mâli yönden sorumluluğunu üstlenmiştir. YKY anlayışı çerçevesinde oluşturulan KHB modeliyle sağlık kuruluşları



özerk bir yapıya kavuşacak, merkezin yetkilerini birlik yönetimi kullanacak ve merkez denetleyici konuma geçecektir.

Ülkemizde KHB modeline geçilmesinin en önemli nedeni küreselleşme sürecinin aktörü olan uluslararası kuruluşların politikalarıdır. Dünya Bankası 1987 ve 1990 yıllarında yayınladığı raporlarda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve Genel Sağlık Sigortasına geçilmesi önerilerinde bulunmuştur. Sağlık sektörümüzün yeniden organizasyon süreci incelendiğinde aile hekimliğine geçilmiş, Genel Sağlık Sigortası uygulanmaya başlanmış ve sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli dağılımı sağlanmaya çalışılmıştır. Daha önce Dünya Bankası raporlarında yer alan önerilerin bir süre sonra ülkemizde de uygulanmaya başladığı görülmektedir. Raporlarda yer alan özelleştirme önerileri sağlık sektörümüzde uygulanmaya başlamamıştır. Ancak KHB modeliyle sağlık kuruluşlarının işletmeler haline dönüştürülmeleriyle özelleştirilmelerinin önündeki engel kaldırılmış olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı raporda katılımcı sağlık sistemlerinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin bütün toplumu kapsamaması ve bu hizmetlerin insan ihtiyaçları doğrultusunda yeniden organizasyonu önerilerinde bulunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve KHB modeline geçilmesi ile sağlık sektörümüz yeniden organizasyon sürecine girmiştir. Bu kapsamda Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri bir süre sonra ülkemizde uygulanmaya geçmiş olmaktadır.

Bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri ülkemizde KHB modeline geçilmesine katkıda bulunmuştur. Kanada'da merkezi yönetim sağlıkta denetleyici konumdadır. İngiltere'de sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde planlanması Stratejik Sağlık İdareleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Vakıfları'na bırakılmıştır. Fransa'da hastane, halk sağlığı ve sosyal güvenlik hizmetleri merkezi yönetimden yerel yönetimlere geçmiştir. Bu gelişmiş ülkelerde YKY anlayışı kapsamında sağlık sektörlerinde desantralizasyon uygulamalarının başlaması ülkemizi de etkileyerek KHB'nin oluşumuna katkıda bulunmuştur.

Gelişmiş ülkelerde artan kamu harcamalarının sorunları çözememesi bu ülkelerde yeni liberal akımların güçlenmesine yol açmıştır. "Yeni Sağ" anlayış olarak tanımlanan bu akımlar kamu harcamalarının azaltılması, idareci kavramının yerini yöneticinin alması ve yönetim ilkelerini ön plana çıkarmıştır. Ülkemizde uygulanmaya

başlanan KHB modeliyle birlikler kendi bütçelerini oluşturacaklarından kaynaklarını verimli kullanmaları planlanmıştır. Bu kapsamda merkezin verimsiz sağlık kuruluşlarına transfer yapması sona erecektir. Birliklerde idarecinin yerini yönetici almıştır. Ayrıca birliklerde yönetim ilkesi çerçevesinde iki yönlü bir yönetim sistemi mevcuttur.

KHB modeline geçilmesi ülkemizin iç dinamiklerinden kaynaklanan nedenlerden de kaynaklanmaktadır. Vatandaşların vergi gelirleriyle hizmetlerin finansmanına katkıda bulunmaları, özel sektörün hizmet kalitesinin artması ve küreselleşme sürecinin etkisiyle vatandaşların kamu kuruluşlarından kaliteli hizmet talebi artmıştır. Bu kapsamda uygulamaya geçen KHB modeliyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Birlikler belirli kalite standartları ve verimlilik kriterlerine göre denetlenerek başarısız bulunan birlik yöneticilerinin sözleşmeleri iptal edilmektedir.

KHB modeli 5. Kalkınma Planı'ndan itibaren sürekli olarak planlarda yer almıştır. 5. ve 6. Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda sağlık kuruluşlarının işletmecilik anlayışına uygun yönetilmesi yer almıştır. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda tedavi bedelinin hastalar tarafından ödenmesi, Genel Sağlık Sigortası Sistemi'ne geçilmesi, özel sağlık sektörünün etkinliğinin artırılması ve hastanelerin özerk işletmeler haline dönüştürülmeleri hedeflenmiştir. 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması yer almıştır. Bu planların ortak noktası sağlık sektörünün yeniden organizasyonu ve hastanelerin özerk yapıya kavuşturulmalarıdır. KHB modeliyle neredeyse bütün planlarda yer alan bu durum gerçekleşmiş olmaktadır.

