



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ
POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM VE YÖNETİMİ: AĞRI İLİ
ÜZERİNDEN BİR İNCELEME**

Burhanettin COŞKUN

Prof. Dr. Selma KARATEPE

İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim
Yönetmeliği'ne Göre Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
Yönetim Bilimleri Dalında Hazırlanan;

DOKTORA TEZİDİR

Malatya, 2014



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ
POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM VE YÖNETİMİ: AĞRI İLİ
ÜZERİNDEN BİR İNCELEME**

Burhanettin COŞKUN

Prof. Dr. Selma KARATEPE

İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim
Yönetmeliği'ne Göre Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
Yönetim Bilimleri Dalında Hazırlanan;

DOKTORA TEZİDİR

Malatya, 2014

ONAY SAYFASI

T.C. İnönü Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne

Malatya

Enstitümüz Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yönetim Bilimi Bilim Dalı Doktora Öğrencisi Burhanettin COŞKUN tarafından Prof. Dr. Selma KARATEPE'nin danışmanlığında hazırlanan “**T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişim ve Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme**” başlıklı bu çalışma 04/11/2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:.....

Üye:.....

Üye:.....

Üye:.....

Üye:.....

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım

...../...../2014

Prof. Dr. Mehmet KARAGÖZ

Enstitü Müdürü

ONUR SÖZÜ

Doktora tezi olarak sunduğum “**T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişim ve Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme**” başlıklı bu çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakçada yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Burhanettin COŞKUN

ÖNSÖZ

Her zamankinden daha karmaşık bir değişim rüzgârının yaşandığı çağımızda, bu değişimin yönünü kestirmek eskisine oranla daha da zor hale gelmektedir. Artık bireylerin ihtiyaçları, organizasyonların elastik yapıları, kurumların organik işlevleri ve devletlerin kontrol alanları kimi yerde daralmaya kimi yerlerde ise genişlemeye başlayarak hayal gücümüzü sınamaktadır. Artık bilgi ve iletişim eskisinden daha çevik, daha hızlı ve daha kesin olmuştur. Bu rüzgârın farkında olmayan ve bu rüzgâra aynı doğrultuda kapılmayan bir gemi, kaptanı bu rüzgârı çok iyi hesap etmediği takdirde istediği yere ulaşamayacaktır. Rüzgâra benzettiğimiz bu değişim anlayışının etkisi ile bireyden devlete kadar tüm organizasyonların yaşamsal döngüyü elde tutmak ve insanları mutlu etmek amacıyla değişim stratejilerini ve uygulamalarını benimsemek zorunda olduğunu söyleyebiliriz.

Bu çalışmanın oluşturulmasında ve her aşamasında yol gösteren, birçok önemli tavsiyelerde bulunarak tezin şekillenmesini sağlayan ve beni bilimsel yolda düşünceleriyle destekleyen çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Selma KARATEPE'ye en içten ve özel teşekkürlerimi sunmayı bir borç biliyorum. Çalışmam boyunca değerli fikirleriyle katkıda bulunan hocalarım Doç. Dr. S. Mustafa ÖNEN'e, Doç. Dr. Mehmet DENİZ'e, Doç. Dr. Aydın USTA ve Yrd. Doç. Dr. M. Sinan KAYNAK'a aynı içtenlikle teşekkür ederim. Ayrıca kıymetli dönem arkadaşlarım Mehmet YİĞİT'e, İhsan EKEN'e ve Haydar ALBAYRAK'a ve anket çalışmalarımın oluşturulması ve şekillenmesi ile tamamlanmasında bana katkıda bulunan Feyza İNCEOĞLU'na da teşekkür ediyorum.

Bu çalışmamı tamamlamamda ve tüm meslek hayatımda bana her zaman destek veren anne ve babama, kardeşlerime, meslek arkadaşlarıma, üniversite çalışanlarına en derin sevgi ve saygılarımı sunarım. Çalışmamın her aşamasında yanımdan bir an bile ayrılmadan beni teşvik eden, yön gösteren, fedakârlığını esirgemeyen ve çelikten sabırla bana gönülden destek veren değerli eşim Neriman'a ve okul hayatında bana başarılarıyla daha şimdiden güzel duygular yaşatan biricik oğlum Bora'ya da en kalbi şükran duygularımı sunuyorum.

Burhanettin COŞKUN

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM VE YÖNETİMİ: AĞRI İLİ ÜZERİNDEN BİR İNCELEME

ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER

Ait olduğumuz evrende her geçen zaman bir şeyler yer değiştirmekte, hiçbir şey aynı kalmamaktadır. Yaşadığımız dünya sürekli hareket halinde çeşitli varlıklarla doludur. Yerinde durmayan bu akıcı ve dinamik yaşam döngüsünde, kendimize uzak ya da yakın olduğunu düşündüğümüz, bildiğimiz ya da bilmediğimiz, sahip olduğumuz ya da olmadığımız somut veya soyut her şey sürekli ve önlenemez biçimde değişmektedir. Bu değişimi anlayacak gözlem, araştırma ve çözümlemeler yıllarca insanoğlunun kontrol altında tutmaya çalıştığı eylemler olarak tarihe adını yazdırmıştır.

En azından takvim yapraklarının, mevsimlerin, medeniyetin, bilginin ve daha birçok kavramın yerinde durmadığını gören insanlık, özellikle son 50 yıldır başına gelen bu değişim rüzgârını her türlü yöntem ve bilimsel gelişmelerle anlamaya başlamış, gerek fen bilimleri ve gerekse sosyal bilimlerin tüm alt yapısı birey, toplum, ulus ve ulus üstü organlarca bir disiplin haline getirilerek çeşitli anlayış ve algılama sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemler günümüze kadar çeşitli evrelerden geçerek gelişim göstermiş, birey ve toplum bağlamındaki etki alanını genişletmiş ve bireyin yaşam alanını diğer insanlarla paylaşabileceği ve daha etkin bir sosyal düzlem paradigmasına taşımıştır. Bu sosyal düzlemin oluşmasına bilimin yanında toplumsal kurallar da eklenmiş ve devlet gözetiminde pozitif özgürlüklerin eskiye göre daha uygarca yaşanabildiği alanlar meydana gelmiştir.

Değişimin kaçınılmaz olduğu felsefesine dayanarak, her geçen gün hayatın her noktasına nüfuz eden bir teknoloji olgusu, bunun beraberinde bilgi ve iletişim araçlarının hızı, ekonomik beklenti ve ihtiyaçlar çok boyutlu bir hal almıştır. Araştırmamızın ana omurgasını da bu konular oluşturmaktadır. Artık her şey çok hızlı değişmekte ve kontrolü kolay olmamaktadır. Değişen bireyler bulundukları organizasyonların kültür ve performansını değiştirmekte, algılar ihtiyaçlara ve tatminkârlık düzeyine göre derecelenmekte ve iş ve hizmet sağlayıcılar ise rekabet

sarmalına son zamanlarda daha çabuk girebilmektedirler. Türkiye’de de görülen sağlık hizmetleri politikalarına doğrudan bir çok etmen bulunmaktadır. Değişim boyutunun merkezinde insan olduğu kabullenmesiyle, insanın bulunduğu evre ve ortamına etkisini düşünmek daha ziyade değişimin başlangıç noktasını bize işaret etmektedir. Özellikle de sağlık konusunda çoğunlukla içerden gelen itici gler sebebiyle çözümlenmesi gereken ihtiyaçların değişkenliği, küresel gelişmeler, ekonomik kısıt ve düzenlemeler ve bilgi teknolojilerinin akıl almaz gelişim hızı, güçlü lus-devlet yapısında ve hizmet anlayışında dönüştürücü etkiler oluşturmaya başlamıştır.

Araştırmaya bu açıdan bakıldığında, halk sağlığının ve bunun sürdürülmesinde başta T.C. Sağlık Bakanlığının ve çalışanlarının konuya yaklaşımı çok büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada Türkiye’de özellikle son zamanlarda (2002’den bugüne kadar) oluşturulan birçok politikanın bu değişimle vatandaşlara olan etki ve uzantıları Sağlık Bakanlığı bazında ele alınmış ve Ağrı İli bir model olarak seçilerek gerek coğrafi olarak gerekse gelişmişlik düzeyi ve imkânlar-imkânsızlıklar sebebiyle tespit edilen tatmin seviyeleri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgularla birlikte Ağrı ilinde uygulanan sağlık hizmetlerinin sağlık çalışanlarınca benimsendiği, reform niteliğindeki aile hekimliği, birinci basamak hizmetleri, evde bakım hizmetleri, acil hizmetleri ve hasta bilgi alt yapısı sistemi gibi konuların uygulanabilirliğine olumlu katkılar sağlandığı değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Değişim, Reform, Kamu Hizmeti, Sağlık Hizmetleri, Yeni Kamu Yönetimi, Etkin Devlet, Sağlıkta Dönüşüm.

**THE CHANGE AND MANAGEMENT IN THE TURKISH REPUBLIC
PUBLIC HEALTH MINISTRY HEALTH SERVICE POLITICS: AN
EXAMINATION THROUGH THE PROVINCE OF AĞRI**

ABSTRACT AND KEY WORDS

In the universe that we are still living in, everything is changing instead of getting steady. Our planet earth, is full of creatures and events which are in a motion. In this unsteady life cycle, everything around us that whether we are aware of or not, belongs to us or not or concrete or not is continuously changing as it can not be blocked. The observations, researches and analyses which should understand these “change” activities are stil in the middle in the history science that is trying to be controlled by human beings.

The humanity at least, that can see the change in date in the calendar book, civilisation, knowledge and more of them , faced a kind of change storm especially in the past 50 years and tries to descibe these affects by the help different methods and of scientific researches. Humanity could perform some progressive acitivities and some.detection systems bye studying on these diciplines by person, society, nation and beyond nation organisations. These systems had been transformed into different types of matters and enlarged the concern-area on change and also enlarged teh the personeal area of living of a citizen that can be shared from the others in the society and more effective sosial environment. These systems through the various stages of development to the present day have shown, extend the domain in the context of the individual and society and the individual's living space with other people can share and moved to a more efficient paradigm in social plane. This social formation of the plane next to social science rules and under the supervision of the State of positive freedom compared to the more civilized therefore fields have occurred.

Change is inevitable, based on the philosophy, every point of life every day penetrating a case of a technology, it comes with the speed of information and communication tools, economic expectations and needs multidimensional has

become. It's all very fast changing and it is not easy to control. Changing the culture of the Organization and performance of individuals, detects needs and changing according to the level of satisfactory situations and business and service providers is the spiral of competition can more quickly in recent times. We can notice the health service examples through Turkey. Changing the size of a human being in the centre of knowledge, people think of the impact to the environment and the environment but rather will point us the starting point of the change. Mostly from the inside should be resolved due to the driving force of global developments, variability, economic constraints and regulations and information technologies does not mind development speed, powerful nation-state in the structure and services of the converter has started to create impact.

With this perspective, The Ministry of Health and the crew should be aware of the importance of the public health care and new possibilities. In this research, the change management and reform activities of the Turkish Republic of Secretary of Health after 2002 by the AKP (Justice and Development Party) and the Secretary politics which affect people who live in Ağrı province with the dimensions of development level, geographical location and facilities were examined.

Key Words: Change, Reform, Public Service, Health Service, New Public Management, Effective Government, Transformation on Health.

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ POLİTİKALARINDA
DEĞİŞİM VE YÖNETİMİ: AĞRI İLİ ÜZERİNDEN BİR İNCELEME**

Burhanettin COŞKUN

İÇİNDEKİLER

Onay Sayfası	
Onur Sözü	I
Önsöz	II
Özet ve Anahtar Sözcükler	III
Abstract and Key Words	V
İçindekiler	1
Tablolar Listesi	8
Çizimler Listesi	18
Kısaltmalar Listesi	19

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, DENENCELERİ, AMACI VE YÖNTEMİ	21
1.1. Araştırmanın Konusu, Kapsamı ve Önemi	21
1.2. Araştırmanın Amacı ve Denenceleri	22
1.3. Araştırmanın Yöntemi	23
1.4. Bilgi Derleme ve İşleme Araçları	23
1.5. Kavram Tanımları	24
1.6. Araştırmanın Sunuş Sırası	25

İKİNCİ BÖLÜM

DEĞİŞİM VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2. DEĞİŞİM, DEĞİŞİM YÖNETİMİ VE KURUMSAL DEĞİŞİM	28
2.1. Değişim	28
2.1.1. Değişim ve Önemi	31
2.1.2. Başarılı Değişimin Özellikleri	32
2.2. Değişim Yönetimi	34
2.2.1. Değişim ve Liderlik	35
2.2.2. Değişimin Sonuçları ve Değişimi Yönetmek	37
2.3. Kurumsal Değişim	40
2.3.1. Kurumsal Değişim Sürecinin Aşamaları	41
2.3.2. Kurumsal Değişime Direnç ve Engeller	42
2.3.3. Kurumsal Değişime Neden Olan İç Sebepler	44
2.3.3.1. Nitelikli İnsan Gücü Gereksinimi	45
2.3.3.2. Kurumsal Öğrenme Yeteneği	46
2.3.3.3. Zamanlama ve Değişime Olan İhtiyaç	47
2.3.3.4. Kurum İçi Algılama Sistemleri	48
2.3.3.4.1. Değerler	49
2.3.3.4.2. Tutumlar	51
2.3.3.4.3. İş Tatmini	51
2.3.4. Kurumsal Değişime Neden Olan Dış Sebepler	52
2.3.4.1. Küresel ve Ekonomik Etkiler	52
2.3.4.2. Bölgesel ve Coğrafi Özellikler	54
2.3.4.3. Teknolojik Gelişim ve Yenilikler	55
2.3.4.4. Siyasal/Yönetimsel Beklenti ve Değişimler	56
2.3.4.5. Kurum Dışı Algılama Sistemleri	57
2.3.5. Değişim ve Kurumlar İçin Önemi	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİ VE DEĞİŞİM

3. KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM	61
3.1. Yönetim ve Kamu Yönetimi	61
3.1.1. Yönetim	61
3.1.2. Kamu Yönetimi	63
3.2. Kamu Hizmeti ve Kamu Yararı İlişkisi	66
3.3. Kamu Yönetiminde Değişim ve Reform	67
3.3.1. Kamu Reformu Kavramını Doğuran Temel Sebepler	68
3.3.1.1. Minimalist Devlet Düşüncesi	70
3.3.1.2. Etkin Devlet Anlayışı	72
3.3.1.3. Güvenilir Devlet	73
3.3.2. Kamu Reformu Programlarının Ortak Bileşenleri	74
3.3.3. Reform Uygulamalarında Çeşitli Yaklaşımlar	76
3.3.4. Kamu Reformunda Başarının Ön Şartları	77
3.3.5. AB’de Kamu Yönetimi İlkeleri ve Reformculuk	78
3.3.6. Türkiye’de Kamu Reformu Gündemi	80
3.4. Kamu Yönetimi Anlayışında Değişim ve Stratejik Yaklaşım	82
3.5. Küreselleşme ve Uluslararası Kuruluşların Kamu Yönetiminde Değişim Algısına Etkileri	83
3.6. Kamu Yönetiminde Değişimi Doğuran Temel Sebepler	86
3.7. Yeni Kamu Yönetimi Paradigması	88
3.8. Yeni Kamu Yönetimi Stratejileri ve Planlama Arayışları	91
3.9. Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı	93
3.10. Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Bir Sonucu: Sağlıkta Dönüşüm Programı	94

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, REFORMLAR VE DEĞİŞİM POLİTİKALARI

4. SEÇİLMİŞ BAZI AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİ	97
4.1. Fransa	97
4.1.1. Genel Durum	97
4.1.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	98
4.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	99
4.1.4. Sağlık Reformları	162
4.2. İtalya	137
4.2.1. Genel Durum	162
4.2.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	162
4.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	162
4.2.4. Sağlık Reformları	162
4.3. Bulgaristan	137
4.3.1. Genel Durum	162
4.3.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	162
4.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	162
4.3.4. Sağlık Reformları	162
4.4. Hırvatistan	137
4.4.1. Genel Durum	162
4.4.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	162
4.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	162
4.4.4. Sağlık Reformları	162
4.5. Yunanistan	137
4.5.1. Genel Durum	162
4.5.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	162
4.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	162
4.5.4. Sağlık Reformları	162

5. TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ POLİTİKALARININ DEĞİŞİMİNDE TARİHSEL SÜREÇ	121
5.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Niteliği	121
5.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Etken Unsurlar	123
5.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Kamu Ekonomisi	123
5.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Piyasa Ekonomisi	124
5.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Eşitsizliklerin Önlenmesi	125
5.1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Küreselleşme	125
5.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Uluslararası Kuruluşlar	126
5.1.2. Türk Kamu Yönetimi Anlayışında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	129
5.2. Türkiye’de 1980 Yılına Kadar Yapılan Sağlıkta Değişim Çalışmaları	130
5.2.1. 1920-1923 Dönemi	131
5.2.2. 1923-1937 Dönemi	132
5.2.3. 1938-1950 Dönemi	133
5.2.4. 1950-1960 Dönemi	131
5.2.5. 1960-1980 Dönemi	131
5.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Uygulamaları	131
5.2.6.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)	138
5.2.6.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)	139
5.2.6.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1978)	140
5.2.6.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)	140
5.3. Türkiye’de 1980-2013 Arasında Yaşanan Değişim Çalışmaları	130
5.3.1. Yeni Kamu Yönetimi Perspektifinde Sağlık Sistemi ve Değişim	131
5.3.2. Türkiye’de Sağlıkta Değişim Sürecindeki Dönüştürücü Nedenler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	132
5.4. Türkiye’de 2002 ve Sonrasındaki Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri ve Olumlu Etkileri	137
5.4.1. Sağlık Bakanlığı ve Yeniden Yapılanma	137
5.4.1.1. Planlama ve Denetleme İşlevinin Artırılması	161
5.4.1.2. Kalite Güvenliğinin Sağlık Tesislerine Uygulanması	162
5.4.1.3. Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Yapılandırılması	165

5.4.1.4. Ar-Ge Çalışmalarının Sağlık Sektörüne Uygulanması	168
5.4.1.5. Tam Gün Yasası	170
5.4.2. Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kapsamında Dönüşüm	140
5.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Değişim ve Uygulamaları	140
5.4.3.1. Aile Hekimliğinin Oluşturulması	149
5.4.3.2. Sağlık Bakanlığı ve SSK Hastanelerinin Birleştirilmesi	149
5.4.3.3. Sevk Zincirinin Etkinliğinin Artırılması	149
5.4.3.4. Mali ve İdari Açıdan Özerk Sağlık İşletmelerinin Oluşumu	149
5.4.3.5. Yetişmiş İnsan Gücü	162
5.4.4. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bilgi Alt Yapısının Oluşturulması	140

BEŞİNCİ BÖLÜM

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞININ POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM YÖNETİMİNİN ETKİNLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

6. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	186
6.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı	186
6.2. Anket Yöntemi ve Veri Çözümlemesi	188
6.2.1. Araştırmanın Modeli	188
6.2.2. Araştırmanın Evreni	189
6.2.3. Verilerin Derlenmesi	190
6.2.4. Verilerin Çözümlemesi	191
6.3. Anket Çalışmasının Bulguları ve Sonuçları	245

ALTINCI BÖLÜM
GENEL DEĞERLENDİRME

7. SONUÇ VE ÖNERİLER	266
7.1. Sonuç	266
7.2. Öneriler	269
KAYNAKÇA	276
EKLER	292

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Yenilikçi ve Uyumlu Çalışan Özellikleri	34
Tablo 2: Değişim Uygulamalarında İzlenebilecek Başlıca Yöntemler	48
Tablo 3: Değerlerin Sınıflandırılması	50
Tablo 4: Fransa ile Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	101
Tablo 5: İtalya ile Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	108
Tablo 6: Bulgaristan ile Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	112
Tablo 7: Hırvatistan ile Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	116
Tablo 8: Yunanistan ile Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	120
Tablo 9: Sağlık Hizmetlerinde Hedefler	149
Tablo 10: Bazı Seçilmiş İllerde Görevli Sağlık Personeli Sayıları	156
Tablo 11: Kamu'nun Ödediği İlaç Tüketim ve Harcamalarındaki Değişim	168
Tablo 12: 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	179
Tablo 13: 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	180
Tablo 14: 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	181
Tablo 15: Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler	181
Tablo 16: AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı	183
Tablo 17: Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları	184
Tablo 18: Ankete Katılım Sayıları ve Oranı	191
Tablo 19: Değişkenlerin Normal Dağılımı Göstermesi	194

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Görev Türüne Göre Dağılımı	196
Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının Kıdem Yılına Göre Dağılımı	196
Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	197
Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Ağrı'da Çalışma Yılına Göre Dağılımı	197
Tablo 24: Birinci Alt Hipotez Test Sonuçları	198
Tablo 25: İkinci Alt Hipotez Test Sonuçları	199
Tablo 26: Üçüncü Alt Hipotez Test Sonuçları	200
Tablo 27: Birinci Hipotez Test Sonuçları	202
Tablo 28: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Memur Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	203
Tablo 29: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Uzman Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	203
Tablo 30: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Aile Hekimi Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	203
Tablo 31: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Hemşire Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	204
Tablo 32: Birinci Alt Hipotez İçin Memur-Uzman Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	204
Tablo 33: Birinci Alt Hipotez İçin Memur-Aile Hekimi Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	205
Tablo 34: Birinci Alt Hipotez İçin Memur-Hemşire Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	205
Tablo 35: Birinci Alt Hipotez İçin Uzman-Aile Hekimi Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	206
Tablo 36: Birinci Alt Hipotez İçin Uzman-Hemşire Test Sonuçları	

Karşılaştırılması	206
Tablo 37: Birinci Alt Hipotez İçin Aile Hekimi-Hemşire Test Sonuçları	
Karşılaştırılması	206
Tablo 38: İkinci Hipotez Test Sonuçları	207
Tablo 39: Üçüncü Hipotez Test Sonuçları	208
Tablo 40: Birinci Hipotez Test Sonuçları (1)	209
Tablo 41: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-İlköğretim	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	210
Tablo 42: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Lise	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	211
Tablo 43: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Önlisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	211
Tablo 44: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	211
Tablo 45: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	212
Tablo 46: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	212
Tablo 47: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lise	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	213
Tablo 48: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Önlisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	213
Tablo 49: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	213
Tablo 50: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	

Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	214
Tablo 51: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	214
Tablo 52: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Önlisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	215
Tablo 53: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	215
Tablo 54: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	216
Tablo 55: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	216
Tablo 56: Birinci Alt Hipotez İçin Önlisans Mezunu Olanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	217
Tablo 57: Birinci Alt Hipotez İçin Önlisans Mezunu Olanlar-Yüksek	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	217
Tablo 58: Birinci Alt Hipotez İçin Önlisans Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	217
Tablo 59: Birinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	218
Tablo 60: Birinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	218
Tablo 61: Birinci Alt Hipotez İçin Yüksek Lisans Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	219
Tablo 62: İkinci Hipotez İçin Test Sonuçları (1)	220
Tablo 63: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Mezunu Olmayanlar-İlköğretim	

Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	221
Tablo 64: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Mezunu Olmayanlar-Lise	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	221
Tablo 65: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Mezunu Olmayanlar-Önlisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	222
Tablo 66: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Mezunu Olmayanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	222
Tablo 67: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Mezunu Olmayanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	223
Tablo 68: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lise	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	223
Tablo 69: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Önlisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	224
Tablo 70: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	224
Tablo 71: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	225
Tablo 72: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	225
Tablo 73: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Önlisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	226
Tablo 74: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	226
Tablo 75: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	227

Tablo 76: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	227
Tablo 77: İkinci Alt Hipotez İçin Önlisans Mezunu Olanlar-Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	228
Tablo 78: İkinci Alt Hipotez İçin Önlisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	228
Tablo 79: İkinci Alt Hipotez İçin Önlisans Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	229
Tablo 80: İkinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	229
Tablo 81: İkinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	230
Tablo 82: İkinci Alt Hipotez İçin Yüksek Lisans Mezunu Olanlar-Doktora	
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	230
Tablo 83: Üçüncü Hipotez İçin Test Sonuçları (1)	231
Tablo 84: Birinci Hipotez İçin Test Sonuçları (2)	232
Tablo 85: İkinci Hipotez İçin Test Sonuçları (2)	233
Tablo 86: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında	
Olanlar ve 6-10 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	234
Tablo 87: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında	
Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	234
Tablo 88: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında	
Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	235
Tablo 89: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında	
Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları	

Karşılaştırılması	235
Tablo 90: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	236
Tablo 91: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	236
Tablo 92: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	237
Tablo 93: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 11-15 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	237
Tablo 94: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 11-15 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	238
Tablo 95: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 16-20 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	238
Tablo 96: Üçüncü Hipotez İçin Test Sonuçları (2)	239
Tablo 97: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 6-10 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	240
Tablo 98: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	240
Tablo 99: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	241
Tablo 100: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	241
Tablo 101: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	242
Tablo 102: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 6-10 Arasında	

Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	242
Tablo 103: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 6-10 Arasında	
Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	243
Tablo 104: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 11-15 Arasında	
Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	243
Tablo 105: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 11-15 Arasında	
Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	244
Tablo 106:: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 16-20 Arasında	
Olanlar ve 21 ve Üzeri Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması	244
Tablo 107: Soru 5 Cevap ve Oranları	245
Tablo 108: Soru 6 Cevap ve Oranları	245
Tablo 109: Soru 7 Cevap ve Oranları	246
Tablo 110: Soru 8 Cevap ve Oranları	246
Tablo 111: Soru 9 Cevap ve Oranları	247
Tablo 112: Soru 10 Cevap ve Oranları	247
Tablo 113: Soru 11 Cevap ve Oranları	248
Tablo 114: Soru 12 Cevap ve Oranları	248
Tablo 115: Soru 13 Cevap ve Oranları	249
Tablo 116: Soru 14 Cevap ve Oranları	250
Tablo 117: Soru 15 Cevap ve Oranları	250
Tablo 118: Soru 16 Cevap ve Oranları	251
Tablo 119: Soru 17 Cevap ve Oranları	251
Tablo 120: Soru 18 Cevap ve Oranları	252
Tablo 121: Soru 19 Cevap ve Oranları	252
Tablo 122: Soru 20 Cevap ve Oranları	253

Tablo 123: Soru 21 Cevap ve Oranları	253
Tablo 124: Soru 22 Cevap ve Oranları	254
Tablo 125: Soru 23 Cevap ve Oranları	254
Tablo 126: Soru 24 Cevap ve Oranları	255
Tablo 127: Soru 25 Cevap ve Oranları	255
Tablo 128: Soru 26 Cevap ve Oranları	256
Tablo 129: Soru 27 Cevap ve Oranları	256
Tablo 130: Soru 28 Cevap ve Oranları	257
Tablo 131: Soru 29 Cevap ve Oranları	257
Tablo 132: Soru 30 Cevap ve Oranları	258
Tablo 133: Soru 31 Cevap ve Oranları	258
Tablo 134: Soru 32 Cevap ve Oranları	259
Tablo 135: Soru 33 Cevap ve Oranları	259
Tablo 136: Soru 34 Cevap ve Oranları	260
Tablo 137: Soru 35 Cevap ve Oranları	260
Tablo 138: Soru 36 Cevap ve Oranları	260
Tablo 139: Soru 37 Cevap ve Oranları	261
Tablo 140: Soru 38 Cevap ve Oranları	261
Tablo 141: Soru 39 Cevap ve Oranları	262
Tablo 142: Soru 40 Cevap ve Oranları	262
Tablo 143: Soru 41 Cevap ve Oranları	263
Tablo 144: Soru 42 Cevap ve Oranları	263
Tablo 145: Soru 43 Cevap ve Oranları	264
Tablo 146: Soru 44 Cevap ve Oranları	264
Tablo 147: Soru 45 Cevap ve Oranları	265

ÇİZİMLER LİSTESİ

Çizim 1: İşle İlgili Tutumları Anlama	51
Çizim 2: İş Tatmini Faktörleri-İş Tatmini İlişkisi	52
Çizim 3: Kamu Yönetiminin Elemanları	65
Çizim 4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	130
Çizim 5: Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Aşamaları	157
Çizim 6: Sağlık Bakanlığı’nın Görev Alanları	158

KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BMKP: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı

BYKP: Beş Yıllık Kalkınma Planı

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

ÇUŞ: Çok Uluslu Şirketler

DB: Dünya Bankası

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAO: Food and Agriculture Organization of The United Nations

GOÜ: Gelişmekte Olan Ülkeler

GSS: Genel Sağlık Sigortası

ILO: International Labor Organization

IMF: Uluslararası Para Fonu

KESK: Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu

KYTK: Kamu Yönetimi Temel Kanunu

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

MSB: Milli Savunma Bakanlığı

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

PTT: Posta Telgraf Telefon İşletmeleri Genel Müdürlüğü

SB: Sağlık Bakanlığı

SSYB: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSSK: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

STK: Sivil Toplum Kuruluşları

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCDD: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları

TDK: Türk Dil Kurumu

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TTB: Türk Tabipler Birliği

TÜSİAD: Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği

UN: Birleşmiş Milletler

UNDP: United Nations Development Programme

UNFPA: United Nations Fund for Population Activities

UNICEF:United Nations Children Emergency Fund

UNEP: United Nations Environment Programme

WB: World Bank

WHO: World Health Organization

WTO: World Trade Organization

YKY: Yeni Kamu Yönetimi

YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR

1.ARAŞTIRMANIN KONUSU, DENENCESİ, AMACI VE YÖNTEMİ

Bu bölümde; araştırmanın konusu, kapsamı ve önemi, denencesi, amacı, yöntemi, bilgi derleme ve işleme araçları, kavram tanımları ve sunuş sırasına yer verilerek araştırma genel hatlarıyla tanıtılmıştır.

1.1. Araştırmanın Konusu, Kapsamı ve Önemi

Değişim, insanlık tarihinin bütün dönemlerinde var olmuş bir süreçtir. Ancak son elli yılda bu değişimin hızı önceki dönemlerle karşılaştırılamayacak düzeyde artış göstermiştir. Bu nedenle değişimin tarih boyunca yaşamış bütün insanların, hızlı değişimin ise çağımız insanının yakından tanık olduğu bir olgu olduğunu söylemek mümkündür. Günümüzde üretim yöntemlerinden pazarlamaya, tüketim kalıplarından yönetim biçimine, uluslararası örgütlerin etkinliğinden ulus devletin egemenlik sınırlarının yeniden belirlenmesine kadar birçok alanda büyük bir değişim gözlenmektedir (Demir, 2003: 9).

Çağımızda en temel itici güç olan değişim olgusuna örgütlerin/kurumların ayak uydurup uyduramaması adeta bir varlık yokluk sorunu haline gelmiştir. Meydana gelen değişimler, alışılmayan çözümler gerektiren yeni büyük sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Yeniçeri, 2002: 7).

Toplumların değişen ihtiyaçları elbetteki sosyal menfaat ve dönüşüm gerekliliğini de beraberinde getirmiştir. Değişen ihtiyaçlar toplumsal reflekslerin ve davranışların da şekillenmesine ve dolayısıyla bu davranışların karşılığı olan hizmetleri de şekillendirmeye başlamıştır. Bireysel beklentilerin yerini artık kitlesel ve kamusal menfaatler almaya başlamıştır.

Ülkemizde değişimin açık bir şekilde gözlenebildiği ve son yıllarda toplumsal ihtiyaçlara sağlık konusunda karşılık vermedeki verimliliği ile göze çarpan bir kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın gerek sağlık politikalarında, gerek teknoloji transferi ve ihracatında ve gerekse, yaşadığı değişimden nasıl etkilendiğinin irdelenmesi konuyla ilgilenenlere önemli kazanımlar sağlayacaktır.

Yukarıdaki açıklamadan anlaşılacağı üzere değişime uzak kalan bir dünya, değişimsiz bir gelecek düşünmek elbette zordur. Araştırmanın konusu, değişimin sağlık hizmetleri üretilmesindeki rolünü ortaya koyarak, sağlık politikalarında yaşanan reformları incelemek ve seçilmiş bazı A.B. ülkelerini de inceleyerek Türkiye’de yaşanan sağlık hizmetlerinde uygulanan yeniliklerin Ağrı ilindeki durumunu araştırmaktır. Hiçbir şeyin bir an bile yerinde durmadığı günümüz ekonomik, siyasi ve sosyal ortamlarında değişimin gerçekleşebilmesi için gereken, ilkin ihtiyaç duyulan zaman, teknoloji, para ve düşüncelerin ancak değişimin iyi yönetilmesi ve sürekliliğiyle idame ettirilebileceği gerçekleridir. Hem kamu hem de özel kesimin de ortak ilgisinin yoğunlaştığı kesişim alanını oluşturan bu durumun, değişimin kabullenilmesi ve iyi yönetilmesi gerçeğiyle bütünleşmesi maksadıyla gerek beklentiler ve gerekse atılması gereken adımların aynı başlık altında ele alınması açısından çerçevelendirilmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Denenceleri

“*Değişim*” kavramının günümüzdeki önemini öne çıkararak, seçilmiş bazı A.B. ülkelerinde de kendini gösteren bu kavramın kamu kurumlarındaki dönüşüm ihtiyaçlarına olan potansiyel katkısını ortaya çıkarmak temel amacımızdır. Araştırmanın amacı “*örgütsel değişim*” ve “*değişim yönetimi*” konularını irdelemek, özellikle 2003 yılı sonrasında T.C. Sağlık Bakanlığı’ndaki değişim sürecinin içsel ve dışsal sebep ve sonuçları açısından Ağrı ili kapsamında “*alan araştırmasını*” yaparak; toplumsal beklentilere ve ülke ekonomisine olan etkilerini tartışmak ve T.C. Sağlık Bakanlığı’ndaki değişim yöntem ve uygulamalarını ayrıntılı olarak ele alarak diğer gelişmiş bazı ülkelerle çeşitli bileşenler açısından karşılaştırma yaparak, kamu kurum ve kuruluşlarında benzer uygulamalar yapılabilecek değerlendirmelerle öneriler sunmaktır.

Bu araştırma aşağıdaki denencelere dayalı olarak hazırlanmıştır.

Denence-1: Ağrı İli içerisinde kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümle paralellik arz etmektedir.

Denence-2: Ağrı İli içerisindeki değişim çalışmalarının devamlılığı, Türkiye’deki sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve Sağlık Bakanlığı politikaları ile doğrudan ilişkilidir.

Denence-3: Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformlar, vatandaşlar arasında sağlık hizmetlerinin alımında yaşanan eşitsizlikleri Ağrı İli içerisinde de büyük oranda gidermiştir.

1.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmacı tarafından var olan bilgileri anlaşılır biçimde düzenleme ve bu düzenlemeden hem bugün hem de gelecek için uygulanabilir çıkarsamalarda bulunmaya dayalı “betimsel yöntem”, geçmişe yanıt arayan “tarihsel yöntem” ve araştırılan konunun sayılarla ortaya çıkarılmasında, alandan verilerin elde edilmesinde ve daha rasyonel sonuçlar elde etmek amacıyla “uygulamalı araştırma yöntemi” olan anket tekniği kullanılmıştır.

Bu çerçevede araştırmanın kuramsal bölümlerinde bilgilerin derlenmesi, işlenmesi, tarihsel arka planı ve etrafıca irdelenmesinde “betimsel ve tarihsel yöntemler” birlikte kullanılmış, araştırmanın uygulamalı bölümlerinde ise anket çalışmalarının gerçekleştirilebilmesi için “uygulamalı araştırma yöntemi” kullanılmıştır. Bu anket çalışmasında; “amaçlı örneklem” ve “betimsel istatistik yöntemi” kullanılmıştır.

Araştırmada kamu yararı ve sosyal menfaat kavramları ile birlikte kurumsal alanların da belli kesimleri ele alınmış, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programından etkilenen paydaşlar hedeflenmiştir. Bu açıdan ele alındığında hedeflenen seçimlerin temel gerekçelerini şu şekilde sıralamak mümkündür.

1.4. Bilgi Derleme ve İşleme Araçları

Araştırmada kuramsal bilgi toplama aracı olarak, konuyla doğrudan veya dolaylı ilgili olabilecek nitelikteki basılı ve elektronik ortamdaki kitap, internet kaynakları, dergi vb. taranarak bilgiler derlenmiştir. Anket uygulaması için bilgiler, Türkiye genelinde seçilmiş bazı bölgelerde uygulanan anketlerin verileri SPSS 15.0 istatistik programı ile elde edilerek kullanılmıştır.

Bilgi işleme, elde edilen tüm bilgilerin öncelikle adlandırılması, daha sonra sınıflandırılması ve birbiri ile ilişkilendirilmesi biçiminde yapılmıştır. Araştırmaya ilişkin elde edilen her bulguya en az bir öneri getirilmiş, elde edilen tüm bilgi ve bulgular bilimsel araştırma ve yazı yazma yöntemine uygun olarak yazılmıştır.

Araştırmada, anket uygulamasının bütün tabloları anket uygulamasının sayısal verileri çerçevesinde araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Elde edilen bilgiler sınıflandırma, ilişkilendirme ve karşılaştırma teknikleriyle çözümlenmiş ve işlenmiştir.

1.5. Kavram Tanımları

Değişim: Genel anlamda değişim, herhangi bir sistemin, (insanların veya örgütlerin) bir süreç veya ortamın belirli koşullar altında bir durumdan başka bir duruma dönüşmesine verilen isimdir (Tokat, 1996: 19). Başka bir tanıma göre ise değişim, mevcut olan durumumuzun iletişim ve irtibat halinde olduğumuz çevre koşullarının ihtiyaçları karşısında artık çaresiz ve kayıtsız kalması durumunda bizi yeniden yapılandıracak ve o ihtiyaçları giderebilecek seviyede bireysel ya da örgütsel anlamda yeni fikirler üretebilme ve bu fikirleri uygulama sürecidir (Kozak, 2006: 11).

Reform: Reform sözcüğü genellikle aksaklık ve hataları giderme, düzeltme, iyileştirme ve yeni bir biçim verme anlamında kullanılmaktadır. Bazen reform, mevcudu bir kenara bırakarak tümüyle yeni biçimlere yönelme anlamında da anlaşılmaktadır (Sürgit, 1972: 7). Dolayısıyla reform, büyük çoğunlukta kullanılan anlamı ile sistemin tıkanmış olduğu noktasında genel bir mutabakatın olduğu durumda ve sistemin yeniden ve daha verimli çalışmasını mümkün kılmak maksadıyla yapılan bir faaliyettir.

Örgütsel Değişim: Örgütün elemanlarında, alt sistemlerinde, bunlar arasındaki ilişki şekillerinde ve örgütle çevre arasındaki etkileşimde meydana gelen veya gelebilecek her türlü değişme olarak adlandırılabilir (Sağlam, 1979: 61). Örgütün çeşitli alt sistem ve boyutları ile bunlar arasındaki ilişki ve bağlantılarda meydana gelebilecek her türlü değişikliğe örgütsel değişim adı verilir. Bu anlamda

değişme; yaratıcılık, yenilik oluşturma, büyüme ve gelişme gibi olay ve olguların bütününe içine alabilecek derecede geniş kapsamlı bir kavramdır (Peker, 1995: 24).

Sağlıkta Reform: Reform yeniden şekillenme olarak tanımlandığından sağlıkta reform da sağlıkla ilgili süreçlerin yeniden şekillenmesi olarak ifade edilebilir. Genellikle sağlık sistemindeki büyük çaplı ve köklü değişiklikler ve dönüşüm için reform kavramı karşımıza çıkarken, bazen küçük ölçekli değişimler de reform kavramıyla ifade edilebilmektedir. Konuyla ilgili reform süreci dünyada birçok örneği görülen ve Türkiye’de de yaşanan programların başlangıç noktasını teşkil etmektedir.

Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı: Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı, “Kamu Yönetiminde demokratik değerleri, vatandaşlığı, kamu çıkarı/yararı odaklı kamu hizmetini savunmaktadır (Zengin, 2009: 30).

Kamu İşletmeciliği: Özel sektör yönetim tekniklerinin devlet tarafından uygulanmasını içeren yaklaşımdır (Buse, Mays ve Walt, 2005: 47)

Sağlık Hizmeti: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında organize olmuş kalıcı bir sistemdir” biçiminde tanımlamaktadır.

1.6. Araştırmanın Sunuş Sırası

Araştırma altı bölümden oluşmaktadır. “T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişim ve Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme” başlıklı araştırmanın **Birinci Bölümü** “Araştırma Hakkında Açıklamalar”dan oluşmaktadır. Bu bölümde “Araştırmanın Konusu ve Önemi, Amacı ve Denenceleri, Yöntemi, araştırma yapılırken hangi Bilgi Derleme ve İşleme Araçlarından faydalandığı ile araştırmada kullanılan bazı Kavram Tanımları ve Sunuş Sırası sunulmuştur.

“Değişim, Değişim Yönetimi ve Kurumsal Değişim” başlıklı **İkinci Bölümde;** değişim kavramı tanımlanmış ve bileşenlerinin önemi vurgulanırken

tarihsel gelişimi üzerinde durulmuş ve kurumsal değişim konusuna yer verilmiştir. Bununla birlikte kamu yararı ve sosyal menfaat kavramları ile kurumsal değişime neden olan etkenler açıklanmıştır. Bu etkenlerin önem derecesine göre kuramsal bir sırası yapılmış ve “değişim” konusunun önemi ortaya konarak kurumsal değişime açıklık getirilmiştir. Bu bölümün araştırmaya dâhil edilmesinde, sunulan bilgilerin daha kolay anlaşılmasının sağlanacağı düşüncesiyle ayrıntılı yer verilmiştir.

“Kamu Yönetimi ve Değişim ” başlıklı **Üçüncü Bölümde**, yönetim kavramı üzerinde durularak kamu yönetimi’nin tanımı yapılmıştır. Kamu yönetiminde “reform” gereksinimleri üzerinde durularak bunları doğuran nedenler incelenmiş ve yeni kamu yönetimi düşüncesi ve paradigmaları ele alınmıştır. Ayrıca “Devlet” kavramının bu anlayışla aldığı roller yeniden tanımlanmış ve kamu yararı-kamu çıkarı düşüncesiyle birlikte reform programları ortaya konmuştur. Kamu yönetiminin yeni kamu yönetimine dönüşümü ve Türkiye’deki en radikal reform hareketlerinden biri olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’na değinilerek konu sorunsalı ortaya konulmuştur.

Araştırmanın **Dördüncü Bölümü**, “Seçilmiş Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Reformlar ve Değişim Politikaları” başlığı altında ele alınmıştır. Bölümde genel olarak gerek nüfus, ekonomik yapı, gelişmişlik düzeyi, tarihsel bağ ve siyasi ilişkiler çerçevesinde seçilen bazı Avrupa Birliği ülkelerinde yaşanan sağlıkta reform hareketleri incelenerek Türkiye ile çeşitli bileşenler açısından bir karşılaştırma yapılmıştır.

Öncelikle sağlık hizmetinin tanımı ve nitelikleri yapılmış ve sağlık hizmetlerinin değişimine etki eden hususlar ortaya konulmuştur. Sağlık konusunun Türk Kamu Yönetimi içindeki yeri tarihsel olarak incelenmiştir. Bununla birlikte bu hizmetleri oluşmasında rol alan politikalar hakkında değerlendirmeler yapılmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ayrıntılı olarak ele alınmıştır. “Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikaları Uygulamaları Konusunda Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme” başlıklı **Beşinci Bölümde**, Ağrı ilini kapsayan bir araştırma ve bu araştırmaya ait, bilgiler ile araştırmanın yöntemi, modeli, evreni, örnekleme ile araştırmaya ait veriler ve bu verilerin değerlendirilmesi ile birlikte SPSS kullanılarak oluşturulan bir değerlendirme yer almaktadır.

Altıncı Bölüm “Genel Değerlendirme” başlıklı olup, “Sonuç ve Öneriler” alt başlıklarından oluşmaktadır.

Son olarak araştırmanın **Kaynakçası** ve **Eklerine** yer verilmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

DEĞİŞİM, DEĞİŞİM YÖNETİMİ VE KURUMSAL DEĞİŞİM

2. DEĞİŞİM, DEĞİŞİM YÖNETİMİ VE KURUMSAL DEĞİŞİM

Değişik zamanlarda değişik noktalarda alınan değerlerin farklılaşması olarak da adlandırılabilinen değişim kesin ve net bir anlamda tanımlanamayan ve bu farklılıklar üzerine yapılan karşılaştırmalar olarak da birçok kez gözlemlenen bir olgudur. Bu çıkış noktasından da anlaşılacağı üzere değişim hakkında net bir başlama ve bitiş ya da büyüklük ölçümü değil ancak fark aranmalıdır. Bu fark verimlilik, etkililik, azlık, çokluk, hızlı veya yavaş olmak gibi değişkenlik gösterebilir.

2.1. Değişim

Dünya çok önemli bir değişim farkındalığı yaşamaktadır. Bu farkındalık, ekonomiden siyasete, spordan inançlara, bilimsellik ve bilgi anlayışından gelenekselliğe kadar birçok şey sürekli değişmektedir. Doğru bilinen şeyler yerini gerçek değerlere bırakırken pek çok post-modern anlayış da eleştirilerini gözden geçirmek zorunda kalmaktadır.

Bilim değişmektedir. Bilimin en yakın ve en çok tepki veren alanı olan teknoloji sürekli değişmektedir. Değişim anlayışını çok iyi kullanan teknoloji, matematik ve elektronik bilimlerinin çok hızlı dönüşüm gerçekleştiren lokomotif bilim alanı olma özelliğini kazanmıştır. Buna bağlı olarak da insanların gün geçtikçe şekillenen ihtiyaç ve isteklerini takip eden teknolojik değişimler önce sağlık kesiminde olmak üzere daha bir çok kesimde araştırma ve geliştirme olanakları sunarak tıp, eczacılık, kimya, fizik, astronomi vb. gibi alanların hızlı refleks vermelerini sağlamıştır. Burada değişim olgusunun bilginin hızlı bir şekilde büyümesi ve kullanımının yaygınlaşmasını anlayabilmekteyiz. Hiçbir kaba

sıgmayacak kadar akışkan olan değişim anlayışı Herakletios tarafından “değişiklikten başka hiçbir şey devamlı değildir “ dediğinde bize değişimin sürekli olduğu anlatılmak istenmiştir (Hançerlioğlu, 2002: 308).

İnsanlığın ihtiyaç ve beklentilerinin çok yüksek hızda değiştiğini dile getirebileceğimiz bu dönemin en önemli özelliğinin toplumla ilgili hemen hemen her şeyin kısa bir zamanda ve yüksek hızda değişebildiğini söylemek yerinde olacaktır. İnsanlık yaklaşık son yarı yüzyıl kadar bir süredir bu değişim hızının etkisini hissederek yaşamaktadır. Bunun bilincinde olan birey, grup, şirket, devlet ve uluslar arası organizasyonlar bu hıza yakın yaşayabildikleri ölçüde ekonomik, siyasal, sosyal açıdan gelişmekte ve toplam fayda üretebilmektedir. Değişimin benimsenerek yaşadığı toplumlar her kriz ortamını yara almadan göğüsleyebilmektedir. Değişim sadece maddi boyutta ele alınmaksızın düşünce olarak da bir disiplin olarak yerleştirilmelidir. Bu açıdan baktığımızda değişimi, sabit bir durumda bulunamayacak kadar akışkan, sürekliliği ve durağanlığı reddeden, çabuk şekil değiştirebilen, yeniliği ve gelişimi artan bir verimlilik ve etkinlik düzleminde gören, sonuç odaklı, eskiye göre daha etkili iyileştirme ve pozitif büyüme düşünce ve çabalarıdır diye açıklayabiliriz.

Bu noktada şu konuya dikkat etmek gerekmektedir. Bir bireyin ihtiyaçları ne kadar genelleme gösterir ve topluma yansır ise o derece gerek teknolojik, ekonomik veya devlete bağlı ihtiyaçlarının da karşılanması değişecektir. Burada önemli nokta değişimin ne derece gerektiği ve nasıl gerçekleşeceğidir. Günümüzde özel ve kamu kuruluşlarında görülen hızlı değişim ortamıkonuyla ilgili yaklaşım ve çalışmaları sürekli hale getirmiştir.

Değişim çağdaş örgütleri açıklamaktadır. Bu örgütler kamu, özel veya kazanç beklentisi olmayan organizasyonlar olabilirler. Uygulanan değişim ve bu yönetimin değişimi başarıda ciddi olarak anahtar bir konum teşkil eder. Gerçekten insanlar bu değişimleri önceki yaşadıklarından daha çok hissettiklerini söyleyebiliriz. Değişim ve yönetimi sancılı fakat herkesin anlaması gerekli bir şekilde hayatın gerçeği haline gelen ve kaçınılmaz bir olgudur (Linstead vd., 2004, : 422).

Değişim en genel anlamda Koçel'in belirttiği gibi, "herhangi bir şeyi bir düzeyden başka bir düzeye getirmek" tir (Koçel, 2007: 524). Değişim, gerekli olduğu zaman ve yerde artık mevcut tarz, standart, ölçüt veya yöntemin yetersiz kalması söz konusudur.

Değişim aynı zamanda bu açıdan bakıldığında kendiliğinden gerçekleşebilecek bir olgu değildir. Bu sürecin yönetilmesi gerekmektedir. Örgütsel değişim sürecinde örgütün amaç, strateji, görev, yapı, kültür ve insan gibi çok önemli nesnelere girdiler yapılması ve değişimin bu nesneleri etki alanı içine alması amaçlanmalıdır. Değişim için sisteme müdahale etmeden evvel sistemi bütün hatlarıyla çözümlemek ve değişime hazırlık konularını oluşturmak değişim yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Bu aşamada dikkat edilmesi gereken en önemli üç konu sistemi kurgulamak, bu sistem kapsamında çalışanların çok iyi hazırlık ve eğitim yapmaları ve çalışanların iyi motivasyonu konularıdır (Sayılı ve Tüfekçi, 2008: 196). Burada da görülmektedir ki değişimin gerçekleşmesinde bilgi çok önemlidir. Uzman kişilerce iyi yönetilen ve bilimsel alt yapı ile desteklenen bir değişim süreci başarıyla sonuçlanacaktır.

Değişim bütün insanlarda olduğu gibi bütün toplumlar için de geçerlidir. Değişmeyen bir toplumsal yapıdan ve kurumda söz etmek mümkün değildir. Toplumların değişim sürecinde iki önemli başlık karşımıza çıkmaktadır. Bunlar (Milli Eğitim Bakanlığı, 2014: 11);

- Serbest Sosyal Değişimler: Toplumların kendiliğinden ve herhangi bir müdahale olmadan değişimini ifade eder. Planlı, programlı olarak oluşturulmazlar. Bu değişimler nüfus artışı, bilim ve teknoloji alanındaki yenilikler, üretim artışı gibi iç etkenler ya da yabancı bir kültürle temas gibi dış etkenlerle ortaya çıkar. Örneğin farklı kültürlerle temas içinde olan diplomatlar, memurlar, gazeteciler, sanatçılar, öğrenciler turistler serbest toplumsal değişmeye neden olurlar. Günümüzde kitle iletişim alanındaki gelişmeler serbest toplumsal değişimleri etkilemektedir. Bu tür değişimler özellikle kentlerde daha hızlıdır.

- Müdahale Yoluyla Gerçekleşen Sosyal Değişimler: Müdahale etmek, “zorlamak, yönlendirmek” anlamına gelir. Bilinçli, planlı veya bir program çerçevesinde yapılan müdahalelerle toplumsal değişim gerçekleştirilir. Müdahale yoluyla toplumsal değişim iki şekilde olmaktadır bunlar “demokratik planlı değişim” ve “baskı yoluyla” değişim gerçekleştirir. Bunlardan ilki bir program çerçevesinde toplumsal hayata müdahale edilerek yapılan değişim olan demokratik planlı değişim modelidir. Değişimin istenilen yönde, konuda ve sürede gerçekleştirilmesi plan ve programlar aracılığıyla yapılır. Sağlık Politikalarında Dönüşüm bu modele örnek bir uygulama olarak karşımıza çıkar. Baskı yoluyla değişim için ise tek bir grubun veya liderin toplumun bütün kesimlerini değişime uydurma gayreti olduğundan herkes tarafından kabul görmeyebilir ve bir takım zorluklara neden olabilir.

2.1.1. Değişim ve Toplumlar İçin Önemi

Bir yerde insanlar varsa aynı anda bir yerleşme düzeni, nüfusu, sosyal organizasyonu, doğayı işleme tarzı ve değerler aynı anda eş zamanda oluşur. Birisi varken bir diğerrinin olmaması düşünülemez. Bu anlamda toplum bir bütündür. Bir tarafta bir bütünlük varken her şey birbirine bağlı ve birbirini etkilerken toplumun belirttiğimiz temel özelliklerinde meydana gelen değişim aynı zamanda diğer özelliklerinin de değişmesine sebebiyet verir. Yani doğayı işleme tarzınız değişirse sosyal örgütlenme ve bunlara bağlı olarak değerler, inanç sistemi değişir (Kıray, 1999: 312).

Yaşadığımız çağ birçok konuda ülkelerin bir araya gelip, sorunlarına ortak çözümler aradıkları bir zaman dilimini oluşturmaktadır. Bu yaklaşım günümüzde küreselleşme (globalleşme) olarak kendini göstermektedir. 1980-1990’lı yıllar insanların tahmin edemeyecekleri bir şekilde dünya politik düzleminde hızlı farklılaşmaya sahne olan yıllar olmuştur. Sovyet cumhuriyetlerin dağılması, bağımsızlığına kavuşan birçok Türki Cumhuriyetler, yeni dünya düzeni kurma heves ve düşüncesinde olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nin dünya ülkelerine

gösterdiği baskı ve etkiler ekonomileri ve dolayısıyla organizasyonları değişime zorlayan unsurlar arasında sayılabilir. Ekonomik küreselleşme dünyanın pek çok yerinde pek çok şirketi birbirine rakip hale getirmiştir. Bu da sonuç olarak beraberinde yoğun ve katı rekabet koşullarını getirmiştir. Artan rekabet koşulları topluma farklı hizmetler sunan birçok organizasyonun karşı karşıya gelip mücadele etmelerini zorunlu hale getirmektedir (Özkalp ve Kirel, 1996: 408).

Bu zorunluluk sonrasında ülkeler arasında politika transferleri yavaş olan hızını artırmış ve uluslararası kuruluşların da öngörülerini ve araştırmalarının hem sosyal hem de ekonomik boyutlarda sözü daha çok dinlenir hale gelmiştir. Bu kuruluşlar “Yeni Dünya Düzeni” dediğimiz bir anlayışla başta yeni kamu yönetimi ve kendiliğinden gelen paradigmaları olmak üzere birçok alanda devletin etki alanlarını belirlemeye başlamıştır. Ekonomik olarak gelişmişlik ölçütleri tekrar tanımlanmış ve devletlerin yönetiminde reform arayışları sıklaşmıştır.

2.1.2. Başarılı Değişimin Özellikleri

Günümüz bilgi ekonomilerinde organizasyonel yenilik stratejisinin izlenmesi, bir dizi süreçten oluşmaktadır. Yenilik yönetim süreci olarak isimlendirilen bu süreç, yaratıcı bir fikirle başlayıp teknolojik yenilikle tamamlanmaktadır. Ancak yenilik, sadece ürün veya hizmet yeniliklerini değil aynı zamanda konumlandırma yeniliklerini, süreçteki yenilikleri ve paradigma yeniliklerini de içermekte yani yeniliği tek boyut olarak düşünmek yerine çok boyutlu olarak düşünülmesini gerektirmektedir. Bu nedenle, yenilik stratejisi nedir? sorusuna; faaliyette bulunulan sektörde veya bölgede rekabet eden unsurlar arasındaki durumu gözden geçiren, amaçlar/hedefler saptayan ve doğru seçimler yapılmasını sağlayan, faaliyette bulunulan her sektör veya bölge için finansal imkânları tanımlayan ve buna göre pay ayrılmasını sağlayan ve stratejinin devamlılığını sağlamak için uzun dönemli planlar oluşturulan bir süreçtir. İzlenecek olan stratejinin etkinliğini güçlendirecek unsurlar ise, organizasyon çalışanlarının yenilik stratejisini benimsemeleri ve sahiplenmeleri ve üst düzey yönetimin süreklilik arz edecek desteği olacaktır. Ayrıca yenilik stratejileri, organizasyonların temel rekabet stratejileri olarak düşünülmemeli temel stratejiyi destekleyen bir strateji olarak görülmelidir. Organizasyonun büyüklüğü, organizasyonel yapısı ve işleyişi, pazar payı, finansal yapısı, çalışanlarının eğitim

düzeyi gibi pek çok faktör seçilecek yenilik stratejisi üzerinde etkilidir (Deniz, 2011: 152).

Değişim gayretlerinin başarılı olması öncelikle değişimi gerçekleştirecek insanların değişim ihtiyacına ve değişimin getireceklerine inanmasına bağlı bulunmaktadır. Organizasyonlar ancak çalışanları değiştğinde değişeceklerdir. Bu ilişkinin bir diğer yönü de organizasyonlar değişime açıldıkça insan kaynaklarının da değişime açılacağıdır. İnsanların bir şeyi daha farklı yapmaları için buna ihtiyaç olduğunu görmeleri gerekir. İnsanlar sayesinde rekabette üstünlüğe ulaşma amaçlı uygulamaların başarılı olması için değişimin gerekli olduğunun insanlara verilmesi uygun olacaktır. Bunun üç yolu vardır (Gül, 1995: 10);

- Mevcut uygulamaların hali hazırdaki durumuyla yetersiz olduğunu ya da gelecekte yetersiz kalacağını ispatlayan veriler sunmak,
- Gelişmekte olan rekabet stratejisinin bir analizini sunmak ve bu stratejinin organizasyonun iç gücünü yönetme tarzını ne şekilde etkileyeceğini göstermek,
- Diğer organizasyonlardan, seminer ve benzeri faaliyetlerden edinilen bilgiler marifetiyle, istihdam ilişkisini yönetmenin daha iyi yöntemler olduğunu gösteren harici model veya veriler sunmak.

Gundling'in yenilikçi ve uyumlu personelin özellikleri konusunda ise aşağıdaki tabloda bulunan veriler yöneticilere yardımcı olacaktır.

Tablo 1. Yenilikçi ve Uyumlu Personel Özellikleri

Yaratıcılık	Meraklı, soru soran, araştırmacı, çözüm arayan, sezgisel düşünen, fikirlerini kolay ifade edebilen, vizyon sahibi.
Geniş ilgi alanlarına sahip olan çalışan	Öğrenmeye hevesli, fikirlerini başkalarıyla paylaşan, farklı alanlara ilgi gösteren.
Problem çözücü çalışan	Deneycilik, bütün alternatiflere açık, hata yapmaktan korkmayan, gözle görülmeyeni yapmak isteyen, pratik, probleme farklı açılardan yaklaşabilen.
Kendini motive eden/harekete geçiren çalışan	Kendini yönlendiren, yaptığı işe tutkuyla bağlanan, başarılı olma dürtüsü taşıyan.
İş ahlaki kuvvetli çalışan	Sadık, esnek çalışma alışkanlıkları olan, katı olmayan, azimli.
Becerikli çalışan	Takım çalışmasına yatkın, işleri başkalarına devredebilen.

Kaynak: Gulding, 2002: 141

2.2. Değişim Yönetimi

Değişim yönetimi, değişim çabasını yöneten insanlarla yeni stratejileri uygulamaları beklenen insanlar arasındaki iletişimi, değişimin gerçekleşebileceği organizasyon bağlamını ve her türlü dönüşüm için gerekli olan duygusal bağlantıları yönetmek anlamına gelir (Clayton, 1999: 180-185).

Bu tanım bize duygusal boyutun varlığını da işaret etmektedir. Tüz'e göre değişim yönetimi ise, mevcut olan konumumuzun iletişim ve etkileşim içerisinde olduğumuz çevre koşullarının gereksinimleri karşısında çaresiz ve kayıtsız kalması durumunda bizi yeniden yapılandıracak ve o gereksinimleri giderebilecek düzeyde bireysel ya da organizasyon anlamında yeni fikirler üretebilme ve bunu uygulama sürecidir (Tüz, 2004: 30).

2.2.1. Değişim ve Liderlik

Organizasyonlarda etkin rolü olan organlardan biri de o organizasyonun yöneticileri ve liderleridir. Yöneticiler ve liderler stratejik kararların alınmasında ve hedeflerin belirlenmesinde etkin konumdadır (Kozlu, 2000: 195). Bu kişilerin yöneticilik anlayışları, çalışanlarla ilişkileri, yenilik ve gelişmeye karşı bakış açıları ve tutumları ile daha birçok özellikleri organizasyonun paylaşılan ortak değerlerinin oluşumunu etkiler. Gözlemek, düşünmek, karar vermek, harekete geçmek ve öğrenme döngüsünden oluşan liderin hareketleri organizasyonun güçlü ve zayıf yönleri ile temel kimlik, kültürel eğitim ve gereksinimleri tartma sürecidir (Gordon vd., 1997: 73).

Organizasyonlarda yönetmeyi sağlayacak birinin olması gerekmektedir. Öyle ki stratejik değişimlere ihtiyaç duyulduğunda organizasyonun veya kurumun başında mutlaka birinin bulunması şart olmuştur. Değişimi yönetemeyecek bir liderden söz etmek elbette ki yanlış olacaktır. Çünkü bu kişiler karizmatik, akıllı ve diğer çalışanlardan üstün özelliklere sahip olmalı ve teşvik konusunda maharetli olmalıdır. Ancak bu sayede gelişme ve ilerleme sağlanarak organizasyon yeni duruma ayak uydurabilir.

Değişime bakış açısı ele alındığında ancak üç tip liderden bahsedilebilmektedir. Bunlar sırasıyla (Johnson, 1993: 224);

- Birinci tip liderler, vizyon sahibi liderlerdir. Bu tip liderler değişim için faydalı liderlerdir. Onlar pozitif geleceğin sadece değişim ile sağlanabileceğini cazip bir şekilde anlatabilecek liderlerdir.
- İkinci tip liderler ise çalışanların değişime direneceğini düşünürler ancak çalışanları dikkate almazlar. Bunun sonucunda da kısa dönemde başarılı fakat uzun dönemde başarısız dönem yaşarlar.
- Üçüncü tip liderler değişimi yaratma alanında iş gücü üzerine çok fazla enerji ve önem vermektedirler. Ancak bu da değişim

yaratmadaki endişeyi en aza indirmeye ya da azaltmaya yetmemektedir.

Bu açıklamalardan da anlaşılacağı gibi liderlik ve yöneticilik arasında bir fark oluşmaktadır. İyi yönetici iyi bir lider olmayabilir. Liderler kriz yönetiminde de usta davranan iyi yöneticilerdir. Değişim de bir kriz felsefesi taşıdığına göre organizasyonun bütününe bu gözle bakmak yerinde olacaktır. Johnson'a göre Liderler değişim anında üç ayrı durumla karşı karşıya kalabilirler (Johnson, 1993: 225).

- Liderler daha yüksek bir otoriteye danışmadan işin gerektirdiği değişiklikleri yapmak durumunda kalabilirler. Bu fikirler kalite gruplarından, performans takımlarından ve kendiliğinden oluşabilir. Sonuçta bu değişim liderin inisiyatifinde gerçekleşecektir.
- Daha yüksek otoritelerden onay alınarak liderin yaptığı değişikliklerdir. Bu durumda üst kademedен gelen bir değişim zorlaması mevcuttur. Böyle bir değişim uygulamasında lider üst otoritelerle fikir birliğine varmakta ve böyle bir değişimin gerekliliğini ilgili çalışanlara cazip şekilde anlatmaktadır.
- Son durumda dıştan gelen bir baskı sonucu değişim istenmesi ve liderin bu değişime olumlu bakmaması söz konusudur. Bu durumda liderler kurumdan veya organizasyondan ayrılıp kendilerine başka bir pozisyon bulabilirler. Ya bu değişimin bir parçası olurlar fakat gereksiz olduğunu vurgularlar veya bu fikrin yanlış olduğunu üst otoriteye bildirebilirler. Böyle bir ortamda çok iyi analiz gerekme ve çok iyi bir karar verme süreci oluşturulmalıdır.

Düren'e göre bir organizasyonda değişim yönetimi açısından en çok önem arz edene başarı koşulları şunlardır (Düren, 2000: 236);

- Değişime ihtiyaç olduğunun şiddetle vurgulanarak teşhis edilmesi,

- Değişimden beklenenler konusunda organizasyonun her düzeyi tarafından paylaşılacak bir vizyon ve uyumlu stratejiler yaratmak,
- Çalışanlar arasında koalisyonlar oluşturarak değişim çabalarına mümkün olduğu kadar çok aktif katılımı sağlamak,
- Değişimden en çok etkilenecek kişi ve mevkilere motor roller tesis ederek onları teşvik etmek,
- Değişim sorumlularını ve proje liderlerini sevilen ve karizmatik özellikleri olan kişilerden seçmek,
- İletişim, ikna ve eğitim faaliyetlerine gereken önemi vermek,
- Katılımcı ve yaratıcı yöntemleri ön planda tutan çabalara ve faaliyetlere ağırlık vermek,
- Değişim faaliyetlerini organizasyonun maddi ve manevi unsurları arasındaki ilişkileri, dengeyi ve uyumu en yumuşak şekilde yeniden düzenleyecek tarzda yönlendirmek,
- Yeni sonuç, yöntem ve davranışların organizasyon içinde yaygınlaştırılmasını ve bütünleşmesini sağlamaktır.

2.2.2. Değişimin Sonuçları ve Değişimi Yönetmek

1990'lı yıllara doğru yönetimin bir beşeri bilim olarak daha çok ön plana çıkması söz konusu olmaya başlamıştır. Buna göre her teşebbüs ortak amaçlara ve paylaşılan değerlere bağlılığı gerektirir. Yöneticilerin ilk işi bu hedefler, değerler ve amaçlar üzerinde düşünmek, onları ortaya çıkarmak ve örnek olmaktır. Yöneticiler ihtiyaç ve imkânlar değiştikçe ticari teşebbüsün ve teşebbüs üyelerinden her birinin ilerleyip gelişmelerini sağlamalıdır. Her teşebbüs bir öğrenim ve eğitim kurumudur. Eğitim ve geliştirme her düzeyde teşebbüsün ayrılmaz parçası haline getirilmelidir. Bu durumda değişim öncelikle davranış değişikliklerini getirmektedir diyebiliriz. İnsanlar değişim sonrasında yeni bir işlevsellik kazanmakta ve alışkanlıkları

kesintiye uğramaktadır. Bu durum çalışanlarda çoğunlukla düşük tatmin, stres, korku, endişe gibi rahatsızlıklara neden olmakta ve değişim sürecinin etkililiğini değiştirebilmektedir (Drucker, 1989: 233).

Organizasyonlarda değişim karşısında karşılaşılan tutum ve davranışlar genellikle dört biçimde eğilim gösterirler. Bunlar koşullar ne olursa olsun işlerini kaybetmemek için değişime uyum çabası içine girme, değişime öncülük etme, değişimi engellemek için her çareye başvurma ve geçmişte yaşanan olumsuz değişimlerden deneyim kazanarak yeni değişimler yaşamak istememe ve bu nedenle işten ayrılmayı bile göze alma şeklinde gelişme gösteren beşeri sonuçlardır (Düren, 2000: 242).

Görüldüğü gibi değişimde sonuç paradigması tüm çalışanların tutum ve davranışlarında meydana gelen büyük değişimlerle yakından ilgili olmaktadır. Bununla birlikte değişimin yürütülmesi ve ilerletilmesi gerçeğini araştırmak da en az değişimin sonuçlarını incelemek kadar gereklidir.

Değişimi yürütmek, organizasyonda her alanda yenilik yapmayı öngörmektir. Bir organizasyonda bu alanların öncelikli olanları ise şunlardır (Klein, 1996: 40);

- Araştırma-geliştirme faaliyetlerinin sürekliliği,
- İnsan kaynaklarının iyi yönetimi,
- Ticari faaliyetler ve yatırımlar,
- Haberleşme ve bilgi-iletişim sistemlerinin güçlendirilmesi,
- Organizasyonda yeniden ve sürekli yapılanma,
- Kararlara katılım mekanizmalarının güçlendirilmesi,
- Hammadde ve malzemeler,
- Araç-gereç ve malzemelerin zamanında tedariki,
- Teknolojinin yerinde kullanımı ve yenilenmesi,
- Üretim/hizmet süreçlerinin kontrol altında tutulması,
- Stratejik yatırımların devam ettirilmesi.

Değişim yönetimi kaynağını bilgiden alan ve uyarıcı bilgiyi teşhis eden hassas ve dinamik bir yaklaşım olmalıdır. Organizasyonda değişime ihtiyaç olduğu işaretlerini veren uyarıcılar, yöneticilerin bunları doğru zamanda algılamasına bağlıdır. Değişimi doğru algılamak, organizasyonun bilgi toplamaya yatırım yapmasını öngörür. Bu çerçevede, değişimin stratejik düzeyde bir yaklaşım olarak benimsenmesini organizasyonun çok yönlü bir bilgi bankası (ekonomik, teknik, ticari, sosyal, hukuki, vb.) oluşturmalarını ve bilgi ağlarına eş zamanlı olarak bağlanılmasını gerektirmektedir (Klein, 2000:40-41).

Değişim uyarıcıları, çevresel faktörlerden kaynaklanabildiği gibi, organizasyon içinde bir rahatsızlıktan veya davranış şeklinden de ortaya çıkabilir. Bu, bir yeni ürün, fiyatlarda değişiklik, beklentilerde farklılaşma veya yeni bir teknoloji gibi, herhangi bir yeni gelişme olabilir. Burada önemli olan nokta, bu uyarıcıların algılanması ve değişim ihtiyacına cevap verecek gayretlerin göz önüne alınması gereken bazı temel prensiplerin bulunmasıdır. Bunlar (Garvin, 1993: 78);

- Değişimden beklenen performansı artırmaktır. Bu nedenle gayretleri, performansı ve etkililiği artıracak şekilde yönlendirmek gerekmektedir.
- Değişim stratejik kararlar ve yapısal düzenlemelerle desteklenmelidir.
- Değişim gayretleri, mümkün olduğu kadar, ekip çalışması yöntemleri ile sürdürülerek, fikir ve iş birliği sağlanmalıdır.
- Değişim karmaşıklığı çoğu zaman, hedeflere ulaşmada çok fazla enerjinin tüketilmesine neden olacaktır. Bu nedenle gayretleri, her sorunu çözmeye yönlendirmektense, birkaç hedef seçilerek sonuç alınca kadar, gayretleri ve enerjiyi bunlar üzerinde odaklamak daha yararlı olacaktır.

Değişim olgusunda gayretleri aşamalı ve planlı düşünmek gerekecektir. Burada yöneticiler öngörülerinde birçok varsayımı gayretlerinin şekillendirilmesinden önce hesaplamak zorundadır. Değişimi her şeyden önce bu

düşünce ile ele almak ve yürütmek gayretlerde etkililik değerlerinin artmasını sağlayacaktır. Bu ise gayretlerin israf olmamasına yardımcı olacak ve değişimin sağlıklı yürütülmesine destek verecektir.

2.3. Kurumsal Değişim

Değişimin kurumsal anlamda ortaya çıkardığı çeşitli tanımlamalar ve bileşenlerine baktığımızda bunun örgütsel yaklaşımın biraz daha üst seviyede ele alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Kurum, Türk Dil Kurumu'na göre en geniş anlamıyla, “kuruluş, müessese, tesis” olarak; hukuki açıdan ise, “evlilik, aile ortaklık, mülkiyet gibi insanlar tarafından oluşturulan şey, müessese” şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 1998: 935). Bununla birlikte, sigorta, askerlik, akademik disiplin, oy verme, başkanlık gibi bir takım kavramlar da kurumu temsil eden örneklerdendir. Bu durumda görülmektedir ki, kurumların bu bileşenlerde farklılıklar oluşturdukları şüphesizdir. Bu kurumlardan bazıları organizasyon kavramını ön plana çıkarmakta iken, bazıları kültürel veya yapısallık konusunu önemsemektedir. Bu farklı duruma rağmen sözü edilen terimler kurum kavramımızı anlamamıza yardım eden özellikler de sahiptirler (Jepperson, 1991: 144-145). Ayrıca kurumların zaman içinde tekrar tekrar üretilen kurallar ve kaynaklar olduğu söylenerek, onların değişime açıklık ve esneklik özellikleri de ön plana çıkarılabilir (Giddens, 2000: 375).

Kurumsal değişimde karşımıza çıkan bileşenler örgütlerde belirenlerden pek fazla farklılık göstermemektedir. Bu bileşenleri, değişim çalışmalarına ilham kaynağı olabilecek küresel bir vizyonun oluşturulması, kurumun/kuruluşun yapısında ve yönetiminde değişime gidilmesi ve kurumun/kuruluşun kültüründe gerçekleştirilmesi gereken değişim şeklinde sayabiliriz (Özer, 2011: 128).

Değişim yönetimi uygulamalarına başlamadan evvel yapılması gereken en öncelikli iş, değişimin organizasyon kültüründe kurumsallaştırılmasıdır. Bunun için de iki önemli konu karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki, insanlara yeni yaklaşım, tavır ve davranışların performans artışına yaptığı olumlu etkiyi göstermek biçimindeki bilinçli girişimlerdir. İkincisi ise üst yönetimi yürütecek ekibin

gerçekten çaba sağlayabilecekleri uygun zamanı kullanmalarına imkân vermektir. Şayet şartlar değişmezse yenilenme çok uzun sürmeyecek ve başarıya ulaşamayacaktır. Bu sebeple değişim sürecini başarıyla göğüslemek amacıyla değişimin kurumsallaşması gerekmektedir (Kotter, 1999: 27).

Görüldüğü gibi örgütlerin daha üst boyutu diye kabul edebileceğimiz kurumlarda değişim konusunun da çeşitli boyut ve bileşenleri karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızın asıl başlangıç noktasını oluşturan bu kavramların Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na oluşturulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte kurumsal değişimin alt yapısının incelenmesi ile birlikte diğer kamu kurum ve kuruluşlarının da değişim yönetimini uygulamalarıyla ne tür sonuçlara ulaşabilecekleri anlatılacaktır.

2.3.1. Kurumsal Değişim Sürecinin Aşamaları

Kurumsal değişimin uygulanma süreci genel olarak Manganelli ve Klein tarafından öngörülen “Organizasyonda değişim yönetiminin altı aşaması” modelinden yola çıkılarak oluşturulmuştur. Bunlar aşağıdaki sırada uygulanabilir (Manganelli ve Klein, 1994: 265-281);

- **Hazırlık Aşaması:** Değişimi gerçekleştirecek kişi ve grupların organize edilmesi aşamasıdır. Organizasyon içerisinde neden değişim yapılması gerektiğinin iyi ortaya konulmasını ve beraberinde de anlaşılmasını zorunlu kılmaktadır. Üst otoritede, organizasyondaki değişimin amacı için herkes aynı fikirde olmalıdır. Bu aşamada aynı zamanda organizasyon içerisinde proje kapsamında görev alacak çalışma gruplarının belirlenmesi ve onların eğitimi sağlanacaktır.
- **Süreçleri Tanıma:** Bir süreç haritası geliştirilerek süreçlerin tanınması ve hizmet alıcılara yönelik planların geliştirilmesi aşamasıdır. Hizmet alıcıların ihtiyaçları iyi tanımlanmalıdır. Organizasyonda mevcut performans düzeyi ölçülmeli ve buna bağlı olarak da yeni performans ölçüleri tespit edilmelidir. Organizasyondaki mevcut tüm iş ve süreçler yeniden tanımlanmalıdır. Yeni süreçlerdeki önemli ve hassas

başarı faktörleri belirlenmelidir. Bu arada son olarak da öncelikler iyi tespit edilmelidir.

- **Vizyon:** Organizasyonda değişim atılımını gerçekleştirecek sürecin ve vizyonunun ortaya konulması aşamasıdır. Organizasyondaki süreçlerin, bu süreçler arasındaki bağın ve organizasyona değer katan faaliyetlerin gerçekleştiği aşamadır.
- **Karşılaştırma (Benchmarking):** En iyi uygulamaların seçildiği ve performansın geliştirildiği aşamadır. Performansı artıracak ölçütler belirlenmelidir. Organizasyonu ilgilendiren tüm performans ve başarı ölçütleri karşılaştırılmalıdır.
- **Çözüm:** Yeni çözümün sosyal boyutunun oluşturulduğu aşamadır. Bu aşama süreçler arasındaki ilişkilerin yeniden incelendiği, eksiklerin belirlendiği, organizasyon içinde bilgi akışının sağlandığı ve değişimin organizasyon içinde bir model olarak kabul edildiği aşamadır. Çalışanların organizasyondaki değişim uygulamasına daha fazla katkıda bulunmaları için çalışanların teşvik edilmeleri ve duruma uygun iş motivasyonları sağlanmalıdır.
- **Dönüşüm (Transformasyon):** Bu aşama pilot bir uygulama yapılan aşama olarak bilinmektedir. Bu adımdan hemen sonra organizasyonda sürekli gelişmenin devam ettirilmesi sağlanmalıdır. Organizasyonda bir bilgi sistemi kurulmalıdır. Bu aşamada pilot uygulamadaki hata ve eksiklikler tespit edilmekte ve yanlışların düzeltilmesi ile organizasyonda sürekli gelişim sağlanmaktadır.

2.3.2. Değişime Direnç ve Engeller

Başarılı ve sağlıklı bir değişimin gerçekleştirilmesinde yönetim kademelerinin ve sürecinin önünde birçok engeller bulunmaktadır. Bu engeller organizasyon içi ve dışından olabilir. Önemli olan bu engellemeleri iyi inceleyip sorunların çözümüne inandırıcı ve mantıksal bir düzlemde yaklaşmaktır. Değişimin

önündeki en önemli engellerden birisi değişime karşı gösterilen dirençtir. Bir takım faaliyetlerin uygulanmasının ve yeni uyarlamaların getirilmesini ve bunun gibi birçok gelişimi anlayamayan ve getireceği yararları kavrayamayan bir takım çevreler ve organizasyon çalışanları bir şekilde değişime karşı olduklarını davranışlarıyla anlatmaya çalışırlar. Basitle anlatmaya çalışırsak, değişime direnç, herhangi tavır veya davranıştır. Bu tavır çalışanın isteksizliğini yansıtır (Schermerhorn vd., 1995: 274).

Bir organizasyonun uzun vadede yaşamını sürdürmesi ve başarısını sürekli yükseltebilmesi o organizasyonun çevresindeki değişimlere ayak uydurabilmesi ile doğru orantılıdır. Tabi ki bu da öğrenen organizasyon olmayı, çalışanların eski düşünce yapılarını bırakıp yenilerini alma konusunda becerikli olmalarını, herkesin kendi kapasite ve becerilerinin bilincinde olmasını ve diğerlerine karşı açık olmasını, organizasyondaki herkesin çalışma planlarına katkıda bulunmasını ve bu planı eş güdüm içerisinde yürütmesini gerektirir (Schermerhorn, 1982: 379). Buna karşılık bir çok organizasyonda bunun aksi durumlar söz konusu olmakta ve değişime karşı direnç oluşmaktadır.

Organizasyonda icra edilmesi öngörülen değişimle birlikte oluşan direnç, davranış ve yönetim bilimlerinde yapılmış olan çalışmalarda ortaya çıkan önemli bir durumdur. Ancak bu direnç tam anlamıyla olumsuz olarak düşünülmemelidir. Bu dirençle birlikte oluşan çatışma ortamlarını mevcut durumu ileri götürebilecek tedbirlere dönüştürmek gerekmektedir. Yine de direnç değişime olan katılımı ve değişim hızını etkileyecektir (Robbins, 1998: 632).

Bazı durumda çalışanlar belli bir hareket tarzını kabul etmiş görünürler çünkü kendilerini ikna etmek için ileri sürülen kanıtlar o kadar güçlüdür ki, kabul etmemek için bir neden göremezler, Buna rağmen çalışanların aklın kabul ettiği ile duygularının baskın geldiği hallerde yaptıkları şeyler çok farklı olabilmektedir. Değişim konusunda çalışanlar ve organizasyon arasında uzlaşma gerçekleşmiş gibi görünse de, aşırı hassasiyet, bağlılık ve geçmişle bağlantının koparılmasına duyulan istek, değişime karşı bir direnç doğurabilmektedir (Hussey, 1997: 79). Bu açıdan bakıldığında değişime direncin gerçekte organizasyonlar için çoğunlukla beklenen bir durum olduğu bilinmektedir. Becerikli yöneticiler bunu organizasyonun

faaydalanacağı şeikle geçirilmesi gerekli bir durum olarak göreceklerdir. Bu sayede değişime giden yollar daha kolay çizilerek organizasyonda bütünlük sağlanabilecektir.

Biçimi veya şekli nasıl olursa olsun direnç, hemen ya da sonradan ortaya çıkmaktadır. Organizasyonda meydana gelen değişimin hemen başında oluşan direnç “ani”, zaman içerisinde ortaya çıkan direnç “sonradan oluşan” direnç olarak karşımıza çıkmaktadır. Değişim başladığında ani gelişen tepkiler genelde hafif olmaktadır, zaman geçtikçe direnç de yoğunluk kazanmaktadır. Özellikle birkaç değişim uygulamasının üst üste gelmesi bu yoğunluğu daha da çok artırmaktadır (Ülgen, 1990: 194).

Yöneticiler ve çalışanlar değişimi farklı şekilde görmektedirler. İki grup da vizyonun ve liderliğin başarılı değişimi yönettiğini bilmekte ancak çok az sayıda lider bireylerin değişimi gerçekleştirmek amacıyla değişime bağlanmasının yollarını bulabilmektedir. Üst düzey yöneticiler değişimi, operasyondan stratejiye göre ayarlayarak organizasyonu güçlendirmek, yeni profesyonel zorluklar ve riskler üstlenmek, kariyerini yükseltmek amacıyla bir fırsat olarak görürler. Öte yandan orta kademe yöneticiler de dâhil olmak üzere birçok çalışan için değişim ne peşinden koşulacak ne de hoş karşılanacak kadar güzel bir olgudur (Strebel, 1999: 139).

Organizasyonların değişime bakış açısına doğrudan etki eden en önemli kaygı mekanizması direnç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu direncin ortaya çıkmadan önce tahmin edilmesi ve daha sonraları yaşanacak değişim alanlarında önceden tanımlanması bir zorunluluk olarak kabul edilmelidir. Bu zorunluluk iki alanda ortaya çıkmaktadır. Bunlar içeriden ve dışarıdan etki eden sebeplerdir.

2.3.3. Kurumsal Değişime Neden Olan İç Sebepler

Yaşadığımız yüzyılda kurumları hızlı bir şekilde değişime zorlayan sebeplerin ilki kurumun içerden gelen değişim faktörleridir. Bilindiği gibi kurumların kendilerine ait özellikleri, yapıları ve birbiriyle etkileşimde bulunan unsurları bulunabilmektedir. Çalışmanın bu bölümünde iç sebepler ortaya konulacak ve dış sebeplerle birlikte etki dereceleri değerlendirilecektir.

Organizasyondaki değişim, işletmelerin amaçlarını geliştirmek için iç ve dış çevreye uyum süreci olarak incelendiğinde; organizasyonla ilgili amaçların açıklanması gereği karşımıza çıkmaktadır. Organizasyonla ilgili amaçlar organizasyonun iç ve dış çevresinden gelen baskılarla bir yandan organizasyonun somut bir sistem olarak kendi varlığını sürdürme ve bütünlüğünü koruma biçimindeki gereksinimlerine, diğer yandan da üyelerinin ve ilgili bütün kişi ve grupların gereksinimlerine dayalı olduklarından dinamik bir niteliğe sahiptir. Başka bir deyişle iç ve dış çevredeki istek, gereksinim ve baskıların değişmesiyle, organizasyonun da amaçları değişebilir ve yeniden tanımlanabilir (Clayton, 1999: 180-185).

2.3.3.1. Nitelikli İnsan Gücü Gereksinimi

Kurumlarda meydana getirilmesi öngörülen değişim çalışmalarının başında nitelikli insan gücü bulunmaktadır. Değişim olgusunun bir anlayış şeklinde öncelikle çalışanların zihinlerinde oluşturulması gerekmektedir. İnsanlar bir şekilde değişime zorlandıklarını hissettiklerinde buna karşılık olarak direnç gösterebileceklerdir. Bu direncin oluşmadan en az seviyede oluşması için yapılması gereken çalışan topluluğun belli bir düşünce seviyesinde tutularak değişimin gelişme ve büyüme ile doğru olarak işlediğine inanmalarını sağlamaktır.

Kurumlarda değişim algısı örgütlerde olduğu gibi karmaşık ve sonsuzdur, doğrusal değildir. Başlangıç ve sonu belirsiz bir olgudur. Bu nedenle etkili değişim çok yönlü gelişmeyi ve ifadeyi hedeflemek zorundadır. Bu durumda önemli bir nokta da çalışanların katılımı ve iş süreçlerinde bu süreçleri iyileştiren insan gücü oluşturulmasıdır. Kurumlarda da aynı örgütlerdeki gibi değişimin kişisel boyutu önemlidir. Bireyler değişimin etkisinde kalarak değişmezlerse örgütsel ve kurumsal değişim de gerçekleşmez (Hannan ve Freeman, 1984: 150).

Yönetim açısından bakıldığında artık kurumların da insan kaynaklarındaki anlayışları hızla değişmektedir. Günümüz değişimlerine baktığımızda önümüzdeki bir kaç yıl içerisinde dünyanın neye benzeyeceğini tahmin etmek oldukça zor sayılmalıdır. Artık personel yönetimi de yerini daha kapsamlı bir kavram olan Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi'ne bırakmıştır. Sonuç olarak insanın örgüt ve

dolayısıyla kurumlardaki önemi ortaya konmuş ve bu konuda yeni arayışlara başvurulmuştur. Bu anlayış ile birlikte insan merkezli personel yönetimi ve politikaları oluşturulmaya başlanmıştır.

2.3.3.2. Kurumsal Öğrenme Yeteneği

Değişim olgusuyla karşılaşan kurumların alt birimleri olan organizasyonlar, çalışanların öğrenme yetenekleri ile değişim hızını kolayca artıracaklardır. Bu durumda yöneticilerin sağlıklı ve güçlü bir organizasyona sahip olmaları için “sürekli öğrenen organizasyonlar” oluşturmaları gerekmektedir. Rekabet ortamında avantajı yakalayabilmek için kurumların içsel olarak kendi çalışanlarına yönelmeleri zorunlu olacaktır. Eğer rekabetçi avantaj yakalanmak isteniyorsa insanlar ve organizasyonlar sürekli biçimde öğrenmelidir (Chonko vd., 2003: 941).

Günümüzde bilgi, rekabet üstünlüğü sağlamada stratejik kaynak durumuna gelmiş ve diğer üretim faktörlerini ikame eder bir forma girmiştir. Bununla birlikte başarıyı sürekli olarak getirebilecek durağan bir bilgi topluluğundan söz etmek de mümkün olmamaktadır (Tobin, 1996: 18).

Canlı birer sistem olarak kabul ettiğimiz organizasyonların hayatta kalabilmeleri için çevrelerinde olup bitenlerden haberdar olmaları ve çevrede meydana gelebilecek değişimlere uyum sağlama yetenek ve esnekliğine sahip olmaları zorunlu hale gelmiştir. Nasıl ki insan beyni çevrede meydana gelen değişimlere göre vücudu ayarlıyorsa, organizasyonların da değişken çevre şartlarına göre kendilerini uyumlu hale getirmeleri gerekir. Kendisini çevresinden soyutlayan organizasyonların hayatta kalma şansları neredeyse yok denecek kadar azdır. Dolayısıyla kurumların da varlıklarını sürdürebilmeleri amacıyla sürekli gelişip büyümeleri ve rekabetçi avantajlarını sağlıklı tutabilmeleri için öğrenmeleri gerekmektedir (Yazıcı, 2001: 88).

Görüldüğü gibi kurumsal değişime ayak uydurabilmek ve bu sayede değişimi ortaya çıkarabilmenin temelinde esasen kurumsal öğrenme olgusu bulunmaktadır. Aynı zamanda organizasyonca öğrenmenin de temelinde bireysel öğrenme konusu yatar. Bu noktada yöneticiler, herkesin aynı anda, aynı şekilde veya aynı sonuçlara

ulaşabilecek öğrenme yeteneğine sahip olmadığını unutmamalı ve farklılıkları ortadan kaldıracabilecek tedbir ve sistemler geliştirmeyi bir amaç haline getirmelidir.

2.3.3.3. Zamanlama ve Değişime Olan İhtiyaç

Değişimin oluşmasında öncelikli olarak durum analiz edilmeli ve ihtiyaç olup olmadığı gözden geçirilmelidir. İhtiyaçların tespit edilmesi doğru bir değişim yönetimi için oldukça önemlidir. Burada önemli olan nokta ideal değişim zamanlamasını yakalamak ve ne tür değişim olacağına karar kılmaktır. Stratejik açıdan ele alınan ihtiyaçlar ve değişimin zamanlamasına karar verildiği andan itibaren uzun vadeyi kapsayacak adımların hayata geçirilmesine başlanmalıdır. Yönetim tarafından değişim sürecinin nasıl yapılacağına dair yol göstericiler ve aşama aşama değişimin gerçekteşeceği aşamalar birer tanıtıcı el kitapçıkları ile çalışanlara verilmelidir. Bu birçok engellemeyi ortadan kaldırırken aynı zamanda işbirliğini de kuvvetlendirecektir (Güzel, 1996: 31-32).

Kurumsal yapının çalışanlarının her birinde meydana getirilmek istenen katkı, zamanlama dikkate alınarak işleme konulmalı ancak olası dirençlere karşı da yedek yol haritaları hazırlanmalıdır. Çünkü değişimin yaratılmasında en güç durumlardan birisi beklenmeyen dirençlerin ortaya çıkma olasılığının bulunmasıdır. Bunu en aza indirmek için aktif planlar oluşturulmalıdır.

Bu noktada planlama tekrar bize önemini göstermektedir. Bu da planlı değişim ve plansız-ani değişim olgusu ile yüzleşmemiz sonucunu doğuracaktır. Mükemmel bir değişim için kurulacak yeni yapının taşıması gereken özellikler kısaca şöyle sıralanabilir (Aktan, 1999: 8-9):

- Küresel organizasyon,
- Yalın organizasyon,
- Çevik organizasyon,
- Esnek organizasyon,
- Müşteri odaklı organizasyon,
- Siberetik (bilgi teknolojilerini iyi kullanan) organizasyon,

- Katılımcı organizasyon,
- Yenilikçi organizasyon,
- Öğrenen organizasyon,
- Erdemli organizasyon.

Değişim uygulamalarında izlenebilecek çeşitli yöntemler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo2. Değişim Uygulamalarında İzlenebilecek Başlıca Yöntemler

Yaklaşım	Kullanıldığı Durumlar	Yararları	Sakıncaları
Eğitim ve İletişim	Bilginin eksik ya da hatalı olduğu durumlar	Belirsizlik durumlarında oldukça etkilidir. Bir kez uygulanınca bireyler değişim uygulamasını desteklerler.	Yeni bilgi nadiren davranıştaki değişimi motive eder. Çok sayıda kişiyi ilgilendiriyorsa zaman alıcı bir yöntemdir.
Katılım	Değişikliği başlatanların yeterli, bilgiye sahip olmadığı durumlar	Katılanlar yeni uygulamalarda söz sahibi olacaklar ve verilen bilgilerden yararlanacaklar.	Katılanların hazırladıkları değişiklik planı işletme için uygun değilse zaman alıcı olur.
Destekleme	Uyum sorunu nedeniyle direnç gösterilen durumlar	Çalışanların yeni uygulamalara uyumunu kolaylaştırır.	Masraflı ve zaman alıcıdır. Başarısız olma ihtimali vardır.
Pazarlık ve Anlaşma	Değişikliklerde bir kişi ya da grubun kaybedeceği durumlar	Daha önemli direnişleri önlemeye yönelik bir yöntemdir.	Diğer kişileri pazarlık yapma konusunda uyarıyorsa pahalı bir yöntem haline dönüşür.
Taviz Verme	Diğer yöntemlerin pahalı olduğu ya da kullanılmadığı durumlar	Direnci çabuk ve ucuz olarak önler.	Bazı kişiler kendilerini aldatılmış hissederler ve gelecekte sorun yaratabilirler.
Tehdit ve Baskı	Hızlı hareketin gerektiği ve yöneticilerin güçlü olduğu durumlar	Hızlı çözüm getirir.	Bazen kişiler yöneticilere karşı tahrik olabilir.

Kaynak: Tüz, 2004:7

2.3.3.4. Kurum İçi Algılama Sistemleri

Kurumsal değişimde öne çıkan konuların büyük bir bölümünü de kurum içi algılama sistemleri oluşturmaktadır. Bu sistemler belli bir disiplin içerisinde incelenerek değişime yön verilmelidir. Kurum içi algılama sistemleri olarak burada değerler, tutumlar ve iş tatmini konularına yer verilmiştir.

Organizasyonların başarısı fiziksel ve finansal kaynaklarla insan kaynaklarının uygun bileşiminin bir sonucudur. Fiziksel ve finansal kaynaklar

cansızdırlar verimlilik veya başarıya yalnızca insan unsuruyla birlikte olduklarında ulaşabilirler. Yönetici üretimin cansız faktörlerini kolaylıkla kullanabilir ve girdi-çıktı ilişkisini hesaplayabilir ancak insan unsuru ile çalışırken istek, irade, bağımsızlık gibi soyut kavramlarla karşılaşır. Çalışanlar isterlerse üretimi artırabilirler, isterlerse sınırlandırabilirler. İnsan faktörünün bu niteliği işgörenin işe ve çalışmaya güdülenme ihtiyacını yaratmıştır (Karatepe, 2005: 21).

2.3.3.4.1. Değerler

Bir organizasyonda koşulların bozulduğunu gösteren en önemli delil, iş tatmininin düşmesidir. İş tatminsizliği daha çok gizli şekillerde ani grevler, iş yavaşlatma, düşük verim, disiplin sorunları şeklinde belirir ve organizasyona ait sorunların arka planında yer alır (Davis, 1988: 95).

Milton Rokeach'a göre değerler iki grupta incelenebilir. Bunlar;

- Amaç değerler (Temel değerler): kişinin hayatı boyunca başarmak istediği değerlerdir.
- Araçsal değerler: Yukarıda söz edilen amaçlara ulaşmak için kullanılabilecek davranış biçimleridir.

Tablo 3. Rokeach’a Göre Değerlerin Sınıflandırılması

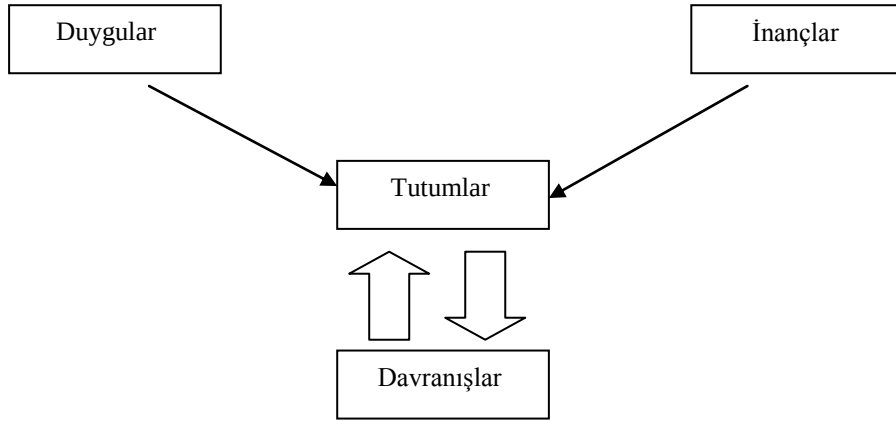
Amaç Değerler (Temel Değerler)	Araçsal Değerler
1. Rahat bir yaşam	İstekli sıkı çalışma
2. Heyecan verici bir yaşam.	Geniş fikirli-açık fikirli olma
3. Barışçıl bir dünya	Yetenekli olma
4. Güzellikler dünyası	Neşeli olma
5. Eşitlik	Temiz olma
6. Ailenin güvence altına alınması	Cesur olma
7. Özgürlük	Merhametli olma
8. Mutluluk	Yardımsızlık
9. İç huzur	Dürüst, doğru olmak
10. Olgunluk tutkusu	Yaratıcı olmak
11. Ulusal Güvenlik	Kendi kendine yetmek
12. Zevkli, eğlenceli ve acelesiz bir yaşam	Entelektüel, zeki olmak
13. Kurtuluş-Ölümünden Sonraki Hayatı Kurtarma	Mantıklı ve rasyonel olmak
14. Kendine saygı	Müşfik, sevecen olmak
15. Sosyal tanınma	İtaatkar olmak
16. Yakın dostluk	Terbiyeli-Kibar, ince olmak
17. Bilgelik	Sağduyulu-Güvenilir olmak
18. Başarma duygusu	Kendine hakim olmak, disiplin

Kaynak: http://en.wikipedia.org/wiki/Rokeach_Value_Survey

2.3.3.4.2. Tutumlar

Tutum en genel anlamda bir bireyin belirli bir şeye ya da diğer bir bireye karşı zihinsel açıdan hazır oluş durumu veya belirli bir şekilde vaziyet alışıdır. Başka bir deyişle bireylerin belirli şeylere karşı geçirdiği çeşitli deneyimlerin sonucu olarak alınan düzenli tavır ve davranış biçimleridir (Özkalp ve Kirel, 1998: 93). İşle ilgili tutumları anlama ve kavramlarla ilişkisi Çizim 1’de gösterilmiştir.

Çizim 1: İşle İlgili Tutumları Anlama

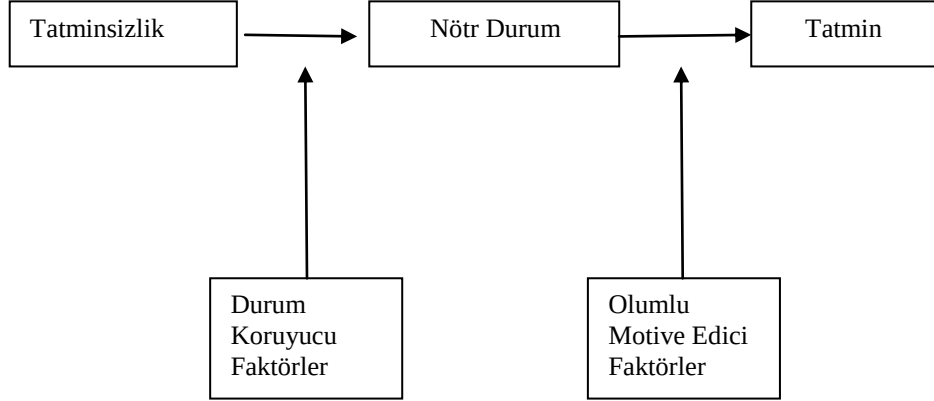


Kaynak: Baysal ve Tekarslan, 1987: 168

2.3.3.4.3. İş Tatmini

İş tatmini, bir bireyin beklenti içinde olduğu veya arzu ettiği çıktılarla gerçekleşen çıktılar arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda işine karşı beslediği duygusal tepki olarak adlandırılır (Cranny vd., 1992: 1). Çizim 2’de faktör kümeleri ve tatmin ilişkisi gösterilmiştir.

Çizim 2: İş Tatmini faktörleri-Tatmin İlişkisi



Kaynak: Deniz, 2005: 315

2.3.4. Kurumsal Değişime Neden Olan Dış Sebepler

Kurumun değişimi sadece iç nedenlerden kaynaklanan etmenlerden oluşmamaktadır. Çalışmanın bu bölümünde kurumsal değişime neden olan dış sebepler açıklanmıştır.

2.3.4.1. Küresel ve Ekonomik Etkiler

Toplumda ekonomik yönden kapitalist ya da liberal sistem uygulanmakta ise küresel ekonomik talepler ve yönelimler ağırlık merkezini oluşturacak ve kamu hizmetlerinin kamu işletme sistemi şeklinde sunumunu benimsemek zorunda kalınacaktır.

Organizasyonları değiştirmeye zorlayan bir diğer önemli etken ise ülkede ve dünyada meydana gelen ekonomik değişimlerdir. Dünyada yeni ekonomik düzenin temelleri 1980 yıllarında atılmaya başlanmış ve daha sonraları 2. Dünya Savaşı sonrası ABD ve SSCB arasındaki soğuk savaş dönemi kapanarak serbestleşme-küreselleşme akımı ortaya çıkmıştır. Küreselleşme yani ülkelerin dünya pazarıyla bütünleşmesi bunu yaparken de mal-hizmet ve sermaye hareketlerinin kamu müdahalesinden kurtulması elbette organizasyonlar büyük ölçüde etkilemiş ve eskinin tutucu kapalı ekonomisine tabi olan organizasyonlar kendilerini yenilemek

zorunda kalmıştır. Sonraları ortaya çıkan bilgi teknolojilerindeki yenilik ve değişimler iş yaşamındaki hızı artırmıştır. Gelenekler, bürokratik ve hiyerarşik seviyede yoğunluk gösteren organizasyonlar sivri ve hantal taraflarını küçültme operasyonlarıyla rekabet güçlerini artırmayı amaçlamışlardır (Wolff, 2005: 20).

Günümüzde küreselleşme olgusu hemen tüm organizasyonları etkiler hale gelmiştir. Modern iletişim organizasyonların birçok ülkede değişik örgütlenme ve kontrol yöntemleriyle iş yapmalarına sebep olmaktadır. İletişim teknolojisi eş zamanlı olarak organizasyonun sadece bir kısmı değil tümünün bilgiye ulaşmasını sağlayarak bilgi akışını mümkün kılmakta ve dahası gerek tedarikçi, gerek müşteri ve gerekse dünyadaki diğer ortak ve rakiplerle bağlantı kurulmasına olanak sağlamaktadır (Özer, 2011: 138).

“Son zamanlarda karşımıza çıkan yeni ekonomi bağlamında “değişim” önemini daha da çok artırmıştır. Yine yeni ve eski ekonomi anlayışı arasında göze çarpan en önemli unsur, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki kullanım kolaylıkları ve kazanılan zamanın belirginliğidir. Yeni ekonomi anlayışının temelindeki en önemli konu bilgidir. Yeni ekonomik yapı ve enformasyon teknolojilerinin gelişimi ve yaygınlaşması organizasyonların yapılarını ve şemalarını, çalışanların niteliklerini, hizmet alıcılar ile olan ilişkileri ve pazarlama stratejilerini önemli ölçüde değiştirmektedir. Yeni ekonomik yapıda hız, esneklik, yaratıcı ve yenilikçi anlayış giderek daha fazla önem kazanmaktadır” (Aktaran Özer, İnan-Çiçek, 2011: 132).

Son olarak organizasyonların ya da kurumların etki alanlarının giderek genişlemiş olması, ülke sınırlarını da aşan boyutlarda mal ve hizmet üretiminin sağlanması ile doğru orantılı olarak birçok organizasyonun yapı, nitelik ve hedeflerinde de değişim meydana gelmiş ve çok uluslu işletmecilik anlayışı ile değişimler görülmeye başlanmıştır. Buna örnek olarak Türk Hava Yolları’nda görev yapan pilot ve teknik ekip gösterilebilir. THY Teknik hizmet alımları ve pilot ihtiyacını dışarıdan da sağlamaktadır.

2.3.4.2. Bulunulan Bölge ve Coğrafi Özellikler

Başta bireylerin olmak üzere bu bireylerin bulunduğu organizasyon ve kurumların coğrafi ve bölgesel özelliklerini düşünmek çok büyük önem arz etmektedir. Kışların çok olduğu ve dağlık bir bölgede yetişen insan yapısıyla, tam aksine deniz kenarında yetişmiş ve sıcak bir iklimde bulunan insan arasında çok büyük fark bulunmaktadır. Bu bize organizasyonda oluşan kültürün ve değişimle beraber hareket edebilme yetisinin de anahtarını işaret etmektedir. Kısacası bölgesel ve coğrafi özellikler insanları şekillendirdiği gibi organizasyon ve kurumları da kendine ait özellikleriyle ele alınması gerekli bir duruma getirmiştir.

Organizasyonların neredeyse var oluş durumlarını doğrudan etkileyebilecek bir konu olan yerleşim kaçınılmaz olarak organizasyon dışından gelişen dengeleri de etkilemektedir. Bulunulan bölgedeki sosyal sistemin alt unsurları olan, insan özellikleri, beklentiler, yaşam tarzları, anlayış, inanç ve alışkanlıkların organizasyonda gerek çalışanların gerekse tüm paydaşların üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bu etkiyi olumlu şekle dönüştürmek için kurumsal kültüre yakın ve değişimi kolaylaştıracak yollar belirgin hale gelmiştir. Organizasyonun bütünüyle değişimin nerede olacağını yerleşim ve bölge insanının yapısıyla birlikte düşünme gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Organizasyonlar çevreye, kaynaklar ve çevrenin sağladığı olanaklar açısından bağımlıyken, çevre de organizasyona, organizasyonun sağladığı iş imkânları açısından bağımlıdır. Tüm organizasyon sistemlerinin kendi coğrafya ve yerleşimleri ile kaynak alışverişi içinde olmaları ve kendilerine kontrol edebildikleri bir yer sağlamaları kriz şeklinde olabilecek dalgalanmalara karşı organizasyonların sağlıklı yönetilmesi için zaruri hale gelmiştir. Çevreden gelebilecek değişim başlatıcı koşullar, organizasyonun ilişki içinde olduğu girdi kaynakları (hammadde, bilgi, enerji, teknoloji, insan ve para vb.) ve çıktılardan (üretilen mal ve hizmet, fikir ve bilgiler, yarışma vb.) ortaya çıkabilir. Değişime neden olan böyle bir durum ortaya çıktığında organizasyonun değişen duruma uyması gerekeceğinden içyapısında da değişimler olacaktır (Özkalp, 1982: 550).

Değişimin etkileri farklı zamanlar için incelenebileceği gibi birey, grup, organizasyon, toplum, ulusal ve uluslararası seviyelerde de incelenebilir. Değişimin yayılmacı özelliği göz önünde bulundurulduğunda herhangi bir düzeydeki değişimin diğerleriyle yakından ilişkili olduğu göze çarpar. Bu sebeple bir değişim alanını sadece kendi açısından izole ederek incelemek çok zordur (Yüksel, 2000: 143). Dolayısıyla burada değişimin yönetimini yerleşimin etkisini düşünerek incelemek faydalı olacaktır.

2.3.4.3. Teknolojik Gelişim ve Yenilikler

Teknoloji, üretim faaliyetlerinde bulunurken insanların kullandığı yol ve yöntemler olarak tanımlanabileceği gibi, insanın çevresini değiştirmek amacıyla sahip olduğu ve kullandığı tekniklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Tokat, 1996: 73). Teknolojide yaşanan hızlı değişim beraberinde dünya üzerindeki tüm organizasyonları peşinden sürükleyerek rekabet ortamını iyice kızdırmaya başlamıştır. Teknoloji değişimle yeni ve kullanımı çok kolay cihazlar sayesinde insanların daha önceden yaptıkları birçok iş çok daha kısa zamanda ve doğru olarak yapılmaktadır. Bununla birlikte tüm dünyada neredeyse kesintisiz olarak kullanılan internetin de verdiği imkânları unutmamak gerekmektedir. İnternet sayesinde bilgi dünyanın her noktasına çok kısa bir sürede ulaşmakta be bireyden topluma tüm insanlar gelişme ve yeniliklerden anında bilgi sahibi olmaktadırlar. İşte bu süreç, gelişen teknik ve iletişim teknolojilerinin yeni imkânlar sunmasıyla da her geçen yıl farklı özellikler ortaya çıkarmış ve insanların kullanımı için yeni sistemler ve uygulamalar piyasaya sürülmüştür. Bu bilgi ve iletişim teknolojilerini hayatımızın her alanında görmek mümkün hale gelmiştir. Bu durumda organizasyonlar bu teknolojileri satın alarak ülke genelinin yararına sunma ve organizasyonları geliştirme yoluna gitmeye başlamışlardır. Ancak sonuçta bu cihaz ve sistemleri kuran, işleten, devamını sağlayan elbetteki yine insandır. Nitelikli insan ihtiyacının en önemli ayağı, bilgi ve iletişim teknolojilerinde istihdamı uygun insan kaynakları politikalarıyla temin etmekten geçmektedir.

Wolff'un da belirttiği gibi "bilgiye ulaşmak artık basit hale gelmiştir ancak asıl önemli konu bu yeni teknolojiyi verimli şekilde kullanabilecek yetişmiş insan

unsurudur. Yukarıda bahsedilen bu durum organizasyonları personel iyileştirme ve nitelikli personel konularında daha seçici olmaya yöneltmiş, eğitilmiş ve yabancı dil bilen personel politikalarının işleme koyulmaya başlanmasına sebep vermiştir.

1994 yılı ve sonrasında görülen diğer bir bilgi erişimi konusu da haberleşme alanında GSM teknolojisinin yaygın halde kullanımının giderek artmasıdır. Günümüzde akıllı telefonlar ile iletişimin yanında yer bulma, bilgi transferi, bankacılık hizmetleri ve internete erişim marifetiyle kolayca yapılmaktadır. Bu hizmetler bireylere olduğu kadar toplumun tümüne yayılan etkisiyle yeni ve sürekli değişen uygulama alanları yaratmıştır. Türkiye’de yaygın olarak kullanım alanı bulan bu durum devletin çeşitli reformlar yapma gereksinimlerini dahi doğurmuştur. E-devlet modeli bunlardan sadece biridir. Otomasyon ağları, kurumsal bellek oluşturma, veri tabanı işlemleri giderek kapasitesini artırmakta ve insanlara kamusal yarar sağlama imkânları sunmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak oluşan rekabet ortamı artık uluslararası rekabet şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

2.3.4.4. Siyasal/Yönetimsel Beklenti ve Değişimler

Geçmiş yıllardan günümüze kadar olan zaman içinde pek çok alanda olduğu gibi yeni bir bilim dalı olarak kabul edilen yönetim biliminde ve yönetim anlayışlarında da pek çok değişimler gözümüze çarpmaktadır. İşlerin daha yavaş ilerlediği, önceden saptanmış biçimsel rollere önem veren, katı bir hiyerarşik düzenin bulunduğu, merkeziyetçi yönetim modellerinin yerini iş görenlerin ve yönetimin uyum içerisinde çalıştığı, yaratıcılığı, esnekliği, değişimi ve yenileşmeyi destekleyen yönetim modelleri almaktadır. Bundan böyle organizasyonda çalışan personelin bireysel amaçlarıyla, organizasyonun amaçlarının birleşmesi iş görenlerin yalnızca verilen emirleri yapan bir grup insan olmadığı her bir bireyin etkileme gücüne ve inisiyatif kullanma hakkına sahip olduğu ve bunların bireylerin motivasyonunu, organizasyona bağlılığını artırdığı kabul görmektedir (Sağlam, 1979: 48).

Yönetim modellerindeki bu değişimler yöneticilerin de kendilerinde değişime neden olmuştur. Artık daha esnek düşünebilen, katılımcı, demokratik ve çoklu ortamda düşünebilen yöneticilerin varlığını görmemiz mümkün olmuştur. Çalışanı düşünen, öncelikle organizasyon içerisindeki uyum ve mutluluğu oluşturan ve dış

paydaşların mutluluk ve tatmininin de doğrudan buna bağlı olduğunu düşünen yöneticiler başarılı olmaya başlamışlardır. Değişim yönetiminde değişime yatkınlığın kalıcı olabilmesi yönünde görülen en baskın inanç herkesin değişime inanmış olmasından geçmekte ve bu da günümüzde ancak bu şekilde çalışan organizasyonlarda olmaktadır. Bu yeni yönetim modellerini özellikle son yüzyılda görmek mümkündür ve hala yeni yönetim anlayışları da yönetici başarısıyla ve öngörülerle ortaya çıkmaktadır. Her dönem başarılı bir yönetici kendi tarzında çeşitli yöntemleri hayal gücü ve becerileriyle de bütünleştirerek göstermektedir. Bunun en büyük göstergesi organizasyonların katı rekabet ortamında ayakta kalmaları ve değişimle bütünleşik olarak nefes almalarıdır.

Organizasyonların rekabet ortamlarında gösterdikleri yaşam mücadeleleri elbette yukarıda bahsedilen yönetsel bağlarla yakından ilişkilidir. Ancak kurumsallaşan sistemlerin kamusal ortamda kendini gösteren değişim ve yenileşme ihtiyaçlarında durum benzer olmakla birlikte, daha fazla hizmet alıcı ya da daha fazla etkilenen insan sayısı ayrımı karşımıza çıkmaktadır. Siyasal düzen düşünüldüğünde devletin bunu en az maliyet ve emekle en çok faydayı alabilecek sistem, yenilik ve gelişmeleri düşünmek zorunda olduğu vazgeçilmesi imkânsız bir gerçektir. Buna göre toplumun siyasal beklenti ve isteklerinin aynı zamanda normal hayatta da belireceğini düşünmek yerinde olacaktır. Bu beklentilerin dönemsel veya mevsimsel olmasından çok stratejik düşünce oluşturularak uzun vadede planlanması ve ülkenin siyasal hayatının tamamını ya da belli bir vadeyi kapsaması düşüncesi kalıcı olacaktır. Örneğin, sağlık politikalarında öngörülen reformların sadece belli bir iktidar dönemini değil, ülkenin diğer alanlardaki tüm yatırım, alt yapı ve organizasyonel çalışmalarının da eş güdümünde sürdürülmesi düşüncesi toplam faydayı artıracak ve her türlü maddi ve manevi israfı engelleyecektir.