Sağlık sektörümüzde uzun bir geçmişe dayanan yeniden yapılanma çabalarıyla etkili bir sağlık sistemi henüz oluşturulamamıştır. Uluslararası kuruluşların politikaları, küreselleşme süreci ve yeni yaklaşımlar çerçevesinde ilerleyen bu yeniden yapılanma faaliyetlerinin ucu açıktır. Ayrıca bu sürecin ulusal çıkarlar ve vatandaşların ihtiyaçları doğrultusunda ilerlediği de tartışmalıdır. Bu çalışma sağlık sektörümüzdeki yenilikleri tek yönlü bir bakış açısıyla değil bütün boyutlarıyla ele almaya çalışmaktadır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda bu bakış açısıyla önemli sonuçlara ulaşılabilecektir.

## KAYNAKÇA

AKCAGÜNDÜZ, Emre. "Kamu Tercih Teorisi ve Türkiye Üzerine Olan Etkisi Üzerine Bir İnceleme", **Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi Bilimleri Dergisi**, Cilt: 2, Sayı: 2, 2010, s. 29-35.

AKDUR, Recep. **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi, Ankara, 2003, s. 51.

AKIN, Fethulah. "Küreselleşme, Kuzey-Güney ve Yoksulluk", **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 6, Sayı: 2, 2004, s. 81-94.

AKSAKOĞLU, Gazanfer. "İngiltere Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, Sayı: 5, 1994, 96-100.

AKSOY, Aylin. **Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme: Muğla Devlet Hastaneleri Çalışanları Örneği**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla, 2006.

AKSOY, Şinasi. "Yeni Sağ Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım", **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 1, 1998, s. 3-13.

—. "Yeni Sağ ve Devletin Değişimi", **Türkiye'de Kamu Yönetimi**, der. Burhan Aykaç-Şenol Durgun-Hüseyin Yayman, Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, ss.545-559.

AKTAN, Coşkun Can. **Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine: Özelleştirme**, Takav Matbaası, Ankara, 1993.

—. "Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm Libertarianizm", **Amme İdaresi Dergisi** Cilt: 38, Sayı: 1, 1995, s. 3-32.

—. "Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama", **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt: 22, Sayı: 4, 2008, s. 3-21.

AKYAR, Fatih Kaan. **Kamu Hizmetlerinin Desantralizasyonu Sürecinde Türkiye'de Belediye Hizmetleri ve Gelirleri**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.

ALEMDAR, Esra. "Toplam Kalite Yönetimine Geçişte Personelin Eğitimi ve Katılımın Sağlanması", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 17-18.10.1997, s. 195.

ANNEAR, Peter Lesli. **Healthy Markets–Healthy People? Reforming Health Care in Cambodia**, School of Health Sciences, Darkin University, 2001.

ALTUNBAĞ, Mehmet. **İSO 9000 Standartları ve Toplam Kalite Yönetiminin Uluslararası Pazarlamaya Etkileri**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, 2005.

AŞGIN, Sait. **Kamuda Stratejik Planlama**, İçişleri Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2006.

—. **Stratejik Yönetim**, İçişleri Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2008.

ATALAY, Selçuk. "Sağlığın Piyasalaştırılması ve Sağlıkta Eşitsizliğin Artması İçin Bir Model: Genel Sağlık Sigortası", **Kamu Yönetimi Dünyası**, Sayı: 23, Ankara, 2005.

ATEŞ, Seçil. **Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı ve Bursa Nilüfer Belediyesi Örneği**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2009.

AVRUPA BİRLİĞİ BAKANLIĞI. **Bir Bakışta Sağlık Avrupa 2010**, Ankara, 2011.

BAĞIRGAN, Tijen. **Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2007.

BALAY, Refik, "Küreselleşme, Bilgi Toplumu ve Eğitim", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 2, Ankara, 2004.

BALCI, Asım - NOHUTÇU Ahmet. **Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2003.

BALCI, Asım - KIRILMAZ Harun. "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları", **SağlıkEkonomisi ve Sağlık Yönetimi**, ed. Coşkun Can Aktan - Ulvi Saran, Sakarya, 2007, 134-165.

BAŞBOĞAOĞLU, Uğur. "Gaziantep’deki Kamusal ve Özel Kesimdeki İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi", **Verimlilik Dergisi**, Sayı: 34, 1999, s. 15-20.

BAYAR, Fırat. "Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye", **Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi**, Sayı: 32, Borensztein Eduardo, 2008, s. 25-34.

BELEK, Hülya - BELEK İlker. "Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 78, 1997, s. 44-53.

BELEK, İlker - SOYER Ata. **Sağlıkta Özelleştirme**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1995.

—. "Dünyada ve Türkiye'de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği", **Türkiye'de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları**, içinde, 340-341. İstanbul, 1997, s.