2.3.4.5. Kurum Dışı Algılama Sistemleri

Organizasyonların dış dünyadan aldıkları bildirimleri ele almak değişim yönetiminde hayati bir denge sağlamaktadır. Bu konuda organizasyonlar kendi içlerinde sağladıkları kültürün bir dışa vurumu olarak paydaşlarına nitelikli konumlarını göstermek ve buna bağlı olarak da uzun vadede bir çeşit var oluş gücü çıkarımı sağlamak durumundadırlar. Bu aslında günümüzde organizasyonların değil

dış dünyanın daha etkili olduğu bir durum haline gelmiştir. Bulunduğumuz çağın hizmet çağı olduğu düşüncesine dayanarak bu algılama sistemlerini, organizasyonların sağladığı hizmetlerin kalite ve verimliliği ile çalışanların tutumu ve kurum içi algılarının dışa yansımalarını (güler yüz, kendine güven, kaliteli hizmet, şeffaflık, iyi niyet, kanunlara bağlılık, aidiyet duygusu, yardımseverlik vb.) hizmet alan kesimin tutum ve bakış açılarından değerlendirilmesinin bir sonucudur şeklinde tanımlayabiliriz. Günümüzde en çok karşımıza çıkan iki önemli sistem algılama ve imaj sağlamada görülen sistemlerdir. Bu sistemlerin hayatta kalabilmesi için iyi ve kaliteli hizmetin yanında dış dünyayı takip eden ve organizasyonla halk hizmet alanlar) arasında bir köprü vazifesi olarak sağlam bir Halkla İlişkiler tesisi çok büyük önem kazanmaktadır.

Algılama ve imaj birbirlerine çok yakın iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Eren'e göre "İnsanları harekete geçiren ve hareketlerinin yönlerini belirleyen, onların düşünceleri, umutları, inançları özetle arzuları, ihtiyaçları ve korkularıdır. İnsanların faaliyetleri bireylerin arzu, inanç, ihtiyaç ve hatta korkularına göre de yönetilmektedir. Bu sayılan güç ve kuvvetlerin bileşkesi, kişinin psikolojik çabalarını bir amaca ulaşmak üzere organize etmekte, onlara devamlılık ve dinamizm kazandırmaktadır" (Eren, 1993: 316).

Her organizasyonun karlılığını devam ettirebilmesi için iyi imaja ihtiyacı vardır. Ancak iyi bir imaj rastgele oluşmaz. Oluşması için belirli bir sürecin geçmesi ve sürecin iyi yönetilmesi gerekmektedir. Bunun için organizasyonların imaj inşa etme bilinçlerine sahip olmaları gereklidir. Ürün ve hizmetleri gayet iyi olan bazı organizasyonların olumsuz veya etkisiz bir imaja sahip olması olasıdır (Karaköse, 2008: 2).

Diğer insanlar veya bir organizasyon hakkındaki kanaatin oluşmasını sağlayan imaj kavramının kökeni sosyal psikolojiden kaynaklanmaktadır. İmaj, kişilerin bir obje, organizasyon veya başka bir kişi hakkındaki düşünceleridir. Bununla birlikte bu düşünceler her zaman için gerçek olanla uyuşmayabilir. Bu durumda imaj farklılıklar da gösterebilir. Bu imajın herkese aynı şekilde iyi yansımaları için de çeşitli çalışmalar yapılması gerekmektedir (Saydam, 2005: 242).

Net bir vizyonu olan, bunu kurum içinde ve dışında açık bir şekilde paylaşan ve kurumun bu vizyonla uyumlu hareket etmesini sağlayan kurumların itibarı artmaktadır. Kurumun hayat seyri bir bütün olarak düşünüldüğünde, hayatta atılan her adım, sadece o adımda elde edilen sonuçlarıyla değil, aynı zamanda itibar etkisiyle birlikte değerlendirilmelidir. Kısa vadeli kazançlar için itibarını yitirenler, değerlerinden de kaybetmektedirler. Şirketlerinin itibarını yükselten liderler, itibarın şirketin en önemli varlığı olduğunu anlayan kişilerdir (Karatepe, 2008, Erişim Tarihi: 04.08.2014).

Görüldüğü gibi kurumsal ve bireysel tüm hizmetler birer algılama sistemi doğurmaktadır. Bunun kaçınılmaz bir sonucu olarak da önceki anlatılan dışsal nedenlerden değişime katkısı olan dış algı sistemlerinin diğer nedenlerle de doğrudan bir bağı bulunmaktadır. bilgi çağında bu husus karşımıza internet aracılığıyla yapılan bilgi paylaşımlarıyla çıkmaktadır. Bu sayede halkla ilişkilerin gelişmesini de desteklemektedir. İyi hizmet sonrasında iyi düşünülmüş bir halkla ilişkiler kurumların hizmet kalitesinde uzun vadeli anlayışın yerleşmesini sağlayacak ve çok olumlu değişimler sağlayacaktır.

2.3.5. Değişim ve Kurumlar İçin Önemi

North’a göre; “bir toplumda kurumların temel rolü sabit bir insan etkileşimi yapısını oluşturarak belirsizliği azaltmaktır. Kurumların istikrarı onların değişime uğramadığı anlamına gelmez. Kurumlar, konversiyonlarla, davranış kalıplarıyla, genel hukuk gibi kavramlarla, bireyler arası sözleşmelerle gelişir ve böylece bize sunulan tercihleri de sürekli biçimde değişime uğratırlar. Değişim bazen çok yavaş olabilir ve biz, tarihçiler olarak bu değişimi algılamak için dışarıdan bakmayı yeğleyebiliriz. Fakat yine de kurumsal değişimin hızlı olduğu bir dünya da yaşadığımız da yadsınamaz bir gerçektir” (North, 1990: 3).

Bu bağlamda ilk önce anlaşılması gereken husus devlet olgusu altında yaşayan bireylerin hizmet aldıkları veya hizmet vermeye devam ettikleri en temel resmi organizasyon olan “kurum” içerisinde topluma etki edebilecek resmi değişimlerin etkisinin insanlar üzerinde yarattığı değişimdir. Değişim sağlanabilecek konular kurumların değişim gücünü gösterebilecekleri boyutta olmalıdır. Örneğin

eğitim, sağlık, iletişim, ekonomi gibi konular bunlardandır. Artık bu değişimi modern toplumlarda resmi ve demokratik olarak yerleştiren birçok aracı kanun ve uygulama gücünü yakından görmekteyiz. Bu noktada dikkate alınması gereken konu kurumların ne ölçüde bu değişimin içinde oldukları ve sağladıkları yeniliktir.

Yine North’a göre; “Kurumsal değişim, kuralların değişimi, resmi olmayan sınırlamalar gibi hususlardan etkilendiği için, çok karmaşık bir süreç olabilir. Yine bu kurumlar, devam etmeyen bir durum yerine çoğalarak değişebilirler. Kurumların neden çoğalarak değiştikleri ve devam etmeyen bir değişimin (devrim, işgal vb.) bile tam olarak devam etmeyen olmaması ise toplumdaki gayrı resmi sınırlamaların bir sonucudur. Resmi kararlar ya da yargısal kararlar sonucunda bir gecede değişebiliyorsa da, gayrı resmi sınırlamalar (gelenekler, görenekler, davranış kalıpları vb.) bu tarz politikalardan etkilenmeme özelliğine sahiptirler. Bu tarz kültürel sınırlamalar, yalnızca geçmişi bugün ve gelecekle bağlamakla kalmazlar, aynı zamanda bize tarihsel değişimi açıklamanın bir yolunu da sunarlar” (North, 1990: 3).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİ VE DEĞİŞİM

3. KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM

Bu bölümde Türk Kamu Yönetiminde çeşitli etkileşimler sonucu oluşan değişim paradigması üzerinde açıklamalar yapılarak kamusal mal ve hizmetlerin üretimi ve dağıtımında devletin rolü ve klasik kamu yönetiminden yeni kamu yönetimi anlayışına geçiş incelenmiştir. Günümüzde artık birçok devlet gelişen koşullar karşısında mevcut kamusal hizmetlerini gözden geçirmek durumunda kalmıştır. Klasik kamu yönetiminin yeni kamu yönetimi anlayışından farkları ortaya konularak yeni yönetim arayışları, kamusal hizmetlerin dağılımında değişimler, kamusal alan konusu, devletin yeni kamu yönetimi içinde alması gereken roller, devletin kamusal hizmetlerin hangilerini özel kesime bırakacağı şeklinde daha ekonomik ve özel kesime yaklaşan yönleri ele alınmıştır. Bu başlık altında kamu yönetiminin tanımına, unsurlarına, işlevlerine ve tarihsel süreç içerisinde geçirdiği değişimlere yer verilmiştir.

3.1. Yönetim ve Kamu Yönetimi

Siyaset Bilimi ile iç içe disiplinlerden olan yönetim ve kamu yönetimi kavramlarına genel çerçeveden bakmak yerinde olacaktır. Çalışmada evrensel kamu yönetimi bilimine sıkça değinildiği ve bu kavramın önemine yapılan vurguların sık olmasından ötürü yönetim bilimi ve tanımlarına açıklık getirilmesi kanımızca faydalı olacaktır. Yönetim olgusunun günümüzde kazandığı anlamlı değeri, siyasetle ve kamu yönetimi ile bütünleştiren çeşitli özellikleri burada geniş yer bulmuş ve çalışmanın ana temasına en çok destek veren tanım olmuştur.

3.1.1. Yönetim

Yönetim en basit anlamıyla birden fazla insanın belirli bir amaç için bir araya gelerek, amacın gerçekleşmesi maksadıyla gayret göstermeleri olarak açıklanır. Bu tanımlamayla beraber yönetim kavramı içinde bir amacın olması, amacın gerçekleştirilmesini isteyen kişilerin bulunması temel belirleyiciler olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Bu da bizi yönetim kavramıyla iç içe bir duruma getirmektedir. Çünkü yönetim, amacın gerçekleşmesine yönelik bireysel gayretlerin koordinasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda yönetim olgusunda her zaman ortak bir çabaya, iş birliğine ve eş güdüme dayalı mantıklı bir etkinlik vardır. Yönetimi, işbirliğine dayanan rasyonel bir ekip etkinliği olarak tanımlamak mümkündür (Eryılmaz, 1994: 251). Buna göre yönetimin beş temel işlevini sıralamak gerekmektedir. Bunlar (Ergun ve Polatoğlu, 1984: 3-4);

- Planlama: Belirlenen amaçları gerçekleştirmek için gerekli olan araçların saptanması planlama olarak tanımlanır. Planlar kısa, orta ve uzun vadeli amaçlara göre yapılır.
- Örgütlenme: Yönetim, planların uygulanabilmesine yönelik nasıl bir yapı gerektiğini belirlemek zorundadır. Örgütlenme, gerçekleştirilecek amaçlara göre çeşitli biçimlerde ortaya çıkar. İyi örgütlenme kimin ne yapacağına açıklık getirir ve planların başarılı biçimde uygulanmasını sağlar.
- Yöneltilme: Eldeki kaynakları en uygun yoldan belirlenen amaçlara yöneltebilme çabasıdır (Eryılmaz, 2010: 4).
- Eşgüdüm: Yönetimle ilgili birimlerin belirli bir amacı gerçekleştirmek amacıyla aynı konuda çalışan diğer kuruluş ve birimlerle iş birliği yapmaları demektir.
- Denetim: Birden fazla çalışanın belirli amaçları gerçekleştirmek için bir dizi başarı ölçüsünün belirlenmesi ve bunlara ulaşmasının kontrolü denetim olarak adlandırılır. Düzeltmeler, planların değiştirilmesi sonucunu da doğurabilir. İyi bir yönetim, yönetim unsurlarının her birini olumlu yönde kullanarak oluşturulan bir uygulama biçimidir.

Yönetim terimi hem kamu hem de özel kesim açısından birbirlerine çok yakın anlamları ifade etmektedir. Bu açıklamalar ışığında yönetimi, belirli amaçlara ulaşmak için eldeki işgücü ve maddi kaynakları kullanma süreci olarak tanımlamak mümkündür (Ergun ve Polatoğlu, 1984: 3-4).

Yönetim olgusu, küçük ya da büyük bütün gruplarda söz konusu olmaktadır. Yönetim konusunu geniş anlamda düşündüğümüzde, toplum içinde yaşamakta olan bireylerin yönetimle ve onun bazı sorunlarıyla iç içe olduğunu görürüz. Gerek biçimsel örgütlerde ve gerekse biçimsel olmayan gruplarda başkalarını etkilemek veya başkalarıyla işbirliği yaparak belirli amaç ya da amaçları gerçekleştirmek için yürütülen faaliyetler, yönetim olgusu içinde değerlendirilir. Böylece yönetim en küçük sosyal birim olan aileden başlayarak, en büyük siyasi otorite olan devlete kadar çeşitli aşama ve düzeylerde yürütülen faaliyetler bütününden oluşmaktadır (Eryılmaz, 2010: 3-4).

3.1.2. Kamu Yönetimi

Kamu yönetimi olgusu insanların bir araya gelerek bir örgütlenme içerisinde olmalarıyla başlamıştır. İnsanların kendilerini yönetecek birimler meydana getirmeye başlamasıyla kamu yönetimi fikrinin ortaya çıktığı söylenebilir. Kamu yönetimi genel olarak en geniş anlamıyla devletin taraf olduğu her alanı kapsar. Dar anlamıyla ise kamu yönetimi, sadece yürütme işleviyle sınırlı devlet bürokrasisini anlatmaktadır. Bu anlamda kamu yönetimi, yönetim bilimi içinde ayrı bir sorunsal alan oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kamu yönetimi, devlette ya da ona bağlı kuruluşlarda eylemde bulunan kişilerin ve kümelerin davranışlarıyla ilgili bir alandır (Ergun ve Polatoğlu, 1984: 4). Kamu yönetiminin faaliyet alanlarının kamu yararı esas alınarak belirlenmesi, kamu gücünden yararlanma, kamu yönetiminin her türlü faaliyetinin yasa ile düzenlenmesi ve bunun dışına çıkılmaması kamu yönetiminin özelliğidir (Gözübüyük, 1983: 9).

Kamu yönetimi, akademik bir disiplin bir faaliyet ve bir meslektir. Kamu yönetimi disiplinler arası köprü görevini yapan ve böylece çeşitli disiplinlerden gerekli olan kısımları alan ve bunların kamusal sorunların çözümüne uygulayan bir disiplindir. Kamu yönetimi iktisat, hukuk, siyaset bilimi ve işletme dallarının kesişme noktasında yer almaktadır. Kamu yönetimi bunun yanında bir akademik disiplin olduğu kadar aynı zamanda, kamusal politikaların oluşturulmasında ve bunların uygulama, planlama örgütleme, yönlendirme, eşgüdüm, denetim, sevk ve idare gibi eylem ve işlemlerden oluşan faaliyetler bütünüdür. Kamu yöneticilerinin faaliyetleri çeşitli alanlara yayılmış olup eğitim alanları da farklıdır. Örneğin kamu

yönetimi alanında idareci olarak görev yapan mühendis, iktisatçı, planlamacı ve maliyeci gibi meslek üyeleri de kamu yöneticisi olarak adlandırılırlar (Eryılmaz, 2010: 8).

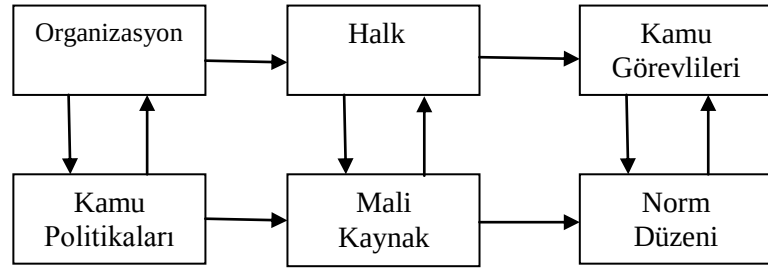
Ayrıca kamu yönetimi düşüncesinin iki temel işlev üzerinde olduğunu söylemek gerekir ki, bunlardan birincisi; kamu yönetiminin tanımlayıcı ve betimleyici işlevi olan tanımlamayı devletin yönetimi, yapısı, mevcut organizasyonların neler olduğu, yerel anlamda hangi organizasyonların faaliyet sürdürdüğü ve bütün bunların görev tanımları ve mevzuatı üzerine yapmak gerekmektedir. Diğer işlev ise; teorik anlamda kamu yönetiminde mevcut birimlerin varlık nedenlerinin açıklandığı, gelişimi, işleyişlerinin artırılması, çalışanların davranışları ve bu davranışlarının arka planında olan hususları açığa çıkarmaya yarayan teorik işlevdir Burada kamu yönetiminin elemanlarına da değinmek yerinde olacaktır (Eryılmaz, 2010: 8);

- Halk: Halk bir ülkede yaşayan tüm bireylerden, çeşitli üretici ve tüketici gruplarından, siyasi liderler, yasama organı üyeleri ve baskı gruplarından oluşur. Kamu yönetiminde düşünülmesi gerekli en önemli husustur.
- Organizasyon: Kamu mal ve hizmetlerinin üretilmesi ve halka sunulmasında temel unsurdur. Aynı zamanda yönetim hizmetlerinin merkez elemanıdır. Devlet bu araç vasıtasıyla işler ve görevini yerine getirir. Devletin işleminde temel araç olan organizasyon, hizmetlerin türü ve niteliğine uygun olarak merkezi ve yerel düzeyde olmak üzere konumlanmaktadır.
- Kamu Politikası: Toplumsal sorunları tanımlama ve bunların çözümlerini tespit etmektir. Bu da kanun yapma, idari düzenlemeleri gerçekleştirme, alternatif çözüm önerileri arasında seçim yapma ve sorunları çözecek olan en uygun yöntemleri belirleme işleri ile ilgilidir. Kamu politikası konusu daha çok siyasi yöneticilerin bir görevidir. Siyasi yöneticilerin belirli sorunların çözümü için aldıkları kararlar ve izledikleri yöntemler kamu politikasını oluşturur.

- Norm Düzeni: Bir ülkede anayasa, kanunlar, tüzükler, yönetmelikler ve idari kararlar ile bunlara ilişkin yargı makamlarının kararları ve içtihatlarından meydana gelir.
- Mali Kaynak: Kamu maliyesi kamu yönetiminin yapacağı işlerin belirleyici unsurunu meydana getirir. Hizmetlerin düzeyi ve miktarı elde bulunan mali kaynakla doğru orantılıdır. Bu nedenle kamu yöneticileri mevcut kaynakların artırılması ve bu kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması problemi ile de ilgilenmektedir.
- Kamu Görevlisi: Kamu yönetiminde organizasyonu harekete geçiren ve işleten unsurdur. Kamu yönetiminin performansı, onu işleten personelin niteliğine bağlıdır. Bir ülkedeki yöneticiler bilgi ve tecrübe yönüyle ne kadar birikimli ise kamu hizmetlerinin düzeyi de o kadar iyi ve tatminkâr olmaktadır.

Aşağıdaki çizim kamu yönetiminin elemanlarını göstermektedir.

Çizim 3. Kamu Yönetiminin Elemanları



Kaynak: Eryılmaz, 2010: 10

Her ne kadar kamu yönetiminin sınırları geniş de olsa sonuçta siyasal, sosyal ve ekonomik bir alan içerisinde kalmaktadır. Siyasal sistem yönetim faaliyetlerine ve görevlerine yönelik doğrudan bir etkiye sahiptir. Kamu yönetiminin geleneksel görevleri siyasal kararların hayata geçirilmesini kısıtlarken aynı zamanda politika yapma alanında diğer görevleri artırmaktadır (Eren, 2002: 73).

Kamu yönetiminin amacı kamu hizmetinin gerçekleşmesini üstlenmektir. Bu hizmetleri siyasal iktidarın saptadığı kurallara göre ve kamu yararına uygun olarak savunmak ve izlemek zorundadır. Bu durum yönetim bilimini yönetim ile siyasal iktidar arasındaki ilişkileri incelemeye götürmektedir (Tortop vd., 2007: 9).

3.2. Kamu Hizmeti ve Kamu Yararı İlişkisi

Kamu hizmeti idare hukukunun en temel kavramlarından biri olmaktan başka bu hukuk dalını açıklamakta kullanılan başlıca temel kurucu unsur olarak da değerlendirilmektedir. İdare hukukunun ülkemizdeki kurucusu Sıddık Sami Onar’a göre geniş anlamda “devlet veya kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim ve denetimleri altında genel ve kolektif gereksinimleri karşılamak ve tatmin etmek, kamu yararını sağlamak için kamuya sunulmuş devamlı ve muntazam faaliyetler” ve dar anlamıyla da “kamu idare veya müesseselerinin kamu hukukuna özgü yöntemler dairesinde ve bu hukuktan doğan yetkilere dayanarak gösterdiği faaliyetler ve yaptığı hizmetler”dir ancak kamu yönetimi tanımının da açık olmadığını da hemen arkasından eklemek ihtiyacını duymaktadır (Onar, 1966: 14).

Bir diğer tanıma göre kamu hizmeti, kamu tüzel kişileri ya da bunların denetim, gözetim ve sorumluluğu altında özel girişim tarafından yürütülen etkinliklerdir (Giritli vd., 2006: 847). Kamu hizmeti, bir kamu tüzel kişisi veya onun denetimi altında bir özel kişi tarafından yürütülen kamu yararı amacına yönelik faaliyetlerdir. Diğer bir ifadeyle kamu hizmeti kamu tüzel kişisi tarafından sağlanan veya üstlenilen kamu yararı amacına yönelik bir faaliyettir (Gözler, 2003: 219). Kamunun bütünsel olarak bu kapsamda elde edeceği pozitif kazanç her bireyin faydalanacağı şekilde kamu gücünü de artıracaktır. Bu güç kamu yararını devam ettirmede bileşke olacak ve toplumun genelinde kabul görecektir. Kamu yararının olmaması neticesinde düşünülmesi gereken en önemli konu bunun yokluğunda yaşanması muhtemel olumsuzluklar olacaktır.

Yine yakın zamanda yapılan bir başka tanıma göre kamu hizmeti, devletin veya diğer kamu tüzel kişilerinin toplumun, halkın veya umumun ya da toplulukların genel olarak ihtiyaçlarını gereği gibi karşılamak amacıyla ele alıp doğrudan doğruya

ifa ettiği ya da buyruğu ve sorumluluğu altında başkalarına yaptırdığı her türlü faaliyetlerdir (Duran, 1982: 307).

Bu tanımlardan yola çıkarak gördüğümüz en önemli kavram kamu yararı olmaktadır. Burada Özay’a göre ise kamu hizmetleri kısaca şu üç ögeden oluşmaktadır (Özay, 1998: 295):

- Ortak, genel yani kolektif ve karşılanmamış bir gereksinim bulunması,
- Bu ihtiyacın bir kere giderilmekle tükenmeyip süreklilik göstermesi,
- Giderilmediği daha doğrusu topluma haz vererek giderilmediği yani tatmin edilmediği takdirde de bir huzursuzluğun baş göstereceği ve böylece kamu düzeninin bozulabileceği öngörüsü.

Görüldüğü gibi devlet bireye karşı vereceği kamusal hizmetin gerekliliğinin farkında ve tüzel kişilerini bu konuda sınıflandırmaktadır. Toplumun birçok genel gereksinimlerini en güçlü kanun koyucu devlet ve yasama erki sayesinde uygulama alanı yaratmakta geç kalmamalıdır.

3.3. Kamu Yönetiminde Değişim ve Reform

Günümüzde ortak kabul, kamu reformu hareketlerinin bir bileşeni olarak bütün dünyada devletin işlevini yeniden tanımlama yönünde 1980’lerden başlayan arayışın, 34 yıllık bir deneyimin sonunda ulaştığı aşamayı yansıtmaktadır. Dünya Bankası’nın 1997 yılında yayımladığı “Değişen Dünyada Devlet” isimli dünya kalkınma raporunda bu arayışın bir bilançosunu ortaya koyan temel belgelerden biridir. Rapor devletin işlevini, yeterlilik düzeyinin yükseltilmesine karşılık olarak daha ileri aşamalara doğru adım atabileceği üç işlevini çeşitli işlevler olarak sıralar. Bunlar (Dünya Bankası, 1997: 4);

- Devletin yerine getirebileceği asgari işlevler,
- Devletin vazgeçilmez olduğu ancak piyasa ve sivil toplumla düzenleyebileceği ara işlevler,
- Piyasaların eşgüdümlemesi ve varlıkların yeniden bölüşümü gibi aktif işlevlerdir.

Bahsedilen bu raporda devletin işlevi piyasa ekonomisinin toplumun gereksinimlerini karşılayacak verimli kaynak paylaşımı meydana getirebileceği veya ancak kısmen gerçekleştirebileceği alanlar ile toplumdaki eşitsizliğin düzenlenmesi maksadıyla üstlendiği görevler olarak iki başlık olarak ele alır. Devletin işlevleri hangi kapsamda ele alınır, alınırsa alınsın modern anlamda bir kamu yönetiminden söz edebilmek için öncelikle kamusal alan ile özel alanı, sonrasında ise kamusal alanda siyaset ve yönetim işlevlerinin birbirinden ayırt edilmesi gerekmektedir.

Burada birinci şart, toplum yaşamında kamu çıkarlarının üstün tutulması gereken bir alan vardır ve bu alanda özel çıkarlar kamu çıkarlarının üstünde olmamalıdır. Kamusal alan kendine özel hukuksal kurallara göre düzenlenmeli ve bu alanda faaliyette bulunan bütün aktörler bu kurallara tam olarak uymalıdır.

İkinci şart, kamusal alanda birbirine bağımlı olmakla birlikte nitelikleri, temel mantıkları ve meşruiyet kaynakları farklı iki etkinlik türü bulunduğu temel varsayımına dayanır. Siyasetin meşruiyet kaynağı halkın serbest seçimlerde ifadesini bulan ve her seçim döneminde geçerliliği sınanan güvenidir. Yöneticilik ise kamu yönetiminde görev üstlenenlerin öncelikle bu göreve layık olmalarını gerektirir. Kamu görevlilerinin mesleki liyakatı yasaların koyduğu kurallar çerçevesinde herkese açık bir seçilme ortamında sınanmış olmalıdır. Bütün bunlar hükümetlerin kamusal işlevleri yerine getirme ve icra politikaları oluşturma, formüle etme ve uygulama kapasitesi olarak belirlenmiştir (Dünya Bankası, 1997: 5).

OECD Küresel Yönetişim Komisyonuna göre geniş bir algıyla “yönetişim gerek bireylerin gerekse kamusal ya da özel kuruluşların ortak konularının yönetim için izledikleri yolların kapsamını belirtir”. Yönetişim çatışan ya da farklı çıkarların uyumlaştırılması ve işbirliğine dayalı adımların atılmasını sağlayabilecek süreklilik arz eden bir süreçtir. Vatandaşlardan itaat talebinde bulunma yetkisine sahip resmi kurum ve ideallerin yanı sıra halkın ve kurumların üzerinde anlaşmaya vardıkları veya kendi açılarından uygun gördükleri gayri resmi düzenlemeleri de içerir.

3.3.1. Kamu Reformu Kavramını Doğuran Temel Sebepler

Dünya genelinde gene 1980’lerde başlayan kamu reformu hareketleri temelinde devletin üstlendiği işlevlerle yeterlikleri arasında uyum sağlama

zorunluluğundan ortaya çıkmıştır. 2. Dünya Savaşı sonrasında gelişmiş ve gelişmekte olan dünya, devleti ekonomik ve toplumsal gelişmenin öncüsü olarak kabul eden bir paradigmanın etkisi altına girdi. Savaşın yol açtığı yıkım, yoksulluk, işsizlik koşullarına müdahale etme zorunluluğu yerli özel girişimlerin yetersiz kaldığı ekonomilerde yabancı girişimcilerin etkinliğinin artmasından duyulan kaygı ve tekelleşmeye yatkın sektörleri düzenleme gereksinimi bu gelişmede oldukça etkili olmuştur. Bunu sanayileşmiş ülkelerde refah devleti-sosyal devlet uygulamasına geçiş izledi. Bu kamu kesiminin ulusal gelir ve toplam istihdamı içindeki payının hızla büyümesine neden oldu. OECD üyesi ülkelerde kamu harcamalarının ulusal gelirdeki ortalama payı birkaç on yıl içinde yüzde 25'lerden yüzde 45'ler seviyesinin üzerine çıktı.

Devletlerin üstlendikleri işlevlerle, harekete geçirebildikleri kaynaklar ve yeterlilikler arasında gitgide derinleşen uyumsuzluk 1970'lerin sonlarında birçok ülkede ağır bütçe ve borç krizleriyle su yüzüne çıktı. Refah devletinin sosyal taahhütlerini yerine getirmeye çalışırken temel kamusal işlevlerini aksattığı yönündeki eleştiriler ve kamunun borç yükü sürekli artarak kamu kesiminin giderek hantallaşması ve verimsizleşmesi vergi yükümlülükleri açısından refah devletinin meşruiyetinin yaygın olarak sorgulanması sonucunu yarattı (TÜSİAD, 2002: 165).

Buna genel olarak kamu işletmelerinin içine düştüğü sıkıntılar, gelişmekte olan ülkelerde devletçi kalkınma politikalarının uğradığı başarısızlıklar, teknolojik gelişmelerin hızla yaygınlaşması, uluslararası bilgi akışının olağanüstü hızlanması, mal, hizmet, sermaye ve işgücü piyasalarının küreselleşmesi, demografik baskıların yoğunlaşması, sosyal sorunların ağırlaşması, kamu görevlileri arasında yoksullukları önleme, saydamlığı artırma ve etik standartları yükseltme yönündeki ulusal ve uluslararası baskıların yoğunlaşması, canlı ve güçlü sivil toplumların ortaya çıkması ve demokratikleşme çabalarını eklemek yerinde olacaktır. Bunlar da eklendiğinde devletin işlevleriyle yeterlilikleri arasında yeni bir denge kurma arayışları çok büyük bir arayışa dönüşmüş olmaktadır.

Günümüzde kamu yönetiminde reformu zorlayan nedenler geçmişe oranla değişim göstererek, yönetim anlayışında değişiklik, bütçe açıklarının devamlı artması, geleneksel hesap verebilirlik sorumluluğuna ait süreçlerin beklentilere

karşılık verememesi, kamu yönetiminde şeffaflık beklentilerinin artması, değişen yaşam kalıpları, statükoyu bastırmak için kurulan aşırı kontrol ve baskı mekanizmaları, bilişim teknolojisinde görülen akıl almaz ilerlemeler, değişikliklere ayak uydurma güçlükleri, uluslararası rekabetin artması, aşırı enflasyonist baskılar, daha çok ve daha kaliteli hizmeti daha ucuza sağlama isteğinin toplumda giderek artış göstermesi, küreselleşmenin doğurduğu tehlike ve fırsatlar, özel kesimde gösterilen başarılı yönetim biçimlerinin etkisi, kamu yönetimlerinin içinde bulunduğu çıkmazdan kurtulabilme umudu, eğitim seviyesindeki yükselme, yeni ekonomik şartlar ve vatandaşların ekonomik sisteme olan güvenini yitirmesi gibi nedenler kamu yönetiminde reformu gerektiren nedenler arasında gösterilmeye başlamıştır (Yıldırım, 2004: 79).

Dünyadaki reform hareketlerinin özellikleri şöyle sıralanabilir (Tortop vd. 2007: 454);

- Reform hareketleri toplumsal değişimler ile yakından ilgilidir,
- Reform, planlı, organize değiştirme çabasıdır,
- Reform, ilke olarak köktenci değişiklikleri anlatır,
- Reformdan amaç, söz konusu yönetim sistemini daha etkili ve verimli hale getirmektir,
- İdari reform yönetsel olduğu kadar siyasi içerikli bir değişim olayıdır.

Kamu yönetimi reform çalışmalarında az gelişmişlik sendromu olarak da nitelenen bir ruh halinden sıyrılarak, yönetim sistemini mevzuatçı bir bakış açısına mecbur etmemek gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, yönetimin şikâyet edilen her bir noktası için yeni bir yasal düzenlemeye gitme ya da konu ile ilgili yeni bir örgüt oluşturma alışkanlığından kurtularak yönetim sisteminin bütününe kapsayan çağdaş, nitelikli katılımcı, değişmeye ve gelişmeye açık yeni bir bakış açısına ve yönetim kültürüne gereksinim duyulmaktadır (Tortop vd. 2007: 453).

3.3.1.1. Minimalist Devlet Düşüncesi

1980’li yıllarda önce radikal bir paradigma kayması ve “minimalist devlet” anlayışına dayalı bir reform anlayışı doğmuştur. Devletin savunma, güvenlik, kolluk, yargı hizmetleri ve temel alt yapı gibi işlevlerin piyasa güçlerine bırakılması anlayışı

benimsenmekteydi. Refah devleti kavramını ilke olarak reddeden bu anlayışa göre devlet, varlığın ya da gelirin yeniden bölüşümü ya da kaynağın transferi gibi bir işlev üstlenmemeli, piyasa üzerinde düzenleyici rol üstlenmeye son vermeli ve ticari piyasalarda girişimci olarak yer almamalıydı. Minimalist devlet anlayışında kamu kesiminin istihdamının azaltılması ve bazı hizmetlerin özel sektöre devredilmesi yoluyla devletin küçültüldüğü, sosyal programların kısıtlandığı ya da durdurulduğu, önemli kamu girişimlerinin özelleştirildiği ve piyasa düzenlemelerine son veren reformlar uygulanmıştır.

Bu çerçevede, telekomünikasyon, altyapı, bankacılık ve sigortacılık, enerji gibi sektörler önemli ölçüde elden geçirilmiştir. Bununla beraber birçok devlet tekeli ya tümüyle özelleştirilmiş ya da anonim şirketlere dönüştürülerek halka açılmıştır. İngiltere’de Margareth Thatcher başkanlığındaki Muhafazakâr Parti hükümetinin 1980-1987 yılları arasında uyguladığı program minimalist devlet reform anlayışına örnek teşkil etmektedir (Dura, 2005: 357).

Minimalist reform akımı birçok ülkede çözdüğü sorunlar kadar hatta yer yer ondan daha da fazla yeni sorunların ortaya çıkmasına da neden olmuştur. Eğitim, sağlık, altyapı alanlarında çok önemli programlarla feda edildi, Yatırım programlarındaki ölçsüz kısıtlamalar sebebiyle yatırım verimliliği daha da düşmüştür. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde devletin yaşamsal işlevleri ihmal edilmiş ve piyasaların gelişmesi için gerekli kurumsal altyapı da büyük ölçüde sarsılmıştır. Bu ülkelerde devletin etkinliği neredeyse tümüyle yitirmesi yeni bir kriz etkeni olarak ortaya çıkmıştır (TÜSİAD, 2002: 166).

Gelişmeler devletin işlevleriyle ilgili yeni bir paradigma kaymasına ortam hazırlamıştır. 1990’ların başına gelindiğinde, etkin bir kamu kesiminin özel kesimin başarıyla gelişmesi için bir ön şart olduğu, rekabet gücünün ve ekonomik performansın en azından kısmen kamu kesiminin performansına bağlı olduğu yönünde geniş bir görüş birliği oluşmuştur. Sermaye piyasasının, bankacılık sisteminin, maliyetlerin uzun dönemde düşüş eğiliminde olduğu, sanayi dallarının devletçe düzenlenmesi, ayrıca çevrenin korunmasına yönelik etkin politikaların izlenmesi gerektiği üzerinde de zamanla bir mutabakat ortaya çıkmıştır.

Küreselleşme süreci devam ettikçe devletlerin birbirine bağımlı aktörlerden oluşan bir sistemin parçaları durumuna gelmeleri sistemdeki sürekli değişime ayak uydurabilecek dinamik bir yapıya kavuşturulmalarını zorlayan güçlü bir baskı kaynağı oluşturmuştur. Bununla birlikte sivil toplum ve vatandaş hareketlerinin güçlenmesi de vergileriyle kamu hizmetlerini finanse eden vatandaşlar arasında toplumun gereksinmelerine duyarlı “müşteri odaklı” bir kamu hizmeti talebini yoğunlaştırmıştır. Yeni teknolojilerin mal ve hizmet üretme ve sunumunda daha geniş kullanıcı tercihlerinin karşılanabilmesine olanak vermesi kamu hizmetlerine yönelik kalite beklentisini daha da güçlendirmiştir. Tüm bu gelişmeler tek başına devletin sınırlandırılması ya da küçültülmesinden çok devletin yeniden yapılandırılması üzerinde odaklanan yeni bir paradigmanın oluşmasına katkıda bulunmuştur.

3.3.1.2. Etkin Devlet Anlayışı

Dünya Bankasının “Değişen Dünyada Devlet” başlıklı Dünya Kalkınma Raporu minimalist devlet anlayışından kopuş yönündeki paradigma değişikliğinin de önemli belgelerinden biridir (TÜSİAD, 2002: 168).

Rapora göre devletin ölçeği tek başına önemli değildir. Burada yeterlilik düzeyi ön plana çıkmaktadır. Devlet ile piyasayı karşı karşıya getiren tartışma temelsizdir. Piyasaların gelişip serpilmesini sağlayacak kurumsal alt yapının yaratılması için daha büyük değil ancak daha güvenilir ve etkin bir devlete ihtiyaç vardır. Bütün dünyada ülke vatandaşları, kamu yönetiminin işleyişinde daha çok saydamlık ve açıklık talep etmektedir. Küreselleşmenin yarattığı baskılarla ve 21. Yüzyılın sonlarıyla başa çıkabilmek için uluslararası boyun eymiş zayıf devlet yerine, uluslararası toplulukla uyum içinde çalışan daha kıvrak ve bilgi-yoğun bir devlete özlem duyulmuştur.

Etkin devlet yeni devletçi bakış açısının küresel ve yerel sermaye cephesinden formüle edilmiş görünümlerinden birisidir. Yeni devletçiliğin argümanlarını sermayeye oldukça sadık somut politika önerilerine dönüştürme işi “etkin devlet” kavramı aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Devletin müdahale biçimlerinin yeniden düzenlenmesi, devlet kapasitesinin piyasa bakış açısı ile

yönlendirilmesi, sermayenin hareket alanını genişleten yasalar etkin devlet kapsamındaki önemli başlıklardır (Saygılıoğlu ve Arı, 2002: 69-78).

Yeni paradigmanın öngördüğü “etkin ve yeterli devlet” ekonomik ve toplumsal gelişmenin öncüsü veya motoru değil katalizörü ve paydaşı olarak işlev görecektir. 1997 Dünya Kalkınma Raporu kamu yönetiminin sağlıklı bir yapıya kavuşturulması için yönetsel tasarrufların etkin kural ve tahditler bağlanması, kamu aygıtında yarışmacı bir ortam yaratılması ve politika oluşturma sürecinde vatandaşların söz hakkı ve katılımlarının sağlanması gerekmektedir (Dünya Bankası, 1997: 9).

3.3.1.3. Güvenilir Devlet

Etkin ve yeterli bir devlet vatandaşların kamu hizmetinden memnuniyetinin artmasını sağladığı ölçüde onların daha çok güvenini kazanacaktır. Ancak vatandaşlar için devletin güvenilirliği bundan daha önce dürüstlük, tarafsızlık ve hukuka uygunluk, saydamlık, etkinlik, uygulamada eşitlik, toplumsal sorumluluk, hakkaniyet gibi temel değerlere kamu yönetiminin ne ölçüde bağlı olduğuyla belirlenir. Burada devletin güvenilirliğinin temeli etik oluşumlardır.

Kamu yönetiminde etik standartları korumaya yönelik önlemlerin bütünsel yönetim sisteminin bir parçası haline getirilmesi, önlemler arasında eşgüdümün sağlanması ve önlemlerin etkinliğinin düzenli olarak izlenmesi, yaptırımdan çok önleyici tedbirler üzerinde durulması, temel değerler ve davranış standartlarına bağlılığı zayıflatabilecek durumları önceden görebilme yeteneğinin geliştirilmesi, kamu görevlileri ve vatandaşların kamu yönetiminin temel değerlerine ve etik standartlara aykırı uygulamayı ihbar etmekten çekinmeyeceği biçimde yetkili kılınmalı, genel olarak yönetimin etik standartlarıyla toplumun gelişimindeki uyumun gözetilmesi öncelikli önem taşır (TÜSİAD, 2002: 169-170).

Küreselleşme yaklaşımıyla anlaşıldığı üzere kamu yönetimi, kamu hizmeti ve organizasyonları köklü bir biçimde değişmiştir. Ulusal egemenlik ulus devletten olağanüstü organizasyonlara doğru geçiş yaparken yerel yönetimler ve sivil toplumun da etki alanı alabildiğince genişlemektedir. Böylece vatandaşlar kendilerine sunulan hizmetleri sorgulamakta ve değişik taleplerde bulunmaktadır.

Kamusal hizmetlerin standartlarında olumlu yönde bir değişim söz konusudur (Al, 2002: 282).

3.3.2. Kamu Reformu Programlarının Ortak Bileşenleri

Yaklaşık 34 yıllık uluslararası deneyimin tamamı dikkate alındığında kamu reform programlarının ülkelerin ulusal koşullarına ve önceliklerine göre ağırlıkları değişmekle birlikte oluşan ortak bileşenler şöyle sıralanabilir (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 2001: 8);

- Kamu istihdamıyla kamu harcamalarının makro ekonomik bakımdan sürdürülebilir boyutlara indirilmesi,
- Devletin temel kamusal işlevleri yerine getirme yeteneğinin yükseltilmesi, icra politikalarının oluşturulmasında tutarlılık ve eşgüdümün sağlanması,
- İktisadi rasyonellik ilkesiyle bağdaşmayan alanlarda kamu girişimciliğine son verilmesi, diğer anlamda özelleştirmeye gidilmesi,
- Bazı hizmet alanlarının kamunun tekeline çıkarılarak özel kesimin ya da gönüllü sivil toplum kuruluşlarının rekabetine açılması, bazı hizmetlerin sözleşmeler yoluyla özel kuruluşlara devredilmesi,
- Düzenleme mekanizmalarının, hükümetlerin politika hedefine etkin biçimde ve daha düşük maliyetlerle ulaşma yeteneğini yükseltecek biçimde yeniden düzenlenmesi,
- Kamunun faaliyetleri üzerindeki denetimin güçlendirilmesi ve hesap verme sorumluluğunun işlenmesini sağlamaya yönelik etkin ve saydam sistem ve süreçlerin oluşturulması, kamu yönetiminin temel değerlerini güvence altına alan mekanizmaların yaratılması,
- Hizmet odaklı kamu yönetimine geçiş, kamu hizmetlerinin kalite, etkinlik, güvenilirlik, erişebilirlik ve kullanıcı ihtiyaçlarına duyarlılık bakımından yetkinleştirilmesi,

- Liyakate, performans-ödöl tutarlılığına, liderlik yeteneklerine ve stratejik yaklaşımlara dayalı insan kaynakları yönetimi,
- Yerelleşme.

Kamu Yönetiminde Reform anlayışı devletin ölçeğinden çok etkinliği üzerinde yoğunlaşan, tek başına devletin küçültölmesinin devlet etkinleştirme anlamına gelmediğini gösteren ilk örnek Kanada'nın 1989'da uygulamaya başladığı "Public Service 2000" programıdır. Arkasından ABD'de Clinton yönetiminin 1993'te uygulamaya başlattığı "Reinventing Government" programı da devletin daha ucuza daha iyi iş görmesi anlamında etkin ve verimli devlet anlayışını ortaya çıkarmıştır.

Hizmet odaklı kamu yönetimi anlayışının uygulamadaki çarpıcı örneklerinden biri de İngiltere'de 1991 yılında başlatılan "Vatandaşlık Şartları" programıdır. Kamu kurumlarının sunduğu hizmetlere ilişkin standartları ilan ederek vatandaşlara karşı bu standartları taahhüt ettiğı şartlar bu kurumlar açısından hesap verme sorumluluğunun da temeli olarak kabul edilmiştir. Tony Blair başkanlığındaki İşçi Partisi hükümetinin 1998'de devleti modernleştirme girişiminin bir parçası olarak yenilediğı bu program çerçevesinde oluşturulan vatandaş şartlarının sayısı günümüzde on bini aşmıştır.

Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımı kamu kurumlarının yönetiminde iç denetim ve kurallara uygunluktan çok, hizmet kalitesi, etkinlik, verimlilik ve kullanıcıların memnuniyeti gibi performans ölçöleri üzerine odaklanır. Buna göre kurum kuruluşlar arasında ve kurum kuruluşlarla özel rakipler arasında yarışmaya olanak vererek belirli hizmet türlerinde hizmet alıcılara tercih olanağı tanıma, kullanıcıların ücret ödeyerek finanse edebileceğı hizmetlerle vergi gelirlerinden finanse edilerek herkese ücretsiz sunulması gereken hizmetlerin ayırt edilmesi, kamu yöneticilerinin uygulamada elde ettikleri sonuçları ve doğru süreçleri yerleştirilmelerini temel alan bir hesap verme sorumluluğı sistemi, kamu kurumlarına insan kaynakları yönetimi ve ücretlendirme konularında serbestlik tanınması, risk almaktan kaçınma yerine risk yönetimi, kaynak dağılımı ve hizmet sunumu ile ilgili kararların olabildiğince hizmet yerine alınmasına olanak verecek bir yerelleşme, kullanıcıları ile diğer sosyal

paylaşımlardan geri beslemeye olanak vermek gibi ilkeleri yaygın uygulama alanı bulmuştur (TÜSİAD, 2002: 173).

Görüldüğü üzere Yeni Kamu Yönetimi düşüncesinin çeşitli bileşenleri birçok ülkede başarılı sonuçlar vermiştir. Ne var ki kamu kurumu yöneticilerine daha geniş esneklik ve takdir yetkisi tanıyan girdilerden çok çıktılar üzerine odaklanan bu yaklaşımın başarılı sonuç vermesi için ihtiyaç duyulan bazı konularda kurumsallaşmaya gidilmesi gerekir. Bu konular (OECD, 1998: 22):

- Hukukun üstünlüğü,
- Bağımsız yargı ve güçlü mülkiyet,
- Liyakat ve kurallara dayalı bir insan kaynakları yönetimi,
- Kamu fonlarının düzgün ve etkin kullanımı,
- Sağlam iç denetim mekanizmalarının işletilmesidir.

3.3.3. Reform Uygulamalarında Çeşitli Yaklaşımlar

Kamu reform deneyimlerinden geçen ülkelerin somut koşulları ve öncelikleri değişik reform yaklaşımlarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Reform gereksinmesinin öncelikle kamu finansmanı açıklarının yol açtığı mali krizlerden kaynaklandığı bazı ülkelerde reform girişimi, kamu maliyesinin düzeltilmesi ve bunun için özellikle kamu istihdamının sınırlandırılması üzerinde odaklanmıştır. Genel olarak devletin işlevlerinin yeniden tanımlanması gündeme alınmasında bu odaklama çoğu zaman köklü ancak tek hedefli bir reform yaklaşımına yol açmaktadır. Doğru zamanda adım atılması ve güçlü bir toplumsal ve siyasal destekle birleştiğinde bu yaklaşımın başarılı sonuçlar verdiği örnekler vardır.

Bazı ülkelerde reform sürecine aşamalı olarak farklı hedeflere yönelen ancak daha ihtiyatlı bir yaklaşım damgasını vurmuştur. Bu yaklaşım da genellikle devletin işlevlerinin kapsamlı biçimde yeniden değerlendirilmesini öngörür. Devletin belli alanlardan çekilmesi, deregülasyon, bunun etkisinin değerlendirilmesi, özelleştirme, yapısal değişim gibi adımlar koşullar uygun olduğunda gündeme alınmıştır (TÜSİAD, 2002: 192).

Kapsamlı bir reform yaklaşımını benimsemeyen ülkelerde ise devletin işlevlerinin bütünsel olarak gözden geçirilmesi reform sürecinin yer almıştır. Öncelikle kamu yararı açısından stratejik önem taşıyan sektörler, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla karşılaştırmalı olarak devletin görece etkin/verimli olabileceği ve olmayacağı alanlar, devletin kısa vadede sürdürmekle birlikte orta ve uzun vadede çekilebileceği hizmetler, şimdiye kadar üstlenmediği ancak yakın gelecekte üstlenmek isteyebileceği yeni işlevler olup olmadığı saptanmaktadır. Bu kapsamda bütün bütçe kalemleri ve icra programları için belirli ölçütler getirilmektedir. Değişik reform yaklaşımlarını içeren deneyimlerin ardından günümüzde ağır basan eğilim, devletin işlevlerinin gözden geçirilmesini ve üstlendiği işlevlerde yeterliliğinin yükseltilmesini bir sürekli reform anlayışı biçiminde ele almaktır (OECD, 1998: 17).

3.3.4. Kamu Reformunda Başarının Ön Şartları

Kamu yönetiminde reform uygulamalarında bugüne kadar uluslararası deneyimler ışığında kamu reformunda başarıya ulaşılabilmesi için aşağıda sıralanan ön koşulların yerine getirilmesi artık gözle görülür bir gerçek haline gelmiştir. Bunlar (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 1998: 5);

- Yüksek düzeyde siyasi kararlılık,
- Reform hedeflerinin açıklıkla tanımlanmış olması ve hedeflere yönelik gerçekçi stratejilerin oluşturulması,
- Reform programına geniş tabanlı bir toplumsal desteğin elde edilmesi, yalnızca siyasal liderliğin ve üst düzey bürokrasinin değil, kamu personelinin, sivil toplumun ve özel sektörün de programa sahip çıkması,
- Kamu kesimi istihdamının azaltılmasına koşul olarak, kamu çalışanları için alternatif istihdam olanaklarının güvence altına alınması,
- Kamu görevlilerinin, katılımcı yönetim kurumları ve süreçlerinin oluşturulmasına katkıda bulunmalarını ve yükümlülüklerini

tarafsızlıkla yerine getirmelerini destekleyici özendiriciliğin sağlanması,

- Kamu hizmeti kullanıcılarının gereksinimlerine duyarlılık ve kullanıcı odaklı yaklaşım; özellikle özelleştirilecek hizmetler konusunda sosyal paydaşlarla ve kullanıcılarla dayanışma mekanizmalarının oluşturulmasıdır.

Reform ve yeniden yapılanma sürecinden geçen ülkelerde; seçmen vergi yükümlüsü ve kamu hizmeti kullanıcısı olarak vatandaşların kamu yönetimine ilişkin algılamalar ve yeniden yapılanma tercihlerini belirlemek, kamuoyunun çeşitli reform alanlarına ilişkin öncelikleri tespit etmek, reform önlemlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenecek vatandaş kesimlerinin eğilimlerini öğrenmek, kamu kurumlarının vatandaşların kalite, uygunluk, etkinlik, erişebilirlik, maliyet gibi konulardaki beklentilerine duyarlı kılmak amacıyla alınan önlemlerin sonuçlarını ölçmek, sistemin bileşenlerinin değiştirme yatkınlığı ve hazırlık düzeyini belirlemek şeklinde değişik yöntemler kullanılabilir.

Refah devleti anlayışı içinde Batı Avrupa ülkelerinde 1970'lere kadar kabul edilmiş olan, katı hiyerarşinin hüküm sürdüğü bürokrasiye dayanan, merkezi organlarda önceden belirlenen amaçları gerçekleştirmek için tek egemen, merkezi, hiyerarşik iş paylaşımı içinde üretim yapan, kaynak ve bu kaynakların kullanılma yetkisini kendinde toplaya, sorumluluğun yasalara ve usullere göre olduğu geleneksel kamu yönetimi modeli, 1980 yılından itibaren bir dizi reform politikaları ile yeni bir model olarak Yeni Kamu Yönetimi İşletmeciliğine dönüşmüştür (Ömürgönülşen, 2003: 7). Bununla birlikte Fransa ve Almanya başta olmak üzere Kıta Avrupa'sında, yönetimin modernleşmesi çalışmalarında etkinlik ve verimliliği öne çıkaran kamu yönetimi reformlarının anlamlı bir yeri bulunmaktadır (Kickert, 2005: 537-563).

3.3.5. Avrupa Birliği'nde (AB) Kamu Yönetimi İlkeleri ve Reformculuk

Avrupa Birliği'nin kamu yönetimi sistemine ilişkin tüm üye devletlerde uygulanması mecbur kılınan genel bir modeli bulunmamakla birlikte üye ve aday devletlerdeki kamu yönetimi sisteminin kamu ve idare hukuku yerine özel hukuk

egemenliğinin geçtiği, merkeziyetçilik yerine ademi merkeziyetçiliğin hakim kılındığı ve katılımcılığın esas alındığı, merkezden yönetim yerine yerellik, gizlilik ve kapalılık yerine şeffaflık ve açıklık, istihdam anlayışında personel yönetimi yerine performans yönetimi, sorumluluk yerine hesap verebilirlik, tek öznellik yerine çok öznellik, hiyerarşik değil yatay ve düz ve/veya ağsal örgütlenmenin olduğu, verimlilik, zamanlılığın gözetildiği bir sistem olarak oluşturulmasını öngörmektedir. Bir diğer deyişle, iktisadi, mali ve toplumsal alanlarda kamu yararını gözetten bir anlayışla var olan, kalkınma ve toplumun genel refah seviyesini yükseltme amacına yönelik planlama yapan sosyal devletin yerine, özel sektörün rekabetini düzenleyen, toplumda piyasa için düzenlemeler yapan, piyasa yararını ön planda tutan yönetişimci devlet ve buna uygun kamu yönetimi sistemi perspektifi öngörülmektedir (Çakmak, 2007: 7).

AB ve OECD'nin 1992 yılında başlatmış olduğu SIGMA programı özellikle merkezi ve Doğu Avrupa ülkelerinin kamu yönetimi sistemlerinin reform aktivitelerini demokratik idealler, etik ve hukukun üstünlüğü ilkeleri altında desteklemek üzere çalışmalarda bulunmaktadır. Bu programda kamu kurumlarının genel yapısı için çok genel bazı öneriler ortaya konmuştur. Buna göre siyasal olarak bu kurumlar, demokrasinin garanti altında tutulmasını sağlayan, hukukun üstünlüğünü, insan haklarını ve azınlıkları korumayı benimseyen istikrarlı kurumlar olarak benimsenmektedirler. Madrid Antlaşmasına göre, kamu organizasyonlarının AB öngörülerıyla yapısal olarak uyumlaştırılmasının gereği ortaya konmuştur. Ancak personel yönetimi gibi özellik arz eden bazı alanlara yönelik olarak yönetsel düzenlemeler de benimsenmiştir (OECD, 1998: 13).

SIGMA programının 1998'de yayınlamış olduğu Avrupa Kamu Yönetiminin İlkeleri isimli raporda yer alan kamu yönetimi ilkelerinin altı çizilmektedir. Bu ilkeler (OECD, 1998: 13);

- Açıklık (Openness): AB kurumlarının daha açık yöntemlerle çalışması öngörülmektedir. AB'nin eylemleri ve kararları konusunda daha fazla iletişim sağlanmalıdır.

- Katılımcılık (Participation): AB politikalarının kalitesi, başarısı ve etkinliği fikir aşamasından uygulamaya kadar geçen tüm politika oluşturma zincirinde geniş bir katılımın sağlanmasına bağlıdır. Artan katılım AB politikalarının çıktılarına olan güveni artıracaktır.
- Hesap verebilirlik (Accountability): Yasal ve yönetsel süreçteki roller açıkça belirlenmelidir. AB kurumlarının her birisi eylemleri ile ilgili konularda açıklamada bulunmalı ve sorumluluk almalıdır.
- Etkenlik (Effectiveness): Uygulanan politikalar etken ve zamanında olmalı, önceden açıkça belirlenmiş amaçlar doğrultusunda yapılabileceklerle yönelik olmalı, ortaya çıkabilecek sonuçlar değerlendirilmiş olmalı ve geçmiş deneyimleri dikkate almalıdır.
- Bütünlük (Conherence): Politikalar ve eylemler bütüncül ve kolayca anlaşılabilir olmalıdır. Buna göre karmaşık bir sistemin parçaları olan AB kurumlarında politik liderlik ve yüksek sorumlulukta uyumlu çalışmalar yapılması gerekmektedir.
- Orantılılık ve Yerellik (Proportionality and Subsidiarity): Ulaşılmak istenen amaçlar ile kullanılan araçlar arasında makul bir orantı ve dengenin sağlanması gerekmektedir. Hizmetlerin sunumunda, yerel bazda veya merkezi idare ile ortaklık sağlanması yolları dikkate alınmalıdır.