—. "Türkiye'de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları", **Dünyada ve Türkiye'de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu**, Cilt: 1, İstanbul, 06-07.10.1997, s. 340-341.

BİLGİÇ, Veysel. **Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar**, ed. Asım Balcı - Ahmet Nohutçu, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2003.

BOLAY, S. Hayri. "Küreselleşme ve Milli Kültürler", **Küreselleşme**, ed. Cemal Uşak, Ufuk Kitapları, İstanbul, 2002.

BULUT, Nihat. **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul, 2009.

CİCCONE, Dana Karen. "Arguing for a Centralized Coordination Solution to the Public-Private Partnership Explosion in Global Health", **Global Health Promotion**, çev. Davut Günaydın, Cilt: 17, Sayı. 48, 2010, s. 324-362.

COŞTU Yakup. "Küreselleşme Üzerine Bazı Düşünceler", **Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Sayı: 4, 2005, s. 90-105.

ÇATALOLUK, Cuma. **Küreselleşme Sürecinde IMF İstikrar Politikalarının Etkinliği Türkiye Örneği**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa, 2005.

ÇETİN, Rana. "İngiltere, Almanya ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları", **Emek Dünyası Dergisi**, Ankara, 06.10.2007.

<http://www.emekdunyasi.net/ed/arastirmalar/450-ingiltere-almanya-ve-turkiye-de-sosyal-guvenlik-sistemleri-ve-saglik-reformlari> (23.12.2012).

DAĞLI, Gamze H. **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.

DENNIS, Mueller. **Perspectives on Public Choice: A Handbook**, çev. Nurlane Ahundzade - Geray Musayev, Cambridge, 1996.

DİLEYİCİ, Dilek. "Devletin Mali Alandaki Rol ve Fonksiyonlarındaki Değişim", **Kamu Maliyesinde Çağdaş Yaklaşımlar**, ed. Coşkun Can Aktan – Dilek Dileyci, Seçkin Yayınları, Ankara, 2004.

DİLİK, Sait. "Atatürk Döneminde Sosyal Politika", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 40, Sayı: 1, 1985, s. 93-98.

DİNÇER, Tefik - ALOĞLU, Ersen - ŞAHİN İsmet. "Yatış Süresine ve Varyansına Etki Eden Faktörlerin Kontrol Edilebilirliği", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 111, Sayı: 1, 1995, s. 5-10.

DİNÇER, Ömer – YILMAZ, Cevdet. **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma I: Değişim Yönetimi İçin Yönetimde Değişim**, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 2003.

DİNLER, Zeynel. **İktisada Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2001.

DİRİCAN Rahmi - BİLGEL Nazan. **Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.

DİRİCAN, Rahmi. **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-1: Sağlık Yönetimi**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, İstanbul, 1997.

DPT. **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**, DPT, Yayın No: 2174, Ankara, 1989.

—. **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, DPT, Ankara, 1996.

—. **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**, DPT, Ankara, 2001.

—. **Dokuzuncu (2007-2013) Kalkınma Planı**, DPT, Ankara, 2007.

—. **Dünyada Küreselleşme ve Bölgesel Bütünleşmeler**, DPT Yayınları, Ankara, 1995.

—. **VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı**, Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ÖİK Raporu, (Rapor No: DPT: 2507), DPT Yayını, Ankara, 2000, 30.

—. **2004 Yılı Programı**, DPT Yayınları, Ankara, 2003.

DURMUŞ, Mustafa. "Kamu Harcamalarının Artışını Açıklayan Makro ve Mikro Modellere İlişkin Bir Değerlendirme", **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 8, Sayı: 3, 2006, s. 251-299.

DURSUN, Davut. **Siyaset Bilimi**, Beta Yayınları, İstanbul, 2002.

EKMEKÇİ, Elif Bor. **Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları**, Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2010, s. 20.

EMRE, Cahit. "Cumhuriyet Döneminde Türkiye’de Bilim", **Sosyal Bilimler II Sempozyumu Kitabı**, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 01-02.11.2000, 1998, s. 99-112.

ER, Ünal. **Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011.

ERDOĞDU, Seyhan. "Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma", **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu**, Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, Ankara, 20.11.2003, 2004. s. 68-85.

ERKAN, Volkan. **Kamu Kuruluşlarında Stratejik Planlama**, DPT Yayınları, Ankara, 2008.

ERSÖZ, Deniz. **Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir, 2010.

ERSÖZ, Filiz. "Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi", **İstatistikçiler Dergisi**, Sayı: 2, 2008, 95-104.

ERYILMAZ, Bilal. **Kamu Yönetimi**, Erkam Matbaası, İstanbul, 2002.