3.3.6. Türkiye’de Kamu Reformu Gündemi

Ülkemizde 2001-2005 yılları arasında uygulanan sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemi içerisinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasına değinilmiştir. Bu plan kamu yönetiminin iyileştirilmesi ve yeniden yapılandırılması konusundaki temel amaçları, demokratik devlet yönetimini, sosyal adaleti ve gelişmeyi gözetken, bir kamu yönetimi yapılanmasının ve işleyişinin oluşturulması, kamu yönetimine hızlı bir işleyiş yapısının, kaliteli sunumu anlayışının ve buna ilişkin yöntemlerin geliştirilmesi olarak belirlenmişti (DPT, 2001: 12).

Bu anlamda kamu hizmetlerinin sunumunda vatandaş tatmininin esas alınması, hizmet kalitesi ve sonuçlara odaklanması, yönetimin halk nezdinde güvenilirliğinin geliştirilmesinin esas alınması, verimlilik, etkinlik ve tutumluluğun, dolayısıyla da performansın artırılması, çalışanların performansının etkin biçimde ölçüldüğü bir sistemin kurulması, yetki devri ve esneklikle beraber hesap verme sorumluluğunun ve yönetsel saydamlığın güçlendirilmesi, kamu yöneticilerinin ve çalışanlarının politika ve strateji oluşturma kapasitesinin geliştirilmesi, norm kadrolara ve objektif seçme ölçütlerine dayalı bir istihdam politikasının izlenmesi, kariyer ve liyakatin esas alınması, nitelikli kamu hizmeti sunumu için performans yönetimi, toplam kalite yönetimi gibi çeşitli çağdaş yönetim tekniklerinden tüm kamu kurumlarında yararlanılması, böylece kamu yönetiminin yeni yaklaşımlardan da istifade ederek, toplam yönetim kalitesinin artırılması, vatandaşların bilgi edinme, hak arama, usul ve esaslarıyla idarenin tazmin sorumluluğu ve yasalardaki yönetsel, görev, yetki, zaman aşımı, zaman aşımının kesilmesi gibi boşlukların doldurulması gibi ilkelere yer verilmiştir (TÜSİAD; 2002: 45).

Yaklaşık 34 yıllık geçmişi ile uluslararası tecrübesinin sonucunda bugün için kamu reformu, ekonomik süreçlerin küreselleşmesi, hızlanan teknolojik değişim, toplumların gereksinim ve beklentilerinin çeşitlenmesi, demokratikleşme akımları, katılımcı kalkınma anlayışının yaygınlaşması ve sivil toplumun ağırlığını artırması gibi süreçler karşısında bir bütün olarak devletin işlevini yeniden tanımlama ve yeteneklerini yükseltme zorunluluğuna çözüm bulan bütünsel bir proje olarak görülmektedir.

Bugün kamu yönetiminde reformlar istenilen ve ihtiyaç duyulan bir olgu olarak görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde kamu yönetimi anlayışında yaşanan dönüşüm süreci katı, hiyerarşik ve bürokratik kamu yönetimi anlayışı yerine, esnek, çıktılarına odaklı, vatandaşın talep ve tercihlerine önem veren, performans ölçütlerine göre çalışan ve sonuçlardan dolayı yöneticilerin sorumluluk üstlendiği yeni kamu yönetimi anlayışının toplumda genel olarak kabul görmesi sonucunu doğurmuştur (Zengin ve Öztaş, 2008: 85).

3.4. Kamu Yönetimi Anlayışında Değişim ve Stratejik Yaklaşım

Yapısal değişim arayışları ve uluslararası bağımlılık değerlerinin artması, Türkiye'nin çağı yakalamak için köklü yapısal değişim ve toplumsal dönüşümleri gerçekleştirmesini gerektirmektedir. Bu ise ülke stratejisi kadar, bu stratejinin hedeflerine uyumlu kurumların da uzun dönemli stratejiler geliştirmeleri ile mümkün olabilir. Özel kuruluşlar bunu kendi pazarlarının ilkeleri ile Türkiye'nin çıkarlarını birleştirerek yapmak, kamu kuruluşları ise Türkiye'nin hedefleri ve kalkınma ilkeleri doğrultusunda koordine edilmek suretiyle başarıya kavuşturabilirler. Bu bağlamda ekonomik, toplumsal ve yönetsel olarak rekabete dayalı strateji yeniliğe, gelişmeye, sürekli uyanık olmaya, gözlemlemeye ve ülke-işletme-kurum ve kuruluşun çevre ile uyumunu sağlamaya yöneliktir (Bircan, 2002: 13);

Stratejiyi bir yönetim aracı haline getirmek planlama ile olur. Yerine getirildikten sonra plan, stratejik yönetimin uygulama aracı olarak kullanılır. Stratejik planlama bu çerçevede (Bircan, 2002: 14);

- Bir yönetim planlaması modelidir,
- Yaygın olarak kullanılan bir karar verme aracıdır,
- Giderek artan hızlı değişme ve gelişmelere uyum sağlamak için her türlü yatırım yapma ve geleceği tanımlamadır,
- Ulusal kaynakların yönetim ve denetimlerini gerçekleştirmek, üretim ve insan gücünün geliştirilmesi konusunda teknolojik yetersizliği önlemek amacıyla yönelik bir makro planlama aracıdır,
- Kurumlar adına bir mikro planlama modelidir,
- İşletme, kurum veya kuruluşların beş, on veya daha fazla yılda nerede olmak istediğinin açıklıkla belirlenmesi sürecidir. Zira rekabete dayalı ve hızlı değişme ve gelişmelerin yaşandığı bir ortamda stratejik planlama öncelikle yenilikleri, ilerlemeyi ve kurumun çevresi ile uyumunu sağlayarak meydana gelen değişiklikleri denetim altında tutmayı hedeflemektedir. Ülkenin dış rekabet altında yaşadığı hızlı değişim ortamında ise kamu kuruluşlarının ülke stratejik hedefleri (ve

planları) doğrultusunda işbölümü içindeki yer ve hedeflerini dikkate alan stratejileri ve eşgüdümlü stratejik yönetim anlayışıyla çalışmayı gerektirir.

Stratejik anlayışta bugünün kararları, geleceğin en iyisi olma amaçlarının gerçekleştirilmesine yardımcı olabilecek imkânlar yaratabilme özelliğine de sahiptir. Karar süreçlerinin gerekli bilgilerle beslenerek işletilmesi ile yapılan planlama sayesinde sistematik olarak ulaşılan bir sıralama yardımıyla fırsatlardan fayda sağlanabilecektir. Bununla beraber güçlükler önlenebilir, olumsuzlukları olumlu hale getirerek arzulanan bir gelecek sağlanabilir (Steiner, 1979: 26).

3.5. Küreselleşme ve Uluslararası Kuruluşların Kamu Yönetiminde Değişim Algısına Etkileri

Günümüzde yeni liberal politikaların hayata geçirilmesiyle birlikte kamu yönetiminde oluşan dönüşüm ise dünya ekonomisini yönlendiren uluslararası kuruluşların yönlendirdiği yapısal reform politikaları marifetiyle meydana gelmektedir. Küreselleşmenin en büyük aktörleri olarak sayabileceğimiz bu kuruluşlar gelişmekte olan ülkelerin ekonomik, sosyal ve siyasal organizasyonlarının belirli normlara göre ortaya çıkması, işletilmesi, denetimi ve geliştirilmeleri ile ilgili düzenlemelerde birer başvuru aracı olmuşlardır. 1980'lerden itibaren Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB)'nin birlikte yönettiği reform çalışmaları, 1990'dan sonra Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve asıl ağırlığı Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD) tarafından yapılmaktadır. Bu kuruluşların tümü aynı hedefe giden kuruluşlardır ve kamu yönetiminin dönüşümünde farklı alanları ilgi alanları haline getirerek düzenlemelere gittikleri görülmektedir.

Genel olarak bu kuruluşların yukarıda bahsedilen düzenlemelerinin serbest piyasa hareketlerinin önündeki engellerin ortadan kaldırılması, devletin serbest piyasa ilişkilerini düzenlemesi ve yine devletin kamu kesimini de bu durumlarla bütünleştirecek oluşumlar sağlaması olduğunu anlamaktayız.

- IMF Etkisi (İstikrar Politikaları): 1980'lerde az gelişmiş ülkelerde uygulamaya konulan IMF politikaları ulusal ekonomileri IMF tarafından sağlanan kredilerin geri ödenmesine ve mali sermayenin

rahat dolaşımını sağlayacak şekle getirilmesine imkân vermiştir. Bunu gerçekleştirmek için ise reformların yapılması zorunlu kılınmıştır (Özdek, 1999: 29). Türkiye'nin IMF ilişkileri 11 Mart 1947'de IMF'nin kurulmasından bir yıl sonra ye olunması ile başlamıştır. 1979 yılında IMF ile yapılan "stand-by" anlaşması sonucunda Türkiye serbest piyasa mekanizmasına işlerlik kazandıracak politikaları uygulamaya başlamış ve IMF'nin ortaya koyduğu yapısal düzenleme koşullarını kabul etmiştir. 24 Ocak kararlarının uygulandığı 1980-1988 yıllarını içeren dönem ise ticari liberazisyonun ve mal ve hizmet ticaretindeki serbestleşmenin yerleştirilmeye çalışıldığı dönemdir. Bu politikalar ile ithal ikamesine dayalı kalkınma stratejisinin yerine, ulusal ekonomide birikim ve kaynakların dağılımında belirleyici olanın piyasada oluşan fiyatlar olduğu ve dünya ekonomisi ile bütünleşmenin mal ve hizmet ticaretini artırmaya yönelik devlet desteği ile sürdürülen ihracata dayalı kalkınma stratejisinin izlenmesi ile gerçekleşeceği ne sürülmüştür (OECD, 2003: 33).

- Dünya Bankası Etkisi (Yapısal Uyum Politikaları): DB yapısal uyum sürecini hukuksal olarak uluslararası kredi anlaşmaları aracılığıyla yürütmektedir. Anlaşmaların bir bölümü doğrudan hükümetler ile yapılan borç anlaşmaları ve Banka'nın bir kamu kurumu ile yaptığı anlaşmalar şeklinde uygulanmaya başlamakta ve Bakanlar Kurulu tarafından onaylanmaktadır. Anlaşma metninde kredinin kullanımı ile ilgili organizasyonun nasıl olacağı, hangi düzenlemelerin yapılacağı ve nelere öncelik verileceği bulunmaktadır. Ayrıca verilen kredi ile alınacak malların listesi, borcun verilme nedeni olan projenin tanımı ve geri ödeme planı anlaşma metninde belirtilmektedir. Görüldüğü gibi DB'nin verdiği krediler aynı IMF Stand-by anlaşmalarında olduğu gibi çeşitli koşullara dayanmaktadır. IMF'nin koşulluluk mekanizması gibi; DB da kredi verme konusunda siyasal değişimi koşul olarak öne sürmektedir. Yani DB borç verdiği ülkelerden piyasa ekonomisine işlerlik kazandıracak biçimde, reform yapmalarını talep

etmektedir (Zabçı, 2003: 229). DB ile yapılan kredi anlaşmaları ekonomi politikalarından başlayarak toplumsal paylaşım ilişkilerine, kamu yönetiminin yeniden yapılanmasında kadar birçok alanı kapsamaktadır. Görülmektedir ki DB, doğrudan devletler ve devlet politikaları üzerinde yoğunlaşmış bulunmaktadır. Bu eğilim ekseninde 1980’lerde “minimal devlet” ile devletin ekonomideki işlevi sınırlandırılırken, 1980 sonrasında DB’nin araştırma ve yayınları piyasanın işleyişinden ziyade devletin işlevi üzerinde durmaya başlamıştır. Diğer bir ifadeyle serbest piyasa mekanizmasına işlerlik sağlamak devletin bir diğer önemli işlevi olarak açıklanmıştır. Bankaya göre gelişmenin sağlanması için devlet ve piyasanın işbirliği içinde bulunması ve devletin hataları düzeltme işlevini de üstlenmesi gerekmektedir (WORLD BANK, 1997: 25).

- OECD Etkisi (Düzenleyici Reformlar): “Türkiye’de Düzenleyici Reformlar” adını taşıyan raporda da görüldüğü üzere, Türkiye’de de kamu kesimine ilişkin reformların yönetilmesinde ve denetiminde OECD aktif rol üstlenmiş bulunmaktadır. Bu rapor OECD’ye üye ülkelerin kamu yönetimlerinin düzeltilmesine ilişkin çalışmalar yapılmasının kararlaştırılmasıyla ilgili ülkelerle ilgili olarak yönetsel ve yasal düzenlemelerde reform çalışmalarının yapılmasını konu almaktadır (OECD, 2003: 38). Ayrıca rapor Türkiye gibi az gelişmiş ülkelere nasıl yaklaşıldığı hakkında bilgiler de vermektedir. Raporda kamu yönetiminde reform yapmaya ilişkin gelişmelerden söz edilmekte ve kamu yönetiminin örgütlenme yapısı ve kapasitesi incelenmektedir. Bunun yanı sıra rekabet politikaları, piyasaların açıklığı, elektrik, gaz, taşımacılık sektörü ve telekomünikasyon sektörlerine ilişkin incelemeler ve kamu yönetiminin küreselleşme sürecine uyumunu sağlayacak politika önerileri bulunmaktadır. Rapora göre bu alandaki kurumsal mekanizmalar düzenleyici kurullar kontrolünde bulunan yapılanmalarla gerçekleştirilmektedir.

Burada sonuç olarak, kamu yönetiminin dönüşümünün uzun vadeli reformlarla olacağından hareketle kamu yönetiminin yapısında ve kurumlarında düzenleyici reformlar sayesinde güçlü değişimler yapılacağı kastedilmektedir. Bu da beraberinde serbest piyasanın en önemli dinamiklerinden olan rekabete dayalı bir ekonomiye geçiş ve verimli bir özel sektöre yönelik reformlarla sağlanabilecektir.

3.6. Kamu Yönetiminde Değişimi Doğuran Temel Sebepler

Sanayi toplumundan bilgi toplumuna doğru yaşanan dönemde devlet kavramı eksenindeki tartışmalar ve ilerlemeler, yönetim anlayışlarını, yapılanmalarını, bu alanda oluşmuş ilkeleri ve kurumlaşmaları, yönetim yapısını oluşturan yapıların konumunu ve ilişkilerini önemli ölçüde ve radikal bir biçimde etkilemektedir. Dünya yeni bir yüzyıla ve üçüncü binyıla girerken uluslararası kamu yönetimi bilimi çok önemli değişimler yaşamaktadır. Bu değişimler hem kamu yönetimi biliminin kuramsal yapısında ve hem de kamu yönetimi uygulamalarında yaşanmaktadır. Ortaya çıkan toplumsal, siyasal ve ekonomik olgular kamu yönetimini değişme ve gelişme yönünde güçlü bir baskı altına almaktadır. Değişim durağanlıktan devingenliğe, yapısal endişelere bağımlılıktan etkenlik ve verimlilik anlayışlarına ve hukuksal geçerlilik endişelerinden fayda/maliyet uzlaşılarının ortaya çıkarılmasına doğru bir yöneliş ve geçiş biçiminde ortaya çıkmaktadır. Kamu hizmetlerinin üretilmesi ve topluma sunulmasında klasik kalıpların dışına çıkan anlayışlar yoğunluk kazanmaktadır (Yaşamış, 1997: 1). Kısaca kamu yönetimi geleneksel yönetim anlayışının paradigmatik değerlerinden, katılım ve sorumluluk merkezli yeni bir yönetim anlayışına, başka bir deyişle “administration”dan “management”a doğru bir başkalaşım yaşamaktadır (Laurence ve Lynn, 2001: 6). Özellikle Almanya ve Fransa başta olmak üzere kıta Avrupa’sında yönetimin modernleştirilmesi çalışmalarında etkinlik ve verimliliği öne çıkaran kamu yönetimi reformlarının önemli bir yeri bulunmaktadır (Kickert, 2005: 537-563). Yeni kamu yönetiminin gerçek bir tanımı yapılamamakla birlikte içerdiği özellikler oldukça net ve anlaşılabilir. Performans denetimi, verimlilik vb. niteliklerin ötesinde kesin olan bir şey yeni kamu yönetiminin kamu yönetimi ile aynı şey olmadığıdır (Hughes, 2003: 76).

Bu açıdan baktıktan sonra kamu yönetimini değişime zorlayan etkenleri üç ana başlıkta incelememiz mümkündür. Birincisi, kamu harcamalarının bütçe üzerine getirdiği yük ve bütçe açıklarının mali sistemde yol açtığı bunalımlardır. İkincisi bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan akıl almaz hızdaki değişimdir. Üçüncüsü toplumsal talepler karşısında kamu kesiminin performansının eksik kalmasıdır. Kamu yönetimi reformu da bu nedenlere paralel olarak iki ana temel üzerine yapılmaktadır. Birincisi devletin rolü şeklinde ifade edilen kamu yönetiminin görev alanının ne olacağıdır. İkincisi ise bu görevlerin nasıl yapılacağıdır. Kısaca ne yapmalı ve nasıl yapmalı diye özetlenecek bu sorulardan hangisine öncelik verileceği reformun temel stratejisini belirleme açısından en önemli unsurdur. Bu öncelik de büyük ölçüde kamu kesiminde yaşanan ağırlıklı sorun tarafından belirlenmektedir. Mali alandan gelen baskılar nedeniyle reforma zorlanan bir kamu yönetimi sisteminde, daha ziyada piyasacı strateji izlenmekte devletin ekonomik ve sosyal yaşamdaki rolü azaltılmaktadır. Devletin rolünü daraltıcı anlamda yeniden tanımlayan bu yaklaşımda devletin üstlenmeye devam ettiği hizmetleri yürütürken de piyasa mekanizmasından en büyük oranda yararlanılması ilkesi benimsenmektedir (Yılmaz, 2001: 93).

Türk kamu yönetiminde yeniden yapılanmanın uzun bir tarihi geçmişi bulunmakta ve literatürde zaman zaman “bitmeyen senfoni” olarak da değerlendirilen yeniden yapılanma çabaları, son dönemde ortaya konulan 1998 ve 2001 tarihli tasarılarla daha da somutlaşmış ve son olarak 2003 tarihli kamu yönetiminde bütüncül bir değişimi öngören reform paketi çerçevesinde belirli bir düzeye ulaşmıştır. AB uyum süreci ve küresel-bölgesel gelişmelerle de yakından ilgili olan 2003 sonrası bu kamu yönetiminde yeniden yapılanma çalışmalarının arka planında 1991 ve 2001 reform tasarılarının önemli bir yeri vardır. Çünkü 1980’lerde uygulamaya konan liberal politikalar, kentleşme sürecinin temel aktör olarak yer aldığı toplumsal değişim/dönüşüm ve yerel yönetimlerin önem kazanması şeklindeki iç dinamikler, küreselleşme-bölgeselleşme/yerelleşme dinamikleri ve yeni kamu yönetimi anlayışı gibi dış faktörlerle, 1990’ların sonunda Türk Kamu Yönetimi özelinde çakışmış ve 150 yıllık yönetimde yeniden yapılanma çabaları önceki dönemlerden çok farklı bir döneme girmiştir (Ökmen ve Yılmaz, 2006: 374-386).

Görüldüğü gibi kamu yönetiminde klasik yaklaşımların beraberinde getirdiği olumsuz etmenler er ya da geç insanların değişmesi ve ihtiyaçlarının şekillenmesiyle birlikte yerini daha faydacı ve uygulanabilir anlayışa bırakacaktır. Bu anlayış ileriki bölümlerde de ele alındığı gibi her şekilde 1980'lerden sonra dünya genelinde hızlı bir gelişme gösteren Yeni Kamu Yönetimi paradigmasının doğmasına sebep olmuştur.

3.7. Yeni Kamu Yönetimi Paradigması

Geleneksel kamu yönetiminin bürokratik yapısı, hizmet sunma biçimi tek en iyi yöntem olarak görülmemektedir. Post bürokratik organizasyonlarda üretimin tek bir modeli kalmamıştır. Farklı tercihlere imkân veren yeni paradigmlar vardır. Bu paradigmların temelini ise geleneksel hiyerarşik yapıların yerini desantralizasyonun (ademi merkezîyetçi anlayış) alması, tercih, eşitlik gibi farklı değerlerin, ön plana çıkması oluşturmaktadır (Boyle, 1995: 44). Geleneksel kamu yönetiminde klasik kamu hizmetinin dayandığı etik, demokratik ve profesyonel değerlere (tarafsızlık, etkililik, etkinlik, hesap verebilirlik vb.) zaman içinde özel sektörde geliştirilen sorumluluk, hesap verebilirlik, ortaklık, yeniden yapılanma, eşitlik, yenilikçilik, takım çalışması, mükemmeliyetçilik, dürüstlük, kalite, açıklık gibi değerler ve anlayışlar da eklenmiştir (Kernaghan, 2000: 96)

Buradan yola çıkarak, yoksulların da alacağı hizmetlerin incelenmesi gerekmektedir. Bir örnek olarak Önen'e göre (Önen, 2010: 69); yoksullukla mücadelede merkezi yönetim düzeyinde yaşanan hantallık, işlerin yavaşlaması, kırtasiyecilik ve verimsizlik gibi olumsuzluklar, yerel yönetimler tarafından daha kolay üstesinden gelinebilecek konulardır. Yerel yönetimlerin yoksullara yönelik kararlar alırken merkez otoritenin onay ve görüşünü almadan serbestçe uygun idari eylem ve işlemde bulunabilmeleri yoksulluk politikalarını etkinleştirebilmekte dolayısıyla bu politikaları başarılı kılabilir.

Yeni kamu yönetimi anlayışında faaliyet alanı olarak devletin küçültülmesi üzerinde durulmaktadır. Geleneksel kamu yönetimi, kamu mal ve hizmetlerinin üretilmesi ve vatandaşa sunulmasında bürokrasinin doğrudan rol alması esasına dayanırken yeni kamu yönetimi yaklaşımı, devletin faaliyet alanının asgari düzeyde

tutulmasını, kamu hizmetlerinin yönetimi ve üretimini birbirinden ayırarak piyasa mekanizmasından daha çok faydalanılmasını ve devletin hakemlik rolünün geliştirilmesini öngörür (Eryılmaz, 2010: 23).

Son yüzyılın genelinde kamu ve özel kesimin yönetim yapılarında ve tarzlarında çok fazla farklılığın olmadığı hissedilmektedir. Özel sektörde de büyük şirketler aynı şekilde katı hiyerarşik ve bürokratik organizasyon sistemlerini meydana getirmişlerdir. 1950 ve 1960 yılları arasında öncelikle özel sektörün etkin görülen yönetim mekanizmaları bürokrasinin eleştirildiği yönlerden olumsuz olarak etkilenmeye başlamasından sonra yeni arayışlara başlanmış ve beraberinde kamu sektörünün başarısızlık nedenleri de ortaya konulmaya çalışılmıştır (Hughes, 1998: 56).

Frederickson'a göre yeni kamu yönetimi sürecine geçişte klasik kamu yönetimine göre çeşitli farklılıklar baş göstermektedir. Bu farklılıklar şunlardır (Frederickson, 1992: 374-377):

- Dağıtıcı süreç: Öncelikle mal ve hizmetlerin belirli sınıflamalara, gruplara ve kişilere dağıtımını içeren dış dağıtımlardan oluşan süreçtir. Fayda-maliyet, kar-maliyet analizleri bu sürecin getirilerini görebilmek açısından uygulanmakta olan temel teknikler olmaktadır. Bu şekilde kamu programlarından vatandaşların birey bazında yararlanma şekilleri ortaya konmaktadır. Sürecin iç dağıtımı da düşünülmektedir. Bu aşamada para, güç, yer, konum, statü ve öncelikler için yaşanan rekabet önem arz etmektedir.
- Bütünleştirici süreç: Otorite ilişkileri ve bunun eşgüdümünü sağlamanın önemli olduğu süreçtir. Burada resmi yani gözle görülen hiyerarşi bakımından sorun bulunmamaktadır. Yöneticiler bunların eşgüdümünü kolayca yapabilmektedirler. Yeni Kamu Yönetiminde az yapısal-az resmi-az otoriter bütünleşmeler ve teknikler yeni kullanılmaya başlanmaktadır. Yönetimsel performans ve süreçlerde farklı yaklaşımlar görülmektedir. Ancak bu süreçte de sorunlara rastlanmaktadır. Resmi olmamayı, ademi merkeziyeti ve bütünleştirici

süreçleri savunan bir yeni kamu yöneticisi büyük kuruluşları yönetmekte zorlanabilmektedir. Ancak bu da çözüme kavuşturulmakta ve yöneticilerin tecrübe kazanabilmeleri amacıyla çeşitli mekanizmalar geliştirilebilmektedir. Diğer sorun ise üst ve alt düzey yöneticiler arasında ortaya çıkabilmektedir. Dağıtım sürecinde üst düzey yönetici çok güçlü olmalıdır. Ancak bu durumda otoriteyi piyasa önceliklerinin belirliyor olması bu durumu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yüzden üst ve alt düzey yöneticiler arasındaki denge çok iyi oluşturulmalıdır. Üst düzey yöneticiler çok tolerans gösterdiklerinde orta ve alt düzey yöneticiler de ferdi kararlar verebileceklerdir.

- Sınırlı değişim süreci: Bu süreç kamu kuruluşları ile gruplar ve hizmet alıcılar arasındaki ilişkileri işaret etmektedir. Kamu kuruluşları kendilerini politik, ekonomik ve sosyal çevrede bulmakta ve bu çevre içerisinden destek aramaktadırlar.
- Sosyal heyecan-duygu süreci: Kamu yönetimi birbirinden farklı bireysel ve grupsal özellikler taşımaktadır. YKY'nin kullandığı organizasyonel değişimler ile ilişkili teknikler, hiyerarşiye karşı bireylerin güven kayıplarını kapsamakta, onların çatışmaya dönük ve yoğun duygularını görmezden gelmelerini sağlamakta ve onları belirli durumlarda da daha fazla risk üstlenmeye hazırlamaktadır .

YKY'nin temel hedefleri; verimliliği artırmak, siyasal-yönetimsel sistemi daha iyi çalışır hale sokmak, daha az kontrol, yönetimsel özerklik sağlanması, daha çok açıklık, yetki devri ve sözleşmecilik aracılığı ile de sistemde önemli değişiklikler yapmaktır (Christensen-Legreid, 2002: 19).

Bu maksatla bugünlerde personel ve kamu harcamaları bakımından yönetimin büyümesini yavaşlatmak veya küçültmek için, hizmet paylaşımında vatandaşa en yakın birimler marifetiyle kamu kuruluşlarından alabildiğince uzaklaşmak, özelleştirme ve yarı özelleştirmeyi harekete geçirmek, kamu hizmetlerinin

üretiminde ve dağıtımında özellikle bilgi teknolojilerini ve otomasyonu devreye sokmak gibi süreçlerden faydalanılarak daha çok YKY'nin genel sorunların, politika şekillendirmelerini, karar alma süreçlerini ve uluslararası birleşmeleri kapsayan uluslararası gündem gelişimi için çaba gösterilmektedir (Hood, 1991: 3).

Yeninin eskiye oranla uygulamada hız kazandığı çağdaş kamu yönetimi paradigmalarının özellikle şeffaflık, sürdürülebilirlik, hesap verebilirlik ve hizmet odaklı çalışma anlayışlarının geliştirilmesinin demokrasinin gücünü de artırdığını söylemek mümkündür. Her anlamda demokratik yönetimlerin sağlanabilmesi ve devletin hakemlik rolünün gerek planlama gerekse denetim işlevlerinde gösterilen ilerlemeye bağlı bulunmaktadır.

3.8. Yeni Kamu Yönetimi Stratejileri ve Planlama Arayışları

Strateji kelimesinin etimolojik kökenini eski Yunancada görmekteyiz. Strateji, bu dilde stratos (ordu) ve ago (yönetmek) kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmuştur. Kimi yazarlar aynı kelimenin stratum (yol, çizgi) kelimesinden türetildiğini öne sürmektedir. Strateji kelimesinin sözlük anlamı ise bir amaca ulaşmak için eylem birliği sağlama ve düzenleme sanatı olarak ifade edilebilmektedir (Aktan, 2008: 3).

Stratejik yönetim ile ilgili birçok tanımlama bulunmaktadır. Barry'ye göre stratejik yönetim, bir organizasyonun gelecekte varmak istediği hedefleri ve bu hedefe nasıl ulaşacağını gösteren süreci analiz eden bir tekniktir (Barry, 2007: 10). Başka bir tanıma göre ise stratejik yönetim, bir organizasyonun ne yaptığını, varlık sebebini ve gelecekte ulaşmak istediği hedefleri ortaya koyan bir yönetim tekniğidir (Bryson, 2004: 5).

Burada kavramları biraz daha çoğaltıp ayrıntılı bir tanım yapacak olursak stratejik yönetimi, “stratejilerin planlanması için gerekli araştırma, inceleme, değerlendirme ve seçim gayretlerini planlama, bu stratejilerin uygulanması için organizasyon içi her türlü yapısal ve güdülemeye yönelik önlemlerin yürürlüğe konulmasını, daha sonra da belirlenen stratejileri uygulamadan önce amaca uygunluğu açısından bir kez daha kontrol edilmesini kapsayan ve organizasyonun her düzeyde kadrolarının faaliyetini ilgilendiren süreçler toplamıdır” (Taştan, 2007:

3, Aktaran Söyler, 2007, 103). Stratejik planlama bir organizasyonun ne olduğu, ne yaptığı ve nasıl yaptığı konularında temel kararlar üretme ve davranışlar geliştirmeye yönelik olarak ilkeli ve sistemli gayretler bütünüdür (Bryson, 2004: 6). Daha ayrıntılı bir açıklama yapmak gerekirse stratejik planlama yönetimin ilgili mevzuat ve benimsediği ilkeler çerçevesinde mevcut durumunu gözden geçirerek, stratejik amaçlarını ve bunlara ulaşmayı mümkün kılacak yöntemleri kaynak ihtiyaçları ile birlikte ortaya koyan gerçekleştirmelerin ölçülenildiği planlardır (Maliye Bakanlığı SGB, 2006: 10).

Bu açıklamalardan sonra Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışında klasik kamu yönetiminin girdiği bunalımlardan ve hantallıktan ziyade yukarıda açıklanan strateji geliştirme, planlama, uygulama ile denetimdeki yenilikler göze çarpmaktadır. Tüm bu kavramlar incelendiğinde geleneksel kamu yönetiminin ağırlaştığı yerlerde ortaya çıkan değişim gereksinimlerinin yönetsel açıdan bir takım düşüncelerle reform adımlarına dönüşebildiğini gözlemlemekteyiz. Bunlara ek olarak, etkinlik ve verimliliğin daha ayrıntılı düşünüldüğü, ileri dönük ekonomik, sosyal ve siyasal programların sosyal eşitlik dengesini yaratacağı stratejik yaklaşım ve düzenlemelerden yararlanan bir Yeni Kamu Yönetimi düşüncesi doğmuştur. Burada üzerinde odaklanılması gerekli olan nokta elbette ki kamusal anlamda her vatandaşın bu yönetim uygulamalarından eşit derecede hizmet alabilmesidir.

Tüm bu açıklananların yerine getirilmesi ancak yönetsel bazı stratejilerin aşama aşama hayata geçmesi ile mümkün görülmektedir. Bu stratejileri bir arada başlıklandırmak gerekirse;

- Piyasa stratejisi: Bu stratejide kamuda mevcut kaynakların klasik anlamda değil, bunun özel sektör ve piyasa koşullarına göre yönlendirilmesi söz konusudur. En az maliyet ile birlikte en ekonomik piyasa çözümlerinin elde edilmesine çalışıldığı bir anlayıştır. Bu süreçte, YKY özel kesimin uygulamakta olduğu yönetsel teknikleri benimsemekte ve özellikle etkinlik, verimlilik, küçülme, merkeziyetçilikten uzaklaşma, mükemmellik ve kamu hizmetlerinde uyum anlayışından faydalanarak tüm bunları bir arada

verimli bir şekilde ve sorumlulukla ilişkilendirmeye çalışmaktadır (Christensen ve Legreid, 2002: 19).

- Yönetim stratejisi: Bu stratejide de özel kesimde kullanılan yönetim ideolojilerini kamu yönetimine uyarlamak söz konusudur. Bu maksatla özellikle performans ölçümleri üzerine yöntemler kurulmakta ve değişik gösterge ve ölçütler kullanılmaktadır. Üretim ve verimlilik ön plana çıkarılarak, bunlarla ilgili oranları yükseltmeye çalışmakta ve kuruluşlarının özel kesimdeki sözleşmelerle yürütülmeye çalışılmasına özen göstermektedir (Weikart, 2001: 362).
- Program stratejisi: Burada öngörülen şey kamuda mevcut kaynakları asıl yönlendirilmesi gereken ve uygun etkinlik ve verimlilik sağlanabilecek alanları ortaya çıkarma anlayışıdır. Tüm bunların düşünülmesi sırasında ayrıca bir değerlendirme stratejisi oluşturmak ve bunu devam ettirmek de aynı oranda önemlidir. BU değerlendirme, çeşitli standart ve ölçütlerin düşünülmesi anlamına gelmektedir (Christensen ve Legreid, 2002: 20).
- Yavaş ve aşamalı değişim stratejisi: Strateji bize değişimin oluşacağı alanlarda birer model ve zaman planlaması gerekliliğini anlatmaktadır. Burada aynı zamanda önemli olan, değişim ve reform anlayışının başlangıçta bütüne yayılmadan uygulamaya konulmasıdır.

3.9. Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı

Türkiye’de yeni kamu yönetimi anlayışına geçişin tamamlanması çalışmalarına mevzuat açısından yapılan hazırlıkların başında Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (KYTK) gelmektedir. KTYK ülkemizde kamu yönetiminde köklü bir değişiklik yapmayı hedeflemiştir. Tasarı kapsamlı olarak birçok alanda düzenlemeyi içermektedir. Kamu yönetiminin işleyişi için önemli bazı ilkeler oluşturulmuştur. Bununla birlikte tasarı, mevcut merkezi yönetimi yeniden yapılandırmayı amaçlamıştır. Tasarı metninde kanunun amacı, katılımcı, saydam, hesap verebilir, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetiminin

oluřturulması; kamu hizmetlerinin adil, sűratlı, kaliteli, etkili ve verimli bir řekilde yerine getirilmesi amacıyla, merkezi idare ile mahalli idarelerin gűrev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, merkezi idare teřkilatının yeniden yapılandırılması ve kamu hizmetlerine iliřkin temel ilke ve esasları dűzenlemektedir (KTYK Tasarısı Madde 1).

Salman'a gűre KTYK'nın temel aldıđı bu yeni yűnetim anlayıř ve uygulaması (Salman, 2008: 43-44):

- Piyasaya saygılıdır ve műmkűn olduđu kadar piyasa araçlarını kullanır,
- Yerel ve yerinden yapılanmaları űne çıkarır,
- Stratejik yűnetim anlayıřı içinde űncelikli alanlara yođunlařır, performansa ve kaliteye odaklanır,
- Hukukun gűvencesi altında Sivil Toplum Kuruluřlarına (STK) geniř bir alan tanır,
- Bilgi teknolojilerini yűnetimin bűtűn sűrelerine yansıtır ve kullanır,
- Mevzuat konularında kısalıktan ve sadelikten yanadır,
- Yatay organizasyon yapısını ve yetki devrini gerektirir,
- Katılımın gelişmesi için gerekli gűven ortamı ve mekanizmaları oluşturur,
- Hesap verebilirliđi gűlendirir,
- Herkesin bilgi edinme hakkı olduğuna inanır, her şeyin başı olan insan kaynaklarını geliştirmeye ve gűlendirmeye çalışır

3.10. Tűrkiye'de Yeni Kamu Yűnetimi Anlayıřı Anlayıřının Bir Sonucu: Sađlıkta Dűnűřűm Programı (SDP)

Tűrkiye'de yapılan ve Osmanlı dűneminden bugűne kadar yapılmıř idari reformların dıřında belki de en űnemlisi sađlık alanında yapılan reformlardır. Bu arařtırmada incelenmeye çalıřılan reform konusu sađlık reformudur. Yapılan

çalışmanın ana amacı sağlık alanında Türkiye’de gerçekleşen reformları ortaya koyarak Türkiye’de gelişmişlik açısından ve merkeze uzaklığı ile ilgili durumundan dolayı Ağrı ilindeki yansımaları değerlendirmektir. Bundan sonraki bölümlerde incelenen sağlık reformları, yeni kamu işletmeciliğinin de temellerini esas alan sağlık alanında gerçekleştirilmiş yeniliklerdir. Burada karşımıza çıkan en büyük yenilik Sağlıkta Dönüşüm Programı adı verilen reform çalışmaları başta olmak üzere yaşanan düzenlemelerdir.

2002 yılı sonlarında görevi devralan 58. Hükümet 3 Ocak 2003 tarihinde “Acil Eylem Planı” adı altında olarak yapılacakları açıklamıştır. Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59’uncu Hükümet Programı’nda bu plana sadık kalınarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklar karşımıza çıkmaktadır (Bostan, 2009: 34);

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve işlevsel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamı altına alınması,
- Sağlık Kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, Aile ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademeler yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin ortadan kaldırılması,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Hükümet programlarında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak, Sağlık Bakanlığı (SB) ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ortak öngörü ve

işbirliğiyle SDP taslağı hazırlanmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003: 2).

Buna bağlı olarak SDP'nin amaçlarına uyumlu biçimde 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı'na (2006-2011) sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve GSS sisteminin oluşturulması öngörülmektedir. Bu programın hayata geçirilmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazandırmaktadır (Akdağ, 2008: 9).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE VE BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, REFORMLAR VE DEĞİŞİM POLİTİKALARI

4. SEÇİLMİŞ BAZI AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİ

AB kapsamında yürütülen ve Türkiye'nin de 2003'ten günümüze yapmış olduğu reformcu yaklaşımların temelinde, birbirine benzer politikaların olduğu söylenebilir. Ancak bu politikaların oluşturulmasında mevcut AB yapılanmalarının ve üye ülkelerin adaptasyonu hesaba katılmadan inceleme yapmak mümkün değildir. Her ülkenin birbirine benzer yanları bulunduğu gibi ayrıca, farklı zamanlarda üye olma, ekonomik durum, nüfus, ölüm nedenleri dağılımlarındaki farklılık vb. farklılıklar sağlık sistemi alt yapılarında farklı reform şekilleri doğurabilmektedir. Temelde oluşturulan reformcu anlayışın hayata geçirilmesi ve sonuçta sağlık hizmetlerinin nasıl etkilendiği konusunda farklı ülkeler mercek altına alınmış ve ayrıntılı incelenmiştir. Bu ülkeler ekonomik durum, Türkiye'ye yakınlık, coğrafi benzerlikler ve ülke ilişkileri göz önünde bulundurularak seçilmiştir.

4.1. Fransa

4.1.1. Genel Durum

Fransa sağlık sistemi, ülkede yasal oturma izni olan herkesi kapsayan zorunlu sağlık sistemine (istihdamla ilişkili olup çalışan ve işveren tarafından finanse edilmektedir) dayalı olan bir sağlık sistemidir. Kişiler kamu ve özel kesim arasında tercih yapmak hakkına sahiptir. Bu sistemde sevk sistemi yer almamaktadır (European Communities ve WHO, 1997)

Fransız sağlık hizmetleri sistemi, liberalizm prensibi ile evrensellik ve dayanışma ilkelerini uzlaştırmaya çalışan bir sistemdir. Bu kapsamda, Fransa'da yaşayan herkesin gelirin, yaşına ve sağlık durumuna bakılmaksızın sigorta kapsamında olmasını sağlamaya çalışmaktadır. Sistem kamu çıkarlarının garantörü olan ve sağlık durumunun geliştirilmesinden sorumlu olan "Devlet" tarafından denetlenmektedir (Missoc-Info, 2014).

Fransa’da bulunan sosyal güvenlik sistemi beş temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar (Missoc, 2014);

- Çalışanların büyük çoğunluğunun ve diğer kesimlerden (belirli bir süre sistemde olan öğrenci, özel gelir grubundaki ve yerleşik vatandaşlar) insanların dâhil olduğu bir düzenleme,
- Bazı yaşlı işçi grubunun da dâhil olduğu hayati risk içeren işçilerle ilgili özel çalışan düzenlemeleri (bu grubun içinde Fransız vatandaşları genel düzenlemeye tabidir),
- Çiftçilerin ve tarım işçilerinin kapsandığı Tarımsal Düzenleme,
- Tarım-dışı serbest çalışanlar için yapılan düzenleme (ticari çalışanlar, tüccarlar ve meslek türevleri),
- İşsizlik düzenlemesi ve zorunlu ek emeklilik planlamaları düzenlemesidir.

Hastanelerin yöneticileri ve hekimleri Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilmektedir. Yerel olarak ise belediye başkanı hastane yönetim kurulunun başkanı sıfatı ile görev yapmaktadır. Dolayısıyla hastane istihdamında en önemli kişi konumunda olmaktadır. Bundan dolayı yerel düzeydeki hastaneler üzerinde yerel politik baskı oldukça üst seviyededir. Bu durum kimi durumlarda merkezi otorite ve sağlık sigortası kuruluşu ile görüş farklılıklarına sebep olmaktadır (European Communities ve WHO, 1997).

4.1.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Fransa’da yasal olarak ikamet eden herkes sosyal güvenlik sisteminin bir kolu olan “Kamu Sağlık Sigortası” kapsamındadır. 1946 yılından günümüze kadar Fransa sağlık sistemi, istihdam temelli zorunlu kamu sağlık sigortası sistemi üzerine kurulmuştur. Başlangıçta sadece maaşlı işçiler için geçerli olan sistem daha sonraları giderek kapsamını genişletmiştir. 1999 yılı verilerine göre nüfusun sadece binde 5’inin zorunlu sosyal sigortası yoktur. Bu kesim de yerel topluluklar tarafından sağlanan sosyal yardımlar çerçevesinde sisteme dâhil edilmiştir. Nüfusun bu oranı en fakir kesimdir. Bu sistemi oran olarak ifade etmek gerekirse, nüfusun yüzde 80’ni

kapsayan genel sağlık sigortası programı, nüfusun yüzde 9'unu kapsayan tarım sektöründe serbest çalışanlar ve işçiler için oluşturulmuş programlar, nüfusun yüzde 6'sını tarım sektörü dışında serbest çalışanlar ve özellik arz eden mesleki kategorileri kapsayan küçük ölçekli sigorta programları belirtilebilir. Sosyal güvenlik sisteminin sağlık sigorta kolu sigorta katkılarından ve tahsis edilen vergilerden finanse edilmektedir (Missoc-Info, 2014).

Kamu hastaneleri resmi otoritelerce yıllık olarak belirlenen global bütçelerden finanse edilmektedir. Kaynak tahsisi ise aylık olarak sağlık sigortası kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir. Genel pratisyenlere ödemeler hizmet başı ödeme biçimine göre hasta tarafından doğrudan yapılmakta ve hasta bu ödemenin karşılığını daha sonra sigorta kuruluşundan tahsil etmektedir. Yaklaşık olarak ödemelerin yüzde 25 kadarı katkı payı niteliğinde olup bu gider genellikle tamamlayıcı sigorta yaptırılarak karşılanmaktadır (European Communities ve WHO, 1997).

Özel kliniklere ise ödemeler hizmet başı ödeme temeline göre yapılmaktadır. Benzer bir biçimde acil hizmetler de ağırlıklı olarak özel kesimde faaliyet gösteren hekimler tarafından verilmekte olup bu hizmetler de hizmet başı ödemeler temeline göre finanse edilmektedir.

4.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Fransa sağlık sisteminde hastaneler hizmet sunumunun merkezi bir unsurudur. Bunun temel nedeni de yüksek düzeyde bir uzmanlaşma, teknik ve tedavi ağırlıklı bir sistem oluşturulmuş olmasından kaynaklanmaktadır. Hastane yataklarının yaklaşık yüzde 65'i kamuya aittir. Klinik bakım hizmeti özel ve kamu hastaneleri tarafından verilmektedir. Kamu hastaneleri üç temel işleve sahiptir. Bunlar önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca kamu hastaneleri acil sağlık hizmetlerini de vermekten sorumludur. Fransa'da sağlık hizmetleri, özel-genel pratisyenler ayakta ve evde bakımın önemli bir bölümünü sağlamaktadırlar. Genel pratisyenler kapı doktoru vazifesi görmemektedirler. Hastalar istedikleri zaman genel pratisyene gitmeden de

hastanelere veya uzmana doğrudan müracaat edebilmektedir (European Communities ve WHO, 1997).

4.1.4. Sağlık Reformları

Fransa’da sağlık sisteminde gözlemlenen en önemli reformların başında Genel Pratisyenler Birliği’nin Ulusal Sağlık Sigorta Ajansı ile sözleşme imzalanması uygulamasının yürürlüğe getirilmesidir. Bu sözleşme ayakta sağlık hizmetleri sunumuna yönelik önemli değişiklikler içermektedir. Kasım 1998’de uzun süren müzakereler neticesinde genel pratisyenlerin “kapı doktoru” rolünü üstlenmeleri, genel pratisyenler ile hastaları ve sağlık sigortaları arasındaki ilişkiler açısından çeşitli düzenlemelere gidilmiş ve çeşitli hükümler getirilmiştir. Buna göre artık hastalar kendi genel pratisyenlerini seçmekte ve ihtiyaç duyduklarında veya istediklerinde belli bir süre geçtikten sonra onlardan ayrılıp başka bir genel pratisyene geçme konusunda serbesttir. Burada genel pratisyenler hasta başına yıllık ödenek almaktadırlar.

WHO, Fransa’daki sağlık hizmetleri sistemini dünyadaki en iyi sağlık hizmetlerinden biri olarak derecelendirmiştir. 2004 yılının Ağustos ayında karşılaştığı ağır finansal kriz sonrasında Ulusal Sağlık Sigortası fonu reform planını yasalaştırmıştır. Fransa’da karar veren insanlar tipik kendi sağlık sigorta sistemlerini İngiltere’nin Ulusal Sağlık Hizmetleri ile (oldukça fazla kısıtlamayı gerektirdiğine ve yetersiz seçim sunduğuna inanılan bir sistem) ve Amerika’daki alt sistemlerin (65 yaşından küçük olan nüfusun yüzde 15’inin sağlık sigortası olmadığı için sosyal anlamda sorumsuz olduğu düşünülen bir sistem) sentezini gerçek anlamda uzlaştıran bir sistem olarak görülmüştür (Rodwin ve Pen, 2004: 2259). Fransa’daki reform önlemleri ister sağcı partilerden gelsin, ister solcu partilerden gelsin Fransız politikacılar kendi sağlık sistemlerini birliğin, özgürlüğün ve çokçuluğun bir sentezi olarak görmektedirler (Rodwin ve Pen, 2004: 2259-2260).

Fransa’daki politika belirleyicileri, özgürlüğü, çoğulcu olmayı ve özelleşmeyi bir araya getiren bir sağlık sistemine sahip olduklarını iddia etmelerine rağmen, sistem şüphesiz değişmektedir. Değişimlerden biri Fransa’ya özgü bir değişimdir. İşveren temelli maaş vergi finansmanını, toplam sağlık giderlerini yüzde 95’ten

kabaca yarısına düşürerek mali vergiler artırılmıştır (gelir, sermaye, sigara ve alkol). Sağlık sistemi merkezi hükümet finansmanına biraz daha bağımlı olduğundan reformların yasallaştırılması açısından merkezi hükümet güçlendirilmiştir. İkinci olarak, tıbbi teknolojinin hızlı değişmesinden, tıbbi uzmanlıkların çoğalmasından ve tıp bilgisinin patlamasından doğan değişimden bahsedilir. Öncelikle derin bir şekilde özgürlüğe ve çoğulcu olmaya adanmış bir sistemde giderleri kontrol etmek zordur. Fransız sağlık hizmetleri sistemi Amerika ile karşılaştırıldığında pahalı olmamasına rağmen, Fransa Avrupa'nın en çok sağlık harcaması yapan ülkelerinden bir tanesidir (Rodwin ve Pen, 2004: 2261).

Tablo 4. Fransa ile Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması Bazı Temel Göstergeler

Göstergeler	Fransa	Türkiye
Toplam Nüfus (2003)	60.496	73.193
Yıllık Ortalama Nüfus Artış Oranı (%) 1995-2004	0.3	1.4
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Erkek) (Yıl) 2004	76	69
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Kadın) (Yıl) 2004	83	73
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Erkek) (Yıl) 2002	69.3	61.2
Doğuştan Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (Kadın) (Yıl) 2002	74.7	62.8
Yetişkin Ölüm Hızı (Erkek) (%0) 2004	132	180
Yetişkin Ölüm Hızı (Kadın) (%0) 2004	60	112
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Erkek) (%0) 2004	5	33
Toplam Sağlık Harcamaları (%GSMH) 2003	10.1	7.6
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Doları)	2.903	583
Kişi Başına Düşen GSMH (ABD Doları) (2003)	30.093	7.688

Kaynak: WHO Core Health Indicators France-Turkey,2005-2006: 1

4.2. İtalya

4.2.1. Genel Durum

İtalya'daki Ulusal Sağlık Sistemi 1978'de kurulmuş ve 1980'de etkin olmaya başlamıştır. 1992 ve 1993 yıllarında İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti iki kez yeniden yapılanma süreci geçirmiştir. Yerel sağlık birimleri kamu girişimcileri olmaya başladıkları zaman büyük hastaneler yerel sağlık birimlerinden ayrılmaya başlamıştır. Bu defa bu hastaneler girişimci olmaya başlamış, rekabet ve özelleşmede kısmi olarak artışlar görülmeye başlanmıştır. 1999'da tüm sistem yeniden düzenlenmiş ve planlı rekabet dönemine dönüşen bir sistem tasarlanmıştır. Bununla birlikte finansman mekanizmasında da büyük değişimler olmuş ve 1995'te büyük hastaneler ödemelerle ilgili olarak tanıya dayalı bir ödeme sistemini öngörmüşlerdir. Ulusal Sağlık Hizmeti tüm ülkeyi kapsayan ve tüm vatandaşlara eşit şekilde hizmet vermeyi amaçlayan, bölge yönetimleri vasıtasıyla gereken hizmetleri veren ve bu hizmetleri genel vergilerle karşılayarak finanse eden bir sistemdir (ISAE, 2002: 58).

Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin sorumlulukları üç yönetim düzeyinde örgütlenmiştir. Devlet (Ulusal Hükümet), Bölgeler ve Yerel Sağlık Birimleri. Önceki dönemlerde bu hizmetler arasında hiyerarşik bir örgütlenme mevcuttu ve bölgesel ve yerel sağlık birimleri devletin vatandaşlara olan hizmetlerinin sunumunda uç birimler olarak örgütlenmişti. Fakat günümüzde bu kurumlar gerçekten kendilerine ait bir özerklikle yönetilmektedir. Devlet Yasal düzenlemelerin yapılmasından Ulusal Sağlık Hizmeti'nin bütçesinin hazırlanmasını ve bölgeler arası paylaşılması, planlaması ve denetiminden ve bölgelerin ve yerel sağlık birimlerinin borçlarının ödenmesinden sorumludur. Bu sorumluluk kapsamında, yasal ilaçlar, hastane, özel hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri, çalışanların ücretleri, hekimlerin ücretleri (genel pratisyenler ve uzman doktorlar) yer almaktadır.

Bölgeler sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumludur. Bu sorumluluk yasalar doğrultusunda, finansman, muhasebe ve örgütlenme üzerinde gerçekleşmektedir. Ayrıca bununla birlikte yerel sağlık birimlerinin üst yöneticilerinin atanması da bu sorumluluk kapsamındadır. Yerel sağlık birimlerinin tüm borçlarının ödenmesi ve verilen hizmetin planlanması da bu sorumluluk içinde

yer almıştır. Bölgeler, iç pazar düzenleyicileri ya da özel hastaneler ve hastane girişimleri ile yerel sağlık birimleri arasında arabuluculuk yapmaktadır. Yerel sağlık birimleri, onaylanmış özel kuruluşlar ile anlaşma yaparak ya da kendi sağlık birimleri ile doğrudan sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Bu birimler 1995'te kamu kuruluşlarından kamu girişimlerine dönüştürülerek oluşturulmuşlardır. Üst yönetimleri bölge yönetimleri tarafından atanmaktadır. Son reforma göre, bu birimlere girişimsel özerklik verilmiştir ve bunları sivil yasalar doğrultusunda icra edebilirler. Yerel sağlık birimleri bütçeleri arasında dengeyi sağlamak güçtür (ISAE, 2002: 60-61-62). İtalya'da her vatandaş, kendi bulunduğu Yerel Sağlık Birimine ve belediyelere kayıtlıdır. Buna rağmen bölgeler arası belirgin farklılıklar vardır. Yerel sağlık birimleri genellikle bağımsız olarak yönetilen hastaneler, onaylanmış özel kurumlar ve kamu kurumlarını da içeren birimlerin oluşturduğu bir sistem vasıtasıyla çok maksatlı hizmetleri planlar ve güvence altına alır (ISAE, 2002: 62).

4.2.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

1978 yılının Ulusal Sağlık Hizmetlerinin finansmanı açısından bir ilerleme olduğu görüşüne rağmen 1990'larda sosyal sağlık sigortası katkıları hala toplam kamu harcamalarının yüzde 50'sini teşkil etmektedir. 1998'de bir ticaret vergisi sosyal katkıların yerini devralmıştır. Bu vergiye ek olarak, her bir bölge için yeterli kaynak sağlamak maksadıyla ülke genelinde katma değer vergisi yoluyla gelir toplanmıştır. Doğrudan ödemeler tanı işlemleri, ilaç hizmetleri ve uzman hekim konsültasyonları için katılım payları şeklinde maliyet paylaşımı şeklindedir. 1993 yılından bu yana ayakta sağlık hizmetlerinin maliyeti için hizmeti kullananlar 2000 yılında tavan miktarı 36 Euro olarak tespit edilen bir katılım payı ödemek zorundadırlar. İlaçlar ve gezici sağlık hizmeti için yapılan katılım payları sınırlı bir etkiye sahiptir. Fakat 1996'da artış göstererek Ulusal Sağlık Hizmeti gelirlerinin yüzde 4.8'ine ulaşmıştır, 2002'de ise yüzde 2.9'a gerilemiştir.

2002 yılında İtalya'nın toplam sağlık hizmeti harcaması Gayri Safi Yurtiçi Hasılasının yüzde 8.5'ini oluşturmuştur. Aynı yıl kişi başına düşen sağlık harcamasına gücü paritesine göre 2.166 ABD dolarıdır. Bu ise kamu kaynaklarında sağlık harcamalarının yüzde 75'i anlamına gelmektedir. Devlet katılım payı uygulamasına geçmiş ve bu sayede özel sağlık harcamalarını artırmıştır. 2002 yılında

bu oran yüzde 25'e çıkmıştır. 1998 yılında sağlık hizmetlerinin maliyeti için ödenen katılım payları tanımlanmıştır. Bu düzenlemede maddi ve ailevi durum ve sağlık durumları sebebiyle yardım alan herkesin katılım payı ödemekten muaf oldukları ölçüt de tanımlanmıştır. Ek olarak katılım payı verilecek hizmetler, ilaç hizmetleri, uzmanlaşmış seyyar sağlık hizmetleri, günübirlik kliniklerden alınan tanısal hizmetler, sağlık kaplıcaları ve rehabilitasyon merkezleridir (WHO, 2006: 132).

Hastane dışında yatılı ve yarı-yatılı kuruluşlarda alınan yardım ve rehabilitasyon hizmetleri için bölge tarafından belirlenen ücret haftalık azami 41.32 Euro'dur. Katılım payından kısmen muaf olanlar için üst sınır 20.66 Euro olarak belirlenmiştir. Ödenecek katkı payı hiçbir zaman 10.33 Euro'nun altına inmeyecektir. Hastaneye yatış ile sonuçlanmayan acil müracaatlarında hastalar yerel birim acil sağlık hizmetleri için en fazla 51.65 Euro ücret belirleyebilirler. Katılım payından kısmen muaf olanların yapacağı azami ödeme 30.99 Euro olarak uygulanmaktadır. Yardım alan hastalar yerel sağlık birimlerince tedavi altındayken belirlenen tedavi süresinin aşılması durumunda hizmetin para ile olmasını isteyebilmektedirler. Bu durumda arada oluşan fark sağlık hizmeti kuruluşuna yerel birimlerce ödenmektedir (Missoc, 2005: 1-2).