ESATOGLU, Ezel Afsun. "Hastanelerde Kalite, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi, İşgören Eğitimi ve Akreditasyon Güvencesi", **Hastane ve Yaşam Dergisi**, Cilt: 2, Sayı: 5, Ankara, 2006, s. 50-55.

FARAZMAND, Ali. "Küreselleşme ve Kamu Yönetimi", **Mülkiye Dergisi**, çev. Sevilay Kaygalak, Cilt: 25, Sayı: 229, 2001, s. 245-278.

FIGUERAS, Josep - SALTMAN Richard. "Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi", çev. Davuthan Günaydın, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 5, 1999, 384-396.

FİŞEK, Nusret. "Sağlık Hizmetleri ve İşçi Ailelerinin Sağlık Sorunları", **Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 1982.

—, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yerleştirme Merkezi, Ankara, 1983.

FİŞEK Gürhan - ÖZSUCA Şerife Türcan. **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Ankara, 1997.

FRANCE, George. **Avrupa'da Sağlık Hedefleri**, Roma, 2002.

<http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm>. (23.12.2002).

GÖKÇE, Hülya. **Küreselleşmede Dünya Ticaret Örgütü'nün Yeri**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.

GIDDENS, Anthony. **Elimizden Kaçıp Giden Dünya**, çev. Osman Akınhay, Alfa Yayınları, İstanbul, 2000.

GÖZEN, Ramazan. "Küreselleşme ve Uluslararası İlişkiler", **Liberal Düşünce Dergisi**, Cilt: 2, Sayı 7, İstanbul, 1997, 74-91.

C. Griffin, Charles. **Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector**, WB Press, Washington, 1990.

GÜLER, Birgül Ayman. **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi**, İmge Kitabevi, Ankara, 2005.

GÜLÖZ ŞAHİN, Sakine. **Türkiye'de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya, 2006.

GÜNAYDIN, Davuthan. "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, Sayı: 60, 2011, s. 323-365.

GÜNER, Şükrü. "Kamu Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (Desantralizasyon-Demokratikleşme)", **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt: 40, 2001, 1209-1216.



GÜZELSARI, Selime. "Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu işletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Gelişme ve Toplum Araştırmaları Merkezi Tartışma Metinleri**, Ankara, 2004.

HACIÖMEROĞLU, Mustafa. "Abdülhamit Döneminde Sağlık Hizmetlerine Bakış", **Düşünen Siyaset Düşünce Dergisi**, Sayı: 27, Ankara, 2010, s. 224-233.

HALDENWANG, Christian Von. **Electronic Government (E-Government) and Development, The European Journal of Development Research**, <http://dx.doi.org/10.1080/0957881042000220886>. (Erişim tarihi: 06.01.2013).

HAM, Chris. **Healty Care Reform: Learning From International Experience**, çev. Davuthan Günaydın, Open University Press, Birmingham, 1997.

HEEKS, Richard. "Reinventing Govrnment in the Information Age", **Reinventing Government in the Information Age**, ed. Richard Heeks, çev. Volkan Erkan, Routledge NY, 1999.

HİRST, Paul - THOMPSON Grahame. **Küreselleşme Sorgulanıyor**, çev. Çağla Erdem - Elif Yücel, Dost Kitabevi, 2012.

JAMESON, Fredric. "Küreselleşme ve Politik Strateji," **Birikim Dergisi**, Sayı: 139, İstanbul, 2000, s. 39-50.

JESSOP, Bob. "The Regulation Approach, Governance and Post-Fordism: Alternative Perspectives on Economic and Politicial Change", **Economy and Society**, Cilt: 24 Sayı: 3, New York, 1995, s. 307-333.

KANBUR, Aysun - KANBUR Engin. "Toplam Kalite Yönetiminin Mavi Yakalı İş gören Motivasyonu Üzerindeki Etkisi: Mobilya Sektöründe Ampirik Bir Araştırma", **Yönetim Ve Ekonomi Dergisi** Cilt: 15, Sayı: 1, 2008, 27-40.

KARABAĞ, Hüseyin. **Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.

KARABULUT, Kerem. "Sağlık Sektöründe Özelleştirme", **İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt: 15, Sayı: 1, 2001, s. 31-41.

KARACA, Nil. "GATT'tan Dünya Ticaret Örgütü'ne", **Maliye Dergisi**, Sayı: 144, Eylül-Aralık, Ankara, 2003, s. 84-99.

KARAGAN, Erhan. **Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.

KARAMAN, Zerrin Toprak. "Yönetim Stratejilerindeki Gelişmeler", **Türk İdare Dergisi**, Cilt: 72, Sayı: 426, 2000, 37-53.

KARCI, Şükrü Mert. "Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımının Temel Değerleri Üzerine bir İnceleme", **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 10, Sayı: 2, 2008, s. 209-224.