1997 yılında bölgesel kaynak dağılımı için nüfusun yaş durumunu ve sağlık statüsünü hesaba katan kişi başına düşen ağırlıklı bir oran uygulanmaya başlanmıştır. Bölgeler ayrıca kişi başına düşen miktar formülüne göre yerel sağlık birimlerine kaynak transfer etmişlerdir. Üçüncül sağlık hizmeti hastaneleri kendilerine güven duyulduğu için daha geniş oranda bir finansal özerkliğe sahiptirler. Kamuya ait ikincil sağlık hizmeti hastaneleri de finansal özerkliğe sahiptirler. Ancak bunlar yerel sağlık birimlerinin kontrolü altındadırlar. Yataklı tedavi hizmetleri için tarifelerin bölgeler tarafından belirlendiği tanıya dayalı bir ödeme sistemi yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Hastane hekimleri birer maaşlı çalışandır. Pratisyen hekimler ve çocuk doktorlarına Ulusal Sağlık Hizmeti ile yerine getirdikleri sözleşme gereğince kişi başına ödeme yapılmaktadır. Burada görülmektedir ki yapılan reformlar verimliliği özendirmeyi hedeflemiştir (WHO, 2006: 30).

4.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Birincil sağlık hizmetleri, genel pratisyen hekimler ve çocuk doktorları tarafından verilmektedir. Bunlar Ulusal Sağlık Hizmeti ile bağımsız olarak anlaşma yapan hizmet sağlayıcılarıdır. Ancak bu profesyoneller ikincil sağlık hizmetine geçiş aşamasında süzgeç görevi görmektedirler.

Yerel sağlık birimleri, temel olarak gıda denetimi, sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi (özellikle bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi) hizmetleri ile toplum sağlığının yükseltilmesi ve korunması görevlerini yerine getirmektedirler. Uzmanlaşmış hizmetler doğrudan yerel sağlık birimleri tarafından ya da bunlar tarafından onaylanmış özel (kar amaçlı ya da amaçsız) ve kamu birimleri ile anlaşmalar yapılarak sağlanmaktadır. Her 1.000 kişiye düşen yatak sayısında, 1990 yılında 7.2'den 2001 yılında 4.0'a inmiştir. İtalya'da 2001 yılında 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 6.1'dir. Bu oran Batı Avrupa ülkeleri arasında en yüksek orandır. Her 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı oranı ise 1989 yılında 3.0'dır. Bu oran ise Avrupa Birliği A grubu ülkeler içinde görülen en düşük oran olma özelliğine sahiptir (WHO, 2005: 34)

İtalyan Ulusal Sağlık Merkezi'nin sunduğu hizmetler şunlardır (WHO, 2005: 35-36);

- Halk Sağlığı ve Hijyen Hizmetleri: Halk sağlığı ve hijyen hizmetleri ile ilgili faaliyetler aşılama, sağlık üzerindeki çevresel riskler, çiftlik hayvanlarının kontrolü ve meşrubat-gıda kontrolü faaliyetleridir.
- Birincil Sağlık Hizmetleri: İtalya'da birincil sağlık hizmetleri hastalıkların teşhisi, ayakta tedavisi, birinci düzey rehabilitasyon hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın yükseltilmesi ve halkın sağlık eğitimi hizmetlerini kapsamaktadır. Özellikle genel pratisyenler, çocuk doktorları, eczacı ve evde sağlık hizmeti sunucuları, hizmetlerin sağlanması için her zaman hazır durumdadırlar. Burada genel pratisyen, ülkemizdeki aile hekimi konumunda bulunmaktadır. Temel olarak, tıbbi bakım, reçeteli

ilaç vermek, hastaları hastaneye sevk etmek ve teşhis ile ilgili testleri içeren hizmetleri yerine getirirler. Hastalar bu genel pratisyenler tarafından kayıt altına alınırlar. Bir genel pratisyen kendine en fazla 1.500 hastayı kayıt edebilmektedir. 12 yaş altı çocuk doktorlarında ise bu sayı doktor başına 1.000 ile sınırlandırılmıştır.

- **Hastane Hizmetleri:** İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti hastane hizmetini devlet olarak garanti altına almıştır. Hastaneler dört temel hizmeti sağlamaktadır. Bunlar, temel sağlık hizmetleri, cerrahi hizmetler, çocuk sağlığı hizmetleri, kadın sağlığı ve doğum hizmetleridir. İtalya’da genel pratisyenlerin sevk yapmış olması koşuluyla gerek özel gerekse kamu hastanelerinde verilen sağlık hizmetleri ücretsizdir. Yerel hizmetler kapsamında her eyalette bir genel hastane bulunmaktadır. Hastaların seçme hakkı bu yüzden de çok önemlidir. Diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında İtalya gerek hastane sayısı ve gerekse mevcut yatak sayısı bakımından orta seviyededir. Son yıllarda kısıtlama politikaları, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki değişim gibi sebeplerle yatak sayısında önemli bir azalma kaydedilmiştir (WHO, 2006: 131). Son yıllarda nüfusun yaş ortalamasının artması ve doğum hızının gözle görülür seviyede azalması neticesinde ana-çocuk sağlık merkezlerindeki yatak sayısında azalmaya, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım merkezlerindeki yatak sayılarında ise artışlara rastlanmaktadır.
- **Muhtaç İnsanların Rehabilitasyonu ve Bakımı:** Bu hizmetler kendi kendine bakacak imkânı bulunmayanların sosyal bütünleşmesi ve rehabilitasyonu amacıyla özel olarak tasarlanmış kuruluşlara kabul edilmesini kapsar. Bu kişiler, ruhsal bozukluğa sahip kişiler, sakatlar, ilaç bağımlıları ve yaşlılardır. İtalya bu kapsamda Ulusal Sağlık Birimleri’ni çeşitli yerleşkeler kurarak ve

uzman personel sayesinde gerekli hizmetlerin verilmesini sağlayarak takip ve kontrol etmektedir.

4.2.4. Sağlık Reformları

İtalya’da görülen sağlık reformları, diğer gelişmiş ülkelerde yaşanan sağlık hizmetleri reformlarından ve üç başlık altında gerçekleşmiş olmaktadır. Bunlar etkililik, eşitlik ve verimliliklerdir. Bunlara kontrolü de ekleyebiliriz. Son yıllarda İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti’nin gerçekleştirdiği en büyük değişim sorumluluğun dağıtılması ve maliyetlerin kötü etkilerinin önlenmesidir. Bu kapsamda Ulusal Sağlık Hizmeti’ne bağlı bir fon oluşturulmuştur. Bölgeler düzenli olarak tüm fonlama düzeylerini kapsayan ve merkezi hükümet tarafından sağlanan bu kaynakları nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için kullanır (WHO, 2006: 12).

20. yüzyılın son çeyreğinde İtalya üç büyük reform dalgası geçirmiştir. Bunlar sırasıyla (WHO, 2001: 7);

- 1978’de vergilerle finanse edilen ve kamu sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşları kapsayacak şekilde ücretsiz ulaşılabilir olarak sağlanmasını hedefleyen kurumsallaşmış bir Ulusal Sağlık Sistemi kurulması,
- 1992-1993 yıllarında yaşanan derin mali kriz sonrasında başlatılan reform çalışmalarıdır. Bu reformun amacı, İngiltere modeline benzer bir iç pazar kurmak, bölgelere politik ve finansal yetki devrinin verilmesi gibi paralel süreçleri etkinleştirmektir. İç Pazar reformları yerel sağlık birimlerine ve hastanelere belirli yönetsel özerklik yetkilerinin devrini içermeye başlamıştır. Bu yetkiler arasında satın alma ve kaynak sağlama gibi işlevler de yer almaktaydı. Seyyar sağlık hizmeti ve yataklı tedavi hizmetleri için gerekli finansmanın sağlanması konusunda bu hizmetlerin ücretli olarak yapılması sağlanarak pazar rekabeti artırılmıştır. Bununla beraber üçüncül sağlık hizmetleri ve yerel sağlık birimlerinin temel örgütsel yapıları tekrar elden geçirilerek yeniden yapılandırılmıştır (WHO, 2006: 12).

- Üçüncü reform iki başlık altında yapılmıştır. Bunlardan ilkinde mali federalizmin kurulması amaçlanmıştır. İkincisi ise 1998-2000 yılları Ulusal Sağlık Planı için yapılan reformları kapsamaktadır. 1999 yılı Ulusal Sağlık Planı bu reformdan sonra gerçekleşmiştir. Mali federalizm reformu dengeli bütçeler altında temel hizmet paketleri sağlamak için sorumluluğun tamamen bölgelere devredilmesi ile hesap verebilirliğin açık bir şekilde oluşturulmasını amaçlamıştır (WHO, 2001: 16).

Tablo 5. İtalya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması İtalya –Türkiye Sağlık Verileri

Göstergeler	İtalya	Yıl	Türkiye	Yıl
Nüfus	58.093	2005	73.193	2005
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (yüzde)	9	2002	7	2002
Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları)	2.166	2002	420	2002
10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	41	2003	26	2003
10.000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı	62	2002	14	2002
10.000 Kişiye Düşen Hemşire/Ebe Sayısı	45	1999	30	1999
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	81	2003	39	2003
Çocuk Ölüm Hızı (binde)	5	2003	39	2003
Anne Ölüm Hızı (binde)	5	2000	70	2000

Kaynak: WHO, 2007,:1-2

4.3. Bulgaristan

4.3.1. Genel Durum

Bulgaristan ulusal sağlık sistemi üç düzey üzerine kurulmuştur: ulusal, bölgesel ve belediye düzeyi. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin yönetiminden ve koordinasyonundan sorumludur. Bölgesel düzeyde bölgesel sağlık

merkezi yöneticisi sorumlu iken belediye düzeyinde ise belediye sağlık görevlisi sorumluluk taşımaktadır (Noncheva ve Satcheva, 2003:1). Sağlık Bakanlığı politikaları oluşturmakla yasa tasarılarını, plan ve programları hazırlamaktadır.

Son 10 yılda görülen dönüşümlerin bir yansıması olarak sağlık hizmeti olanaklarının çoğunun mülkiyeti belediyelere transfer edilmeye başlanmıştır. Belediyeler kendi polikliniklerine, küçük ve orta ölçekli hastanelere sahiptir. Diğer bakanlıklar da kendi sağlık olanaklarına sahip olup bunları finanse etmekte ve yönetmektedirler. Bu anlamda Savunma Bakanlığı'nın, İçişleri Bakanlığı'nın ve Ulaştırma Bakanlığı'nın kendi sağlık olanakları bulunmaktadır (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 12).

4.3.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Bulgaristan'da sağlık finansmanının yüzde 50'si kamudan yüzde 50'si de Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'ndan karşılanmaktadır. Kamu payının yüzde 40'ı Sağlık Bakanlığı ve yüzde 60'ı ise belediyelerce karşılanmaktadır (İstanbul Tabip Odası, 2003: 1). Bu rakamlara ek olarak Dünya Bankası da reformların gerçekleşebilmesi amacıyla çeşitli dönemlerde kredi vermiştir. 2000 yılının Haziran ayında 63.3 Milyon ABD doları bir kredi desteği olmuştur.

Zorunlu Sağlık Sigortası primlerinin toplandığı ve sağlık hizmetini satın alan kurum olan Ulusal Sağlık Sigorta Fonu, ülke sağlık harcamalarının yüzde 50'sini karşılamaktadır. Bu fonun karşıladığı sağlık hizmetleri iç grupta toplanır. Bunlar (İstanbul Tabip Odası, 2003: 2-3);

- Birinci Grup: Birincil sağlık hizmetlerinin tamamı, hastanelerde özel yardım, laboratuvar hizmetleri,
- İkinci Grup: İlaçlar, evde tedavi,
- Üçüncü Grup: Kısmi hastane desteği (tüm hastane harcamalarının yüzde 40'ıdır).

4.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Her Bulgaristan vatandaşı birincil sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanır. Bu hizmetler çeşitli ayakta tedavi birimleri tarafından yürütülür. Bunlar,

ilçe düzeyinde yapılmış genel nüfusa sunulan hizmetler, okul çağındaki çocuklar için sağlanan hizmetler, askeri personel için sağlanan hizmetler ve ulaştırma (aileleri de dâhil olmak üzere) personeline sağlanan hizmetlerdir.

Kasabalarda hizmetler ücretsiz olarak poliklinikler ve hastanelere bağlı poliklinikler tarafından sunulur. Büyük çaplı poliklinikler aynı zamanda dermatoloji, oftalmoloji ve nöroloji ile ilgili hizmetleri de sunar. Tek bir hekim tarafından sunulan hizmetler daha çok köy ortamlarında vardır. Bu konuda özel kesim hizmetleri çok azdır. Hastalara evde bakım konusunda uzmanlaşma, 1996 yılındaki yasal düzenlemelere rağmen yeni yeni gelişmeye başlamıştır. Reformlarda aile hekimliği konusunda da önemle durulmaktadır (İstanbul Tabip Odası, 2003: 4).

. Bulgaristan'da uzmanlaşmış tedavi hizmetleri üçlü bir sistemde sunulur. Bunlar yerel, bölgesel ve ulusal hastanelerdir. Hastanelerin çoğuna bağlı bir poliklinik mevcuttur. Askeri ve ulaştırma personeli için ayrı hastaneler mevcuttur ancak dileyen herkes istediği hastaneye gitmekte özgürdür. Yerel düzeyde 32 genel bölge hastanesi vardır. Bunlar toplam yatak sayısının üçte birine sahiptirler. Uzmanlaşmış teşhis ve hastane bakımı sunmalarının beraberinde o bölgedeki vatandaşlara birincil sağlık hizmetlerini de götürürler. Ayrıca, onkoloji, psikiyatri, dermatoloji, damar ve kronik hastalıkların yataklı tedavisi konusunda hizmet sunan uzmanlaşmış dispanserler vardır. Bu dispanserler de hastanelerin toplam yatak sayısının yüzde 5'ine sahiplerdir. Bölgesel tesisler ise özel bir yapıya sahiptir. Bunlar ana-çocuk sağlığı, solunum yolları hastalıkları ve ruhsal bozukluklar üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu hastaneler de toplam yatak sayısının yüzde 10'una sahiplerdir. Ulusal düzeyde 5 tıp üniversitesi, 12 üniversite hastanesi bulunmaktadır. Ayrıca Prigorov Acil Tıbbi Yardım Enstitüsü tüm nüfusa yüksek düzeyde uzmanlaşmış tıbbi hizmet sunmaktadır. Bu tesisler ise toplam yatak sayısının yüzde 15'ini oluşturmaktadır (Avrupa Birliği, 1999, 1).

4.3.4. Sağlık Reformları

1990'lı yılların büyük bir kısmında da Bulgar Sağlık Sistemi Sovyet Semaşko modeline bağlı olarak kamu kesiminin kontrolünde yürütülmüştür. Bu yıllarda başlayan reformlar bazı eski yöntemlere dönüş sağlamıştır. İlk olarak çıkarılan

yasalarla özel sağlık hizmetlerine imkân verilmiş, ikinci olarak tıbbi kuruluşlar yeniden teşkilatlandırılmış ve üçüncü olarak da birçok sağlık hizmeti sunan tesislerin yönetimleri yeniden belediyelere devredilmiştir. Bunlara ilave olarak bazı radikal reformlar 1990'ların sonuna doğru hayata geçirilmeye başlanmıştır. Bunların sonucunda yeni bir sigorta sistemi kurulmuş, birincil sağlık hizmetleri genel hekimlere bırakılmıştır. Reformların tümü sağlık sisteminin yönetsel yapısında önemli değişikliklere yol açmıştır (Koulaksazov vd., 2003: 1).

1999'da başlayan bu reform dönemi ile Bulgaristan Sağlık Sistemi hızlı bir değişimin içine girdi. Bu hız, bazı yöneticilerin “biz Macaristan’ın 10 yılda geçtiği mesafeyi dört yılda aldık” şeklinde övünmelerine neden olurken, bir başkasının “çok hızlı gittiğimiz için her şey karıştı. Şimdi toparlamaya gayret etmeliyiz.” Şeklinde yaptıkları özeleştiriler kadar gerçek bir hızdı. Bu süreçte Bulgaristan bazı yeni kavramlarla tanışmıştır. Bunlar (Koulaksazov vd., 2003: 1-2);

- Zorunlu Sağlık Sigortası,
- Zorunlu Emeklilik Sigortası,
- Gönüllü Sağlık ve Emeklilik Sigortaları,
- Birincil ve İkincil Sağlık Hizmetleri ve hastane hizmetlerinin birbirinden ayrılması,
- Genel pratisyenlik uygulamalarına geçiş ve sevk zinciri,
- Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması,
- Sağlık Bakanlığı’nın birincil sağlık hizmet sunumundan çekilmesidir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 4.200’ü uzman olmak üzere toplam 5.300 genel pratisyenin yer aldığı sağlık sistemi reform süreci ile birlikte tam bir karmaşanın içine girilmiştir. Vatandaş açısından “ulaşılması zor”, “pahalı” ve “karışık” hekimler açısından ikincil sağlık hizmetleri arasında ciddi ücret farkları bulunması nedeniyle, “adaletsiz” ve “çok fazla çalışmayı gerektiren” ülke sağlık göstergeleri açısından temel sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen bir sistem yapılandırılmıştır (Koulaksazov vd., 2003: 11).

Tablo 6. Bulgaristan ve Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Göstergeler	Bulgaristan	Türkiye
Kilometre Kareye Düşen Kişi Sayısı (2002)* **	74	77
Yıllık Nüfus Artış Hızı (1975-2000)* **	-0.4	2.0
Yetişkin Okur-Yazarlık Oranı (15 Yaş Üstü) (%) * **	98.4	85.1
Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasıla (ABD doları)* **	1.566	6.974
Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı (%) * **	4.7	4.7
Kişi Başı Düşen Yıllık Sağlık Harcaması (ABD doları)***	214	153
Toplam Doğurganlık Hızı (1995-2000) (%)* **	1.1	2.7
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)* **	15	38
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2002)* **	70.8	69.8
Hekim Başına Nüfus* **	283	826
Tüberküloz Vakaları (100.000 kişide)* **	42.38	34

Kaynak: * UNDP Human Development Reports, Turkey, 2002: 1-3

**UNDP (2002) Human Development Reports, Bulgaria, 2002: 1-3

*** CIA The World Fact Book: 3

4.4. Hırvatistan

4.4.1. Genel Durum

Hırvatistan'da bugün sağlıkla ilgili sorumluluklar ülke idaresi ve kent (belediyeler sağlık hizmetlerinde az rol oynamıştır) idareleri arasında ikiye bölünmüştür. Merkezi yönetim, sağlık politikasının iskeletini hazırlarken şehirler de kendi uygulayacakları sağlık politikalarını hazırlamaktadırlar. Planlama, yönetim ve denetim şehir yetkililerine devredilmiştir. Yönetim sorumlulukları, kendi kurulları tarafından yönetilen sağlık merkezleri, hastaneler gibi yarı özerk sağlık kurullarına devredilmiştir. Reformlarla, birinci kademe tedavi hizmeti kuruluşlarının yaygın bir

şekilde özelleştirilmesine devam edilmiştir. Özelleştirme, şahısların devletin sağlık kurumlarını düşük fiyatla kiralaması ile gerçekleştirilmiştir. Bununla beraber bazı evde bakım hizmetleri, birçok eczane ve diş klinikleri de özelleştirilmiştir (Croatian Home Page, 2014: 1).

1993 tarihli Sağlık Hizmetleri Yasasında ödenebilirlik, tedavinin devamı, hekim seçme hakkı ve sağlık hizmetleri verilisinin bir ekip anlayışıyla olacağını belirten, kamu ve özel kesimin bir arada bulunduğu karma bir sistemle oluşturacağı konularına ağırlık verilmiştir. Kanun aynı zamanda toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla hastalıkların önlenmesi gerektiğini de vurgulamıştır. Sağlık hizmetlerinin verilmesinin üç kademedede verilmesinin geliştirilmesi kabul edilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumu öncelikle devletin sorumluluğu olarak görülmüş, vatandaşları kendi sağlıklarını korumaları yönünde teşvik etmiştir. Devlet, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren büyük hastanelere sahiptir. Doktorlar bir sigorta sözleşmesiyle sağlık hizmetleri sağlamaktadırlar. Gelişen sistem, yeni reformların gerçekleşmesine zemin hazırlamaktadır. Değişimlerin temel amacı halkın sağlık düzeylerinin geliştirilmesini sağlamaya yöneliktir. Sağlık sisteminin kendi istikrarını garanti altına alması ve milli kalkınmayı tehdit etmemesi ilkeleri benimsenmiştir (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 6).

4.4.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

2000 yılı verilerine göre GSMH'nin yüzde 9.1'lik kısmı sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Kamu kesiminin payı yüzde 7.5 ve özel kesimin payı da yüzde 1.6 şeklindedir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 665 ABD dolarıdır (UNDP, 2003: 254). Sağlık Sistemleri karmaşık bir finansal sisteme sahip olup gelirin çoğu halk kaynaklarından gelmektedir. Birinci finans kaynağı, hizmetlerin doğrudan harcamalarını karşılayan zorunlu sağlık sigortasıdır. Resmi sigorta kaynakları 1993'te Hırvatistan Sağlık Sigorta Fonu kurulduktan sonra artmış ve 1997 rakamlarına göre sağlık gelirin yüzde 95'ine ulaşmıştır. İkinci kaynak ise yüzde biri şehir bütçelerinden oluşmaktadır. Özel kaynaklar halk tarafından yapılan doğrudan ödemelerle şekillenmektedir. Diğer bütçe dışı ödemeler sadece tahmin edilmekte ve tam olarak değerleri bilinmemektedir (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 13-14).

Sağlık seviyesini yükseltici, koruyucu, birincil sağlık ve hastane hizmetlerini içeren sağlık hizmetlerinin faydalı ve ekonomik şekilde verileceğini belirten bir yasa bulunmaktadır. Sigorta yardımı bütün aile üyelerini (çocukların 15 yaşına kadar ve eğer okuyorlarsa eğitimleri boyunca) ve ayrıca diğer yakınlarını kapsadığı söylenmektedir. İlçe yetkilileri işsizlere sağlık sigortası yardımı yapmaktadır (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 14-15-16). Bunlara ilave olarak sağlanan ek kaynaklar ise Gönüllü Sağlık Sigortası, Dış Fonlar ve Bütçe Dışı ödemelerdir.

4.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Hırvatistan Halk Sağlığı Kurumu tüm halk sağlığı kurumlarını koordine etmekte ve denetlemektedir. Kan nakli ve işçi sağlığından sorumlu olan merkezler ile yerel birimler arasında benzer bir ilişki vardır. Halk sağlığı kuruluşları koruyucu sağlık hizmetleri programlarından, enfeksiyon hastalıklarının kontrolünden, çevre şartlarının kontrolünden, sağlık istatistiklerinin toplanması, analizi ve sunumundan sorumludur. Hizmet ülke genelinde ve il bazında olmak üzere iki düzeyde verilir. İldeki kuruluşlar aynen merkezdeki gibi çalışmaktadırlar. Zagreb, Split gibi kentlerde yıllarca önce kurulmuş olan bu tıbbi kurumlar yeterince personele ve iyi donanımına sahip olup çok da iyi bir şöhrete sahiptirler. Bazı yeni dönem kurumlarında bile bu denli sistematik olunamamıştır (Organization of Healthy Care, 1998: 1). Hırvatistan halk sağlığı hizmetleri sistemini son derece iyi bir şekilde yapılandırmıştır.

Birincil sağlık hizmetlerinde, birkaç sağlık hizmeti türü etrafında organize edildiği görülmektedir. Ancak yavaş yavaş aile hekimliği sistemine doğru bir yönelme fark edilmiştir. Bu hizmeti veren doktorların şu anda sadece küçük bir oranı aile hekimidir. Çocuk uzmanları, diş hekimleri, acil uzmanları bu hizmeti vermektedirler. Bunlara ek olarak eczacılar, hemşireler, fizyoterapistler de görev alabilmektedirler. Doktorlar bu ekiplerin lideri olarak görev yapmaktadırlar. Hastaların hekim seçme özgürlüğü vardır. İkincil sağlık hizmeti veren doktorlara hastaları geldiğinde sevk ederek bir filtre vazifesi görmektedirler. Hekimin sevk etme tercihi üzerinde hiçbir yasal sınırlama bulunmamaktadır (WHO, 2000: 28). Hırvatistan'da genel uygulamalar iyi takip edilmekte ve uzmanların sürekli eğitim almaları sağlanmaktadır. Birincil sağlık hizmeti doktorlarının sözleşmelerinde sağlığı

geliştirme ve koruyucu sağlık hizmetleri de olduğu bilinmektedir. (Örnek Olarak, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon). Birincil sağlık hizmeti doktorları ve hemşireleri evde bakım hizmeti de vermektedirler. Acil hizmet servisi yoktur ancak devamlı işletilen bir telefon-çağrı sistemi mevcuttur (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 24).

Hırvatistan'da ikincil sağlık hizmeti faaliyetleri hastaneleri, sanatoryum ve poliklinikleri kapsar. Hastaneler genel ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Genel hastanelerde doğum ve jinekoloji, dâhiliye, cerrahi ve pediatrik tedavi faaliyetleri yapılmaktadır. Özel dal hastaneleri özel hastalıklar ve kronik rahatsızlıklara bakma yönünde çalışmalar yapılmaktadır. Yatalak hastalara yapılan bakımın yanında gezici hizmetler içeren ayakta tedavi üniteleri de bulunmaktadır. Ayrıca Hırvatistan koruyucu sağlık hizmetlerinin ve rehabilitasyon işlemlerinin yapılması için su, çamur, toprak ve deniz suyunda mevcut doğal malzemelerin birleşimleriyle fizyoterapi ve masajların yapılabilirdiği birçok sağlık merkezine sahiptir. Üçüncül sağlık hizmetleri üniversite klinikleri, klinik hastaneleri, tıp eğitim ve araştırmalarıyla meşgul olan klinik hastane merkezlerini içermektedir. Üniversite klinikleri tıbbın özel dallarındaki çok karmaşık işlemleri yerine getirmektedir. Diğer sağlık hizmeti kurumlarına destek olması ve kendi alanlarındaki ihtisaslaşmanın artmasıyla bu merkezlerin seçkinliği de artmaktadır. Yeni üçüncül sağlık hizmeti hastaneleri Zagreb civarında tesis edilmektedir (WHO, 2000: 29).

4.4.4. Sağlık Reformları

Hırvatistan'daki sağlık reformları çok sayıda özel nedenlerden etkilenmiştir. Hırvatistan yeni bağımsız olan bir devlet olup, ekonomik ve politik değişim sürecinde bir devlettir. Hırvatistan sağlık sistemi reformu çok partili seçimlerin hemen arkasından 1990 yılında başlamıştır. Yapılan planlar diğer ülkelerin sağlık reformlarındaki tecrübeler ışığında WHO yetkilileriyle bir arada sürdürülen faaliyetlerden oluşmaktadır. Buradaki asıl amaç sağlık sisteminin yeniden yapılanmasıdır. Diğer ülkelerle daha yakın işbirliği planlanmış sağlık hizmeti kalitesinin WHO ve AB tavsiyeleriyle yükseltilmesine çalışılmıştır. Finansal açıdan uygulanabilir bir sağlık sigorta sistemi ve reforma yönelik yasal bir çatı

oluşturulmaya çalışılmıştır. Hırvatistan sağlık sisteminin dengesi 1992’de baskı altına girmiş ve GSMH’den ayrılan pay 1990’lı yıllarda düşük seviyelerde kalmıştır.

Reformun temel amaçları bazı birincil sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlık sigorta sisteminin düzgün bir yapıya kavuşturulması ve nüfusun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Buna ek olarak, programın bir amacı da ulusal şartlara duyarlı kalmakla birlikte, sağlık hizmetleri düzeyini Batı Avrupa ülkelerinin ulaştığı çizgiye daha da yaklaştırmaktır. Sağlık sigorta fonu bir kamu mali kaynağına bağlı olma derecesini azaltmak için oluşturulmuştur. Devlet ve şehir kurumları sağlık maddi unsurlarının sahipliğini devralarak, Yugoslavya döneminde daha önceden oluşan kendi kendine yönetimin (özerklik) karışık biçimine son vermiştir. Ülkenin karşılaştığı ekonomik kriz etkililik konusunda birçok soruna neden olmuştur (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 45).

Tablo 7. Hırvatistan ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması Hırvatistan ve Türkiye Göstergeleri

Göstergeler	Hırvatistan	Türkiye
Nüfus (2001) Milyon	4.4	69.3
Nüfus Artış Hızı (%) (2001)	0.2	2
Şehirde Yaşayan Nüfus (%) (2001)	58.1	66.2
Beklenen Yaşam Süresi (yıl) (2001)	74	70.1
Kişi Başına Düşen Reel GSYİH (ABD Doları) (2001)	9.170	5.890
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH’ye Oranı (1997)	Kamu: 7.5 Özel: 1.6	Kamu: 3.6 Özel: 1.4
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması (ABD Doları)	665	315
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	229	127
Bebek Ölüm Hızı (Binde) (2001)	7	36
5 Yaş Altı Ölümler (Binde) (1998)	9.5	42

Kaynak: (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 47)

4.5. Yunanistan

4.5.1. Genel Durum

Yunanistan ulusal sağlık sistemi hem kaynakların sağlanması hem de hizmetlerin sunulması bakımında karma bir sistem olarak değerlendirilebilir. Sağlık kesiminin finansmanında sosyal sigortalar önemli rol oynamaktadır. Bu model “Bismarck” Modeline dayanır. Sağlık kesimine temel olarak hükümet tarafından mali kaynak sağlamaktadır. Bu ise “Beveridge” Modeline dayanır. Bu iki model Yunanistan sağlık sisteminde bir arada görölmektedir. Hükümet devlet hastanelerini işletir. Bununla beraber birincil sağlık hizmetlerini ve hastane hizmetlerini sunar ve hastane öncesi acil bakımı üstlenir. Özel kesim hastane sağlık hizmetlerinde, tanı işlemlerinin yapılmasında ve poliklinik hizmetlerinde önemli bir rol oynamaktadır (Angeliki, 2005: 4-5). Yunanistan sağlık sistemi, ulusal sağlık hizmeti, zorunlu sağlık sigortası ve isteğe bağlı özel sağlık sigortasının birlikte bulunduğu karma bir yapıya sahiptir (WHO, 2004: 24).

4.5.2. Sağlık Finansmanı ve Harcaması

Yunanistan’da kamu sağlık sisteminin finansmanı vergilerden ve sosyal sigorta primlerinden oluşur. Bu hizmetlerden yararlanma vatandaşlık esasına göre değil, çalışma esaslı sosyal sigorta üyeliğine göre belirlenmektedir. Vergiler, ulusal sağlık sistemi personelinin maaşları, sağlık sigorta kuruluşları ve ulusal sağlık sisteminin açıkları için kullanılır.

1985’te kullanmaya konulan 1983 Ulusal Sağlık Sistemi yasası birincil sağlık sisteminin yaygınlaştırılmasına yönelmiştir. Kamu hastaneleri kesimini genişletmiş (ulusal ve kar amacı gütmeyen hastaneler), birincil sağlık merkezlerini ilerletmiştir. Sağlık ve Refah Bakanlığı tarafından yönetilen 200 kırsal ve yarı-kentsel birincil sağlık merkezi kurulmuştur. Ayrıca Ulusal Sağlık Sistemi yasası sosyal sigorta kuruluşlarını tek bir çatı altında toplamayı amaçlamıştır. Ancak bu amaç hiçbir zaman gerçekleştirilememiştir. Siyasi partilerle iyi ilişkileri olan ayrıcalıklı gruplar bu amaç karşısında direnç göstermiştir. Birçok hükümet sosyal sigorta kuruluşlarını kısmi olarak da olsa birleştirmeye yönelik girişimlerde bulunmuştur. Ancak bu girişimler tek çatı altında toplanmanın ilk adımı sayıldığı için büyük kuruluşlar ve

diğer sigorta kuruluşları eşgüdümü artırmaya yönelik girişimlere direnç göstermiştir (Petsemidou ve Mossialos, 2006: 287).

2002’de Yunanistan’ın sağlık giderleri GSMH’nın yüzde 9.5’idir. Bunun oldukça büyük kısmı (yüzde 4.5) özel sağlık harcamalarına ayrılmıştı (toplam harcamaların yüzde 47’si). Hastane hizmetlerindeki harcamalarının çoğu kamu harcamalarıdır. Hastane dışı hizmetler ve diş hizmetlerinde ise özel kesim harcamaları baskındır. Bunun sebepleri arasında birincil sağlık hizmetlerinin yetersiz ve dağınık yapısı, hekim sayısının fazla olması gösterilebilir. Özel harcamalar içinde en büyük payı diş bakım hizmetleri (yüzde 34) almaktadır. Birincil bakım hizmetleri yüzde 31, eczacılık hizmetleri yüzde 15, hastane bakımları da yüzde 12’lik yer tutmaktadır (WHO, 2004: 24). Finansmanın yüzde 56.3 ü vergilerden ve sosyal sigortalardan, yüzde 2.3’ü özel sağlık sigortalarından ve kalan yüzde 41.4’ü kişilerin doğrudan ödemelerinden sağlanır (Petsemidou ve Mossialos, 2006: 289).

4.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Ulusal Sağlık Sistemi 1983 yılında oluşturulmuştur. Bu sistemde tüm Yunan vatandaşlarına ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sistem, yetki verme koşulu olmadan herhangi bir profesyonel kategori ve bölge ayırımı yapılmaksızın bütün Yunan nüfusunu kapsar. Sağlık hizmetleri tüm Avrupa Birliği vatandaşlarına (bazı zamanlarda olmayanlara da) uluslararası ve iki ulus arasında yapılan anlaşmalar kapsamında sunulmaktadır.

Ülkede birincil sağlık sistemi zayıftır. Örgütü yeterli değildir. Büyük ölçüde de personel yetersizliği bulunmaktadır. Çünkü pratisyen hekimlik tıp fakültesi öğrencileri tarafından cazip görülmemektedir. Pratisyen hekim yetersizliği sebebiyle, sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlanamamaktadır. Birincil sağlık hizmetlerinin devamlılığı, verilen hizmetin kalitesi ve poliklinik hastalarıyla hekim arasında yakın iyi ilişki bulunmasıyla ilgilidir. Bu iki koşul sağlandığında acil servislere yapılan çok acil olmayan başvuruların azalacağı tahmin edilmektedir (Davies ve Tavakoli, 2003: 146).

İkincil sağlık hizmetleri kamu hastaneleri, kar amaçlı çalışan özel hastaneler ve klinikler, ve sosyal sigorta kurumlarının bünyesi altındaki hastaneler tarafından

sağlanır. Bu hizmet, yasal bir zorunluluk olarak devlet tarafından sağlanır. Ayrıca özel kesim de birincil ve ikincil sağlık hizmeti sunulmasında önemli bir role sahiptir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ülke genelinde bulunan 123 genel veya özelleşmiş hastanelerden, 9 psikiyatrik hastaneden verilir. Ulusal Sağlık Sistemi kapsamında olmayan hastanelerden 13 askeri hastanenin finansmanı Savunma Bakanlığı, 5 Sosyal Sigorta Fonu, hastanesinin finansmanı SSF tarafından karşılanır. Ayrıca tıp eğitimi veren iki ihtisas hastanesi vardır. Yunanistan'da her 1.000 kişi için 4 yatak bulunmaktadır. Bunların yüzde 75'i kamu kesimine aittir. Bölgesel üniversite hastanelerinin kurulması hastane yataklarının dağılımındaki dengesizliği gidermek açısından faydalı olmuştur. Ancak hastaneler arasında hala önemli bir hasta akışı vardır (Angeliki, 2005: 25-26). Ülkede 17 bölgesel sağlık merkezi, 132 hastane, 190 sağlık merkezi ve 1.351 yerel muayenehane bulunmaktadır.

4.5.4. Sağlık Reformları

1980 ve 1990 yılları arasında Yunanistan sağlık alanında birçok sorun yaşamıştır. Bu sorunlarla baş edebilmek amacıyla reform girişimleri yapılmıştır. Bunların birçoğu devamlılıkların sürdürülmemesi, finansal kaynakların yetersizliği ve politik dalgalanmalar gibi nedenlerle güçlü bir etki yaratmaktan uzak kalmıştır. Ancak iki reform girişimi tam anlamıyla tamamlanamamış olmasına rağmen, sağlık sisteminin yapısını değiştiren, geniş etki alanına sahip reformlar olarak kabul edilmiştir.

1983 yılında çıkarılan 1397 sayılı kanun Yunanistan sağlık sistemi organizasyonunun ve siyasetinin gelişimi açısından iyi bir başlangıçtır. Bu reform sağlık sektöründeki en radikal reform olarak kabul edilir ve tamamlanmış halk sağlığı sisteminin değişmesine izin vermiştir. Yasayı takip eden yıllar öncelikle sayısal gelişmenin yaşandığı dönemdir. 1990'lı yılların başlarına kadar birçok kırsal sağlık merkezi, bölgesel ve yerel hastane inşa edilmiş, sağlık gereçleri sağlanmış ve çok sayıda sağlık personeli yetiştirilmiştir. Ancak örgütlenme alanlarında yerelleşme, yönetim ve etkinlik sonuçları zayıf kalmıştır. Yeterli finansmanın sağlanmaması, karışıklık ve anlaşmazlıklar 1990'lı yıllardaki bir seri reform girişimini kesintiye uğratmış ve bu reform girişimlerinin sonlanmasına neden olmuştur.

İkinci önemli girişim 2001 yılında çıkarılan 2889 sayılı yasalarıdır. Bu yasa ulusal sağlık hizmetlerinin 17 bölgede bölgesel sağlık merkezlerinin çalışmasını öngörmüştür. Sağlık sisteminin profesyonel hastane yapısına kavuşmasını sağlamıştır. Ulusal sağlık sisteminde çalışan hekimlerin istihdam olanaklarının değişmesine izin vermiştir. Bu reform, sağlık yapısı, idare ve başvuru sistemlerinin temel elementlerini değiştirmiş ve daha sonra daha özgün reformlar eklenmiştir. Sonuç olarak Yunanistan'daki en son reform, 17 bölgesel sağlık merkezinin 17 sağlık bölgesi yönetimine dönüştürüldüğü 3329 sayılı yasanın çıkarılmasıdır (Angeliki, 2005: 7-8).Tablo 8’de Türkiye ve Yunanistan’a ait bilgiler görülmektedir.

Tablo 8. Yunanistan ve Türkiye Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması

Göstergeler	Yunanistan	Türkiye
Nüfus (milyon) (2005)	11.120	72.065
Kişi Başına Düşen GSMH (ABD doları) (2004)	21.437	7.688
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH’ye Oranı (%) (2005)	7.7	7.6
Toplam Sağlık Harcamalarında Devletin Payı (%) (2005)	51.3	71.4
Devletin Sağlık Harcamalarında Sosyal Güvence Kurumlarının Katkısı (%) (2005)	56	52.8
Toplam Sağlık Harcamalarında Özel Kesimin Payı (%) (2005)	4.87	28.6
Özel Kesim Harcamalarında Kişisel Ödemelerin Payı (%) (2005)	.95.7	69.5
Beklenen Yaşam Süresi (yıl) (2004)	79.05	68.9
Kaba Ölüm Hızı (1.000) (2004)	9.48	18.89
Bebek Ölüm Hızı (1.000) (2004)	4.06	28.3
Bin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı (2004)	4.4	2.6
Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı (2004)	4.8	1.3

Kaynak: WHO Greece-Turkey Health Reports, 2006: 1

5. TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ POLİTİKALARININ DEĞİŞİMİNDE TARİHSEL SÜREÇ

Bu bölümde kamu kurumlarının değişim politikalarının etkinliğinde rastlanan düzenlemeler açıklanarak T.C. Sağlık Bakanlığı'nın günümüze kadar olan uygulamaları, değişim ve uygulamalar dönem dönem incelenerek açıklanmıştır. Çalışmada, daha ön plana çıkan konular güncel haliyle yansıtılmış olup bakanlık yapısındaki değişiklikler ve programlara da değinilmiştir. Bakanlık organik yapısının ve Türk Kamu Yönetimindeki yerinin kamu yararı açısından anlaşılmamasının mümkün olmaması nedeniyle konu tüm ayrıntıları ortaya konularak incelenmiştir.

“Ağrı İli içerisinde kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümle paralellik arz etmektedir” ifadesi araştırmanın birinci denencesi olup, bu bölümde doğruluğu sınanmıştır.

5.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Niteliği

İnsanların ve buna bağlı olarak da toplumların sağlıklı yaşamaları ve bunun devamlılığının sağlanabilmesi için “sağlık hizmetleri”nin sunulması büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri toplumların gelişmişlik düzeylerine göre gelişme göstermektedir. Bununla beraber her toplumun kültürel farklılıklardan dolayı sağlık ve hastalık konularına da bakışlarında değişim görülmektedir. Bu değişiklik sunulacak sağlık hizmetlerinin çeşitliliğini ve kapsamını da etkilemektedir. Sağlık hizmetleri temelde üç çeşit sunulmaktadır. Bunlar “koruyucu sağlık hizmetleri”, “tedavi edici sağlık hizmetleri” ve “rehabilitasyon hizmetleri”dir. Bunların içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerine göre ön planda bulunmaktadır. Çünkü korumak her zaman tedavi etmekten daha ekonomik ve kolaydır. Burada en çarpıcı olanı gelişmiş ülkelerde bu hizmetlerin uygulamalarının etkinliğidir. Sağlık hizmetleri ayrıca eczacılık ve ilaç hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de içinde barındırmaktadır (Altay, 2007: 34-35). Bunları biraz daha ayrıntılı açıklayacak olursak, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporuna göre;

- Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup Dünya Sağlık  rg t ’ne göre koruyucu hekimlik; “bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş gayretleriyle önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzer gayretlerle herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek amacıyla tüm imkânlar kullanılarak yapılan hekimliktir”.
- Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha çok maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkânlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları bulunmaktadır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiya ı nedeniyle tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır.
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise, özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların sakat kalmalarına neden olan ve/veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları ve bu sayede ekonomik, sosyal ve kültürel olarak g  lendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetlerdir (WHO, 2014).

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için en temel hizmet olma özelliğine sahiptir. Beşeri sermaye, insana ait niteliklerin değerisi olarak ifade edilmekte olup, sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özellikler ile bire bir ilişkilidir (Altay, 2005: 3).

5.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Etken Unsurlar

Sağlık hizmetleri içerisinde toplumun genelini ilgilendiren ve başka ilgi alanlarına yönelemeyen bir takım hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetlerin kar beklentisi bulunmadığından piyasa tarafından üretilmezler. Bu hizmetin sağlayıcısı kamu kesimidir. Bu da dolaylı olarak kamu kesiminin vergi ve ekonomik göstergelerden payını etkilemektedir. Sonuç olarak da “kamu ekonomisi” toplumun genel sağlığını ilgilendiren ve dışsal fayda üreten sağlık hizmetlerini sunmak durumundadır.

Bir sağlık sisteminin önemli bileşenlerinden birisi de “hizmetlerin sunumu” bileşenidir. Hizmetlerin sunumu çeşitli alt işlevlerine göre çözümlenebilir. Bunlar; temel sağlık bakımı (koruyucu ve önleyici), ikinci basamak ve üçüncü basamak olacak şekilde üç kategoride düşünülür.

Frenk ve diğerlerine göre sağlık hizmetlerinin sunumu bireysel sağlık hizmetleri ve bireysel olmayan sağlık hizmetleri olarak da incelenebilir (Frenk vd., 2000).

5.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Kamu Ekonomisi

Günümüzde insan hakları tanımı kapsamında temel beşeri sermaye değişkenleri olan “sağlık” ve “eğitim” bir hak olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler (BM), her bireyin sağlıklı bir yaşam ile temel eğitim hakkı olduğunu kabul etmektedir. Birçok ülkede bireysel hak kapsamında sağlık bir temel hak olarak kabul edilmektedir. Daha önce de değinildiği gibi sağlık konusunda “hak, adalet ve eşitlik” çerçevesinde bir bakış açısının geliştirilmesi “normatif yaklaşım” dâhilinde gerçekleşmektedir. İnsanların sahip oldukları dil, din, ırk, cinsiyet, gelir, servet, prestij ve statü gibi unsurlara bakılmaksızın eşitlik, adalet ve haklar bağlamında sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda genel bir kabul söz konusudur. Bununla birlikte, devletin tedavi hizmetleri sunumu sınırsız değildir. Bu konu ülkelere göre değişmekle birlikte piyasa ekonomisine sahip her ülkede kamusal tedavi hizmetlerinin sınırsız olması mümkün değildir (Bulutoğlu, 1981: 286).

Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın burada bahsedilen dışsallık olgusu sebebiyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir

“kamu malı”dır. Özellikle “koruyucu sağlık hizmetleri” sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır. Devlet bunun yanında “tedavi hizmetleri” alanında da faaliyet gösterir. Bundan amaç, bu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına katkıda bulunmaktır (Altay, 2007: 36). Genellikle bu konudaki yegâne sınırsız hizmet “bulaşıcı hastalıklar” ekseninde düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında devletin özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumdaki risk gruplarını iyi belirlemesi gerekmektedir. Özellikle yoksullara devletin sınırsız tedavi hizmeti sağlaması sosyal bir yükümlülük ve görevdir.

5.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Piyasa Ekonomisi

Sağlık hizmetleri piyasasının yapısı iyi işleyen rekabete dayalı piyasa yapılarından oldukça farklıdır. Diğer bir deyişle, sağlık hizmetleri piyasası standart piyasa koşullarını yerine getirmekten uzaktır. Sağlık hizmetlerinin çok büyük bölümü kişilere tek tek sunulur dolayısıyla fiyatlanması ve piyasada alınıp satılması mümkündür. Ancak burada alınıp satılan sağlık değil sağlık hizmetinin kendisidir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin özel piyasada fiyata konu olabilen ve arz-talep koşullarına göre seviyesi belirlenen hizmetler olduğu bir gerçektir. Standart rekabetçi piyasalarda çok satıcı, azami kara odaklanmış şirketler, iyi bilgilenmiş alıcılar, tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri gibi nitelikler söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasasında bu standart niteliklerden farklı şu özellikleri görmek mümkündür (Altay, 2007: 37);

- Büyük kentler dışında sınırlı sayıda hastane,
- Çok büyük karlara odaklanamayan şirketler,
- Çoğu zaman eksik ve kötü bilgilenmiş hizmet alıcısı,
- Tüketici veya kullanıcıların çoğunlukla sahip oldukları sigorta vb. nedeniyle maliyetlerin tamamına katlanmaması.

Bunlara ek olarak, iki piyasa arasında çok büyük bir kar beklentisi farklılığından söz edilebilir. Bunun anlamı, sağlık hizmeti sunucusu taraflar çok büyük kar güdüsü ile faaliyetten çok, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına

odaklanmışlardır. Kar güdüsünün yokluğu, maliyetlerin büyük kısmının devletçe ve /veya sigorta şirketlerince ödenmesinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda büyük sermaye gruplarınca dünya genelinde sağlık hizmeti sunan ve kar amacı güden kuruluşların Pazar payı giderek artmaktadır. Bu gelişmelerin sağlık hizmetleri piyasalarının, küreselleşmenin etkisi ile büyük karların beklendiği ve rekabet ortamının yaratıldığı bir ortamın oluşturulduğu söylenebilir.

5.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Eşitsizliklerin Önlenmesi

Genel olarak kamu ekonomisi literatürüne göre piyasa ekonomileri bazı mal ve hizmetlerin üretiminde etkin değildir. Bu durum, “piyasa aksaklıkları” ya da “piyasa başarısızlığı” olarak adlandırılmaktadır (Stiglitz, 1988: 350).

Gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde de genel eğilim, herkesin özellikle de yoksulların belli bir asgari sağlık hizmeti güvencesine sahip olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından sunulmasının bir diğer gerekçesi, bu hizmetlerin sahip oldukları “dışsallık” özellikleridir. Salgın hastalıklar, çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe yol açan ve sağlığa zarar veren gelişmeler gibi zararlı dışsallıklar nedeniyle devlet tarafından sağlık hizmetleri sunumu üstlenilebilir. Zorunlu aşılama, karantina, halk sağlığını koruyucu hizmetler, genel sağlık taramaları vb. bu kapsamda sayılabilir (Altay, 2007: 39).

Bu kapsamda devletler özellikle toplumsal hayatta görülen yoksul-zengin farkını sağlık hizmetleri anlamında yok etmek ve piyasa şartları arasında politikalar üreterek kendi finansal yükünü de düzeltmek durumundadır. Sağlıklı bir toplumdaki gelir farklılıkları ve hizmet alımı dengesizliklerini en aza indirmek ancak bu reform politikaları sayesinde gerçekleştirilebilir.

5.1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Küreselleşme

Küreselleşme teorik temellerini ve uygulama alanlarını destekleyen gerekçelerini klasik liberal ekonomi teorilerine dayandırmaktadır. Bu yaklaşım devletin çeşitli alanlarda küçülmesini ve piyasayı seyretmesini ancak bu esnada hakimliğini ön plana çıkarmaktadır.

Günümüzde gelişmekte olan ülkeler (GOÜ)’in birçoğunda çoğalan nüfus, değişen ihtiyaçlar, küresel sermaye aktörlerinin etki alanının çeşitli hizmet

alanlarında yatırım yapma istekliliği ve gücü, kamusal hizmet kapsamında yer alan hizmetlerin artan bir şekilde özel kesim tarafından da yürütülmesini mecbur kılmaktadır. GOÜ’lerin, piyasa ekonomilerini geliştirmeleri ve kalkınma hedefine ulaşmada piyasa güçlerince yaratılacak başta istihdam ve gelir gibi ekonomik dinamikler ve buna bağlı olarak sosyal, kültürel gelişmeler beklenen gerçeklerdir. Küreselliğin özellikle işsizlik, yoksulluk gibi sorunların büyümesine neden olması, sağlık konusunda birçok GOÜ’de elde edilmiş kazanımların da gerilemesine yol açmıştır. Bu ülkelerin en riskli kesimini oluşturan işsizler ve yoksullar için kamu hizmet alanları içinde yer alan başta sağlık ve eğitim imkânlarının giderek piyasa ağırlıklı sunumu kamunun sağlık hizmeti üretiminde ve sunumunda ciddi bir yetersizlik ve kalitesizliğe yol açmıştır (Altay, 2007: 40).

Sonuç olarak devletler bu anlamda kamusal hizmetin küreselleşmenin getirdiği pozitif kazanımlarının yanında riskleri de hesap ederek yeniden yapılanma, reform ve dönüşüm konularında da yönetsel tedbirler almak durumunda kalmışlardır. Türkiye’de sağlık sektöründe çok açık biçimde gözlemleyebildiğimiz bu durumun kurumsal ve teorik alt yapısının Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hayata geçirildiği görülmektedir.

. 5.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Uluslararası Kuruluşlar

Sağlık kesiminin reform hareketlerini değişim anlayışı ile paralel şekilde tetikleyen önemli bir unsur da uluslararası kuruluşlardır. Özellikle Dünya Bankası bu konuda 1980’lerin sonlarından itibaren gerek hazırladığı rapor ve dokümanlar ve gerekse bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını “piyasa ekonomisi” merkezli olarak şekillendirmektedir. Dünya Bankasının bu gayretleri özellikle “istikrar tedbirleri” düşüncesinde GOÜ’in ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla “yeniden yapılandırmaları” için gayret gösteren Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından da desteklenmektedir (Altay, 2007: 41).

1987’de Dünya Bankası tarafından “Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” isminde bir doküman yayımlanmıştır. Bu dokümanda banka, GOÜ’nün sağlık sistemlerini piyasa odaklı yönlendirmelerinin gerekliliği

üzerinde durarak, bunun gerekçelerini ve yöntemlerini sunmaktadır (Demiral vd, 1999: 415)

Sağlık konusunda artarak devam eden bir küresel işbirliği karşımıza çıkmaktadır. Başta WHO olmak üzere sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, UNFPA, UNEP, FAO, ILO gibi uluslararası kuruluşlar ve bunlara ek olarak DB, OECD, IMF de bu kapsamda sayılabilir. Türkiye de bu kuruluşların çalışma ve düzenlemelerine aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir. Bunlar arasında üye ülkelerce en çok benimsenen WHO tarafından Ljubljana’da yayınlanan Ljubljana Bildirgesi olmuştur. 2000’li yıllarda sağlık politikalarına yön vermek üzere hazırlanan bildirgede temel ve idari olmak üzere iki yönlü ilkeler demetine yer verilmektedir. Bu temel ilkeler kapsamında (WHO: 1996: 1);

- Sağlık reformları insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlaki kurallarına dayandırılmalıdır.
- Her önemli sağlık reformu, sağlığın kazanılması konusunda kesin hedeflerle ilişkilendirilmelidir. Sağlığın iyileştirilmesi ve korunması tüm toplumun temel ilgi alanı olmalıdır.
- Sağlık reformları, demokratik süreç içinde vatandaşların sağlık ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini hesaba katarak ihtiyaçlarını göz önünde tutmalıdır. Bu düzenlemeler, planlanan ve yürütülen sağlık hizmetlerine, vatandaşların seçim ve tercihinin yön vermesini sağlamalıdır. Vatandaşlar ayrıca kendi sağlıkları için sorumlulukları paylaşmalıdırlar.
- Her sağlık reformu maliyet-etkinliği dâhil olmak üzere sunulan sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesini amaçlamalı ve bunun için kesin bir stratejiyi de içermelidir.
- Sağlık sistemlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara erişecek bir şekilde sunulmasına imkân vermelidir. Bu herkesin gerekli olan sağlık hizmetlerine tüm nüfusu kapsayan bir şekilde ve hakkaniyet esnasında erişilebilmesini gerektirir. Bu da beraberinde sağlık kaynaklarının etkili kullanımını gerektirir. Dayanışmayı

sağlamak için hükümetler sağlık hizmeti sistemlerinin finansmanının düzenlenmesinde önemli bir rol üstlenmelidir.

- Reformlar felsefeleri birinci basamak sağlık hizmetleri olarak her düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve sağlığı korumayı, hayat kalitesini iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve tedavi etmeyi, hastalıkların rehabilitasyonunu ve acı çeken ve ölümcül hastalara bakılmasını temin etmelidir. Reformlar sağlık hizmeti sunan ile hasta arasında ortak karar verme mekanizmasının kuvvetlendirilmesini ve hizmetin kapsamlı ve sürekli bir şekilde kendilerine özgü kültürel çevreleri içerisinde verilmesini sağlamalıdır.

Küreselleşmenin sağlık sektörüne olumlu etkilerinin sözü edilen kuruluşların çabalarıyla da önemli ölçüde arttığı söylenebilir. Özellikle küreselleşme, iletişim süreçlerini hızlandırmış, bilgiden kısa sürede yararlanma olanaklarını ortaya çıkarmış ve rekabeti gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde müşteri odaklı bir anlayışın öne çıkması ile özellikle sağlık hizmeti tüketicisi bireylerin davranış ve algılamalarında olumlu gelişmeler kaydedilmektedir. Toplam kalite yönetimi, hasta memnuniyeti, sürecin hizmet yönünün iyileştirilmesi, verilen sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından ölçülebilmesi, hasta bakım kalitesi, hasta hakları gibi daha önce çok bilinmeyen ya da üzerinde durulmayan konular öncelik kazanmıştır. Özellikle sağlığın Anayasal bir hak olduğu ve herkese eşit olarak sunulması gereği üzerinde durulmaktadır. Tüm bu algılamaların ulus devletlerin sağlık hizmetlerin sunumu kapsamında yer alması, yukarıda sözü edilen uluslararası kuruluşlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Uluslararası kuruluşlar, bu çabaları ile artan hastalıklarla ve bunlara yol açan özellikle yoksulluk vb. sorunlarla mücadelede gelişmemiş ülkelere çok önemli katkılarda bulunmaktadır. Bunun yanında özellikle tıp teknolojileri ve ilaç tedavi hizmetleri konusundaki gelişmelerden birçok ülkenin yararlanması, bu kuruluşların destek ve yönlendirmeleriyle söz konusu olmaktadır (Altay, 2007: 42). Diğer yandan, sağlık gibi dışsal faydası oldukça yüksek olan bir hizmetin piyasalaştırılmasının, özellikle makro iktisadi istikrarsızlık ve yoksulluk sorununun olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasını engelleyebileceği eleştirisi yapılmaktadır.

Görüldüğü gibi yukarıda açıklanan bildirge maddeleri bize reformların hangi yönde oluşturulması gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Bu gereklilik kapsam olarak hem hizmet alan hem de hizmet sunan için hayati öneme sahip bir durum oluşturmaktadır. Reformların bilimsel alt yapısının oluşturulmasında bu gereklilik ön planda tutulması gereken olgulardır.

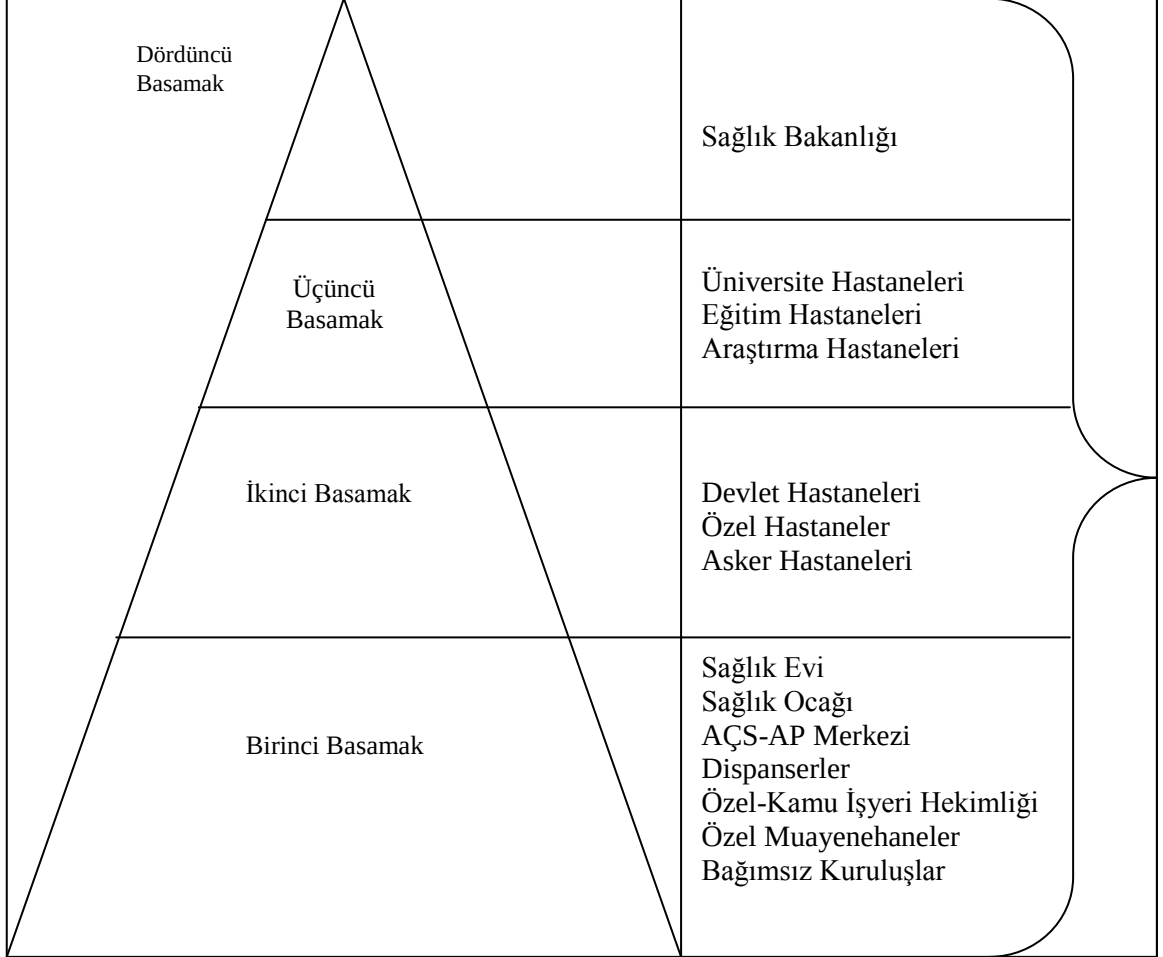
5.1.2.Türk Kamu Yönetimi Anlayışında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Dört basamak olarak belirtilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı (SB), planlayıcı ve denetimci üst kurum olarak yer almaktadır. SB özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde yürütülmesinden birinci derecede sorumludur.

Bir ülkede yaşayan insanların yaşam ölçütlerini genişleten iki kavram bulunmaktadır. Bunlardan ilki “insan hakkı” diğeri ise “vatandaşlık hakkı”dır. Kamu hizmetlerinde görülen iki ana kamu hizmeti çeşidinden söz edilir. Bunlar “genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri” ve “işletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri”dir. Bu hizmetlerin ilkinde kar amacı güdülmez ancak işletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinde müşteri anlayışına çok yakın bir durum söz konusudur. Genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinde hizmeti yerine getiren personel kamu görevlisidir. Anayasa Mahkemesi, gerek Sağlık Bakanlığı’nın gerekse bu bakanlığın gözetim ve denetimi altındaki sağlık işletmelerinin, bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerini genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü kuruluşlar olduğu üzerinde durmuştur (Anayasa Mahkemesi Kararlar Dergisi, Sayı 24: 81-137).

Ülkemizde günümüze kadar sağlık hizmetleri yukarıda belirtildiği gibi genel idare esaslarında yürütülen hizmetleri konumundaydı. 1980 sonrası dünya çapında yaşanan ekonomik ve siyasi değişimlerden etkilenen Türk Kamu Yönetimi mevcut idareyi yenileştirme eğilimindedir. Günümüzde görülen şekliyle artık sağlık hizmetlerinin bir bölümü yapılan düzenlemelerle işletmecilik anlayışıyla yürütmeye başlanmıştır.

Çizim4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004: 10

5.2. Türkiye’de 1980 Yılına Kadar Yapılan Sağlıkta Değişim Çalışmaları

Ülkemizde dönem dönem çeşitli girdilerle tanışan sağlık hizmetleri hem ekonomik geçmişimizin hem de siyasal dalgalanmaların etkisi altında kalmış ve gelişmiş ülkeler ve uluslararası kuruluşların destek ve düzeltmelerini yaşamış, küresel konjonktürün şekil değiştirmesiyle birlikte değişim göstermiştir.

Türkiye’de yaşayan insanlarımızın Cumhuriyet dönemi ile birlikte sağlık hizmetlerini alması ve sağlıklı yaşama kavuşması kolaylaşmış ancak bazı dönemlerde bu durum ekonomik, siyasi ve sosyal ihtiyaç ve çalkantılar sebebiyle düzeltilmeye gereksinim duymuştur. Genel olarak Cumhuriyetin ilk yıllarında halk sağlığının korunması yönünde eğilim içerisinde olan sağlık politikaları, dönem

dönem değişime uğramış ve ekonomik dönüştürücüler, devlet otoritesi, siyasal durum, organik kuruluşlarda yeniden yapılanma konuları açısından bakanlık ve uzmanlarca ele alınarak geliştirilmeye çaba sarf edilmiştir.

Ülkemiz sağlık politikalarında yaşanan süreç, değişik açılardan dönemlere ayrılarak incelenebilir. Dünyada görülen yaklaşıma paralel olarak, 2. Dünya Savaşı Öncesi Dönem, 2. Dünya Savaşı-1990 Yılı Arasındaki Dönem ve 1990 Sonrası Dönem şeklinde üçlü bir dönemsel ayrıma gidilebilir. Literatürde en yaygın olanı, ülkemiz tarihine dayalı dönemsel yaklaşımdır. Kuşkusuz bu yaklaşımda da yazarlar arasında net bir görüş birliğinden söz edilemez. Bakış açılarına göre aralarında çeşitli ayrımlar görülür (Özdemir, 2001: 4).

Her gelişmiş ülkenin ilk ve öncelikli politikası sağlık üzerine inşa edilmektedir. Türkiye açısından bakıldığında dünyadaki gelişmeler ve dikkat çekici etkileşim araçlarının paralelinde alınan bir dizi önlemin bulunduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu önlemlerin her biri planlara dönüşmüş ve bulunduğu dönemin hükümetleri tarafından uygulanmıştır. Birbirini takip eden bu dönemlerin en önemli ortak özelliği halk sağlığı ve taşra teşkilatları olmuştur.

5.2.1. 1920-1923 Dönemi

Sağlık Hizmetlerinin birinci öncelikle bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi hükümetinin kuruluşu ile görülmüştür. Savaş yıllarında Ankara’da kurulan TBMM hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 sayılı kanun ile, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti’ni kurarak tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu kuruma vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma özelliğine kavuşmuştur. Yasanın kabulünden sonra bakanlığa Dr. Adnan ADIVAR getirilmiş ancak o dönemde herhangi bir yapı ve örgütlenme bulunmamaktaydı. Bu her şeye sıfırdan başlamak anlamına geliyordu (Akdur, 1998: 1986).

Bugünkü adıyla Sağlık Bakanlığı kurulduğunda toplam personel sayısı 1.323’tür. Çalışanların dağılımı ise, 554 doktor, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 4 hemşire ve 69 eczacı şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bakanlığa ait 1920 yılı bütçesi 1 milyon liradan azdır. Bakanlık merkez kuruluşunda bulunan personel sayısı bakan

dâhil 15 kişidir. Merkez örgütün kuruluşu aşağıdaki birimlerden oluşmakta idi (Karaman, 1998: 3-4).

- Hıfzıssıhha Şubesi
- Sosyal Yardım Şubesi
- Sicil Şubesi
- İskân Şubesi
- İstatistik Şubesi
- Muhasebe Şubesi
- Evrak Şubesi

1920-1923 döneminde bakanlığın kuruluşu incelendiğinde yeni Türk Devletinin sağlık politikasının temelinde, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin olduğunu göstermektedir.

5.2.2. 1923-1937 Dönemi

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerinde kurumsallaşma anlayışı görülmeye başlanmıştır. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı olan ve 14 yıl bu görevde kalan Dr. Refik SAYDAM Türkiye’de sağlık sisteminin oluşturulmasına öncülük etmiş ve çokça görülen yaygın hastalıklarla mücadele için koruyucu hekimlik uygulamalarını geliştirme politikasını uygulamıştır (Savaş ve diğerleri, 2002: 53).

Dr. Refik SAYDAM ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin yapılandırılması ve geliştirilmesinde en çok katkısı bulunan ve öncü olan insandır. Bu sebeple sistem ve uygulamalarının bilinmesi gerekmektedir. Saydam ülkemize halk sağlığı ve koruyucu sağlık kavramlarını getiren kişi olma özelliğine de sahiptir. Bu kavramlar Türk tıp geleneğine ve devlet birimlerine Saydam tarafından yerleştirilmiştir.

Saydam’a göre sağlıklı halkın sağlığının korunması hasta olanların iyileştirilmesinden daha önemlidir. Ona göre tedavi edici hizmetler devletin değil yerel yönetimlerin sorumluluğunda olmalıdır. Bu nedenle belediyelere hastane işletmesi konusunda birer örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da “Numune” (örnek) Hastaneleri açmıştır. Dr. Refik SAYDAM’ın bir diğer ilgi noktası, önemli diye tanımladığı hastalıklarla mücadeleye öncelik

vermesidir. Önemli hastalık en çok görülen, en sık öldüren veya sakat bırakan, insan gücü kaybına en çok sebebiyet veren hastalık demektir. Döneminin önemli hastalıklarından olan lepra, frengi, trahom ve sıtma gibi hastalıklarla mücadele için özel sağlık örgütlerinin kurulmasını sağlamıştır (Aydın, 1997: 25).

Saydam tıp fakültesi mezunu doktor ihtiyacı karşısında da çeşitli çözüm yolları üretmiştir. Öncelikle tıp fakülteleri için öğrenci yurtları açmış ve bu öğrencilerin eğitim, barınma, giyinme ve yaşam ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanmasını sağlamıştır. Böylelikle tıp fakültelerini cazip hale getirmiştir. Bu sayede ülkemizde doktor sayısı 1930 yılında 1.182'ye, 1940 yılında 2.387'ye ulaşmıştır. Buna karşılık devletin hekim ihtiyacını karşılamak maksadıyla tıp fakültesinde iken yurtları kullananlara mecburi hizmet şartını getirmiştir.

Bu dönemde karşılaşılan önemli bir problem sahası da halk sağlığını koruyucu hizmetlerde özellikle kırsal alanlarda görev yapabilecek hekim dışı çalışan insan yetersizliğiydi. O dönemde bu görevlerde çalışabilecek kadın personel bulmak çok zordu. Genç kızlarımızın çoğu temel eğitim almamış olduklarından ve toplumun bu işlerde kadınların çalışmalarını hoş karşılamadıklarından dolayı imkânsızlıklar bulunmaktaydı. Saydam “sağlık memurluğu” sınıfını oluşturarak erkekleri eğitmek suretiyle bu sorunu da çözüme kavuşturmuştur.

Dr. Refik SAYDAM döneminde ilişkin önemli bir uygulama da Sağlık Bakanlığı bünyesindeki çalışanların atama, yükselme ve cezalandırma işlemlerinin bakanlık bünyesinde tek elde toplanmış olmasıdır. Nitekim bakanlık bu işleri yürüten temel kurum olarak anılmış ve belediyeler ve özel idareler ise sadece hastaneleri parasal yönden destekleyen kuruluşlar olarak kalmıştır (Aktan, 2008: 14).

5.2.3. 1938-1950 Dönemi

Bu dönemde en çok göze çarpan olay, 2. Dünya Savaşında Türkiye'nin harbe girmemekle beraber sağlık durumunun kötü yönde etkilenmesidir. Geçen sürede epidemik tifüs, çiçek hastalığı ve sıtma büyük salgınlar yaratmıştır. Bir yandan salgınlar ve bir yandan da beslenme koşullarının bozulması ölümleri artırmıştır (Bostan, 2009: 19). Dr. Refik Saydam'ın 1937'de başbakan olmasına kadar geçen sürede oluşturulan devletçi politikalar sonuç vermeye başlamış ve 1923 yılında başlatılan yaygın hastalıklara karşı mücadelelerde başarılı olunmuştur. 1930'larda

başlayan sağlık politikaları ve hizmetlerindeki gelişme dönemi savaş yılları nedeniyle duraksama yaşamış ve bakanlar sık sık değişir olmuşlardır (Soyer, 2001: 420). Bu süreç 1946 yılına kadar devam etmiştir. Aynı yıl Sağlık Bakanlığına Dr. Behçet UZ getirilmiştir. Bu dönemde dünyada meydana gelen değişikliklere ve etkileşimlere paralel olarak ülkemizde “Yüksek Sağlık Şurası” toplanmış ve ilk 10 yıllık Milli Sağlık Planı kabul edilmiştir. Bu planın kabulü ile birlikte 2. Dünya Savaşı sonrasında batı toplumlarında vücut bulan koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kırsal yörelerin sağlık kuruluşlarına kavuşturulması ve sağlık organizasyonlarının yeniden teşkilatlanarak yeterli personel sağlanması konuları ülkemizde öncelikli politikalar arasına girmiştir.

“Dr. Behçet Uz Planı” olarak anılan bu plana göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmış olup her bölgenin örgütlenmesi kendi mevcut durumuna yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her 10 köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülmüştü. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri beraber yürütecekti. Bölgelerin kurulması tamamlandığında her bölgede bir tıp fakültesi kurulması planlanmıştı. Bu planda Refik Saydam zamanında genelde şehirli ve kasabalıya hitap eden ve köylünün sınırlı ölçüde faydalanabileceği tedavi hizmetlerinin organize olarak köye götürülmesi düşünülmüştür. Ancak bu planı Behçet Uz’dan sonra gelen bakanlar uygulamamışlardır. Planın uygulanmamasının yanında bu dönemde sağlık hizmetlerinde aşağıdaki değişiklikler görülmüştür (Bostan, 2009: 22);

- 1945 yılında çiçek hastalığı, tifüs ve sıtma tedbir olarak “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmış,
- 1949 yılında o tarihe kadar Verem Savaş Dernekleri tarafından verilen Verem Savaşı Hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve aynı ivme ile 1960 yılında bu hizmetler Verem Savaş Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla tamamen Sağlık Bakanlığı’na yürütülmeye başlanmıştır.
- Bu dönemde diğer önemli olay ise 1945’te İşçi Sigortalar Kurumu’nun faaliyete başlamasıdır. 1952 yılında uygulanmaya

başlanan Kanun sayesinde kurum, işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli alma yetkisi almıştır.

5.2.4. 1950-1960 Dönemi

1950-1960 döneminde hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul görmesi, hasta tedavi hizmet standardının yükseltilmesi, her il halkına eşit imkân sağlanması ve tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Ancak aynı dönemde hastanelerde hizmet anlayışı gelişme gösterirken, koruyucu hizmetler ikinci planda kalmış ve sağlık personeli yetiştirmeye yeterli önem verilmemiştir (Bodur, 1991: 5).

1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanlığı'na gelen Behçet Uz tarafından taşra-kırsal kesimin hedeflendiği Milli Sağlık Programı gündeme getirilir. Bu programda tüm sağlık hizmetleri yerine, taşrada kurulması planlanan 7 tıp fakültesi ve her fakülte bünyesinde hastanelerin besin ihtiyacını karşılayacak çiftlikler, sağlık personeli yetiştirmek üzere bir yetimhane ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerini ekonomik yönden destekleyecek bir Sağlık Bankası öngörülmüştür. Demokrat Dönemi olarak da adlandırılan bu dönemde görülen sağlık politikasındaki değişiklikler önem arz etmekte olup aşağıdaki şekilde sıralanabilir.

- Sonuçta başarıya ulaşmayan bir Genel Sağlık Sigortası çalışması planlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve UNICEF ile işbirliği artırılmaya çalışılmış ve bu kuruluşlardan yardım sağlanmasına yönelik çabalar görülmüştür. Verem Savaş ve ana-çocuk sağlığı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinde bu kuruluşlardan yardım ve destek alınmıştır. Ebe ve hemşire açıklarını kapatacak önlemler alınmak istenmiş ancak başarılı olunamamıştır. 1960 yılı itibarı ile ülkede hekim sayısı 9.826, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2.420, ebe ve köy ebesi sayısı ise 3.126 olmuştur. Bu dönemde yine Sağlık Bakanlığı'na önerilerde bulunulması maksadıyla yabancı uzmanlar çağırılmıştır (Sur ve Gürol, 1998: 2035).
- Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı 1952'de kurulmuştur. Bu teşkilata ait merkez, şube ve istasyonları açılmış, 2. Dünya Savaşı sonrasında

koruyucu hekimlik hizmetleriyle birlikte verilmesi görüşü ağırlık kazanarak Sağlık Merkezlerinin kurulması kararlaştırılmıştır (Şakar, 1999: 42).

- Memleket hastanelerinin bir kısmının ekonomik olarak yerel yönetimlerden yeterli desteği alamamasının ve etkinliğinin azalmasının sonucu olarak, 1954 yılında çıkarılan yeni bir kanunla yataklı tedavi merkezlerinin birçoğu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilmiş (SSYB), ancak Ankara, İstanbul, İzmir gibi bazı büyük illerde belediyelere, özel idarelere, vakıflara ve üniversitelere bağlı oldukça az sayıda hastane bu katılışın dışında bırakılmıştır (Özdilek ve Akgün, 1970: 21). Bunun da doğal bir sonucu olarak Refik Saydam tarafından yerel yönetimlere bırakılan tedavi hizmetleri görevi remi olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bununla birlikte bütün belediye hastaneleri devletleştirilerek işletmeye açılmıştır. Bu uygulama koruyucu hizmetlerde görev yapan sağlık personelinin hastanelere gitmesine sebep olmuş ve koruyucu hizmet personeline açıklar oluşmuştur, aynı zamanda yeterli hemşire bulunmadığından tedavi hizmetleri de istenen düzeye çıkarılamamıştır (Şakar, 1999: 42).

1950-1960 döneminde 6023 Sayılı Kanun ile Türk Tabipleri Birliği kurulmuş, 6197 Sayılı Kanun ile Eczaneler ve Eczacılık Hakkında düzenlemeler yapılmıştır. Yine bu dönemde 3008 Sayılı İş Kanunu gereği işçilere risklere karşı güvence sağlamak üzere 1950 yılında 5502 Sayılı Hastalık ve Analık Sigortaları Kanunu, 5953 Sayılı Basın İş Kanunu ve 6379 Sayılı Deniz İş Kanunu ile basın ve deniz iş kolunda çalışanlar sosyal sigorta kapsamına alınmışlardır. Ayrıca 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu ile de memurlara yönelik sosyal güvence sağlayan bütün yasa ve sandıklar bir araya getirilmiştir (Güzel vd., 2009: 33).

Bu düzenlemelerde görülmektedir ki uzun zaman yaşayacak temel sosyal güvenlik kuruluşları hayata geçirilmiştir. Sorunlar giderilmeye çalışılmış ancak köklü çözümlere ulaşılmamıştır.

5.2.5. 1960-1980 Dönemi

1960-1980 dönemini önceki dönemden açık şekilde farklı kılan en önemli konu, 27 Mayıs 1960 ihtilali sonucunda oluşturulan 1961 Anayasası ve beraberinde getirdiği ekonomik, sosyal, siyasal ve kurumsal düzen ve anlayıştır. Bu dönem Sağlık Politikası düzenimizde Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Dönemi olarak yerini almıştır. 1961 tarihli 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında çıkarılan kanun ile amaç açıkça ortaya konulmuş ve bir program dâhilinde sağlık hizmetlerinin sosyal adalete uygun olarak düzenlenmesi sağlanacaktır (Fişek, 1963: 264).

Bu dönemde 1973-1977 yılları arasında diğer dünya ülkelerinin de sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin sık olarak tartışıldığı bir dönemde ülkemizin de etkilendiği bir diğer gelişme ise Alma-Ata Bildirgesidir.

6-12 Eylül 1978 tarihleri arasında Kazakistan Cumhuriyetinin o dönemdeki başkenti Alma-Ata’da 134 ülkenin de imzaladığı bir sözleşme oluşturulmuştur. Bu sözleşmenin asıl önemi, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavramı ve uygulamaları konusunda 134 ülke tarafından imzalanan bir “Uluslararası Sağlık Sözleşmesi” olmasıdır. Bu metni imzalayan ülkeler TSH’yi benimsediğini ve diğer dünya ülkelerine de önerdiğini ilan etmiştir.

5.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Uygulamaları

Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme ya da sosyalizasyon şeklinde de anılan bu düşüncenin geneli ilgilendirmesinin yanında sosyalizmi de bazı bürokrat ve siyasilere çağrıştırmaları bir kısım çevrelere rahatsızlık vermişse de 1961 yılında kabul edilen kanun açıkça “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalıdır” şeklinde belirtmiştir (Sargutan, 2006: 222).

Sosyal devlet kavramı temel alınarak oluşturulan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli, 1961 Anayasası ile etkin olan genel anlayışın sağlık alanındaki yansımaları ortaya koyan en önemli göstergedir. Sağlık hizmetlerini sosyalleştirme modeli, 1961 yılında hazırlanmış ve 1983 yılının sonuna kadar

ülkenin tamamı bu hizmet kapsamına alınmıştır (Eren, 1985: 116). Bu açıdan bakıldığında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun içeriği ve hedefleri yönünden bir sağlık reformudur diyebiliriz.

5.2.6.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında gelecekteki 15 yıllık dönem için öngörülen, “sağlık hizmetlerinde Türkiye’de sağlık seviyesini yükseltmek maksadı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. Sağlık Programları, tedavi hekimliğinin planlanmasında çok pahalı ve etkisiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru şekillenecektir. Hastanecilik ise buna bağlı olarak bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınacaktır.” Buna bağlı olarak “15 yıl içerisinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı 1963 yılındakinden 2,5 kat, yardımcı sağlık personeli sayısı da 6 katına çıkarılacak, bununla birlikte sağlık programlarının gerçekleşmesi için kişi başı sağlık harcamaları 15 yılda iki katına çıkmış olacak” şeklinde açıklanmıştır.

Yine Birinci BYKP’de “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunun uygulanabilmesi için her çeşit tedbirin alınması” ve sağlık sigortasının kurulabilmesi amacıyla gerekli çalışmalara öncelik verilerek başlanması öngörülmüştür.

Bu planla birlikte özet olarak, halkın sağlık seviyesini yükseltmek temel ilkesi ile bir görüş oluşturulmuştur. Türkiye’de planlı kalkınma döneminin başlangıcı olarak kabul edilen bir plandır. Bu dönem ile birlikte sağlık politikalarındaki iyileştirme çabaları bu temel üzerine inşa edilmiş ve hedefler oluşturulmuştur (DPT, 1963: 406).

OECD ve Dünya Bankası açıklamalarına göre planda mevcut hedefler şunlardır (OECD ve Dünya Bankası, 2009: 32-33);

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir,
- Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığınca sağlanacaktır,

- Sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı eşit oranda sağlanacaktır,
- Toplum sağlığı hizmetleri geliştirilecektir,
- Ulusal ilaç sanayi teşvik edilecektir,
- Özel hastane hizmetleri geliştirilecektir,
- Genel sağlık sigortası sistemi işletilecektir,
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması sağlanacaktır.

5.2.6.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

1968-1972 yılları arasındaki dönemi kapsayan İkinci BYKP, “Toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşaması kalkınmanın amacıdır. Öte yandan sağlık hizmeti üst seviyede bir ekonomik ve sosyal bir gelişmeye ulaşabilmek için de bir araçtır. İnsan gücü, ruh ve beden sağlığı iyi olduğu oranda kalkınma çabasında verimli olabilir. İkinci BYKP döneminde halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi için sağlık standartları belirli seviyelere ulaştırılacak, sağlık personelinin ve hizmetlerinin yurt genelinde halkın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanmasını gerçekleştirecek dengeli dağılımı sağlanacaktır” şeklinde temel bir ilke ortaya koymuştur. Bu ilkenin gerçekleştirilmesi için de “toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyesinin yükseltilmesi ve hasta olanlara eşit tıbbi bakım imkânları sağlanması geniş halk kitlelerine ulaşmış ve özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programlarıyla gerçekleştirilecektir. Sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda nüfusun yararlanabileceği tedavi edici hekimlik hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olarak ele alınacak, evde ve ayakta tedavi usulü geliştirilecektir” biçiminde bir metot benimsenmiştir. Bu maksatla ayrıca çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi, ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, gençlerin sağlığı, işçi sağlığı gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gayret edilecektir.

Yine İkinci BYKP kapsamında ortaya konulan politikaya göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulama devam

ettirilecek, sağlık hizmetleri seviyesi dűşűk olan iller bu ۆncelikle ele alınacak ve bu programda çalışan hekimlere bir rotasyon imkânı sağlamak için sağlık ocaklarının her yıl yűzde 15’i batı bۆlgelerine yapılarak çeşitli sağlık programlarının ayakta ve evde tedavi hizmetleri şeklinde uygulandığı birimler olması sebebiyle sağlık ocaklarında yataklı tedavi kurumları ve dispanserler arasında işbirliği yapılması sağlanacaktır (DPT, 1968: 216-221).

5.2.6.3. ۆűncű Beř Yıllık Kalkınma Planı (1973-1978)

ۆűncű BYKP dۆneminde sađlık kořullarının iyileřtirilmesi kapsamında ۆne sűrűlen ilkeye gۆre, yařama řartlarının iyileřtirilmesi ve yařama dűzeyinin yűkseltilmesinde kamu gűcű tarafından sađlanan en ۆnemli katkılardan biri genele yaygınlařtırılmıř bir sađlık hizmetinin gerçekleřtirilmesi olduđundan bu hedefin 1982 yılında kamu eliyle gerçekleřtirilmesine çalıřılacaktı. Bu amaçla sađlık hizmetlerini sosyalleřtirme programlarının tűm yurt dűzeyinde yaygınlařtırılarak, 1982’de 10.000 kiřiye bir sađlık ocađı, 3.000 kiřiye sađlık evi ve 10.000 kiřiye 33 hasta yatađı standardına eriřilmesi planlanmıřtı. Hatta 1982-1995 yılları arasında standartlarda iyileřtirmeye gidilerek 1995’te 7.500 kiřiye bir Sađlık Ocađı, 2.500 kiřiye bir Sađlık Evi ve 10.000 kiřiye 50 yatak hedefi gerçekleřtirilebilecektir (DPT, 1973: 150).

1973-1978 yıllarını kapsayan ۆűncű Beř Yıllık Kalkınma Planı sağlık politikaları açısından diğerlerinin bir tekrarı niteliğindedir. Bu planın da sağlık politikasını belirleyen ilkeler ve tedbirler kısmının birinci maddesi sağlık hizmetlerinin tek elden yۆnetimine ayrılmış ve sekizinci maddesinde de genel sağlık sigortası gűndeme getirilmiştir (Ersۆz, 2010: 58).

5.2.6.4. Dۆrdűncű Beř Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

1979-1983 yıllarını kapsayan Dۆrdűncű Beř Yıllık Kalkınma Planı sağlık politikaları alanındaki daha ۆnceki dۆnem gelişmelerinin değerlendirilmesi niteliğindeki řu ۆn kabulde başlamıştır (ۆnder, 2013: 74). Bu ۆn kabulűn varlığı sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından ۆnemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında başlanmış ve kapsanan il sayısı 1978 yılında 46’ya yűkseltilmiřtir. Ancak sağlık hizmetlerinin tek elden

yönetimi, etkin bir istihdam ve ücret politikası, sağlık eğitimi vb. sorunların giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişi, bu işlerliğini engellemekte, hizmetin sınırlı bir biçimde gelişmesine neden olmaktadır (DPT, 1979: 460).

Bu plana göre sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bütün yurt genelinde uygulanacak şekilde ele alınacaktır (DPT, 1979: 465). Ancak Ersöz'e göre bu planı kendinden öncekilerden ayıran en önemli özelliği "ilke ve politikalar başlığı altındaki "Sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kimselerin sağlık ihtiyaçlarını devlet tarafından karşılanacaktır" (Ersöz. 2010: 61).

Sağlık hizmetlerini, herkesin eşitçe yararlanabileceği biçimde tüm yurt genelinde yaymak ve etkinleştirmek maksadıyla gerçekleştirilecek konular şunlardır (DPT, 1979: 143);

- Tam süre çalışma yasasına bütün yurttaki hızla etkinlik kazandırılacaktır. Böylece hekimlerin ve tüm sağlık personeliyle yardımcı sağlık personelinin yurt genelinde dengeli olarak dağılımı, bütün yurttaki sağlık kuruluşlarının yeterli hizmet sağlama durumuna gelmesi sağlanacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile sağlık sigortaları arasında bağlantı ve uyum sağlanacak, sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan dar gelirliilerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır.
- Koruyucu hekimlik ve salgın hastalıklarla savaşım çalışmaları bütün yurttaki yaygınlaştırıp etkinleştirilecektir.
- Yerli ilaç sanayi ve özellikle ilaç hammaddesi sanayi gerçekleştirilecektir. Bu alanda toplumsal sigorta kurumlarının etkinliği artırılacaktır. Dıştan alınan ilaç hammaddelerinde kamu denetiminin etkinliği artırılacak, bu konuda ülkemiz sınırlı kaynaklara bağımlılıktan kurtulacaktır.

Bu dönüşme planında rastlanan durgunluk aynı zaman çerçevesinde yaşanan ekonomik ve siyasal gelişmeler nedeniyle sekteye uğramış, ikinci yılından itibaren

değerini yitirmiştir. Aynı düşünce etrafında 12 Eylül 1980 müdahalesinin ardından da yeni bir yönetim ve felsefe anlayışı meydana gelinmiştir.

5.3. Türkiye’de 1980-2013 Yılları Arasında Yaşanan Değişim Çalışmaları

Bu dönem reform gerekçesi olarak ileri sürülen şey, sağlık hizmetlerinin bir sorun olmasıdır. Mevcut sağlık sisteminin bürokratik mekanizmanın verimsizliğine teslim edilmiş olan bu durum “sağlık reformu” ile çözülecektir (Özdemir, 2001: 281-282). Bununla ilgili en önemli gösterge 24 Ocak 1980 kararları diye bilinen, çoğunluğunu ekonomik ve sosyal tedbirlerin oluşturduğu bir dizi önlemler paketidir. Bu yıllarda ülkemizde toplumsal uzlaş, ekonomik refah ve asayiş oldukça çalkantılı bir süreç geçirmiştir. Türkiye’de uygulanması öngörülen bir dizi tedbir hemen hayata geçirilmiştir, bu tedbirlerin alınmasına yol açan sorunlar şöyle sıralanabilir (Parasız, 2001: 311).

- Enflasyon problemi,
- Kapasite kullanım oranının düşüklüğü,
- İhracat durgunlaşması,
- Yurt içi tasarruflarının azalması,
- Kısa vadeli kış borç yükünün ağırlaşması,
- Yaşanan döviz darboğazları.

Diğer yanda şunu da önemle belirtmek gerekir ki 1980 yılından itibaren dünyada çok yönlü bir değişim yaşanmakta ve Türkiye’de bu akımın etkisi altında kalmaktadır. Bu dönüşüm ekonomik ve siyasal olarak da değişim katmanlarını barındırarak ülkemize yeni yönetim düzeni ve yönetişim kavramlarını sokmuştur. Böylelikle sağlık sisteminde de karşımıza çıkan tedbirler çoğunlukla devletin ekonomik yapısına engel niteliği olmadan toplum sağlığına dönük bir dizi uygulamalar meydana getirmiştir.

Bir çeşit dönüm noktası kabul edilen 1980 yılı ülkemizde yeni dünya düzeni ve yapısal uyum, piyasa reformlarını gündeme getiren bir yıl olmuştur. Bu akım ile demokrasi, katılım, siyasal etkileşim, kamu çıkarı, topluma karşı sorumluluk, sosyal adalet ve eşitlik gibi kavramlar kullanılmaya başlanmış ve yeni içeriklerle yeniden tanımlanmıştır (Sönmez ve Dinler, 2003: 33).

Bu dönemde IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü, bir kısım ülkelerin yapısal dönüşümünde belirleyici olmuştur. Bu açıdan bakıldığında, görülen en önemli konu yüksek dış borçlar ve ödemeler dengesindeki yüksek açıkların bu uluslararası mali kuruluşların en önemli kozları haline gelmesidir. Böylelikle sağlık politikalarımızın da bu etkileşimden nasibini aldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Sonuç olarak yapısal uyarılama reformlarının izinde gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık hizmetlerinde dönüşüm çabaları yeni dönemde çokça karşımıza çıkan özelleştirme çabalarında vücut bulmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1995 yılındaki bir dokümanında sağlık reformunu, “sağlık politika ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik faaliyetler” olarak tanımlamakta, reform sürecinin planlı ve yukarıdan aşağıya doğru bir değişim içeren siyasi bir kavram olduğunu belirtmektedir. Sağlık reformu sağlık sektörünün yaşadığı sorunların beraberinde eşitlik, verimlilik ve etkinliğin geliştirilmesine yönelik müdahaleler olarak da ifade edilebilir. Böylece reform girişiminin en temel ilkeleri, “sağlığın herkes için hak olması, evrensellik ve birlik olacaktır (Antezana ve Velazquez, 1996: 145).

1980-2002 yılları arasındaki ülkemiz sağlık politikalarında yaşanan küresel etkileşim araçlarının etkisiyle 2005 yılını da içine alan dört tane Beş Yıllık Kalkınma Planı sürecine değinmek yerinde olacaktır. Bunlar;

- **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı** (1985-1989)’na göre sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, etkili sunulması ve genel sağlık sigortasına odaklanılan bu dönemde, “hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir” ilkesi getirilmiştir. Bu dönem kalkınma planının sağlık politikasının odak noktası, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik esasına göre yapılmasını sağlamaktır. Bu çerçevede özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilecektir (DPT, 1985: 150).
- **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı** (1990-1994)’na göre, “Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak”

gayesi ile kabul edilen bu plan döneminde sağlık politikasını daha doğru çözümlmek için bu gayeyi bir kenara bırakarak planı incelendiğinde dikkat çeken konular aşağıda sıralanmıştır (DPT, 1990: 286).

- Sağlık hizmetlerinde rasyonellik geliştirilecek ve hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi sağlanacaktır.
- Etkili bir hasta sevk sistemi kurularak, hastanelerdeki gereksiz yığılmaların önüne geçilecektir.
- Sağlık alanında sağlık ekonomisi dahil olmak üzere etkin bir insan gücü planlaması yapılacaktır.
- **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı** (1996-2000)'na göre (DPT, 1996: 46-48),
 - Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için, bu kuruluşlarda finans ve hizmet sunumu birbirlerinden ayrılacaktır.
 - Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı hizmet sunumu şeklindeki rolü giderek azaltılacaktır.
 - Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir.
 - Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir.
 - Hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecektir.
 - Hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılacak, gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidilecektir. Bu şekilde kendi gelirleri ile

giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır.

- Sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir. Ödeme gücü olmayanların sigorta primleri kısmen veya tamamen kamu kaynaklarından karşılanacaktır.
- Özel sektörün sağlık hizmetlerindeki faaliyetleri özendirilecektir.

Görüldüğü gibi bu plan da önceki dönemde belirtilen hususların bir tekrarı niteliği taşımaktadır. Buna ek olarak bu dönemin en göze çarpan özelliği, daha önce benzeri görülmemiş biçimde okulların kamu sağlığı uzmanları, birkaç kamu kurumu ve diğer bakanlıklar, medikal profesyonellerin temsilcileri, sendikalar, siyasi partiler, özel sektör ve sigorta organizasyonları, ilaç firmaları, kitle medyası, sağlık politikası yapımı alanında boy gösteren Sivil Toplum Kuruluşları ve uluslararası kuruluşların uzmanlarını kapsayan tüm tarafların katılıma teşvik edilmesidir. Taraflar komite raporları, çeşitli seçenekler, diğer Avrupa ülkelerinin politikaları ve DSÖ (WHO)'nın tavsiyeleri dikkate alınarak oluşturulan taslak dokümanı, il gün boyunca toplanan bu Ulusal Sağlık Kongresi'nde tartışmışlardır. En göze çarpan itiraz Türk Tabipler Birliği'nden (TTB) gelmiştir. İtirazlarının esası ise sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası üzerine inşa edilmesiydi (Aktaran Önder, 2013: 78).

- **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**(2001-2005)'na göre, Türkiye'de sağlık sisteminde yaşanan sorunların bir plan çerçevesinde hazırlanan "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Raporu"nda özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin verilerin karşılaştırmasında standart bir sağlık kalitesinin olmadığı belirtilmekte, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturulacağı" açıkça belirtilmiştir. Bu ifade doğrultusunda belirlenmiş olan ilke ve politikalar şunlardır (DPT, 2001: 4);

- Sağlık hizmet sunumu ve finansman birbirinden ayrılacaktır.

- Herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma sağlanacaktır.
- Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk işlemi oluşturulacaktır.
- Kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmet kapasitesi geliştirilecek, semt polikliniği uygulaması yeniden yapılandırılacak ve piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından yararlanılacaktır.
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecektir.
- Kırsal kesimde yerleşik nüfusa hizmet veren sağlık ocakları yeniden yapılandırılarak, alt yapı ve insan gücü imkânları geliştirilecek ve mobil sağlık hizmeti uygulaması etkinleştirilecektir.
- Gıda sağlığı ve güvenilirliği hizmetleri geliştirilecek ve etkin bir denetim sağlanacaktır.
- Özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetleri özendirilecektir.

Yukarıda bahsedilen konuların ana noktaları sağlık hizmeti ve finansmanının ayrılması, gıda sağlığı ve güvenilirliği ile denetimi, sağlık personelinin tam gün göreve devam etmesi ve hastane ve sağlık hizmetlerinin rekabet edilebilir ortamda özerk işletmeler olarak anlaşılması olarak özetlenebilir.

- **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı** (2006-2013)'na göre sağlık sisteminin etkinleştirilmesi amacıyla oluşturulan hedefleri öncelikle sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı ve Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin tesis edilmesi şeklinde sayabiliriz. Bu hedeflerin gerçekleşebilmesi için ise sağlık

sisteminin etkinleştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalar sırasıyla aşağıdaki şekilde açıklanabilir (DPT, 2006: 87);

- Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için alt yapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak GSS sistemi hayata geçirilecektir.
- Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılabacaktır. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla, hizmet içi eğitimler artırılabacaktır.
- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlenmeleri sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.
- Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi alt yapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabacaktır. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.
- Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir.
- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla, hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.

- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.
- Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve ana-çocuk sağlığı olmak üzere önlenabilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.
- Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.
- İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.
- Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.
- Uluslararası ölçütlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

Görüldüğü gibi Dokuzuncu BYKP de Sekizinci BYKP gibi Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedefleri ve bu hedefler için yapılacak çalışmalardan oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik bu plana ait rakamsal hedefler ise Tablo 9'da belirtilmiştir.

Tablo 9. Sağlık Hizmetlerinde Hedefler

Hedef	2006	2013
Hekim Sayısı	103.150	120.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültelerinin Yeni Kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Düşen Nüfus	372	335

Kaynak: DPT, 2006: 63

5.3.1. Yeni Kamu Yönetimi Perspektifinde Sağlık Sistemi ve Değişim

Ülkemizde yaşanan geleneksel idare işletmeciliği özellikle 1980 yılında tüm dünyayı etkisi altında bulunduran küreselleşme akımı sebebiyle işletmecilik anlayışına dönüştürmüş ve özellikle finansal öncelikler gündeme gelerek ulus-devletlerin paralelinde neo-liberal politikalar uygulamalarını doğurmuştur.

Dünya Bankası 1990'lı yılların başında, IMF ile birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık reformlarının gündeme gelmesinde baş aktör olmuştur. Bunun temel nedeni, bu dönemde gelişmekte olan ülkelerde devletlerin artan borçlarını kontrol altına alabilmek için IMF'nin önerdiği Yapısal Uyum Programlarının uygulamaya konmasıdır. Yapısal Uyum Programlarının ana teması, kamu harcamalarının kısılması olmuş, bu da dikkatlerin bu tür harcamaların en yaygın olduğu sosyal sektörlere çevrilmesine neden olmuştur. Sağlıkta reform hareketi sadece gelişmekte olan ülkelerle sınırlı kalmamış benzer temalarla gelişmiş ülkelerle de gerçekleşmiştir. Avrupa'daki birçok ülke hasta tercihinin artırma amacıyla, rekabet ve özel hizmet sunucularını geliştirmeye yönelik piyasa ağırlıklı reformları kendi sağlık sistemleri içinde geliştirmeye başlamışlardır. Ancak 1990'ların ortalarına

gelindiğinde sağlıkta piyasa mekanizmasının işleyişinde karşılaşılan sorunlar Birleşik Krallık, İsviçre ve Hollanda gibi ÷lkelerde reformların yeniden gözden geçirilmesi ve yeni kontrol mekanizmalarının uyarlanmasıyla sonuçlanmıştır (Harrison, 2006: 195).

Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı, bunalımdan kurtulma düşünceleriyle birlikte özellikle 1980’li ve 1990’lı yıllarda farklı bir yaklaşım olarak benimsenmiştir. Bu yaklaşım, yeni kamu işletmeciliğı, değışimi yakalamakta daha başarılı olan özel kesim kuruluşlarına egemen olan değışleri ve uygulanan teknikleri kamu yönetimine taşımak olarak özetlenmektedir (Demirel, 2005: 106).

Bu dönemde özellikle etkinlik, verimlilik ve kalkınmayı sağlayacağı umulan politikalar geliştirilmiş ve kurum yapıları gittikçe basitleştirilerek devlet zamana yayılı biçimde sağlık hizmetlerini özel kesimin çerçevesine almaya gayret etmiştir.

Yeni Kamu Yönetimi anlayışında faaliyet alanı olarak devletin küçült÷lmesi üzerinde durulmaktadır. Geleneksel kamu yönetimi, kamu mal ve hizmetlerinin üretilmesi ve halka sunulmasında bürokrasinin doğrudan rol alması esasına dayanırken, yeni kamu yönetimi yaklaşımı, devletin faaliyet alanının en az seviyede tutulmasını, kamu hizmetlerinin yönetimi ve üretimini birbirinden ayırarak piyasa mekanizmasından daha çok fayda sağlamayı devletin hakemlik rolünün güçlendirilmesini önerir (Eryılmaz, 2010: 23).

Sağlık politikalarımızın 1980 sonrasında zamana yayılan değışiminin en önemli çıkış noktası geleneksel kamu yönetimi anlayışının terk edilip küresel gelişmelerin doğurduğu yeni kamu yönetimi anlayışdır. Bu anlayış ile yapılan reformların olgunlaştığı günümüz Türkiye’inde değışim hareketleri daha hızlı ve etkin bir biçimde gelişme gösteren bir sonuç meydana getirmektedir. Bu anlayışta karşımıza çıkan dönüşt÷r÷c÷leri, bileşenleri ve olumlu etkilerini ÷lkemiz açısından inceleme olanağı da buna bağılı olarak kendini göstermiştir.

5.3.2. Türkiye’de Sağlıkta Değışim Sürecindeki Dönüşt÷r÷c÷ Nedenler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmesinin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değışimleri getirmektedir. Sağlık politikalarının küresel eğilimlerden etkilenmediğini ileri sürmek gerçekçi olmayacak bir konudur. Ancak WHO, sağlık sistemleri ile ilgili

birçok öncelikler öne sürmüş olsa da her ülkenin kendi şartları doğrultusunda bir sistem oluşturmasını önermektedir (Akdağ, 2008: 9).

Son yıllarda sağlık alanında önemli politika değişikliklerinin hayata geçirildiği ve üzerinde yoğun tartışmaların yapıldığı bir süreç yaşanmaktadır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” delilen bu politika ülkemizle sınırlı olmayıp, birçok ülkede uygulamaya konulmuştur. Bu politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası ve ulus üstü organizasyonların etkileri belirleyici hale gelmiştir.

Doğu Avrupa’dan Afrika’ya, Latin Amerika’dan Asya’ya kadar geniş bir coğrafyada uygulamaya konulan bu politikaların ifade edilen temel hedefi, vatandaşların sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği artırmaktır. Bu hedefe ulaşmanın en önemli aracı ise neo-liberal piyasa dinamikleri ekseninde sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu yapılandırmanın temel adımları tüm ülkeler için oldukça benzer hatta aynı eylem planları üzerinden hayat bulmaktadır. Örneğin Kenya’da hayata geçirilen reform aynen ülkemizde olduğu gibi sağlığın finansmanının kurulacak sağlık sigortasından karşılanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun ademi merkeziyetleştirilmesi, hastanelerin özerk işletmeler haline getirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör payının artırılması ve sağlık hizmeti kullanımında katılım payı uygulanması şeklinde düzenlenmiştir (Lister, 2008: 85).

Buraya kadar ifade edilen sağlıkta dönüşüm konusu Türkiye’yi daha çok küresel anlayışta gerçekleşen kaçınılmaz değişimin yansımaları olarak görülmektedir. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte hemen hemen her dönem politikaların gelişiminde rol oynayan birçok neden bulunmaktadır. Bunların başında küresel ekonomik, sosyal ve siyasal zorlayıcılar gelmektedir. Küresel aktörlerin teknoloji ve finans yönetimini bu üç açıdan analitik şekilde değerlendirmeleri sonucunda alınan dersler bu yönde belirleyici olmuştur. Adeta bu politikaları gerek Çok Uluslu Şirketler (ÇUŞ) gerek uluslararası organizasyonlar ve gerekse Türkiye’ye IMF tarafından yapılan yardımların sınırlayıcı kavramları ile kaçınılmaz olarak hükümetlere düzenleme ve reform yapma gereksinimini düşündürmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana fikri; herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti oluşturmak'tır (SDP, 2012: 8). Bununla birlikte ekonomik gelişimde görülen yetersizlik ve istikrarsızlık, vatandaşların gelir dağılımındaki bozukluk, düşük istihdam düzeyi, kayıt dışı ekonomik yapı, planların yeterince sonuç alıcı şekilde uygulanamayışı, denetim eksikliği ve sağlık hizmeti sağlayıcıların aşırı para hırsı Türkiye'de görülen zorlayıcılardan bazılarıdır. Bir çeşit politika transferi olarak da adlandırabileceğimiz bu durum hükümetlere büyük sorumluluklar yüklemiş görünmektedir. Bu sebeple özellikle Ak Parti döneminde (2002 ve sonrası) hazırlanan ve 2003 Aralık ayında geçerli olmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) iyi analiz etmek ve uygulamalarını izlemek çok büyük öneme sahiptir.

Araştırmanın devamında sağlık hizmetlerinin gelişimi açısından odak noktası teşkil ettiği düşünülen bu programın hazırlık, planlama, uygulama ve sonuç alma boyutları düşüncesinde içeriği ortaya konacak ve konuyu ifade ederek çözümleyecek denenceler sınanacaktır.

5.4. Türkiye'de 2002 ve Sonrasındaki Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri ve Olumlu Etkileri

Sağlıkta Dönüşüm düşüncesinin çıkış noktası "Geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin oluşturmak"tır (SDP, 2012: 8). Sağlık Reformları Projesi'nin buna bağlı olarak sahip olduğu ana ilkeleri şunlardır; herkesin hakkaniyet ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasına yönelik olarak, Genel Sağlık Sigortası yoluyla, hizmeti sunanla finanse edeni birbirinden ayırmak ve dolayısıyla hizmetin verildiği kurumun değil hizmete ihtiyacı olanın destekleneceği bir sisteme geçmek, hastaneleri özerkleştirerek kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını sağlayan gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, yönetiminde merkezîyetçilikten arınmış sağlık işletmelerine dönüştürmek, dolayısıyla hizmette devlet kontrolünde rekabeti sağlamak, birinci basamak sağlık hizmetleri denilen, hasta ile hekimin ilk karşılaştığı sağlık hizmetlerinde, Aile Hekimliği modeline geçerek, hastalıkların tedavisi kadar kişilerin hasta olmadan korunmalarına ve sağlıkların geliştirmelerini sağlamak, Sağlık Bakanlığı'nı ülke genelinde sağlık politikaları belirleyen, hizmete yönelik standartlar

koyup izleyen, tedavi hizmetlerini değil koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya kavuşturmadır. Sağlık Reformları Projesi'nin alanları; Sağlık Finansmanı Kurumu kuruluşu, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı'nın yeniden yapılanmasıdır (Yücel 1990: 189).

Sağlıkta Dönüşüm Programının yapılmasını zorunlu kılan sebepler arasında sağlık hizmetlerinin sunumundaki maliyet artışları, vatandaşların beklentilerin artması, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması ve kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanmaya başlaması gibi hususlar görülmektedir (SDP, 2012: 55-56).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı açıkça belirtildiği şekliyle, sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik ve hakkaniyet sağlanmasıdır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri konusunda tespit edilen amaçların konulması ile uygun finansman sağlamak suretiyle sunumunu gerçekleştirecek yollar kullanılması programın hedefi olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkelerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (SB, 2003: 24-29);

- İnsan odaklılık: Sistemin planlaması ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade eder. Sağlığın aile ortamında olduğu gerçeğinden yola çıkarak, birey, aile sağlığı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin, ülke koşulları ve kaynaklarıyla uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini anlatmaktadır.
- Sürekli kalite iyileştirilmesi: Sunulan hizmetleri ve elde edilen sonuçları yeterli görmeyerek daha iyiyi aramak, sistemin hatalarını öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade eder.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı oluşturulmasıdır. Ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin

sistemin kapsamı içerisine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması hedeflenmektedir.

- **Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yöntemin gereği olarak, sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda bulunma arayışıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standart ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması ve birlik sağlanması amaçlanmaktadır.
- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sisteme hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları gerekmektedir.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Ademi Merkeziyetçilik:** Kurumlar merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılarak değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak, yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabileceklerdir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmeti sunumunu tekel olmaktan çıkarıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel unsurları, sağlıkta dönüşümü gerçekleştirmek maksadıyla kullanılan ve bu programda “bileşen” olarak isimlendirilen sekiz konudan oluşmaktadır. Bunlar,

- Planlama ve denetleme gücü yüksek bir Sağlık Bakanlığı,

- Genel Sağlık sigortası ve her vatandaşın bundan yararlanabilmesi,
- Yaygın, kolay ulaşılabilen ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
- Bilgi ve beceri ile donatılmış ve yüksek motivasyonlu çalışan insan gücü
- Sistemi sürekli kılacak eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve
- Sağlık bilgi sistem alt yapısı'dır.

Yukarıdaki bileşenlerin hızlı bir şekilde tenkit edilmeye ve tartışılmaya fırsat verilmeden uygulamaya geçirilmesi için çaba gösterilmesi, bu reform denemesinin en önde gelen özelliğidir. Bu durum birçok yasanın yargıya taşınmasına sonuçta yürütmesinin durdurulmasına ya da iptaline sebep olmuştur. Bu hızlı uygulamaya rağmen özellikle TTB tarafından birçok uygulama eleştirilmiştir. Bu duruma bir örnek, 2003 yılında SSK hastanelerinin tüm vatandaşlara açılması ve SSK'lıların da tüm kamu hastanelerinden yararlanabilmesine ilişkin protokoldür. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve Maliye Bakanlığı arasında imzalanan protokol sonucunda Türk Tabipler Birliği (TTB) bu durumun SSK'yı hizmet üreten değil, hizmet satın alan bir kuruma dönüştüreceği ve bunun SSK'yı en az üç kat fazla olacağına dair eleştiride bulunmuştur. Yine SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin 2005 yılında TBMM tarafından onaylanmasının ardından Sendika Konfederasyonları (Türk-İş, Hak-İş, KESK) ve TTB desteğinde eylemler düzenlenerek bu durum protesto edilmiştir. Hükümet ise eylemcileri "statükonun savunucuları" olarak görmüştür (Ağartan, 2005: 11). Bazı illerde bulunan sağlık personeline ait bilgiler Tablo 10'da verilmiştir.

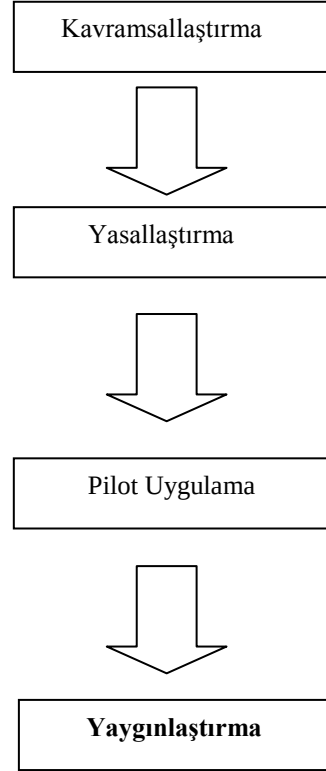
Tablo 10. Bazı Seçilmiş İllerde Görevli Sağlık Personeli

İl	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe	Diğer Sağlık Personeli
Adana	1.944	1.109	510	3.563	600	719	3.440	1.363	3.373
Ağrı	217	252	0	469	57	86	668	265	529
Ankara	8.722	2.284	4.256	15.262	2.267	2.467	12.831	3.065	11.449
Ardahan	66	73	0	139	12	19	185	110	130
Bursa	2.372	1.303	472	4.147	701	917	4.803	1.883	3.784
Hakkâri	103	132	0	235	33	24	304	86	264
İğdır	91	109	0	200	27	32	278	133	209
İstanbul	15.608	5.621	5.358	26.587	5.725	5.228	20.798	5.729	15.475
İzmir	5.061	2.139	1.868	9.068	1.593	1.855	8.394	2.647	6.226
Van	613	550	187	1.350	81	150	1.532	483	1.202

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2013: 149-150

Bu bilgilerden sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Aşamalarını vermek, programın açıklanmasından önce faydalı olacaktır. Bu aşamalar (SB, 2003: 37).

Çizim 5. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Aşamaları



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm, S. 37-39.