KAVUNCUBAŞI, Şahin. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, 2000.

KAYA, Aygül. **Türkiye ile Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı İstanbul, 2011.

KAZGAN, Gülten. **Küreselleşme ve Ulus Devlet**, Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2002.

KERMAN, Uysal. **Türkiye'de Devletin Küçültülmesi Sorunu**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.

KOÇYİĞİT, Mustafa. **Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Bu Yaklaşımların Polis Teşkilatına Yansımaları**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Polis Akademisi Güvenlik Birimleri Enstitüsü, Ankara, 2011.

KORAY, Meryem. **Küreselleşme ve Ulus Devlet**, Yıldız Teknik Üniversitesi SAM Yayınları, İstanbul, 2001.

KORKMAZ, Tülay. **Türkiye'nin kullandığı uluslararası krediler ve çevre (IMF ve Dünya Bankası)**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2003.

KÖSE, Ömer. "Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 49, 2003, s. 3-46.

KURUŞÇU, Mehmet. **Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri**, İstanbul Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul, 2003.

KUTLU, Önder. **Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi**, Çizgi Yayınevi, Konya, 2006.

KÜÇÜK, Aziz. **Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri Modeli" Üzerine**, Kamu Yönetimi Çalışmaları, Ankara, 2010.

MARCHILDON, Gregory. "Health systems in transition: Canada", **WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies**, çev. Arzu Çakır, Copenhagen, 2005.

MİLTON, Roemer. "National Health Systems Throughout the World", **Annual Review of Public Health**, çev. Erhan Karagan, Sayı: 14, 1993, s. 335-353.

MUTLU, Ayşegül - IŞIK Abdülkadir. **Sağlık Ekonomisi ve Politikaları**, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Yayın No: 14, İstanbul, 2002.

MÜFTÜOĞLU, Özgür. **Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz**, Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Sanayi Kongresi Bildiriler Kitabı. İstanbul, 2001, s. 263-269.

NADAROĞLU, Halil. **Kamu Maliyesi Teorisi**, Beta Yayınları, İstanbul, 1998.

NESİROVA, Zenfira - SOYAK Alkan. "Küreselleşme sürecinde IMF Politikalarının Sonuçları: Azerbaycan Deneyimi", **Küreselleşme Sürecinde Kafkasya ve Orta Asya**, Qafqaz Üniversitesi, Bakü, 2003, s. 1.

ORAN, Baskın. **Küreselleşme ve Azınlıklar**, İmaj Kitabevi, Ankara, 2001.

ORHAN, Özge. **Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2006.

ÖMÜRGÖNÜLŞEN, Uğur. "Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği", ed. Muhittin Acar - Hüseyin Özgür, Nobel Yayınları, Ankara, 2003, s. 3-43.

ÖZATKAN, Yonca. **Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2008.

ÖZBİLEN, Şevki. "Küresel Mali Kriz ve IMF Politikalarının Ulusal Mali Sisteme Etkileri", **Finans Dünyası Dergisi**, Sayı: 132, 2000, s. 2-5.

ÖZDEK, Yasemin. "Globalizmin İdeolojik Hegemonyası", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 32, Sayı: 3, 1999, s. 26-27.

ÖZEN, Mehmet. "GATS ve Sağlık Sektörü", **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Cilt: 3, Sayı: 11-12, 2002, s. 42-45.

ÖZER, Mehmet Akif. **Yeni Kamu Yönetimi**, Platin Yayıncılık, 2005.

ÖZKAN, Yıldız. "Küreselleşme, Sağlık ve Toplum", **Gaziantep Tıp Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 1, 2008: 31-32.

ÖZSUCA, Şerife. "Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Sayı: 58-2, 2003, 133-152.

ÖZTEK, Zafer. "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", **Yeni Türkiye**, Sayı: 39 2001, s. 295.

ÖZVERİ, Murat. "Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı", **Praksis Dergisi**, Sayı: 9, 2003, s. 321-336.

PALA, Kayahan. "2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Durumu", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı: 68, 1995, s. 64-75.

PAUL, Turnel D. - POLL Louis G. "Beyond Patient Satisfaction", (Çev.: Muhteber Günal), **Journal of Health Care Marketing**, xv-3, 1995, 45.

RAMESH, Mathan. "Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore", **The American Review of Public Administration**, Sayı: 38, California, 2008, s. 62.

RESMİ GAZETE. **Hususi Hastaneler Kanunu**, Sayı: 2419, 24.05. 1933.

—. **Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**. Sayı: 10705, 12.01.1961.

—. **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961)**, Sayı: 10859, 20.07.1961.

—. **Sosyal Sigortalar Kanunu**, Sayı: 11766-11779, 17.07.1964.

- . Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu, Sayı: 12670, 10.08.1967
- . **Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu**, Sayı: 13956, 14.09.1971.
- . **Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun**, Sayı: 16341, 09.07.1978.
- . **Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair kanun**. Sayı: 17207 (mükerrer), 31.12.1980.
- . **Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun**, Sayı: 17439, 25.08.1981.
- . **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982**, Sayı: 17863 (mükerrer), 18.10.1982.
- . **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**, Sayı: 17927, 13.01.1983.
- . **Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Sayı: 18251(mükerrer), 14.12.1983.
- . **Tarım Kesiminde Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu**, Sayı: 18197, 20.10.1983.
- . **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**, Sayı: 19461, 07.05.1987.
- . **Anayasa Mahkemesi Kararı**, Karar Sayısı: 1988/8, Karar Günü: 19.04.1988, Sayı: 19908, 23.08.1988.
- . **Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun**, Sayı: 21273, 03.07.1992.
- . **Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası ile Türkiye Cumhuriyeti Arasında İktisat Anlaşmasının Onaylanmasına Dair Karar**, Sayı: 22149, 22.12.1994.
- . **7. Beş Yıllık Kalkınma Planı**, Sayı: 22354 (mükerrer), 25.07.1995.
- . **Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmeleri Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**. Sayı: 22168, 11.01.1995.
- . **Temel Sağlık Hizmetleri Projesi İktisat Anlaşması**, Sayı: 20658, 07.12.1997.
- . **İşsizlik Sigortası Kanunu**, Sayı: 23810, 25.08.1999.

- . **İşsizlik Sigortası Kanunu**, Sayı: 23810, 08.09.1999.
- . **Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun**, Sayı: 23866, 04.11.1999.
- . Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Kurulması Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Sayı: 24190 (mükerrer), 04.10.2000.
- . **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı**, Sayı: 684, 06.06.2000.
- . **Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Kurulması Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Sayı: 24190 (mükerrer), 04.10.2000.
- . **Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Yönetmeliği**, Sayı: 24578, 09.11.2001.
- . **Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar**, Sayı: 25373, 14.02.2004.
- . "Hastane Reformu", **Sağlıkta Strateji Dergisi**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Sayı: 1, 1994, 15-20.
- . Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Sayı: 25665, 09.12.2004
- . **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**, Sayı: 26200, 16.06.2006.
- . **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**, Sayı: 26200, 16.06.2006.
- . **Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**, Sayı: 26173, 16.05.2006.
- . **Atama Kararları**, Sayı: 28066, 26.09.2011.
- . **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**. Sayı: 28103 (mükerrer), 02.11.2011.
- . **3046 Sayılı Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname**, Sayı: 27958 (mükerrer), 08.06.2011.
- . **Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği**, Sayı: 28163, 04.01.2012.

—. **Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**, Sayı: 28226, 07.03.2012.

SAĞLIK BAKANLIĞI. **Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1992.

—. **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, ed. Richard B. Saltman - Joseph Figueras, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.

—. **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004.

—. "Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi", **Leading the way Calgary**, ed. Salih Mollahaliloğlu - Hakkı Gürsöz - Banu Ayar, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2006, s. 19-26.

—. **Sağlık İstatistik Yıllığı**, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2008.

—. **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 749, Ankara, 2008.

—. **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri**, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Ankara, 2008.

—. **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011.

—. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010**, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2011.

—. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara, 2012.

—. **Acil Eylem Planı (16 Kasım 2002)**, <http://www.ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf>. (11.03.2012).

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI. **Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl**, SSBY Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara, 1973.

SALLAN GÜL, Songül. **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa**, Etik Yayınları, İstanbul, 2004.

SALTIKLI, Ahmet. "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 10, Sayı: 68, 1995, 38-44.

SALTMAN, Richard - FİGÜERAS Joseph. **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, çev. Davuthan Günaydın, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.

—. "Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi", (Çev.: Davuthan Günaydın), **Toplum ve Hekim**, Cilt: 14, Sayı: 5, 1999, 385.

SARGUTAN, A. Erdal. "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", **Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 8, Sayı: 3, Ankara, 2005, s. 400-428.

SARIBAY, Ali Yaşar. "Kültürel Bir Olgu Olarak Küreselleşme", **Küreselleşme**, ed. Cemal Uşak, Ufuk Kitapları, İstanbul, 2002.

SARP, Nilgün. "Akreditasyon", **Hastane ve Yaşam Dergisi**, Cilt: 2, Sayı: 5, Ankara, 2006, s. 10-13,

ŞAYLAN, Gencay. **Değişim Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Yayınları, Ankara, 2003.

SEÇİM, Hikmet. **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Küre Ajans, İstanbul, 1991.

ŞEKER, Mehmet. **İslamda Sosyal Dayanışma Müesseseleri**, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1997.