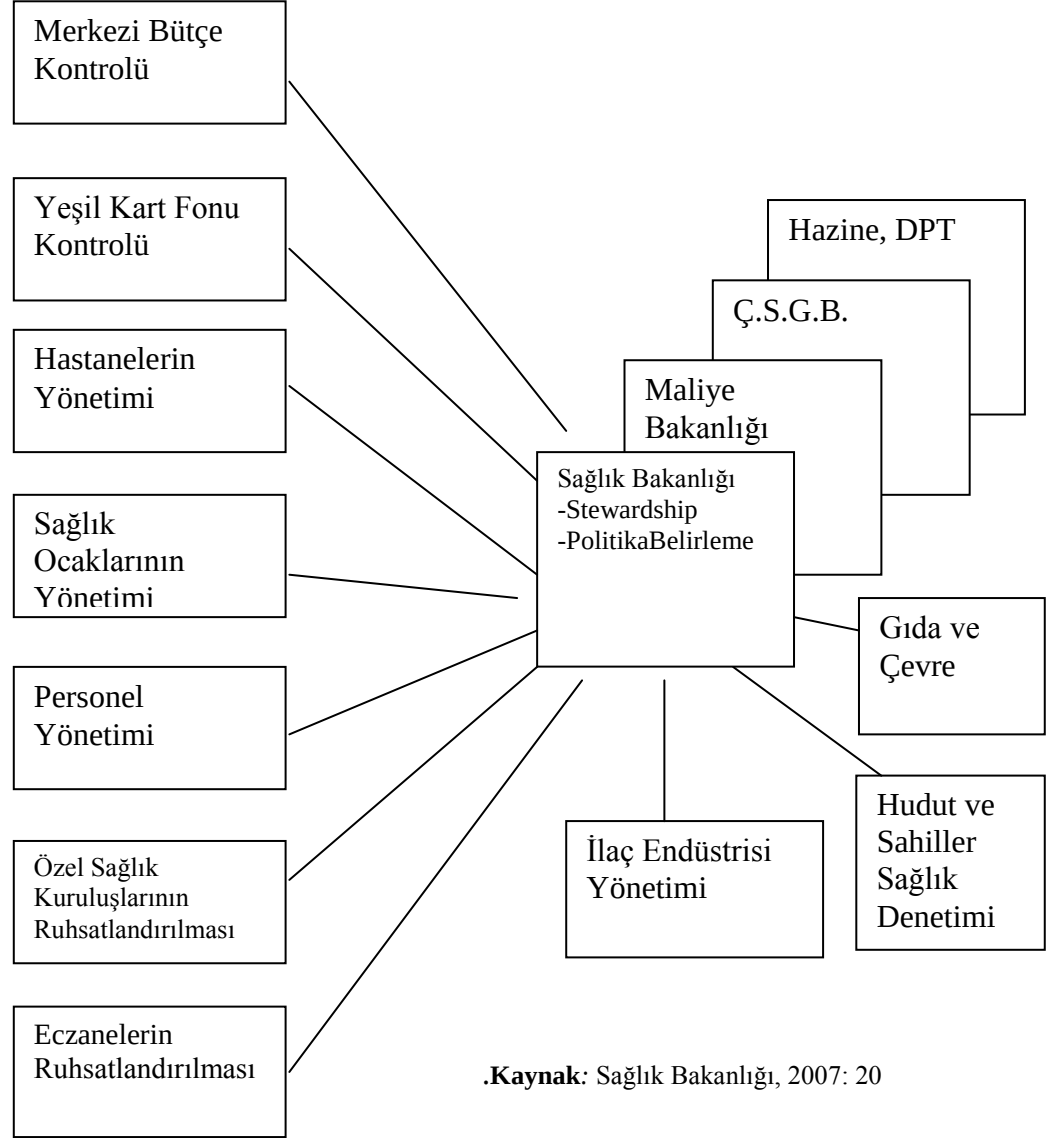
Sağlık Bakanlığı'nı politika geliştirmeye zorlayan sebeplerin arasında SDP'nin değerlendirilmesi, sağlık göstergelerindeki iyileşmeler, vatandaşları finansal risklerden koruma arzusu, vatandaşın verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği sayılmaktadır. Bunların bakanlıkça oluşturulan karar destek aşamalarıyla gerek yerel ve gerekse bölgesel ve merkezi birimlerce ele alınıp, her birimin kendi özellikleri ve beklentileri gereğince politika oluşturulması sağlanmaktadır.

5.4.1. Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma

Yeniden yapılanmada üzerinde durulan en önemli konu, Sağlık Bakanlığının temel halk sağlığındaki işlevleri sürdürerek uygulamalara devam edilmesi olurken

diğer yandan kurumsal yapının hizmet sunucu durumundan politika yapıcı ve sunulan hizmetin düzenleyici bir süreç takip etmesini destekliyor oluşudur. Konunun bileşenleri şekilde de gösterilmiş ve başlıklar halinde aşağıda çıkarılmıştır.

Çizim 6. Sağlık Bakanlığı'nın Görev Alanları



1983 yılında yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname gereğince Sağlık Bakanlığı'nın görevleri sırasıyla şunlardır;

- Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içerisinde sürdürmesini sağlamak ve toplum sağlığını korumak ve bu

maksatla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
- İlaç, aşı serum vb. üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek ve gerekirse ithalini sağlamak,
- Bulaşıcı, salgın hastalıklara karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- Mahalli idarelerle ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personeli yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletler arası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde bulunmaktır (KHK, 1983)

Sağlık Bakanlığı'nın tüm bu sayılan görevleri yerine getirebilmek için birçok bakanlık ve kurumla işbirliği içinde olduğu görülmektedir. SDP doğrultusunda

yerine getirilecek yapısal düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanırken birçok işlev ve sorumluluk alanını da teker teker silmek niyetindedir (SB, 2007: 20).

Bunları yerine getirebilmek için bakanlıkça şu yöntemler ve yollar izlenmektedir;

- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği gibi bir uygulama alanı ile tüm kamu hastanelerini özerkleştirmek suretiyle yerelleştirecek dolayısıyla bu hastanelerin hem finansmanını sağlama, sağlık personelinin temin etme ve maaşlarını ödeme, yatırım harcamalarını yapma gibi merkezi bütçe ile ilgili görevlerinin büyük bir bölümünden hem de hastanelerin yönetiminden tamamen kurtulacaktır. Bu uygulamayla Sağlık Bakanlığı'ndan başka sağlık hizmetlerinin finansmanını gerçekleştiren diğer kurumlar arasında, Maliye Bakanlığı (MB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), özel sigorta şirketleri, kendi kendini finanse eden kurumlar ve uluslararası oluşumlar sayılabilir. Sağlık hizmetleri sunumunda yer alan kurumlar ise, Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı (MSB), özel hastaneler, vakıf hastaneleri, özel çalışan pratisyen/uzman hekimler, ayakta tedavi klinikleri, laboratuvarlar ve tanı merkezleri, eczaneler, tıbbi cihaz ve malzeme satıcıları yer almaktadır.
- Yeşil Kart Fonu, SGK'nın kapasitesi hazır olduğunda devredilecektir.
- Aile Hekimliği Sistemi'ne (AHS) tüm illerde geçildiğinde sağlık ocağı yapılanması ortadan kalkacağından bunların idaresi de bir görev olmaktan çıkarılacaktır.
- Sağlık Müdürlükleri ile imzalanan sözleşmelerle çalışan AHS'nin tüm yurttan tam olarak çalışmaya başlaması ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi sonucunda, Sağlık Bakanlığı sayıları 300.000'e yaklaşan sağlık personelinin yönetiminden tamamen kurtulacak, kendini bakanlık merkez teşkilatı ile sınırlayacaktır. Ayrıca özerk

kamu hastanelerindeki personelin tüm sorumluluğu hastanelerin yönetim kurullarında olacaktır.

- Özel sağlık kuruluşlarının ve eczanelerin ruhsatlandırılması gerekli kapasite sağlandıktan sonra yetki ve sorumluluk devri ile iller düzeyine kaydırılacaktır.
- Ulusal Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu kurularak ilaç endüstrisinin yönetimi ve denetimi Sağlık Bakanlığı'nın görevi olmaktan tamamen çıkmış olacaktır.
- Hudut ve sahillerin sağlık denetimi ile ilgili görevi son yasal düzenlemelerle zaten azaltılmış ve yalnızca sahillerin denetimi Sağlık Bakanlığı'na bırakılmış fakat bu görev de bakanlıktan olabildiğince bağımsız yürütülmeye çalışılmaktadır.
- Gıda ve çevrenin denetimi ile ilgili görevler zaten ilgili bakanlıklar ve yerel yönetimlere aktarılmış bulunmaktadır.

Buraya kadar anlatılanlar bakanlığın üzerinde bulunan görev, yetki ve sorumlulukların daha yerel makamlarca yerine getirilecek durumda olmalarını işaret etmektedir. Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı'na 1983 yılından beri yürütülmekte olan birçok hizmet, yerini diğer kurum ve kuruluşlara devredilerek yeni bir yapılanmaya ortam hazırlanmıştır. Bu ortamda bakanlığın hakem görevi açıkça oluşturulmuştur.

5.4.1.1. Planlama ve Denetleme İşlevinin Artırılması

Bu başlıkta yönetimin artırılabilmesine yönelik bakanlık merkez teşkilatının yürüttüğü görev, yetki ve sorumlulukların eskiye göre azaltılması ve hizmetin sunumunda yerel yönetimlerin yetkilerinin artırılması öngörülmektedir. Bakanlığın merkezi olarak yürüttüğü işlevleri yerel yönetimlere devretmesiyle birlikte yeni bir yapıya kavuşması ve sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, danışma hizmetleri, izleme ve değerlendirme, öncelikleri belirleme, düzenleme ve denetleme, sektörel politika üretme rollerinin ortaya çıkması ve bu roller üzerinde daha fazla işlevsel olması düşünülmektedir. Buna göre Sağlık Bakanlığı (SB, 2007: 20):

- Ulusun sağlığı ve bir bütün olarak sağlık hizmet sunucu sistemi konularında bilgi toplamak, incelemek ve yayınlamak,
- Klinik veya klinik olmayan yöntemlerle sağlığı geliştirmek için maliyet etkililiği olan müdahaleleri belirlemek ve teşvik etmek,
- Her türlü sağlık hizmetinin sunumu ve her tip ürünün güvenliği ve etkililiği için standartlar tanımlamak ve bunları yürütmek (bu görev hizmet sunucuların, sağlık çalışanlarının ve onların eğitimlerinin uygulanmasını içermektedir),
- Sağlık hizmet sunumundaki yönetişimi gözetmek ve alt birimlerin ciddi yanlışları olduğu durumlarda kendi yetkilerini kullanmak,
- Sektördeki kaynak kullanımını incelemek,
- Sağlıkta insan kaynakları gelişimi için planlar oluşturmak ve kamu yararına sağlık insan gücünü iş piyasasını yönetmek,
- Ulusal politikaları düzenlemek ve bunların etkin olarak uygulanması amacıyla destek vermek,
- Daha az stratejik ancak yine de uygun hizmet sunucu sistemini destekleyen merkezi hizmet görevleri olan, seçilmiş girdilerin satın alınması ve fiziki alt yapı gelişiminin model planlarını yapma görevlerini yürütmek görevlerini yerine getirecek ve sağlık hususunda yeniden görevlerinin tanımlanmasını uygulamaya başlayacaktır.

5.4.1.2. Kalite Güvenliğinin Sağlık Tesislerine Uygulanması

Dedhia, “kalite, müşterilerinin beklentilerini ve isteklerini sürekli karşılayacak ürün veya hizmet üretmektir” şeklinde bir tanımlama yapmıştır. Bu tanımlamanın temelinde müşteri vardır, müşteriler işletmelere değil işletmelerin varlığı müşterilere bağlıdır (Dedhia, 2001: 658).

Sağlık sektöründe sunulan hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı en az kullanılan ilaç, sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçları kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli bir standarda uygun olması tek başına yeterli değildir. Hizmet sunumu sonunda elde edilen çıktıların değerlendirildiği bir mekanizmanın oluşturulması gerekmektedir. Bu alandaki düzenleme ve faaliyetler halen Sağlık Bakanlığı

bünyesinde Temel Sağlık Hizmetleri ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüklerine bağlı birimlerce sürdürülmektedir. Ayrıca bu konuyla ilgili olarak da hastanelerde ISO 9001 kalite belgesi almaya yönelik çalışmalara da hız kazandırılmıştır. Proje kapsamında sağlıkta kalite çalışmalarını tek elden yürütülmesini gözetecek ruhsatlandırma, sertifikasyon, akreditasyon, eğitim ve rehberlik hizmetlerini üstlenecek özerk bir kurumun da kurulması planlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunun son yıllarda sıklıkla gündeme gelmesinin belirli sebepleri bulunmaktadır. Bunlar içinde öncelik arz eden üç nedenden söz edilebilir. İlki, sağlık hizmetlerinin bütün dünyada ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeniyle bu konuda etkileyici rol oynamaktadır. İkincisi, hizmet alıcıların ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda taleplerinin bulunmasıdır. Son olarak da hastane yönetimlerinin inisiyatifleri neticesinde artan bir ilginin gündeme gelmesidir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına olan ilgisini artırmıştır. Başlangıçta birçok hükümet maliyetleri üstlenirken bugün organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede kalite iyileştirme konularında görev üstlenmektedir (Mutlu, 2009: 17).

Sağlık açısından değerlendirildiğinde kalite; hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması şeklinde tanımlanabilir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde de kalite konusu önem kazanmıştır. Kalite konusunun be kadar önemli hale gelmesinde birkaç çıkış noktası bulunmaktadır. Bu nedenler arasında hizmet alıcıların ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda taleplerinin oluşması, hastane yönetimlerinin önceliklerinin arasına girmesi ve bütün dünyada ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeniyle devlet bu konuda belirleyici rol oynamaktadır (Bekçi ve Toraman, 2011: 41).

Sağlık hizmetlerinde kalite durağan bir kavram değil, hizmetlerde en iyi sonucu alabilmek yolunda sürekli çaba göstermeyi, sağlık politikalarını da bu amaca yönelik olarak geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir (Çilingiroğlu, 1995: 167).

Çatalca, sağlık hizmetlerinin sunumu açısından kalitenin boyutlarını altı başlıkta açıklamaktadır. Bunlar (Çatalca, 2003: 21);

- Ulaşılabilirlik: hastaların ihtiyaç duydukları bakım hizmetini alabilmeleri, toplumun bütün kesimlerinin bu bakım hizmetlerinden yararlanabilmesi, bu hizmetleri almak için harcanan zaman, ihtiyaç duyulduğu anda gecikmeden hizmetten faydalanılabilmesi sunulan hizmetin ulaşılabilirlik kalitesini göstermektedir.
- Güvenlik: genel olarak sağlık hizmetinin sunulduğu binanın tehlike anındaki durumu, güvenlik unsurunun kalitesi hakkında fikir vermektedir. Bu açıdan sağlık hizmetinin sunumunun yapıldığı bina içerisinde hem iç hem de dış tehlikelere karşı tasarlanması ve hastaların, personelin ve ziyaretçilerin tehlike durumunda nasıl davranmalarına ilişkin bilgilendirilmesini içermektedir.
- Teknik Kalite: sunulan hizmetlerin değerlendirilmesine yönelik olan bu kavram, sağlık hizmetlerinin verilmesi esnasındaki sürecin iyileştirilmesi için gerekli önlemleri almak açısından önemlidir. Bu bakımdan sunumun ne kadar iyi olduğu, hastanın bu süreç içerisinde herhangi bir zarar görüp görmediği gibi durumların değerlendirilmesi bir sonraki seferde verilecek olan hizmette kalitenin artırılması sağlanabilecektir.
- Tıbbi Etkinlik: teknik kalite gibi sağlık hizmetinin sunumu sonrasındaki hizmetin kalitesinin hasta açısından değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Burada hastaya sunulan tedavi hizmetinin işe yarayıp yaramadığı, eğer hasta verilen tedaviden fayda görmemişse en azından hastalığın ilerleme durumunun önlenibilip önlenemediği, hastanın şikâyetlerinin azalıp azalmaması ve hastanın tedavi öncesi ve sonrası psikolojik durumunun değerlendirilmesi gibi konuları sağlamaktadır.
- Hasta Tatmini: hasta tatmini, yukarıda açıklanan beş kalite boyutunun bir özetinin hasta tarafından genel bir değerlendirilmesini göstermesi

açısından önemlidir. Hastanın tedavi sürecinden memnun kalıp kalmaması ve bunu takiben ilgili sağlık kurumundan tekrar hizmet alıp almamasına ilişkin kararlarını kapsamaktadır. Ayrıca sunulan hizmetin hasta tarafından değerlendirilmesi sonucu, hastanın çevresine hizmet aldığı sağlık kuruluşunu tavsiye edip etmeyeceği hususu da tatmin boyutunun başka bir sonucunu göstermiş olacaktır.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, yayımlamış olduğu Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda Sağlıkta Kalite isimli kılavuzda, saplıkta kalite standartlarını; sağlık hizmetinin her aşamasında kaliteyi değerlendiren ve bu anlamda kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için sağlık çalışanlarına rehberlik görevi yapmayı da amaçlayan bir araç olup beş ana hedefe yoğunlaştığını belirtmiştir. Bunlar (SB: 2014);

- Kalite Yönetim Sisteminin kurulması,
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması,
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması,
- Etkinlik ve etkililiğin sağlanması,
- Ölçüm kültürünün yerleşmesidir.

Toplumun tamamının sağlık konusunda belirli bir kalite düzeyine ulaşmasında atılan adımlar oldukça önemlidir. Vatandaşların gelir düzeyi, coğrafya, meslek, yaş, sosyal güvence, cinsiyet vb. durumların etkisinde kalmadan bu kalite anlayışından faydalanması bakanlığın en öncelikli projesi olmuştur. Bunun devam ettirilmesi ve aranması herkes tarafından yapılması gerekli bir davranıştır. Devletin sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya ilişkin farklı dönemlerde faaliyetleri göze çarpmaktadır. Yukarıda bahsedilen konularda sağlanan devlet güvencesiyle kimseye eksik bir sağlık hizmeti düşmemesine gayret edilmektedir. Bu da bizlere insan odaklı hizmetlerin hayata geçirildiğini ve takip edildiğini göstermektedir.

5.4.1.3. Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Yapılandırılması

2 Kasım 2011 tarihli ve Birinci Mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın yapılanmasına ve sağlık sistemine ilişkin köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı

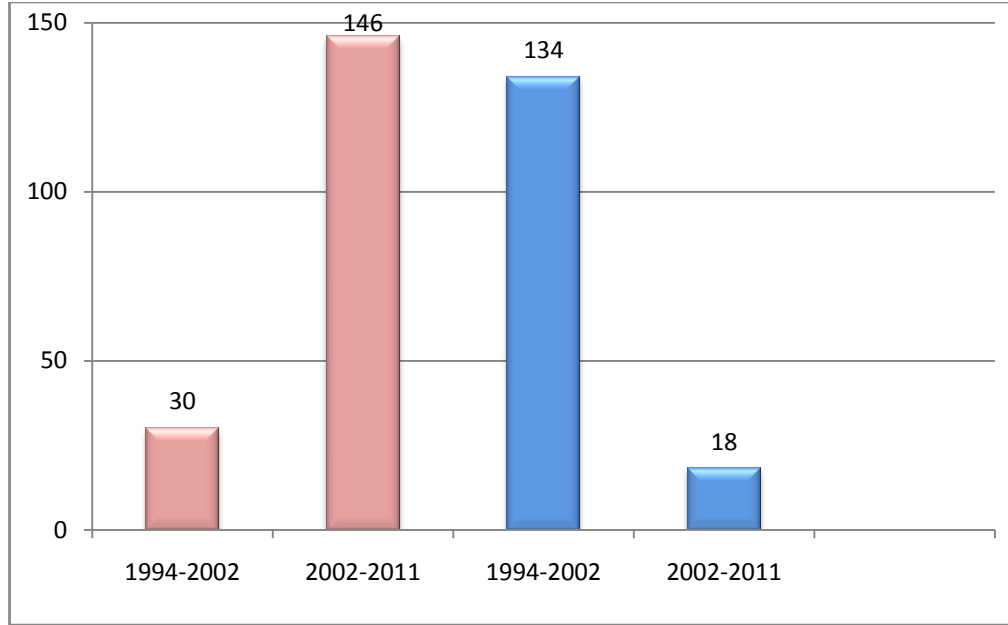
olarak özel bütçeli Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Genel olarak kurumun yeni tanımlanan görevleri şunlardır (SB, 2014);

- Görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanılmalarıyla ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.
- Sağlık beyanıyla satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını inceleyerek bu beyanlara izin vermek, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak, piyasaya arz edilen ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usul ve esaslarını belirlemek ve uygulamasını denetlemek.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlere ilişkin klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek.
- Türk farmakopesini hazırlamak.
- Hayati önemi haiz ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin piyasada sürekli bulunabilmesi için gerekli tedbirleri almak.
- Tıbbi cihazlar için onaylanmış kuruluşları belirlemek, lisans, ruhsat veya izin vermek, denetim yapmak ve gerektiğinde yaptırım uygulamak.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerle ilgili uyarı sistemlerini kurmak veya kurdurmak, işletmek veya işlettirmek.

- Kurum personelinin uluslararası karşılıklı tanınma ve akreditasyonunu sağlamak.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak, gerektiğinde toplatmak, imha etmek veya ettirmek, piyasadaki ürünler için güvenlik bildirim yöntemlerini belirlemek, gerekli bildirimleri yapmak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.
- İlaç fiyatlarının belirlenmesi için farmako-ekonomik değerlendirme ve çalışmalar yapmak.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbi cihaz ve ürünleri üretenler, satanlar ve faydalananlar arasında doğabilecek ihtilafların çözümüne yönelik usülleri belirlemek.
- Görev alanı ile ilgili faaliyetleri izlemek, değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, politika üretilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için Bakanlığa teklifte bulunmak.
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu kurumları ve üniversiteler ile özel kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışmalar yürütmek.
- Kurum personelinin atama, nakil, özlük hakları, ücret, emeklilik ve benzer işlemlerini yürütmek.
- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idari ve mali hizmetleri yürütmek.

Kamu'nun ödediği ilaç tüketimi ve harcamaları ile ilgili değişim Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Kamu'nun Ödediği İlaç Tüketim ve Harcamalardaki Değişim (%)



Kaynak: SDP, 2013: 226

5.4.1.4. Ar-Ge Çalışmalarının Sağlık Sektörüne Uygulanması

Sağlık Araştırmaları ve Genel Müdürlüğü, 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuştur. Söz konusu KHK ile Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nce yürütülecek görev ve faaliyetlerin genel çerçevesi 12. Maddede belirtilmiştir. Bu görevler şunlardır (KHK, 2011);

- Sağlık politikalarının belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç duyulan alanlarda araştırmalar yapmak veya yaptırmak,
- Araştırma sonuçlarının ulusal veya uluslararası düzeyde yayımlanmasını sağlamak,

- Yurt içinde veya yurt dışında üretilen sağlık istatistiklerinin derlenmesi, veri kalitesinin değerlendirilmesi, yayımlanması, ulusal ve uluslararası kurumlarla paylaşılması, uluslararası kurumlar tarafından ülkemiz ile ilgili yayımlanan istatistiklerin izlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak, sağlık istatistikleri ile ilgili konularda koordinasyonu sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin mesleki eğitimi ve gelişimi için eğitim materyallerini hazırlamak, eğitim vermek, seminer, sempozyum, konferans, araştırma ve benzeri etkinlikler düzenlemek,
- Uluslararası kurum ve kuruluşların sağlık alanındaki gelişmelerle ilgili yayınlarını takip etmek, gerekli görülenleri tercüme ettirerek yayınlamak,
- Koruyucu, rehabilite edici hizmetler, teşhis ve tedavi metotlarının etkililiği, verimliliği, klinik, etik, sosyal, hukuki, organizasyonel ve ekonomik etkileri konularında değerlendirmeler yapmak veya yaptırmak, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve klinik rehberler geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması faaliyetlerini yürütmek,
- Bakan tarafından verilebilecek benzer görevleri yapmaktır.

Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerinin kurum bünyesinde oluşturulan görev tanımı kapsamında etkili sağlık hizmet sunumunun gerek denetim ve gerekse iyileştirme/geliştirme yönünde sağlayacağı fayda toplumsal anlamda ülkemiz insanının sağlık beklentilerinin karşılanmasında bir dönüşüme yol açacağı görülmektedir. Bu kapsamda ele alınacak faaliyetlerin yaygınlaştırılması ve bunun geçerliliği hukuki düzenlemelerle de güçlendirilmiş olmaktadır. Türkiye'nin ihtiyacı olan temel sağlık politikalarının sürekli gelişim içerisinde seyrini doğrudan etkileyecek bu oluşum devletin de politikalarına olumlu yön çizecektir.

Bilgi çağının yaşandığı bu günlerde Türkiye, her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de bilimi, araştırmayı ve teknoloji yaratmayı ve geliştirmeyi ülkenin geleceği olarak görmek ve gereken önemi vermek zorundadır. Sağlık Bakanlığının sağlık alanında yapılan Ar-Ge çalışmalarında etkin bir yer alabilmesi ve özel

kesimin de bu konuda teşvik edilebilmesi maksadıyla Ar-Ge faaliyetlerinin yeniden yapılandırılması, “Risk Sermayesi Mevzuatı” geliştirilerek ileri teknoloji alanlarında yapılacak olan araştırmaların ve bunlardan üretime transferi uygun görülenlerin risklerinin paylaşılması konusunda desteklenmesi sağlanmalıdır. Böylelikle yüksek teknolojinin yatırımlarının ve sanayi-üniversite bilgi paylaşımı ile gerçekleştirilecek projelerin desteklenmesi risk sermayesi kavramının oluşturulması açısından son derece önemlidir. Bu konuda yönetsel, yasal ve insan gücünün yetiştirilmesi maksadı için gerekli tüm çalışmalar yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 32).

5.4.1.5. Tam Gün Yasası

21 Ocak 201 tarihinde yürürlüğe giren ve sonrasında 16.7.2010 tarihinde Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddelerinin yürürlüğünün durdurulduğu 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, sağlık görevlilerinin mesai sonrasında da günlük gereksinimi olan hastaların tedavi ve muayenelerinin, bilimsel çalışmaların ve hizmetlerin devamını öngören bir içeriğe sahiptir.

Kanun esasen, sayıca yetersiz olan sağlık personelinin üzerindeki iş yükünü daha dengeli hale getirmeyi, hekim ve hasta arasında bulunan doğrudan para ilişkisini ortadan kaldırmayı, hekim ile vatandaşlar arasındaki güven ilişkisini güçlendirmeyi ve hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmayı hedefleyen bir anlayış çerçevesindedir. Halen çeşitli çevrelerle eleştirilmeye devam eden “tam gün çalışma” konusu, bakanlıkça ortaya konulan hem hekim azlığını ortadan kaldıracak hem de çalıştığı performans ölçüsünde gelir elde edecek sağlık görevlilerinin, yaygınlaşmasına sıcak bakmadığı bir uygulama olarak vatandaşın ve sağlık kesiminin ilgi odağında takip edilmektedir.

5.4.2.Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kapsamında Dönüşüm

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile meydana getirilmiştir. Bununla birlikte bu kanunda tek bir emeklilik sistemi, tek bir sağlık sistemi, tek bir sosyal yardım sistemi ve bu yapıyı tamamlayan tek bir kurumsal yapıyı kapsayan dört temel unsurdan meydana gelen kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu oluşturulmuştur. 5510 sayılı kanunun

gerekçeli anlatımında bahsedilen reformun temel amacı “orta ve uzun dönemde adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin bir koruma sağlayan ve mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşabilmektir.

Tüm vatandaşlar GSS kapsamında, hatta Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancılar, vatansız ve sığınmacılar, 18 yaşın altındaki gençler ve çocuklar da hiçbir şarta bağlı olmadan sistemden faydalanmaktadırlar. Bu kapsamın dışında kalanlar ise vatani görevini yapan erbaş ve erler, tutuklu ve yükümlüler, yabancı ülkenin sigortalısı olanlardır. GSS’de yenilik olarak, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri getirilmiştir. Bu hizmetler ücretsiz hale getirilmiştir. Ağız ve diş muayenesi, laboratuvar tetkik ve tahlilleri, yurt dışındaki tetkik ve tedavi eklenen tedavi hizmetleridir. GSS’nin göze çarpan en temel özelliği, basamaklandırılmış sağlık sevk sistemini öngörmüş olmasıdır.

GSS’de devletçe belirlenen bir hizmeti üstlenmeden gelir sağlamak maksadıyla toplanan vergiler yerine taahhüt edilen, hizmete karşı parafiskal (vergi, harç vb. şeklindeki bütçeleme haricinde devletin kasasına girmeyen gelir) bir gelir olan prim sistemi benimsenmiştir. Toplanan primlerle, hastalık riskinin yarattığı mali külfet topluma dağıtılarak sosyal güvenliğin asıl amaçlarından biri olan yerinden gelir dağılımı yaygın bir biçimde benimsenmek istenmiştir (Özkan, 2001: 58).

Kanunun genel gerekçesinde Genel Sağlık Sigortası; “Kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir biçimde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır”. Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, emeklilik koşulları, aylık bağlanması, itibari hizmet vb. hususlarda olduğu gibi, sağlık hakları konusunda da önemli değişiklikler getirmiştir. SSGSSK ile “Genel Sağlık Sigortası Sistemi” meydana getirilmesi hedeflendiğinden, Emekli Sandığı iştirakçisi, Sosyal Sigortalar Kurumu sigortalısı ve Bağ-Kur üyesi terimleri kaldırılarak, “Genel Sağlık Sigortalısı” tanımlaması getirilmiştir.

Kanunun temel amaçları şu şekilde sıralanabilir (5510 Sayılı Kanun Madde 60);

- Tüm ülke vatandaşlarını kapsaması,

- Sağlık sigortasının kişinin kendi şahsi tercihine bırakılmayarak zorunlu kılınması,
- Sağlık hizmetlerinin eşit, adaletli ve erişilebilir olması,
- Sistemde olanların primlerinin belli bir oranda ödenmesi zorunluluğunun bulunması,
- Hastaların bu prime ilave olarak ayrıca katkı payı ödemesi,
- Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki primlerin belirlenen sağlık hizmetlerinin karşılığını teşkil etmesi, bunun dışındaki istekler için ilave bedel ödenmesi,
- Etkili işleyen bir sevk sisteminin kurulması ve sürdürülmesi.

5.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Değişim ve Uygulamaları

Sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet birincil aktör olma konumunu korusa da genel olarak sağlık hizmet sunumunda özellikle de hastane hizmet sunumunda merkezi yönetimin ağırlığının giderek azaldığını, yerel yönetimlerin bu alanda rollerinin yeniden tanımlandığını söylemek mümkündür. Her ne kadar sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimle ilgili ülke deneyimlerinde ülkesel ve bölgesel özelliklerin yanı sıra, küresel eğilim ve değişimlerin çoğu zaman yerel karakteristiklerin ve niteliklerin önüne geçebildiği vurgulanmaktadır (Balcı, 2007: 91-92).

Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi konusunda dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak, çeşitli kuruluşların hazırladıkları raporlarda sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunulması ve özellikle hastanelerin yönetsel ve mali açıdan özerk hale getirilmesi konusu gündemden düşmemiştir (Ateş, 2012: 50).

Günümüzde devletin sağlık hizmetlerinde oynadığı rol değişmeye başlamıştır. Devletin sağlık hizmetlerinde oynadığı geleneksel rol, sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı üzerine odaklanmaktadır. Geleneksel modelde devlet, sağlık hizmetlerini tek elden yöneterek ya da hizmeti doğrudan üreterek görevini yerine getirmektedir. Devletin rolü ve kamu yönetimindeki anlayış değişimine paralel olarak, sağlık hizmetlerinde devletin rolü değişmekte, genel ilkeleri belirleme ağırlık kazanırken, koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmeye devam edilirken, tedavi ve

rehabilitasyon hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 7-8).

Sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim uygulamaları, sağlık kesimi reformunun ana konusu olup hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsisini, toplumun niceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak maksadıyla etkili bir araç olarak kabul edilmiştir (Saltman ve Figueras, 1998: 43).

5.4.3.1. Aile Hekimliğinin Oluşturulması

Sağlık sisteminin birinci basamağını oluşturacak “Aile Hekimliği ‘ne hazırlık kapsamında 2004 yılında 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu şekliyle ilk uygulama 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce’de gerçekleştirilmiştir. Bu kanunun amacı, bakanlığın pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasıdır. Yasa ayrıca, görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenleme amacını da taşımaktadır.

İlgili kanunda aile hekimi şu şekilde tanımlanmıştır, “Aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün yasasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir” (5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 2004).

Aile hekimi, kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgili olan, kişilerin kendi seçtikleri hekimidir. Aile hekimi ile kişi arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda

sürdürülmesi esastır. Aile hekimi, kişinin sağlığını emanet ettiği, her türlü sağlık sorununda danışmanlık aldığı, sağlığının korunması ve sorununun giderilmesi için ilk başvurduğu hekimdir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 26).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda reformun ikinci önemli ayağı sağlık işletmeleridir. Sağlık işletmeleri; gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, verimlilik ve etkinlik ilkelerine göre yönetilen, personelinin sözleşmeli olarak istihdam eden, fiyatlarını pazarlıkla belirleyip hizmet ve kalite yarışına giren, idari ve mali açıdan özerk kamu tüzel kişiliğine sahip işletmeler olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, kamu hastaneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ölçütleri karşılamak kaydıyla özerk işletmeler haline dönüştürülecek ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hem özel sektör hem de diğer kamu hastaneleri ile rekabet ederek hizmet verecektir (Tatar, 2009: 167).

Aile hekimi kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal hem de sosyal yönleriyle ilgili olan kişilerin kendi seçtikleri hekimdir. İletişim insanlar için çok önemli bir konudur. Bundan da önemlisi insanlar tedavi gördükleri hekimleri ile ne kadar iyi bir iletişim kurarlarsa, iyileşme süreçleri de o derece hızlı ve güvenli olacaktır. Hasta kişiler hekimlerine güvenerek iletişim kurarlarsa aynı zamanda tüm sorunlarını da açıkça dile getireceklerinden daha faydalı bir ortam doğacaktır (Önder, 2013: 116).

Sağlık sisteminin birinci basamağını oluşturacak “Aile Hekimliği”ne hazırlık kapsamında, Aralık 2004’te 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot uygulaması Hakkında kanun yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun amacı, bakanlığın pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasıdır. Kanun ayrıca, görevlendirilecek veya hizmet alınacak (çalıştırılacak) sağlık personelinin statü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenleme maksadını da belirtmektedir.

Bunlara ilave olarak Sağlık Bakanlığı’nca aile hekimliği hizmetleri, sözleşmeli veya bakanlık görevlendirmesiyle çalışan aile hekimliği uzmanı, hemşire,

ebe ve sağlık memurlarından oluşan “aile sağlığı elemanları” marifetiyle yerine getirilecektir. Öngörülen şekliyle her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı en az 1.000, en çok ise 4.000’dir.

5.4.3.2. Sağlık Bakanlığı ve SSK Hastanelerinin Birleştirilmesi

Türkiye’de hastanelerle ilgili planlama, denetim, eşgüdüm, izin ve ruhsatlandırma gibi operasyonlar 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin ilgili maddelerine göre Sağlık Bakanlığı’nca yerine getirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın yürütmekte olduğu sağlık hizmetlerini 2005 yılına kadar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı, Milli Savunma Bakanlığı (MSB), Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Türkiye Devlet Demir Yolları (TCDD) ve Posta Telgraf Telefon (PTT) İşletmeleri Genel Müdürlüğü gibi kamu kurum ve kuruluşları da sürdürmekteydi. Bu kamu kurum ve kuruluşlarının her biri kendi mevzuat ve işleyişine uygun olarak hareket ettiğinden ve kurumsal yapılanmalarının birbirlerinden farklı olmalarından kaynaklanan olumsuz etkenler sebebiyle hizmetlerin tek elden planlanması mümkün olamamıştır. Bu sebeple bu kamu kurum ve kuruluşları arasında zamanında ve etkili, koordineli olmak çok zorlaşmakta ve hizmetlerin yerine ulaştırılması güçleşmektedir. Bu durum sonuç olarak, sağlığa ayrılan kaynakların rasyonel kullanılmamasına neden olmakta ve meydana gelen atıl kapasite kaynakların israf olmasına yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu kaynak israflarını ortadan kaldırmak, hizmette etkin ve verimli yolları kullanmak maksadıyla hizmetlerin tek elden yürütülmesi gerekmektedir. Bunun sonucu olarak, sorunların ortadan kaldırılabilmesi için, Milli savunma Bakanlığı ve Kamu Üniversitelerine Bağlı Sağlık Kuruluşları hariç, “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair 5283 Sayılı Kanun”, 19 Ocak 2005 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve 20 Şubat 2005 tarihinden itibaren kamuya ait tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. Bu

şekilde yapılmış olan düzenleme ile tek elden etkili ve verimli sağlık hizmetleri vatandaşa ulaştırılmaya başlanmıştır.

5.4.3.3. Sevk Zincirinin Etkinliğinin Artırılması

Sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta kişi ve/veya yakınlarının, bu konulardaki istemlerini sağlık sistemi yönetimince daha önceden belirlenmiş “Hasta Sevk Sistemi”ne uygun olarak dile getirmeleri ve ilgili sağlık kuruluşuna başvurmaları özlenen ve beklenen ideal bir durumdur. Örgütlü ve planlı çalışan toplumlar ile kurum ve kuruluşlarda, bu konular, iş akışına göre önceden planlanıp kurallara bağlanır. Genelde her kurum için söz konusu olan bu yöntem, sağlık kurum ve kuruluşları için de geçerlidir. Sağlık kuruluşlarında bu hususlarda konulan ve ilgililerce uyulması beklen kurallar bütününe “ hasta sevk sistemi” denilmekte ve kısaca “sevk sistemi” olarak kullanılmaktadır (SB, 2014).

Sağlık hizmetlerinde sevk kavramı ile sağlık kurumlarına duyulan yüksek öncelikli ihtiyaçlarından dolayı müracaat eden bireylere temel düzeyde hizmet sunan birinci basamak kurumlarından daha karma ve karmaşık hizmet sunan ikinci ve ihtiyaç halinde üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmesini ifade etmektedir. Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmetini almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sunulan hizmetin kalitesine doğrudan bağlıdır.

Acil hallerin dışında kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurduğunda katkı payı alınacaktır. Aile Hekimliği sisteminde hekim, daha pahalı olan hastane hizmetlerine yapılan sağlık harcamalarını azaltmak maksadıyla yerine getirilmesi zorunlu olan sevk zincirinin adeta bekçisi ve böylece sağlık sistemine girişlerin denetimcisi pozisyonundadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde bu sisteme yer verilmiş olması son derece doğal olup, çok önemsenecek ve yeni bir buluşmuş gibi büyütülecek bir yöntem değildir; sadece, sağlıklı işleyecek bir düzenin kurulmasını gerektiren mantıklı bir seçimdir. Kuralların akılcı ve fonksiyonel olarak belirlenip uygulanması halinde,

hem hastalar hem de kurum ve kuruluşlar açısından işlerlik ve düzen sağlaması dolayısıyla yararlı bir yöntemdir. Ayrıca sağlık hizmetini hızlandırması ve sonuçta maliyetleri düşürmesi nedeniyle toplumsal açıdan da yararlıdır. Yapılan çalışmalarda, sevk sistemine uyularak yapılan başvurularda, sağlık sorunlarının büyük kısmının, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlendiği ve dolayısıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gidilmesine gerek kalmadığı saptanmıştır. Böyle bir sonucun sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta ve yakınlarına büyük bir kolaylık sağlayacağı ortadadır. Öte yandan bu uygulamanın, gereksiz yığılmaları önlemesi, sağlık hizmetlerini hızlandırması ve maliyetleri düşürerek kaynak israfını önlemesi nedeniyle hem sağlık kurum ve kuruluşları, hem de toplum bakımından avantajlı olacağı açıktır.

5.4.3.4. Mali ve İdari Açıdan Özerk Sağlık İşletmelerinin Açılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın içeriğinde, “tüm kamu hastanelerine, hem yönetsel ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınması, bütün kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline getirilmesi” ifadesine yer verilmiştir. Bu ifadenin dünyada gelişmekte olan durumlara paralel olduğu anlaşılmaktadır. Literatürde bu doğrultuda çeşitli tespitler bulunmaktadır. Türkiye’de 1990’lardan günümüze kamu hastane kesiminde uygulanmaya çalışılan reform girişimlerinin dünya genelinde yapılmakta olan reformlar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Neo-liberalizmin küreselleşmesi sağlık kesimine ilişkin devletin müdahalesini azaltmış ve artık hükümetler sağlık kesimindeki birincil ve asli sorumluluklarını azaltma davranışları sergilemeye başlamışlardır. Bu süreç kamu hastaneciliğine de yansımaktadır. Türkiye dâhil gelişmekte olan ülkelerde hastane reformlarında öncelikle kamu hastanelerinin merkezi hükümetin birer bütçe birimi olmasından çıkarılıp kendi gelir ve giderlerinden sorumlu daha otonom, özerk veya özelleştirilmiş hastane özelliğine kavuşturulması amaçlanmaktadır (Top ve Gider, 2004: 73).

SDP'nin bir diğer ayağını da kamu hastane birlikleri oluşturmaktadır. 1 Kasım 2007 tarihinden itibaren TBMM Sağlık Komisyonu'nda görüşülmeye

başlanan 1/439 Esas numaralı Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması hakkında Kanun Tasarısı, 18 Mart 2010 itibarıyla da TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndan geçerek TBMM Genel Kurulu'na gönderilmiştir. Tasarı ile Bakanlar Kurulu tarafından belirlenecek illerde kaynakların etkin ve devamlı kullanımı sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin katılımcı, hakkaniyete uygun, halkın ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilen, kaliteli, kolay erişilebilir bir şekilde sunulmasını gerçekleştirmek maksadıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması hedeflenmiştir (Memişoğlu, 2011: 90).

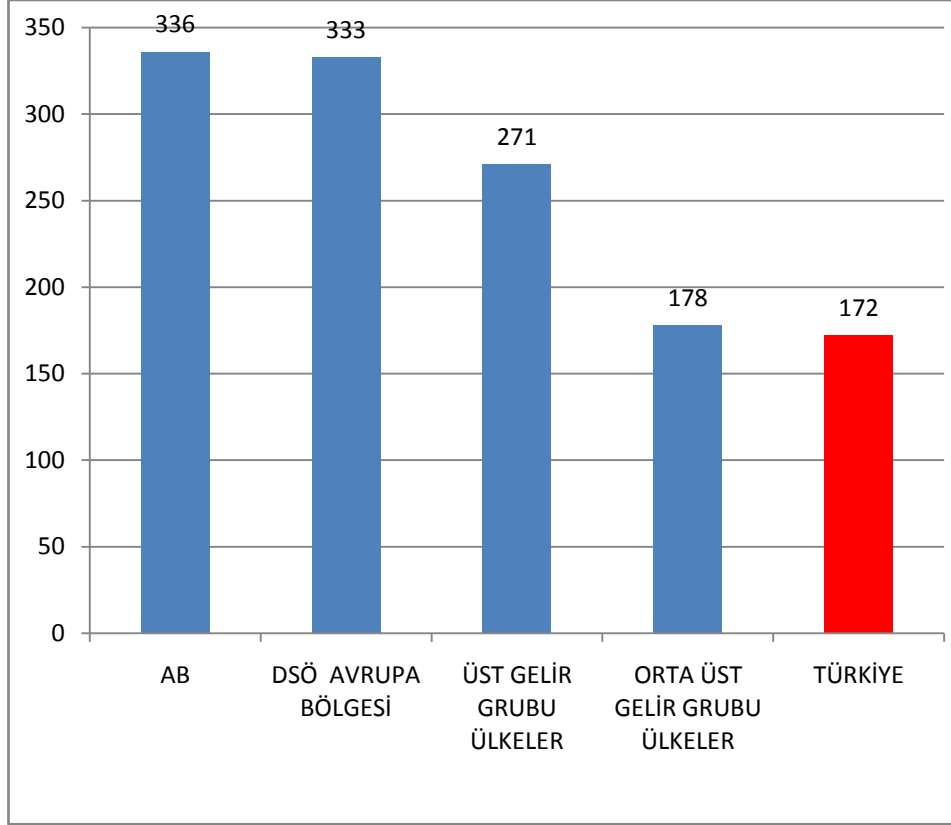
Türkiye'de hastanelerin tümü aralarında hiçbir ayrım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak şartı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebilecektir. Hastaneler bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açılarından denetim altında tutulacaklardır. Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sağlık kesiminin diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için hali hazırdaki merkeze bağlı yapısından kurtulması gereklidir. Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Ancak buna karşılık Türkiye'deki kaynak dağılımı dengesizliği göz önünde bulundurularak sosyal devlet ilkesi gereği yetersiz bölgelerdeki sağlık kurumları desteklenecektir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

5.4.3.5. Yetişmiş İnsan Gücü

Sağlık insan gücü; Sağlık Bakanlığı'nın tanımına göre, kamu ya da özel sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu temel sağlık hizmetini üreten personelin tümüne verilen isimdir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 9). Yine Sağlık Bakanlığı'na göre, dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleşmesi uygun nitelikli ve ihtiyaç duyulan insan kaynağının mevcudiyetine bağlıdır. Bu yönüyle ele alındığında Sağlık insan gücünün Avrupa Birliği mevzuatında belirtildiği şekliyle görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanacak, üniversitelerle işbirliğine gidilerek ülke gereksinimleri doğrultusunda yetiştirilmesi sağlanacak, hemşirelik eğitimleri uluslararası standartlarda üniversitelerde verilecek, hekimlerin yöneticilik alanında istihdamı önlenecek ve sözleşmeli personel istihdamı özendirilerek kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışma sağlanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 11).

Tablo 12’de her 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması görülmektedir.

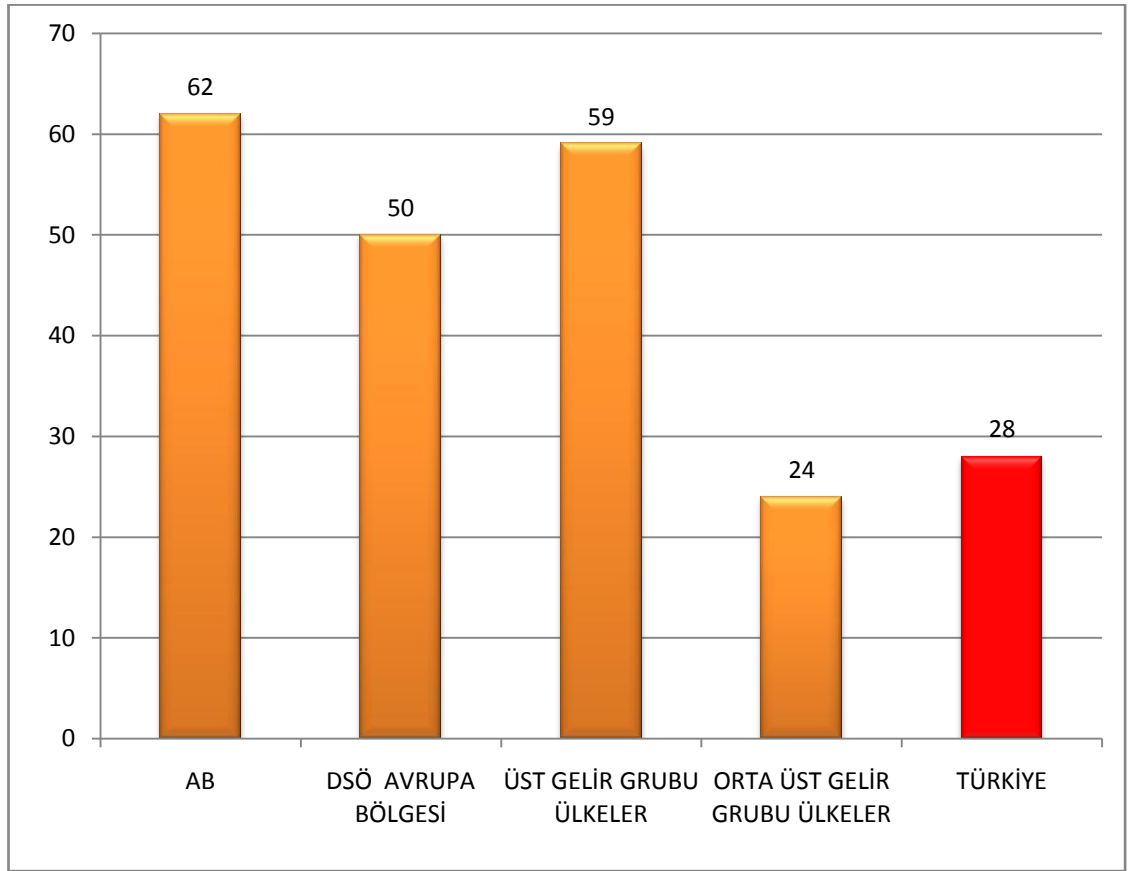
Tablo 12. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: SDP, 2013: 131

Sağlık kesiminde çalışanların hizmet kalitesi, insan yetenekleri ve değişen koşullara uyum sağlayabilme esnekliği açısından yeterli olmaları şarttır. Ayrıca etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için yeterli nicelik ve nitelikte sağlık personelinin doğru zamanda ve doğru yerde istihdam edilmesi gerekmektedir. Böylece vatandaşa sunulan sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, var olan eksiklerin giderilmesi ve aksaklıkların hızlı bir şekilde çözülmesi sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığı ile bu konudaki diğer paydaş kurum ve kuruluşların bir araya gelerek Türkiye’nin sağlık alanındaki insan kaynakları kapasitesini ve niteliklerini geliştirmesi ve ilgili konudaki sorunlarına çözüm önerilerinin getirilmesi son derece önemlidir (Kömürlü, 2010: 69).

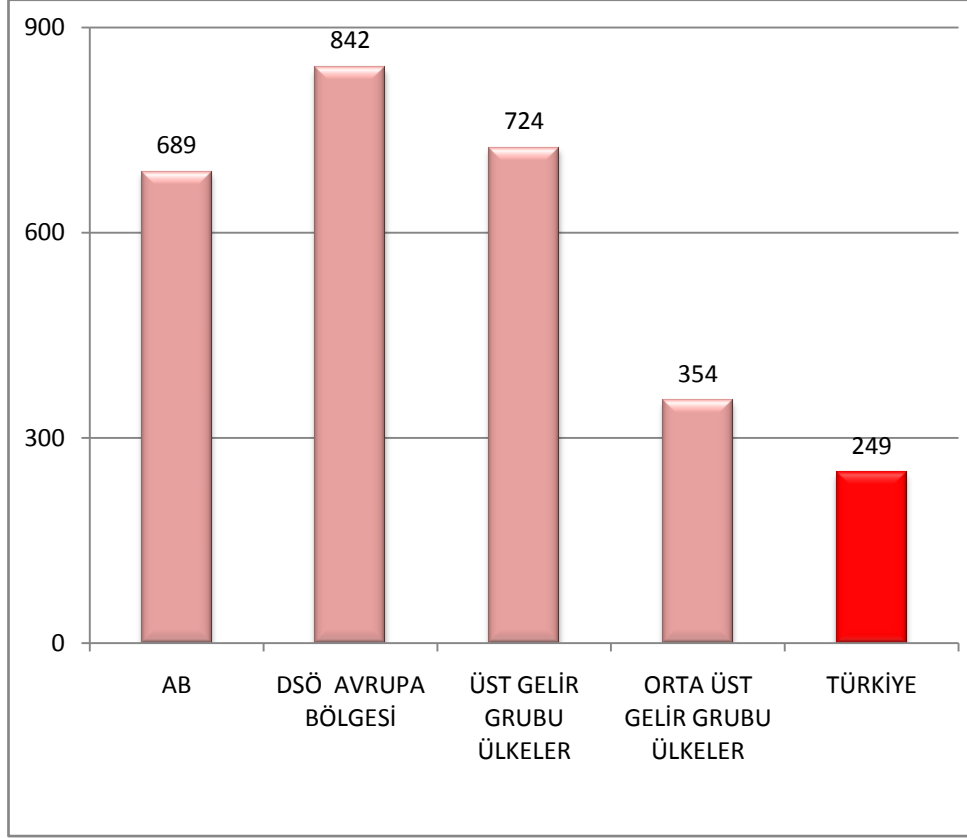
Tablo 13. 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması



Kaynak: SDP, 201: 133

Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel unsur insandır. Daha etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için fiziki mekânlara ve iyi bir donanıma ihtiyaç vardır. Fakat bunlardan çok daha önemlisi bunları kullanacak insan gücüne ihtiyaç vardır. Sağlık insan gücü, kamu ya da özel tüm sağlık kuruluşlarında toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personeldir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sağlık insan gücü marifetiyle sunulmaktadır. Topluma bugün ve gelecekte sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirebilecek sağlık çalışanlarının yeterli sayıda, yüksek nitelikte, zamanında ve doğru şekilde istihdam edilmesi sağlık insan gücü planlaması olarak isimlendirilmektedir. Bu insan gücünün çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilerle donatılmış olarak yetiştirilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke genelinde aldıkları eğitime uygun ve dengeli bir biçimde istihdam edilmesi gerekmektedir (Septioğlu, 2012: 3). Hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırması Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması



Kaynak:SDP, 2013: 135

Tablo 15. Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012
Uzman Hekim	45.457	60.655	63.563	66.064	70.103
Pratisyen Hekim	30.900	35.911	38.818	39.712	38.877
Asistan Hekim	15.592	22.075	21.066	20.253	20.792
TOPLAM HEKİM	91.949	118.641	123.447	126.029	129.772
Diş Hekimi	16.371	20.589	21.432	21.099	21.404
Eczacı	22.289	25.201	26.506	26.089	26.571
Hemşire	72.393	105.176	114.772	124.982	134.906
Ebe	41.479	49.357	50.343	51.905	53.466
Diğer Sağlık Personeli	50.106	93.550	99.302	110.862	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	197.386	198.694	209.126	209.736
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	609.900	634.496	670.092	698.518

Kaynak:SDP, 2013: 127

2013 yılına göre SDP programında belirtilen sağlık görevlilerine ait bilgiler yukarıdaki tabloda açıklanmaktadır. Sağlık Bakanlığının insan kaynakları politikalarındaki planlamaları kapsamındaki bir diğer konu ise yerel yönetimlere, sivil toplum örgütlerine ve meslek derneklerine sistemde aktif olarak yer verilmesidir. Yerel insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulması ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımlarının sağlanmasına gayret edilmektedir. Sağlık bakanlığındaki bu anlayışa paralel olarak zorunlu hizmet kaldırılmış ve isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir. Sağlık insan gücü kamu ya da özel sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini üreten personelin tamamına verilen isimdir. Burada dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleşmesi uygun, nitelikli ve gerekli insan kaynağının mevcudiyetine bağlıdır. Sağlık Bakanlığı'na göre;

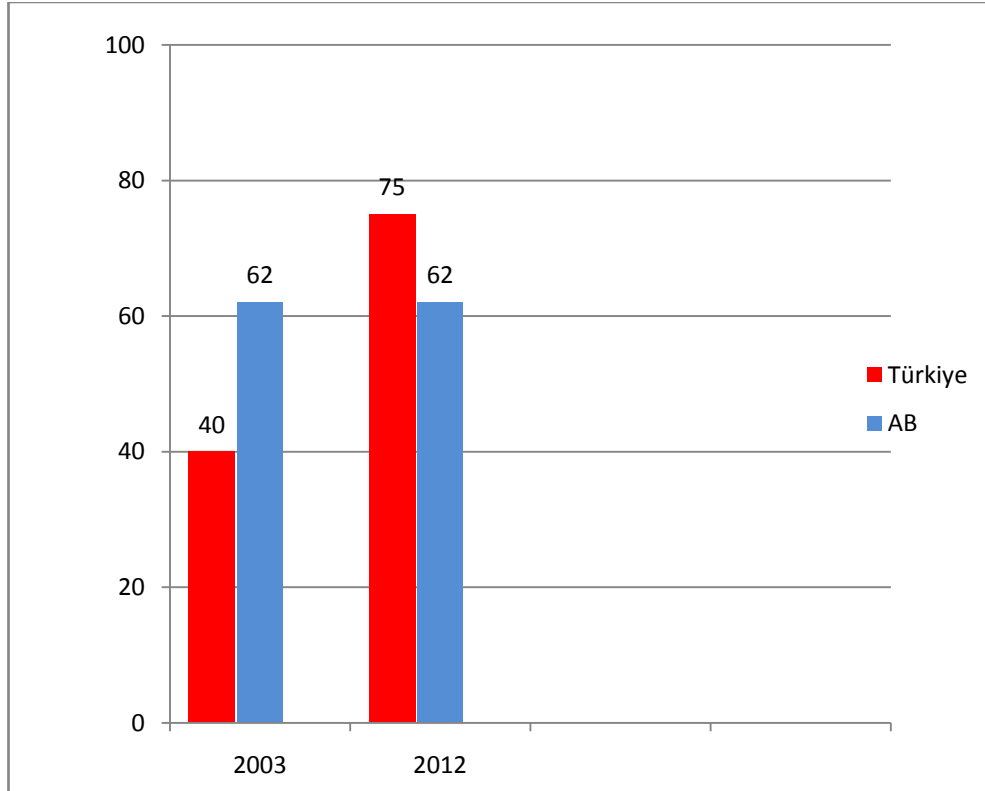
- AB mevzuatı gereği tüm sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanacak,
- Hekimlerin ülke ihtiyaçları doğrultusunda yetiştirilmesi için üniversitelerle iş birliğine gidilecek,
- Hemşirelik eğitimi uluslararası standartlara uygun şekilde üniversite düzeyinde verilecek,
- Hekimler, hem onlara yapılan yatırım dışında kullanılmaması hem de deneyimsiz yöneticilerin sağlık sektöründe olmaması için yönetici olarak istihdam edilmeyecek,
- Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek sözleşmeli personel istihdamı sağlanacak demektir.

Türkiye'de sağlık kurumlarında mevcut insan kaynağı kapasitesinin ve niteliğinin güçlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı, ilgili genel müdürlükler dâhilinde hizmet içi eğitimler düzenlemektedir. Aile hekimliği hizmet içi eğitimleri söz konusu çalışmalara örnek olarak gösterilebilir. Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim konusunda sınırlı ancak gelişmekte olan bir potansiyele sahiptir (Kömürlü, 2010: 70).