ŞENATALAR, Burhan. "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış", **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt: 4, Sayı: 25, 2003, s. 25-30.

ŞENER, Orhan. **Kamu Ekonomisi**, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2006.

SEVİM, İbrahim. **1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006.

SEVİN, Dilek. "Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Yiyecek-içecek Hizmetlerinin Verimli Sunulması", **Verimlilik Dergisi**, Sayı: 2, 1999, s. 181.



SEVİNÇ, Sait. "Kalite Geliştirme Ve Değerlendirme Kriterleri", **Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi**, Cilt: 15, Sayı: 2, Ankara, 2005, s. 16-17.

SEYİDOĞLU, Halil. **Uluslararası İktisat**, Güzem Yayınları, İstanbul, 2001.

SHAW, R. Paul. **New Trends in Public Sector Management in Health Applications in Developed and Developing Countries**, çev. Aziz Küçük, The World Bank HNP Discussion Paper, Washington, 2004.

SOYER, Ata - BELEK İlker. **Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme**, Sorun Yayınları, 1995.

SOYER, Ata. "1980’den Günümüze Sağlık Politikaları", **Praksis Dergisi**, Sayı: 9 2003, s. 261-263.

— . **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sağlıkta Değişim**, Ankara, 2002.

SÖZEN, Süleyman. **Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi**, Seçkin Yayınları, Ankara, 2005.

ŞAYLAN, Gencay. **Değişim Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Yayınları, Ankara, 2003.

ŞEKER, Mehmet. **İslamda Sosyal Dayanışma Müesseseleri**, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1997.

TATAR, Mehtap. "Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 26, Sayı: 4, Ankara, 1993, 137-151.

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ ULUSLARARASI KONFERANSI, **Alma Ata Bildirisi**, <http://www.hayad.org.tr/content/view/133/27/>, Erişim tarihi: 27.03.2012.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver - GÜZEL Alper. "Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri-II", **Sosyal Güvenlik Dünyası, Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Yayını**, Cilt: 14, Sayı. 74, 2011, s. 13-26.

TONAK, E. Ahmet. "Küresel Komşuluk", **Birleşmiş Milletler Küresel Yönetim Komisyonu**, Türkiye Çevre Vakfı Yayını, Ankara, 1996.

TETİK, Fatih. **Osmanlı Devleti'nin Tanzimat Dönemi Kamu Sağlığı Politikası**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Türk Tarihi Anabilim Dalı Yakınçağ Tarihi Bilim Dalı İstanbul, 2007.

TUNCAY, A. Can. "Genel Çizgileriyle 4447 Sayılı Kanun", **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 1, 2000, s. 4-6.

TUTAR, Hasan. **Küreselleşme Sürecinde İşletme Yönetimi**, Hayat Yayınları, İstanbul, 2000.

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ. "On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 16, Sayı: 1 2001, s. 28.

TÜRK, Meral. "Fransa Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 3 2007, s. 5-10.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU, **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge**, <http://www.hekimedya.org/index.php/temalar/bakanlik-sgk/744-tuerkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tara-te.html>, Erişim tarihi: 01.12.2012.

UZ, M. Hulki. "Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi", **Amme İdaresi Dergisi**, TODAİE (Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Cilt: 32, Sayı: 1, 1999, s. 106.

ÜNAL, Erdinç - ATEŞ Metin. **Sağlık ve Piyasa**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No: 2, İstanbul, 2002.

WB. **Financing Health Services in Developing Countries**, A World Bank Policy Study, WB Press, Washington, 1992, s. 44.

—. "Sağlıkta Dönüşüm Programı", **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, WB Press, Washington, 2008, s. 36-48.

—. **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.

—. **The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance**, WHO, Geneva, 2000.

—. **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II. Human Development Sector Unit**, Report No: 24358-TU, The World Bank, New York, 2003.

—. **World Health Report 2008 Primary Health Care Now More Than Ever**, WHO. Switzerland, 2008.

—. **Health Systems&Financing - Autonomization/Corporatization**, <http://web.worldbank.org/>, Erişim tarihi: 27.03.2012.

WYNAND, P. M - VAN De Ven. "Market–Oriented Health Care Reform: Trends and Future Options", çev. Davuthan Günaydın, **Soc. Sci. Bird**, Cilt: 43, Sayı: 5, 1996, s. 656-657.

**Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi**, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev\\_yonr/y\\_kalite\\_yon.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_yonr/y_kalite_yon.pdf), Erişim tarihi: 12.04.2012.

YAZGAN, Turan. **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları**, Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul, 1992.

YELDAN, Erinç. "Neo-Liberalizmin Bir Söylemi Olarak Küreselleşme", **İktisat Üzerine Yazılar I, Küresel Düzen; Birikim Devlet ve Sınıflar**, der. Ahmet H. Köse - Erinç Yeldan - Fikret Şenses, İletişim yayınları, İstanbul, 2003.

YENİMAHALLELİ, Yaşar Gülbiye. **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin. **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.

—. "Avrupa Birliğine Uyum Süreci'nde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği", **Hastane Yaşam Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 1, 2004, s. 1-8.

YILDIRIM, Savaş. **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: 2350, Ankara, 1994.

YILDIZ, Özkan. "Küreselleşme, Sağlık ve Toplum", **Gaziantep Tıp Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 1, 2008, s. 31-32.

YILMAZ, Cevdet - DİNÇER Ömer. **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma I: Değişim Yönetimi İçin Yönetimde Değişim**, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 2003.

YILMAZ, Mehmet. "Uluslararası Ekonomik ve Mali Kuruluşların İstihdam Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği", **Mülkiye Dergisi**, Cilt: 27, Sayı: 239, 2003, s. 166.

YURDADOĞ, Volkan. "Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi", **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 16, Sayı: 1, 2007, s. 592.

ZORLUTUNA, Yaman. **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler, 6. Ulusal Kalite Kongresi, İstanbul, 1997, s. 85.

<http://muhasebeturk.org/yazarlar/80-resul-kurt-kose-yazilari-makaleleri/>, Erişim tarihi: 29.04.2012.

<http://www.who.int/en/>, Erişim tarihi: 29.04.2012.

<http://www.lhins.on.ca/english/main/aboutLHINs.asp>, accessed, Erişim tarihi: 10.03.2012.

[http://www.im.dk/publikationer/government\\_reform\\_in\\_brief/index.htm](http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm), accessed, Erişim tarihi: 10.03.2012.

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4124723](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4124723), Erişim tarihi: 11.03.2012.

<http://www.bmb.oxfordjournals.org/content/81-82/1/39.full>, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<http://www.sdnte.gouv.fr/htm/dossiers/plfss/2005/annexe/annc.pdf>, accessed, Erişim tarihi: 11.03.2012.

[http://www.parhtage.sante.r/r7/idf/site.nsf/\(WebPub\)/SROS\\_3](http://www.parhtage.sante.r/r7/idf/site.nsf/(WebPub)/SROS_3), accessed, Erişim tarihi: 11.03.2012.

[http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya...harcamalr%FD\\_RA..](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya...harcamalr%FD_RA..), Erişim tarihi: 11.03.2012.

<http://www.kemalonur.com/serbest-bolge/gsmh-gayri-safi-milli-hasila-nedir-nasil-hesaplanir.html>, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, Erişim tarihi: 11.03.2012.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20121226.html>. Erişim tarihi:

<http://www.sakahed.org/?amac-ve-hedefler,55>, Erişim tarihi: 21.03.2012.

<http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290>, Erişim tarihi: 18.03.2012.

<http://www.saglik.net/saglik/138370-saglikta-performans-ve-kalite.html?langid=1>, Erişim tarihi: 13.04.2012

<http://saglikyoneticisi.blogspot.com/2012/02/hastane-organizasyonlari-ve-hastane.html>, Erişim tarihi: 25.03.2012.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/>, Erişim tarihi: 25.03.2012.

[http://www.saglik.gov.tr/TR/birimler/kamu\\_hastaneleri\\_kurumu.pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/birimler/kamu_hastaneleri_kurumu.pdf), Erişim tarihi: 27.11.2012.

<http://www.renkliweb.com/soru-cevap-2/turkiyede-bebek-olum-hizi-ve-orani-2010.html>, Erişim tarihi: 20.03.2012.

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en), Erişim tarihi: 05.04.2012.

[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC), Erişim tarihi: 07.04.2012.

<http://www.tse.org.tr/Turkish/KaliteYonetimi/9000bilgi.asp>, Erişim tarihi: 11.04.2012.

<http://www.quality.baskent.edu.tr/publication5.htm>, Erişim tarihi: 11.04.2012.

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=777>, Erişim tarihi: 13.04.2012.

<http://www.memorial.com.tr/kurumsal/kalite-yonetim-sistemimiz/>, Erişim tarihi: 14.04.2012.

<http://www.stetuskop.com/showthread.php?p=42451>, Erişim tarihi: 14.04.2012.

<http://www.saglik.net/saglik/138370-saglikta-performans-ve-kalite.html?langid=1>,  
Erişim tarihi: 13.04.2012.

[http://www.standartkalite.com/saglikta\\_kalite\\_akreditasyonu.htm](http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm), Erişim tarihi:  
14.04.2012.

<http://www.avrupa.info.tr/DelegasyonPortal.html> Erişim Tarihi: 05.01.2013.