5.4.4.Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bilgi Alt Yapısının Oluşturulması

Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri içinde uyumlu bir geçiş sağlanabilmesi için belli bir bilgi alt yapısının temeli teşkil ettiği bir bilgi sistemine gereksinim bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin istenen standart ve koşullarda yürütülmesi amacıyla öncelikle sağlık dökümünün çıkarılması, vatandaşların tıbbi kayıtlarının korunması, sevk zincirleri esnasında kayıtların ve bilgi transferlerinin düzgün işlemesi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin derlenmesi için Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Bu sistem, verilerin sağlıklı işlenmesi ile birlikte karar vericiler ve sağlık politika yapıcılarına beklenen desteği sağlayacak ve işlevsel olacaktır. 2003 ve 2012 yılları arasında yaşanan değişimin karşılaştırmalı grafiği Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. AB ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı



Kaynak: SDP, 2013: 122

Bu kapsamda 4 Aralık 2003 tarihinde 25036 sayılı Resmi Gazetede ayrıntılı bir biçimde yayınlanan 2003/48 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile e-Dönüşüm Türkiye

Projesi Kısa Dönem Eylem Planı yayımlanmıştır. Bu planda özellikle, Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık konusunun yapılandırılması maksadıyla aile hekimliği bilgi sisteminin oluşturulması, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları ile ilgili diğer kurum ve kuruluşlar bilgi sistemlerinin analiz ve değerlendirilmesi, ulusal sağlık bilgi sistemine geçiş için hazırlık niteliğindeki adımların atılması yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 5). Ayrıca aile hekimliği sistemi için gereksinim duyulan bilgi sistemi alt yapısının oluşturulması amacıyla kullanılacak tanı, ön tanı, izlemler, doktor ve hasta kimlik bilgilerine ilişkin standartlara da ihtiyaç bulunmaktadır.

Bunlara ilave olarak, veri kümesinin ve ilgili kod sisteminin belirlenmesi için çalışmalara da devam edilmektedir. Bilgi İşlem Dairesi teknik ekibi özellikle aile hekimliği bilgi sistemi iş süreçlerini saptamak ve akış şemalarını oluşturmak, iş akış modeli ve analiz çalışmalarını geliştirmeye devam etmektedir. Ayrıca Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın da aynı kapsamda benzer çalışmaları yürütmesi, görevlerin yerine getirilmesinde eşgüdüm sağlanması ve ortak paydaların kullanılması açısından da önem arz etmektedir. Tıp fakültelerine ait rakamlar Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları, Türkiye

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Yeni Kayıt Yapılan Öğrenci Sayısı	Halen Eğitimde Olan Öğrenci Sayısı	Mezun Olan Öğrenci Sayısı	Öğretim Üyesi Sayısı
2002-2003	44	4.945	31.719	4.380	7.172
2007-2008	49	5.253	33.782	4.872	9.182
2008-2009	56	6.655	35.454	4.753	9.192
2009-2010	61	7.877	38.369	5.087	9.479
2010-2011	69	8.438	41.664	5.138	9.970
2011-2012	69	9.210	45.732	4.911	10.440

Kaynak: SDP, 2013: 122

Buraya kadar açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında planlandığı şekliyle uygulamaya geçirilmesi maksadıyla, öncelikle kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve ülke genelinde uygulama biçiminde dört aşama öngörölmüştür. Bu aşamaların gerçekleşme derecelerine bağlı olarak programda, aile hekimliği, genel sağlık sigortası, sağlık kesiminin tek merkezden yönetilmesi ve sağlık kuruluşlarının tek elde toplanması, döner sermayenin performansa dayalı anlayışla işletilmesi, özel kesimin özendirilmesi ve özel sağlık kuruluşlarından artan oranda yararlanma ve kamu sağlık kurumlarının sağlık işletmelerine dönüşmesi konuları da aşama aşama gerçekleşmiş olacaktır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞININ POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM YÖNETİMİNİN ETKİNLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

6. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu bölümde T.C. Sağlık Bakanlığı'nca oluşturulan politikaların Türkiye'de oluşturulan sağlık sisteminin yaygınlaştırılan konularda görülen değişim yönetimi yansımalarının Ağrı İli içerisinde görev yapan tüm sağlık çalışanlarına yönelik uygulama neticesinde bazı sonuçlara ulaşılmış ve çıkarımlarda bulunulmuştur. Araştırmanın bu bölümünde, yapılan bu çalışma hakkında bazı bilgilendirmeler yapılmakta ve ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir.

6.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişimin Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İncelemenin Alan Araştırması

Türkiye'de insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek gayretleri birçok ülkede görüldüğü gibi T.C. Devleti yerine getirmektedir. Anayasanın 56'ncı maddesi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde 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 (T.C. Anayasası 1982: Md. 56).

Türkiye'de sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde gelir elde etme güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarından da aynı hizmetleri alabilmektedirler. Türkiye'de sağlık kesimi, Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, Devlet Planlama Teşkilatı ve diğer bazı devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşlarından meydana gelmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında değişim yönetiminin etkinliğini Türkiye'de gelişmişlik düzeyi gerilerde olan bir il olan Ağrı ilinde ölçmek ve uygulama sonuçlarının diğer kamu kurumlarında da benzerliklerini ortaya

koyabilmek amacıyla bir anket soru formu oluşturulmuştur. Anket Ağrı İlinde görevli T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde merkez ve taşra teşkilatında bulunan tüm sağlık personeline yönelik olarak yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın bu araştırma için seçilmesinin nedeni, kurumsal değişim çalışmalarının bazı önemli dönemleri kapsayan zamanlarda ön plana çıkması ve çalışanları da dâhil olmak üzere gerek yönetsel ve gerekse sağlık hizmetlerinin herkes tarafından yürütülüyor olmasıdır.

Türk sağlık sisteminin temel hedefleri; sağlık statüsünü iyileştirmek, ulaşılabilirliği ve verimliliği artırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini gerçekleştirmektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Cumhuriyet döneminden bugüne kadar uyguladığı uygun politikalarla ülkemizi sağlıklı yaşamla buluşturmuş ve halen dönüşüm ve yenilik peşinde birçok plan ve proje ile dünya ile bütünleşmiş, her platformda önemini koruyan bir kurumdur. Cumhuriyet tarihi boyunca Türkiye'de görülen sağlık politikaları çeşitli değişim dönemleri geçirmiş bulunmaktadır. Bu dönemlerin diğer kamu kurumlarına oranla daha belirgin bir konumda olması, kurumun teknoloji ve bilgi yönetimine daha çok ihtiyaç duyması, insan unsurunun işlerin odak noktasında ve işi yürüten kesimin tam merkezinde bulunması gibi nedenlerden dolayı değişimin hızlı ve gerçekçi olduğu bir kurum özelliği taşımasından yola çıkılarak bu incelemenin yapılmasına karar verilmiştir.

Bu dönemler Dr. Refik SAYDAM dönemi (1923), Dr. Behçet UZ dönemi, (1946) ve Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in önderliğinde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamalarının başlangıcı (1963), önemli birer dönüm noktaları olarak görülmektedir. Günümüzde ise son dönemde oluşturulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), bu dönüm noktalarının en sonuncusunu teşkil etmektedir. Toplumsal fayda düzeyinin artırılması ve bu bağlamda kamu yararının yüksek düzeylere çekilmesinde, günümüz sağlık politikalarının en önemli özelliği sağlık hizmeti alımında vatandaşlar arası eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına dikkat etmektir. Odak noktasını "Herkes İçin Sağlık" düşüncesi üzerine kurmuş olan T.C. Sağlık Bakanlığı bu temel hedefine ilişkin birçok yeni uygulamayı hayata geçirmiş ve ülke genelinde kamu kurumlarına adeta örnek teşkil edecek konuma gelmiştir.

6.2. Araştırmanın Konusu ve Amacı

Araştırmada kullanılan anket, T.C. Sağlık Bakanlığı'na mensup ve Ağrı ilinde görev yapan sorumluluğu en düşük görevliden, hastane ve sağlık merkezlerinde bulunan uzman ve cerrah hekimlere kadar tüm personele yönelik görev çeşidi, eğitim düzeyi, kıdem ve ilde bulunulan süre olmak üzere bakanlıkça oluşturulan politikalar ve bu politikaların uygulamaları hakkında bilgilerden oluşan ve bunların yarattığı değişimin ne oranda yönetilebildiğini ortaya çıkarmaya yönelik sorulardan meydana gelmektedir. Bu sayede tüm sağlık çalışanlarının, kurumlarında meydana gelen değişime bakış açıları başta olmak üzere, merkezden taşraya uzanan politikaların gerçekleşme ve kalıcılığı ile sürdürülebilirliği tespit edilmeye çalışılmaktadır.

6.2.1.Araştırmanın Modeli

Anket formu hazırlanırken değişim yönetimi ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalar bir araya getirilmiş ve özellikle kurumsal değişim boyutunda hazırlanan çalışmalar dikkatle incelenmiştir. Ankette yer alan soruların tespit edilmesinde bu sorulardan da faydalanılmıştır. Ayrıca soru formunun hazırlanmasında, konuya vakıf uzman kişilerden de yardım alınmış ve sosyal bilimlerde yapılan araştırma teknikleri hakkında çeşitli yayınlar taranmıştır.

Soru formu (EK-1) dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ankete katılanlar hakkında kişisel veriler elde edilmeye çalışılmıştır. Buna yönelik olarak, yaş, görev, eğitim durumu ve Ağrı ilinde ikamet edilen süre gibi sorulara yer verilmiştir. Burada, katılımcıların kimliklerini ortaya çıkaracak sorulardan kaçınılmıştır.

İkinci bölümde, katılımcılara Ağrı ili içerisinde kamu yararı ve toplumsal faydanın artırılmasında yaşanan gelişim ve dönüşümün genele sirayet eden bir bakış açısıyla Türk kamu kurumlarında yaşanan gelişim ve dönüşümle arasında paralellik oluşturup oluşturmadığına yönelik bazı sorular sorulmakta ve bu sayede gelişim ve dönüşüm hareketlerinin yönü ve yaygınlaşması konusu tespit edilmeye çalışılmaktadır.

Üçüncü bölümde, ankete katılan kişilere sağlık hizmetlerinde yaşanan reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri

Politikalarının Ağrı ilinde de yürütülen değişim çalışmalarının devamlılığı ile olan ilişkisi sorgulanmaktadır.

Dördüncü bölümde ise Ağrı ilinde vatandaşlar arasında sağlık hizmetleri alımı esnasında yaşandığı düşünülen eşitsizliklerin T.C. Sağlık Bakanlığı'na oluşturulan reform ve politikalar sonucunda giderilip giderilmediği ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Soru formlarının cevaplayıcılar tarafından cevaplanması sürecinden önce, hazırlanan anketler ve kullanılan analiz programının denenmesi maksadıyla Ağrı Devlet Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanlarına yönelik bir pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Toplam 20 kişinin katılımı ile gerçekleştirilen pilot çalışma sonucunda anketin iç tutarlılığı, soruların açıklığı, soru formunun tasarımı, kullanılan analiz programının yeterliliği ve uygulama biçimi denenmiştir. Buna ek olarak bir tutarlılık analizi de yapılarak bir normal dağılım testi de gerçekleştirilmiştir.

Yukarıda açıklanan pilot uygulama sonucunda, uzmanlardan gelen görüş ve önerilerin çerçevesinde anket soru ve cevaplarında çeşitli düzeltmeler yapılmıştır. Son olarak da anketin uygulanmaya hazır olduğuna karar verilmiş ve süreç başlatılmıştır.

6.2.2. Araştırmanın Evreni

T.C. Sağlık Bakanlığı Ağrı il ve ilçelerinde aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, hastaneler ve acil hizmetler şeklinde yapılanmıştır. Bu teşkilat yapısında sağlık personeli, uzman hekim, hekim, pratisyen hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli şeklinde görev yapmaktadır. Araştırmanın evreni Ağrı ili ve ilçelerindeki Sağlık Bakanlığı kuruluşları ve çalışanlarıdır.

Her il ve ilçe teşkilatında ülke genelinde sayılar değişiklik göstermekle birlikte anket formunun uygulanma aşamasındaki organizasyon ve görev yapısına göre Ağrı ili içerisinde il merkezi ve ilçelerde kurulmuş bulunan sağlık kuruluşlarında 469 hekim, 57 diş hekimi, 62 eczacı, 668 hemşire, 265 ebe ve 529 diğer sağlık personeli görev yapmaktadır. Dolayısı ile çalışmanın ana evreni 2.074 kişidir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda araştırmanın örnekleme de

araştırmanın evreni olmaktadır. Dolayısıyla araştırmanın örnekleme Ağrı ili ve ilçelerinde görevli sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ağrı il ve ilçe teşkilatında görev yapan tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak hazırlanan araştırma herhangi bir örnekleme çalışması yapılmaksızın tüm personele uygulanmıştır. Soru formunu cevaplaması arzu edilen kişilerden çeşitli nedenlerle cevap vermeyen veya veremeyenlerin bulunacağı önceden düşünülerek belli oranda cevaplılık düzeyinin yeterli olacağı öngörülmüştür. Bu sebeple toplam sayı olan 2.074'ün yarısından fazlasının katılımının sağlanmasının araştırma için yeterli olduğu düşünülmüştür.

6.2.3.Verilerin Derlenmesi

Ankete yönelik olarak hazırlanmış olan soru formu Ağrı ilinde bulunan çeşitli sağlık yöneticisi ve hekimlerin de yardımı ile cevaplayıcılara ulaştırılmış ve aynı yolla geri dönüş sağlanmıştır. Soru formları birer çıktı olarak elle doldurulmuş ve merkezde toplanarak toplam 12 gün boyunca devam etmiştir. Belirlenen gün sonunda yapılan sayım sonucunda 2.074 sağlık çalışanından 1.356'sı geri dönüş yapmış, izin, rapor, atama değişikliği vb. sebeplerle olmayanlar ile birlikte 718 kişiden geri dönüş olmamıştır. Anket geri dönüş oranı yüzde 65 olarak gerçekleşmiştir. Bu cevaplama oranı çalışma öncesi tahmin edilen geri dönüş oranından daha yüksektir. Cevaplayıcıların durumu aşağıdaki Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Ankete Katılım Sayıları ve Oranı

Görev Tanımı	Toplam Sayı	Katılan Sayı	Yüzde (%)
Hekim	469	313	67
Diş hekimi	57	44	77
Eczacı	86	62	72
Hemşire	668	421	63
Ebe	265	173	65
Diğer Sağlık Personeli	529	343	65
Toplam	2.074	1.356	65*

** Ortalama Katılım Yüzdesi*

6.2.4.Verilerin Çözümlemesi

Çalışmada elde edilen sonuçlar değerlendirilirken, istatistiksel analizleri yapmak için, SPSS 15.0 for Windows Programı kullanılmıştır. Çalışmada sonuçlar değerlendirilirken %95’lik güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır. Her bireye ait anket cevapları toplanıp değerlendirmeler toplam puan üzerinden yapılmıştır. Hesaplanan bu toplam puanların görev, kıdem yılı, eğitim durumu ve Ağrı’da yaşanan yıl değişken grupları açısından farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir.

Bu araştırma aşağıdaki denencelere dayalı olarak hazırlanmıştır.

Denence-1: Ağrı İli içerisinde kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümle paralellik arz etmektedir.

Denence-2: Ağrı İli içerisindeki değişim çalışmalarının devamlılığı, Türkiye’deki sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve Sağlık Bakanlığı politikaları ile doğrudan ilişkilidir.

Denence-3: Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformlar, vatandaşlar arasında sağlık hizmetlerinin alımında yaşanan eşitsizlikleri Ağrı İli içerisinde de büyük oranda gidermiştir.

Araştırma için kurulan hipotezler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

H₁: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₂: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₃: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₄: Ağrı’da farklı yaşam süresine sahip olan sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₅: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

H₆: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

H₇: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı

politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

H₈: Ağrı’da yaşama süresi farklı olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

H₉: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₁₀: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₁₁: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

H₁₂: Ağrı’da farklı yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Kurulan hipotezler belirlenen bu farklılıkları tespit etmek amacıyla yapılacak testi belirlemek için değişkenlerin “Normal Dağılıma” uyup uymadığına Kolmogorov-Simirnov testi ile bakılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım sonuçları Tablo 19’da verilmiş olup p değerlerine göre değerlendirme yapılmaktadır.

Tablo 19: Değişkenlerin Normal Dağılımı Göstermesi

Değişkenler	Gruplar		p Değeri
Görev	Yönetici	Hipotez 1	0.032
		Hipotez 2	0.116*
		Hipotez 3	0.200*
	Memur	Hipotez 1	0.028
		Hipotez 2	0.003
		Hipotez 3	0.200*
	Uzman	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	Aile Hekimi	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	Hemşire	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
Kıdem Yılı	1-5 Yıl	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
		Hipotez 1	0.001
	6-10 Yıl	Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
Eğitim Durumu	Yok	Hipotez 1	0.200*
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	İlköğretim	Hipotez 1	0.067*
		Hipotez 2	0.096*
		Hipotez 3	0.200*
	Lise	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	Ön Lisans	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	Lisans	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	Yüksek Lisans	Hipotez 1	0.200*
		Hipotez 2	0.189*
		Hipotez 3	0.199*
	Doktora	Hipotez 1	0.170*

		Hipotez 2	0.200*
		Hipotez 3	0.200*
Ağrı’da Geçirilen Yıl	0-5 yıl	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	6-10 yıl	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	11-15 yıl	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	16-20 yıl	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001
	21 yıl ve üzeri	Hipotez 1	0.001
		Hipotez 2	0.001
		Hipotez 3	0.001

Tablo 19 incelendiğinde bazı değişkenlerde gruplarda normal dağılıma uygunluk görülmektedir. Fakat değişkendeki her grubun normal dağılım göstermesi gerektiği için parametrik olmayan testler ile analize devam edilecektir.

Parametrik olmayan testlerden iki gruplu değişken olan “Kıdem Yılı” Mann Whitney Testi ile analiz edilmiştir. Çok gruplu değişkenler olan “Görev, Eğitim Durumu, Ağrı’da Yaşanılan Yıl” Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Bu çalışmada, belirlenen bazı değişkenler (görev, kıdem yılı, eğitim durumu ve Ağrı’da yaşanılan yıl) açısından sağlık hizmetleri görevlilerinin değişim sürecindeki yaklaşımları arasında fark olup olmamasına yönelik bilgi elde etmek amaçlanmıştır. Tüm sağlık çalışanlarına ulaşmak için yaşanacak zaman, maliyet kaybı ve ulaşım zorlukları gibi faktörler göz önüne alındığı zaman araştırma evreni olarak Ağrı ilinde ikamet eden sağlık çalışanları belirlenmiştir. Ağrı ilinde görev yapan tüm sağlık çalışanlarına anket gönderilmiş fakat geri dönüş 1.356 sağlık çalışanından gelmiştir.

Yapılan ankete güvenilirlik testi uygulanmış ve anketin güvenilirliği, ölçeğin iç tutarlılığı açısından Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı Yöntemi ile analiz edilmiş olup elde edilen Alpha Katsayısı 0.660 olarak hesaplanmıştır. Bulunan bu değere göre yeterli güvenilirlik düzeyi sağlanmış ve analiz sonucu maddelerdeki 0.20'nin altında güvenilirlik verenler analizden çıkarılıp, her birey için kalan maddelerin toplam puanları hesaplanıp gerekli analizler yapılmıştır.

Hazırlanan tablolar yardımı ile ele alınan değişkenlerin sayısal ve yüzdesel dağılımları belirlenmiştir.

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Görev Türüne Göre Dağılımı

Görev Türü	Sayı	Yüzde
Yönetici	8	0.6
Memur	60	4.4
Uzman	510	37.6
Aile Hekimi	421	31.0
Hemşire	357	26.3
TOPLAM	1356	100

Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının Kıdem Yılına Göre Dağılımı

Kıdem Yılı	Sayı	Yüzde
0-5 Yıl	698	51,5
6-10 Yıl	655	48,5
TOPLAM	1356	100

Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	5	0.4
İlköğretim	47	3.5
Lise	488	36.0
Ön Lisans	424	31.3
Lisans	312	23.0
Yüksek Lisans	64	4.7
Doktora	16	1.2
TOPLAM	1356	100

Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Ağrı’da Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Hizmet Yılı	Sayı	Yüzde
0-5	942	69.5
6-10	182	13.4
11-15	9	0.7
16-20	113	8.3
21 ve üzeri	110	8.1
TOPLAM	1356	100

İki gruplu değişkenlere Mann Whitney testi, çok gruplu değişkenlerde Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

- **İki Gruplu Değişkenlerde Yapılan Analizler ve Sonuçları**

İki gruplu değişkenlerde Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Mann Whitney U Testi; parametrik testlerden iki bağımsız örnek ortalamasını test eden Student’s t testinin parametrik olmayan test karşılığıdır. Bu test, parametrik olmayan en güçlü testlerden biridir. Araştırmacı t testinin gerektirdiği varsayımlar olan

değişkenlerin sürekliliği, nicel veriler olması, örnek hacminin 30'dan büyük olması, grup içinde homojenliğin sağlanması, birimlerin rastgele seçilmesi ve grupların bağımsız olmasının sağlanmaması durumunda alternatif test olarak kullanılır. Bu yöntemde iki bağımsız grubun medyan değerleri karşılaştırılıp kurulan hipotez hakkında karar verilir (Çelik, 2011: 443).

Ağrı'da çalışan sağlık personelinin kıdem yıllarına göre değişim süreci yaklaşımları arasında fark olup olmadığını tespit etmek için öncelikle aşağıdaki şekilde hipotez kurulmuş olup analiz sonuçları Tablo 24'te belirtilmiştir.

H_0 : Kıdem yılı açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark yoktur.

H_1 : Kıdem yılı açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark vardır.

Alt hipotezleri kurup her biri için analiz sonuçlarını incelersek;

- Birinci hipotez için;

H_{01} : Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H_{11} : Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 24: Birinci Alt Hipotez İçin Test Sonuçları

Kıdem Yılı	Sayı	Medyan	p değeri
0-5 Yıl	698	720.86	0.001
6-10 Yıl	658	633.57	

Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal

gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.05$).

- İkinci hipotez için;

H₀₂: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₂: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 25: İkinci Alt Hipotez İçin Test Sonuçları

Kıdem Yılı	Sayı	Medyan	p değeri
0-5 Yıl	698	658.97	0.058
6-10 Yıl	658	699.22	

Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.058 > 0.05$).

- Üçüncü hipotez için;

H₀₃: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₃: Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti

alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 26: Üçüncü Alt Hipotez İçin Test Sonuçları

Kıdem Yılı	Sayı	Medyan	p değeri
0-5 Yıl	698	660.18	0.075
6-10 Yıl	658	697.93	

Farklı kıdem yılına sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasında sağlık hizmetleri alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.075 > 0.05$).

Çok gruplu değişkenlerde Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Kruskal-Wallis testi; tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin parametrik olmayan karşılığı olarak kullanılır. Tek yönlü varyans analizinin aşağıda belirtilen varyans analizinin aşağıda belirtilen varsayımları sağlanmadığında kullanılır. Tek yönlü varyans analizinin varsayımları;

- Her gruptaki değişkenlerin normal dağılış göstermesi gerekmektedir. Kesikli değişkenler için dönüşüm yöntemleri kullanarak uygun hale getirildikten sonra test uygulanabilir.
- Her gruptaki yığın varyansları, $\sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma_3^2 = \dots = \sigma_n^2$ eşit olmalıdır.
- Gözlemler birbirinden bağımsız ve rastgele örnekten elde edilmiş olmalıdırlar. Yani bir gözlem değeri herhangi bir şekilde diğer gözlem değerine bağlı olmamalıdır.
- Merkezi Limit Teoremine göre parametrik test uygulanması durumunda ele alınan alt grupta 30 bireyin altına düşülmemesi önerilmektedir. Varyans

analizi de parametrik bir test olmasından dolayı bu özelliğe dikkat edilmelidir.

- Değişkenler sürekli bir özellik göstermelidir. Ancak örnek hacmi yeterince büyük olduğu durumda yöntem, kesikli değişkenlere de uygulanabilir.

Kruskal_Wallis Testi, puanların derecelendirilerek gözlemlerdeki bilgiden yararlanılan bir testtir. Bu nedenle değişkenin en azından sıralayıcı bir ölçüde olması istenir. Bu test, bağlantısız, k örneğin aynı yığınlardan gelmiş olup olamayacağı test edilir. Bağımsız k örnek için parametrik olmayan istatistiksel testlerin en etkili sonuç veren Kruskal-Wallis testidir. En güçlü parametrik testle, yani F testi ile karşılaştırıldığında gücünün %95.5 olduğu tahmin edilmektedir (Çelik, 2011: 450).

Kruskal-Wallis testi sonra farklı çıkan gruplarda karşılaştırma yapmak Mann Whitney U Testi kullanılıp “Bonferroni Düzeltmeli p değeri” ile karşılaştırmalar yapılacaktır.

- **Yapılan Görev İle Sağlık Hizmetleri Görevlilerinin Değişim Sürecindeki Yaklaşımları Arasında Fark Olup Olmaması**

Ağrı’da çalışan sağlık personelinin görevlerine göre değişim süreci yaklaşımları arasında fark olup olmadığını tespit etmek için öncelikle aşağıdaki şekilde hipotez kurulmuş olup analiz sonuçları Tablo 27’de belirtilmiştir.

H_0 : Görev açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark yoktur.

H_1 : Görev açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark vardır.

Alt hipotezleri kurup her biri için analiz sonuçlarını incelersek;

- Birinci hipotez için;

H_{01} : Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₁: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 27: Birinci Hipotez İçin Test Sonuçları

Görev	Sayı	Medyan	p değeri
Yönetici	8	216.19	0.001
Memur	60	590.68	
Uzman	510	681.80	
Aile Hekimi	421	710.94	
Hemşire	357	660.65	

Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test için ikili gruplar arasında Mann Whitney U Testi yapılarak farklılıklar bulunmuştur. Burada karşılaştırma yapmak için p değeri yerine Bonferroni düzeltmeli α kullanılır. Buna göre α değerini hesaplırsak;

Grup sayısı 5

Karşılaştırma sayısı 2

$$\binom{5}{2} = 10$$

$\alpha_{BD} = 0.05/10 = 0.005$ değeri elde edilir ve Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0.005 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

İkili gruplarda karşılaştırma yapılırsa;

Tablo 28: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Memur Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Yönetici	17.81	0.011
Memur	36.73	

Tablo incelendiğinde “Yönetici ve Memurlar” arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.011 > 0.005$).

Tablo 29: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Uzman Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Yönetici	90.06	0.001
Uzman	262.16	

Tablo incelendiğinde “Yönetici ve Uzmanlar” arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.005$).

Tablo 30: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Aile Hekimi Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Yönetici	60.75	0.001
Aile Hekimi	217.93	

Tablo incelendiğinde yönetici ve aile hekimleri arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.005$).

Tablo 31: Birinci Alt Hipotez İçin Yönetici-Hemşire Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Yönetici	61.06	0.001
Hemşire	185.73	

Tablo incelendiğinde yönetici ve hemşireler arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.005$).

Tablo 32: Birinci Alt Hipotez İçin Memur-Uzman Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Memur	251.84	0.093
Uzman	289.46	

Tablo incelendiğinde memurlar ve uzmanlar arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.093 > 0.005$).

Tablo 33: Birinci Alt Hipotez İçin Memur-Aile Hekimi Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Memur	203.57	0.025
Aile Hekimi	246.33	

Tablo incelendiğinde memurlar ve aile hekimleri arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.025 > 0.005$).

Tablo 34: Birinci Alt Hipotez İçin Memur-Hemşire Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Memur	190.25	0.186
Hemşire	212.18	

Tablo incelendiğinde memurlar ve hemşireler arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.186 > 0.005$).

Tablo 35: Birinci Alt Hipotez İçin Uzman-Aile Hekimi Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Uzman	457.26	0.273
Aile Hekimi	476.58	

Tablo incelendiğinde uzmanlar ve aile hekimleri arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.273 > 0.005$).

Tablo 36: Birinci Alt Hipotez İçin Uzman-Hemşire Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Uzman	439.42	0.444
Hemşire	426.26	

Tablo incelendiğinde uzmanlar ve hemşireler arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.444 > 0.005$).

Tablo 37: Birinci Alt Hipotez İçin Aile Hekimi-Hemşire Test Sonuçları
Karşılaştırılması

Görev	Medyan	p değeri
Aile Hekimi	403.09	0.066
Hemşire	373.47	

Tablo incelendiğinde aile hekimleri ve hemşireler arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.066 > 0.005$).

- İkinci hipotez için;

H₀₂: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık yoktur.

H₁₂: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

Tablo 38: İkinci Hipotez İçin Test Sonuçları

Görev	Sayı	Medyan	p değeri
Yönetici	8	476.69	0.290
Memur	60	685.97	
Uzman	510	700.73	
Aile Hekimi	421	658.59	
Hemşire	357	673.49	

Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.290 > 0.05$).

- Üçüncü hipotez için;

H₀₃: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformlar, vatandaşlar arasında yaşanan sağlık hizmeti alımı eşitsizliklerini büyük oranda giderip gidermediği açısından anlamlı farklılık yoktur.

H₁₃: Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformlar, vatandaşlar arasında yaşanan sağlık hizmeti alımı eşitsizliklerini büyük oranda giderip gidermediği açısından anlamlı farklılık vardır.

Tablo 39: Üçüncü Hipotez İçin Test Sonuçları

Görev	Sayı	Medyan	p değeri
Yönetici	8	540.75	0.842
Memur	60	690.75	
Uzman	510	671.45	
Aile Hekimi	421	686.82	
Hemşire	357	679.79	

Farklı görevdeki sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.842 > 0.05$).

- **Eğitim Durumu İle Sağlık Hizmetleri Görevlilerinin Değişim Sürecindeki Yaklaşımları Arasında Fark Olup Olmaması**

Ağrı’da çalışan sağlık personelinin eğitim durumlarına göre değişim süreci yaklaşımları arasında fark olup olmadığını tespit etmek için öncelikle aşağıdaki şekilde hipotez kurulmuş olup analiz sonuçları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

H₀: Eğitim durumu açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark yoktur.

H₁: Eğitim durumu açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark vardır.

Alt hipotezleri kurup her biri için analiz sonuçlarını incelersek;

- Birinci hipotez için;

H₀₁: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₁: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 40: Birinci Hipotez İçin Test Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı	Medyan	p değeri
Yok	5	448.30	0.001
İlköğretim	47	723.94	
Lise	488	733.55	
Ön Lisans	424	614.20	
Lisans	312	696.37	
Yüksek Lisans	64	580.09	
Doktora	16	687.19	

Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test için ikili gruplar arasında Mann Whitney U Testi

yapılarak farklılıklar bulunmuştur. Burada karşılaştırma yapmak için p değeri yerine Bonferroni Düzeltmeli α kullanılır. α değerini hesaplarsak;

Grup sayısı 7

Karşılaştırma sayısı 2

$$\binom{7}{2} = 21$$

$\alpha_{BD} = 0.05/21 = 0.002$ değeri elde edilir ve Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0.002 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir.

Grup sayısı 7

Karşılaştırma sayısı 2

$$\binom{7}{2} = 10$$

$$\alpha_{BD} = 0.05/21 = 0.002$$

Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0.005 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir. Karşılaştırma test sonuçlarına bakarsak;

Tablo 41: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-İlköğretim Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	16.20	0.107
İlköğretim	27.60	

Eğitimi olmayan ve ilköğretim mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.107 > 0.002$).

**Tablo 42: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Lise Mezunu Olanlar
Test Sonuçları Karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	154.40	0.143
Lise	247.95	

Eğitimi olmayan ve lise mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.143 > 0.002$).

Tablo 43: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Önlisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	155.60	0.278
Ön lisans	215.70	

Eğitimi olmayan ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.278 > 0.002$).

**Tablo 44: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Lisans Mezunu Olanlar
Test Sonuçları Karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	101.00	0.152
Lisans	159.93	

Eğitimi olmayan ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.152 > 0.002$).

Tablo 45: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	28.10	0.422
Yüksek Lisans	35.54	

Eğitimi olmayan ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.422 > 0.002$).

Tablo 46: Birinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	8	0.210
Doktora	11.94	

Eğitimi olmayan ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.210 > 0.002$).

Tablo 47: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lise Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	261.45	0.760
Lise	268.63	

İlköğretim mezunu ve lise mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.760 > 0.002$).

Tablo 48: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Ön Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	273.19	0.047
Ön Lisans	231.88	

İlköğretim mezunu ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.047 > 0.002$).

Tablo 49: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	186.17	0.660
Lisans	179.07	

İlköğretim mezunu ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.660 > 0.002$).

Tablo 50: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	63.07	0.046
Yüksek Lisans	50.80	

İlköğretim mezunu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.046 > 0.002$).

Tablo 51: Birinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	32.46	0.732
Doktora	30.66	

İlköğretim mezunu ve doktora mezunu sağlık arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.732 > 0.002$).

Tablo 52: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Önlisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	492.52	0.001
Önlisans	415.04	

Lise mezunu ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.002$).

Tablo 53: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	410.42	0.128
Lisans	384.99	

Lise mezunu ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.128 > 0.002$).

Tablo 54: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	283.27	0.006
Yüksek Lisans	224.88	

Lise mezunu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.006 > 0.002$).

Tablo 55: Birinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	253.26	0.518
Doktora	229.41	

Lise mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.518 > 0.002$).

Tablo 56: Birinci Alt Hipotez İçin Ön Lisans Mezunu Olanlar-Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Ön Lisans	348.35	0.003
Lisans	395.88	

Ön lisans ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.003 > 0.002$).

Tablo 57: Birinci Alt Hipotez İçin Ön Lisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Ön Lisans	246.34	0.345
Yüksek Lisans	232.33	

Ön lisans mezunu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.345 > 0.002$).

Tablo 58: Birinci Alt Hipotez İçin Ön Lisans Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Ön Lisans	219.39	0.975
Doktora	249.81	

Ön lisans mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.975 > 0.002$).

Tablo 59: Birinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lisans	194.32	0.021
Yüksek Lisans	160.13	

Lisans mezunu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.021 > 0.002$).

Tablo 60: Birinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lisans	164.68	0.880
Doktora	161.03	

Lisans mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.880 > 0.002$).

Tablo 61: Birinci Alt Hipotez İçin Yüksek Lisans Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Yüksek Lisans	38.91	0.219
Doktora	46.84	

Yüksek lisans mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.219 > 0.002$).

- İkinci hipotez için;

H_{02} : Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık yoktur.

H_{12} : Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

Tablo 62: İkinci Hipotez İçin Test Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı	Medyan	p değeri
Yok	5	696.10	0.001
İlköğretim	47	560.64	
Lise	488	747.42	
Ön Lisans	424	620.58	
Lisans	312	666.20	
Yüksek Lisans	64	696.08	
Doktora	16	621.88	

Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test için ikili gruplar arasında Mann Whitney U Testi yapılarak farklılıklar bulunmuştur. Burada karşılaştırma yapmak için p değeri yerine Bonferroni Düzeltmeli α kullanılır. α değerini hesaplırsak;

Grup sayısı 7

Karşılaştırma sayısı 2

$$\binom{7}{2} = 21$$

$\alpha_{BD} = 0.05/21 = 0.002$ değeri elde edilir ve Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0.002 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir. Karşılaştırma test sonuçlarına bakarsak;

Tablo 63: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-İlköğretim Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	27.70	0.852
İlköğretim	26.37	

Eğitimi olmayan ve ilköğretim mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.852 > 0.002$).

Tablo 64: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Lise Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	246.20	0.990
Lise	247.01	

Eğitimi olmayan ve lise mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.990 > 0.002$).

Tablo 65: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Önlisans Mezunu Olanlar
Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	225.80	0.844
Ön lisans	214.87	

Eğitimi olmayan ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.844 > 0.002$).

Tablo 66: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Yüksek Lisans Mezunu
Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	35.500	0.954
Yüksek Lisans	34.96	

Eğitimi olmayan ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.954 > 0.002$).

**Tablo 67: İkinci Alt Hipotez İçin Eğitim Olmayanlar-Doktora Mezunu Olanlar
Test Sonuçları Karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Eğitimi Olmayanlar	12.00	0.679
Doktora	10.69	

Eğitimi olmayan ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.679 > 0.002$).

**Tablo 68: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lise Mezunu
Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	201.18	0.002
Lise	274.44	

İlköğretim mezunu ve lise mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.002 = 0.002$).

Tablo 69: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Ön Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	217.12	0.315
Ön Lisans	238.09	

İlköğretim mezunu ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.315 > 0.002$).

Tablo 70: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	155.41	0.080
Lisans	183.70	

İlköğretim mezunu ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.080 > 0.002$).

**Tablo 71: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans
Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	49.38	0.062
Yüksek Lisans	60.86	

İlköğretim mezunu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.062 > 0.002$).

**Tablo 72: İkinci Alt Hipotez İçin İlköğretim Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu
Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
İlköğretim	31.17	0.536
Doktora	34.44	

İlköğretim mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.536 > 0.002$).

Tablo 73: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Önlisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	496.06	0.001
Önlisans	410.97	

Lise mezunu ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.002$).

Tablo 74: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	419.28	0.004
Lisans	371.12	

Lise ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.004 > 0.002$).

Tablo 75: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	279.11	0.286
Yüksek Lisans	256.62	

Lise ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.286 > 0.002$).

Tablo 76: İkinci Alt Hipotez İçin Lise Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lise	254.03	0.191
Doktora	204.94	

Lise ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.191 > 0.002$).

Tablo 77: İkinci Alt Hipotez İçin Ön Lisans Mezunu Olanlar-Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Ön Lisans	357.88	0.113
Lisans	382.94	

Ön lisans ve lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.113 > 0.002$).

Tablo 78: İkinci Alt Hipotez İçin Ön Lisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Ön Lisans	240.80	0.134
Yüksek Lisans	269.03	

Ön lisans ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.134 > 0.002$).

Tablo 79: İkinci Alt Hipotez İçin Ön Lisans Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Ön Lisans	220.46	0.975
Doktora	221.47	

Ön lisans mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.975 > 0.002$).

Tablo 80: İkinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar-Yüksek Lisans Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lisans	187.01	0.557
Yüksek Lisans	195.75	

Lisans mezunu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.557 > 0.002$).

Tablo 81: İkinci Alt Hipotez İçin Lisans Mezunu Olanlar- Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Lisans	165.00	0.673
Doktora	154.78	

Lisans mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.673 > 0.002$).

Tablo 82: İkinci Alt Hipotez İçin Yüksek Lisans Mezunu Olanlar-Doktora Mezunu Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Medyan	p değeri
Yüksek Lisans	41.36	0.506
Doktora	46.84	

Yüksek lisans mezunu ve doktora mezunu sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.506 > 0.002$).

- Üçüncü hipotez için;

H₀₃: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₃: Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 83: Üçüncü Hipotez İçin Test Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı	Medyan	p değeri
Yok	5	621.90	0.335
İlköğretim	47	585.18	
Lise	488	693.65	
Ön Lisans	424	664.38	
Lisans	312	684.29	
Yüksek Lisans	64	662.00	
Doktora	16	835.72	

Farklı eğitim durumuna sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.335 > 0.05$).

• Ağrı’da Yaşanılan Yıl İle Sağlık Hizmetleri Görevlilerinin Değişim Sürecindeki Yaklaşımları Arasında Fark Olup Olmaması

Ağrı’da çalışan sağlık personelinin Ağrı’da Yaşama yıllarına göre değişim süreci yaklaşımları arasında fark olup olmadığını tespit etmek için öncelikle aşağıdaki şekilde hipotez kurulmuş olup analiz sonuçları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

H₀: Ağrı’da yaşanan yıl açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark yoktur.

H₁: Ağrı’da yaşanan yıl açısından sağlık çalışanlarının değişim sürecine yaklaşımları arasında fark vardır.

Alt hipotezleri kurup her biri için analiz sonuçlarını incelersek;

- Birinci hipotez için;

H₀₁: Ağrı’da farklı yaşam süresine sahip olan sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₁: Ağrı’da farklı yaşam süresine sahip olan sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 84: Birinci Hipotez İçin Test Sonuçları

Ağrı’da Geçen Yıl	Sayı	Medyan	p değeri
0-5	942	665.30	0.145
6-10	182	695.76	
11-15	9	619.78	
16-20	113	683.13	
21 ve üzeri	110	763.05	

Ağrı’da farklı yaşam süresine sahip olan sağlık çalışanları arasında kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümü ile kamu kurumlarındaki kurumsal gelişim ve dönüşümün paralellik gösterip göstermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.145 > 0.05$).

- İkinci hipotez için;

H₀₂: Ağrı’da yaşama süresi farklı olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık yoktur.

H₁₂: Ağrı’da yaşama süresi farklı olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından anlamlı farklılık vardır.

Tablo 85: İkinci Hipotez İçin Test Sonuçları

Ağrı’da Geçen Yıl	Sayı	Medyan	p değeri
0-5	942	696.36	0.033
6-10	182	644.94	
11-15	9	666.94	
16-20	113	580.38	
21 ve üzeri	110	683.40	

Ağrı’da yaşama süresi farklı olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.033 < 0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test için ikili gruplar arasında Mann Whitney U Testi yapılarak farklılıklar bulunmuştur. Burada karşılaştırma yapmak için p değeri yerine Bonferroni Düzeltmeli α kullanılır. α değerini hesaplırsak;

Grup sayısı 5

Karşılaştırma sayısı 2

$$\binom{5}{2} = 10$$

$\alpha_{BD} = 0.05/10 = 0.005$ değeri elde edilir ve Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0.005 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar test sonuçlarına bakarsak;

Tablo 86: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 6-10 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	569.50	0.099
6-10 yıl	526.28	

Ağrı’da yaşama süresi 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.099 > 0.005$).

Tablo 87: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	476.21	0.808
11-15 yıl	453.89	

Ağrı’da yaşama süresi 1-5 yıl arası ve 11-15 yıl arası olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.808 > 0.005$).

Tablo 88: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	537.58	0.003
16-20 yıl	448.12	

Ağrı'da yaşama süresi 1-5 yıl arası ve 16-20 yıl arası olan sağlık çalışanları arasında Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.003 < 0.005$).

Tablo 89: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı'da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	527.57	0.738
21 yıl ve üzeri	517.35	

Ağrı'da yaşama süresi 1-5 yıl arası ve 21 yıldan fazla olan sağlık çalışanları arasında Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.738 > 0.005$).

Tablo 90: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
6-10 yıl	96.04	0.968
11-15 yıl	95.28	

Ağrı’da yaşama süresi 6-10 yıl arası ve 11-15 yıl arası olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.968 > 0.005$).

Tablo 91: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
6-10 yıl	154.19	0.112
16-20 yıl	138.04	

Ağrı’da yaşama süresi 6-10 yıl arası ve 16-20 yıl arası olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.112 > 0.005$).

Tablo 92: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
6-10 yıl	142.59	0.305
21 yıl ve üzeri	152.98	

Ağrı’da yaşama süresi 6-10 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.305 > 0.005$).

Tablo 93: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 11-15 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
11-15 yıl	70.00	0.451
16-20 yıl	60.82	

Ağrı’da yaşama süresi 11-15 yıl arası ve 16-20 yıl arası olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.451 > 0.005$).

Tablo 94: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 11-15 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
11-15 yıl	62.78	0.800
21 ve üzeri	59.77	

Ağrı’da yaşama süresi 11-15 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.800 > 0.005$).

Tablo 95: İkinci Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 16-20 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
16-20 yıl	104.41	0.074
21 yıl ve üzeri	119.80	

Ağrı’da yaşama süresi 16-20 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların kalıcılığı ve sürekliliğinin, Sağlık Bakanlığı politikalarının Ağrı ilindeki değişim çalışmalarının devamlılığı ile doğrudan ilişkili olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.074 > 0.005$).

- Üçüncü hipotez için;

H₀₃: Ağrı’da farklı yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık yoktur.

H₁₃: Ağrı’da farklı yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde anlamlı farklılık vardır.

Tablo 96: Üçüncü Hipotez İçin Test Sonuçları

Ağrı’da Geçen Yıl	Sayı	Medyan	p değeri
0-5	942	716.93	0.001
6-10	182	500.90	
11-15	9	540.72	
16-20	113	645.47	
21 ve üzeri	110	488.49	

Ağrı’da farklı yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test için ikili gruplar arasında Mann Whitney U Testi yapılarak farklılıklar bulunmuştur. Burada karşılaştırma yapmak için p değeri yerine Bonferroni Düzeltmeli α kullanılır. α değerini hesaplırsak;

Grup sayısı 5

Karşılaştırma sayısı 2

$$\binom{5}{2} = 10$$

$\alpha_{BD}=0.05/10 = 0.005$ değeri elde edilir ve Kruskal-Wallis testi sonrasında Mann-Whitney testi ile elde edilen p değerleri bulunan 0.005 değeri ile karşılaştırılıp sonuca karar verilir. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar test sonuçlarına bakarsak;

Tablo 97: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 6-10 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	591.56	0.001
6-10 yıl	412.11	

Ağrı’da 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.005$).

Tablo 98: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	477.21	0.164
11-15 yıl	349.61	

Ağrı’da 1-5 yıl ve 11-15 yıl arası yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.164 > 0.005$).

Tablo 99: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	533.82	0.073
16-20 yıl	479.47	

Ağrı’da 1-5 yıl ve 16-20 yıl arası yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.073 > 0.005$).

Tablo 100: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 1-5 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
1-5 yıl	528.84	0.464
21 yıl ve üzeri	506.46	

Ağrı’da 1-5 yıl ve 21 yıl ve üzeri yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.464 > 0.005$).

Tablo 101: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 11-15 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
6-10 yıl	95.51	0.576
11-15 yıl	106.00	

Ağrı’da 6-10 yıl arası ve 11-15 yıl arası yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.576 > 0.005$).

Tablo 102: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
6-10 yıl	136.16	0.002
16-20 yıl	167.08	

Ağrı’da 6-10 yıl arası ve 16-20 yıl arası yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.002 < 0.005$).

Tablo 103: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 6-10 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
6-10 yıl	131.63	0.001
21 yıl ve üzeri	171.10	

Ağrı’da 6-10 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.001 < 0.005$).

Tablo 104: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 11-15 Arasında Olanlar ve 16-20 Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
11-15 yıl	52.22	0.410
16-20 yıl	62.24	

Ağrı’da 11-15 yıl arası ve 16-20 yıl arası yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.410 > 0.005$).

Tablo 105: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 11-15 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
11-15 yıl	47.89	0.272
21 ve üzeri	60.99	

Ağrı’da 11-15 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.272 > 0.005$).

Tablo 106: Üçüncü Alt Hipotez İçin Ağrı’da Bulunma Yılı 16-20 Arasında Olanlar ve 21 ve Üzeri Arasında Olanlar Test Sonuçları Karşılaştırılması

Yıl	Medyan	p değeri
16-20 yıl	107.69	0.310
21 yıl ve üzeri	116.43	

Ağrı’da 16-20 yıl arası ve 21 yıl ve üzeri yaşama süresine sahip sağlık çalışanları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki reformların, Ağrı’daki vatandaşlar arasındaki sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri büyük oranda giderip gidermediği düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.310 > 0.005$).

6.3. Anket Çalışmasının Bulguları ve Sonuçları

Ağrı ili ve ilçelerinde yapılmış olan anket çalışmasından sağlanan bulgular, anket soru formunda bulunan soruların sistematığıne uygun olarak bölüm ve soru sırasına göre çözümlenmektedir.

Tablo 107: Soru 5 Cevap ve Oranları

Soru 5	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	260	19,2
Kısmen Katılıyorum	886	65,3
Kararsızım	96	7,1
Katılmıyorum	54	4,0
Fikrim Yok	55	4,1
Toplam	1356	100,0

Soru 5’te sağlık reformlarının kamu yararı ve toplumsal fayda açısından insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı kurallarına dayandırıldığına katılıyor musunuz? Sorusuna %65 oranında kısmen katılıyorum, %19 oranında ise tamamen katılıyorum şeklinde cevap alınmıştır. Cevaplayıcıların çoğundan beklenen cevap alınmıştır.

Tablo 108: Soru 6 Cevap ve Oranları

Soru 6	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	80	5,9
Kısmen Katılıyorum	991	73,1
Kararsızım	62	4,6
Katılmıyorum	174	12,8
Fikrim Yok	49	3,6
Toplam	1356	100,0

Soru 6’da, Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün teknolojik gelişmeler olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %73 oranında kısmen katılıyorum, şeklinde cevap alınmıştır. Bu cevaplayıcıların çoğundan beklenen bir durumdur.

Tablo 109: Soru 7 Cevap ve Oranları

Soru 7	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	135	10,0
Kısmen Katılıyorum	269	19,8
Kararsızım	341	25,1
Katılmıyorum	397	29,3
Fikrim Yok	214	15,8
Toplam	1356	100,0

Soru 7’de, Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün ekonomik gelişmeler olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %10 oranında tamamen katılıyorum, %19,8 oranında kısmen katılıyorum, %25,1 oranında kararsızım, %29,3 oranında katılmıyorum ve %15,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu cevaplayıcılardan beklenen bir durumdur.

Tablo 110: Soru 8 Cevap ve Oranları

Soru 8	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	534	39,4
Kısmen Katılıyorum	373	27,5
Kararsızım	247	18,2
Katılmıyorum	99	7,3
Fikrim Yok	103	7,6
Toplam	1356	100,0

Soru 8’de, kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün vatandaşların beklentilerinde meydana gelen değişimler olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %39,4 oranında tamamen katılıyorum, %27,5 oranında kısmen katılıyorum, %18,2 oranında kararsızım, %7,3 oranında katılmıyorum ve %7,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap

alınmıştır. Bu cevaplayıcılardan beklenen bir durumdur. Vatandaşların beklentileri değişim göstermektedir. Sağlık politikalarında her geçen gün hizmetlerin gelişmesine yönelik çabaların artarak devam ettiğini söylemek mümkündür. Bu süreç Cumhuriyet döneminde çok net görülmektedir. Bu sonuçlar değişim ve dönüşüm çalışmalarının çoğunlukla ihtiyaç ve beklentilere yönelik gerçekleştirildiğini de doğrulamaktadır.

Tablo 111: Soru 9 Cevap ve Oranları

Soru 9	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	311	22,9
Kısmen Katılıyorum	412	30,4
Kararsızım	335	24,7
Katılmıyorum	137	10,1
Fikrim Yok	161	11,9
Toplam	1356	100,0

Soru 9’da, kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün finans harcamalarındaki düzenlemeler olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %22,9 oranında tamamen katılıyorum, %30,4 oranında kısmen katılıyorum, %24,7 oranında kararsızım, %10,1 oranında katılmıyorum ve %11,9 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu cevaplayıcılardan beklenen bir durumdur. Katılımcıların %53,4’ü finansal anlamda düzenlemelerin etkisi olduğuna inanmaktadır. Bu da bize finans konusundaki reformların önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 112: Soru 10 Cevap ve Oranları

Soru 10	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	72	5,3
Kısmen Katılıyorum	511	37,7
Kararsızım	510	37,6
Katılmıyorum	154	11,4
Fikrim Yok	109	8,0
Toplam	1356	100,0

Soru 10’da, kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün Sivil Toplum Kuruluşlarının çalışmaları olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %5,3 oranında tamamen katılıyorum, %37,7 oranında kısmen katılıyorum, %37,6 oranında kararsızım, %11,4 oranında katılmıyorum ve %8,0 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 113: Soru 11 Cevap ve Oranları

Soru 11	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	494	36,4
Kısmen Katılıyorum	448	33,0
Kararsızım	198	14,6
Katılmıyorum	83	6,1
Fikrim Yok	133	9,8
Toplam	1356	100,0

Soru 11’de, kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmaya sebep olan faktörün Uluslararası Kuruluşlar olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %36,4 oranında tamamen katılıyorum, %33,0 oranında kısmen katılıyorum, %14,6 oranında kararsızım, %6,1 oranında katılmıyorum ve %9,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Burada da görüldüğü gibi katılımcıların %69,4 oranında Uluslararası kuruluşların sağlık politikalarının üzerinde etkisi olduğuna yönelik cevaplar alınmıştır. Cevaplayıcıların bu sorudaki görüşleri dikkat çekicidir.

Tablo 114: Soru 12 Cevap ve Oranları

Soru 12	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	354	26,1
Kısmen Katılıyorum	398	29,4
Kararsızım	309	22,8
Katılmıyorum	198	14,6
Fikrim Yok	97	7,2
Toplam	1356	100,0

Soru 12’de, kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanması olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %26,1 oranında tamamen katılıyorum, %29,4 oranında kısmen katılıyorum, %22,8 oranında kararsızım, %14,8 oranında katılmıyorum ve %7,2 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Yine bu sorunun cevaplarında da katılımcıların vatandaşların istek, ihtiyaç ve beklentileri ile birlikte yönetimi sorgulayıcı tutumlarının etkisini görmek mümkün olmuştur. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda değişimin ve sağlık reformlarının çıkış noktasına ilişkin temel etkenleri değerlendirmek önemli hale gelmektedir.

Tablo 115: Soru 13 Cevap ve Oranları

Soru 13	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	89	6,6
Kısmen Katılıyorum	723	53,3
Kararsızım	257	19,0
Katılmıyorum	202	14,9
Fikrim Yok	85	6,3
Toplam	1356	100,0

Soru 13’te, kamu kurumlarında oluşturulan değişim ve dönüşüm programlarının Ağrı ilinde toplumsal fayda sağladığına ve kamu yararını artırabildiğine inanıyor musunuz? sorusuna %6,6 oranında tamamen katılıyorum, %53,3 oranında kısmen katılıyorum, %19,0 oranında kararsızım, %14,9 oranında katılmıyorum ve %6,3 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Görüldüğü gibi sağlık personelinin %59,9 oranında değişim ve dönüşüm programlarında Ağrı ilinde toplumsal fayda ve kamu yararının artmasına etki ettiği düşüncesinin gerçekleştiğini söylemek mümkündür.

Tablo 116: Soru 14 Cevap ve Oranları

Soru 14	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	576	42,5
Kısmen Katılıyorum	341	25,1
Kararsızım	250	18,4
Katılmıyorum	144	10,6
Fikrim Yok	45	3,3
Toplam	1356	100,0

Soru 14’te, kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümünün kamu kurumlarında öngörülen kurumsal gelişim ve dönüşümle paralellik arz ettiğine inanıyor musunuz? sorusuna %42,5 oranında tamamen katılıyorum, %25,1 oranında kısmen katılıyorum, %18,4 oranında kararsızım, %10,6 oranında katılmıyorum ve %3,3 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu soruda katılımcılara genel olarak çalışmanın birinci denencesine yönelik düşünceleri sorulmuştur. Cevaplar beklenen doğrultuda gerçekleşmiştir.

Tablo 117: Soru 15 Cevap ve Oranları

Soru 15	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	234	17,3
Kısmen Katılıyorum	505	37,2
Kararsızım	255	18,8
Katılmıyorum	204	15,0
Fikrim Yok	158	11,7
Toplam	1356	100,0

Soru 15’te, sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Aile Hekimliği uygulaması olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %17,3 oranında tamamen katılıyorum, %37,2 oranında kısmen katılıyorum, %18,8 oranında kararsızım, %15,0 oranında katılmıyorum ve %11,7 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Sağlık

alışanlarının Ağrı ilindeki aile hekimliği uygulamaları ile ilgili cevaplamaları ortaya çıkmış ve dağılım belirlenmiştir.

Tablo 118: Soru 16 Cevap ve Oranları

Soru 16	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	24	1,8
Kısmen Katılıyorum	94	6,9
Kararsızım	121	8,9
Katılmıyorum	1052	77,6
Fikrim Yok	65	4,8
Toplam	1356	100,0

Soru 16’da, sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Hastanelerin Birleştirilmesi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %1,8 oranında tamamen katılıyorum, %6,9 oranında kısmen katılıyorum, %8,9 oranında kararsızım, %77,6 oranında katılmıyorum ve %4,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu soruda karşılaşılan cevap en dikkat çekici oranlardan biri olmuştur. Net bir şekilde hastanelerin birleştirilmesinin sağlık hizmetleri kapsamında kalıcı olmadığına inanıldığı gözlenmektedir.

Tablo 119: Soru 17 Cevap ve Oranları

Soru 17	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	99	7,3
Kısmen Katılıyorum	501	36,9
Kararsızım	432	31,9
Katılmıyorum	162	11,9
Fikrim Yok	162	11,9
Toplam	1356	100,0

Soru 17’de, sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Acil Sağlık Hizmetlerinin gelişimi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %7,3 oranında tamamen katılıyorum,

%36,9 oranında kısmen katılıyorum, %31,9 oranında kararsızım, %11,9 oranında katılmıyorum ve %11,9 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 120: Soru 18 Cevap ve Oranları

Soru 18	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	152	11,2
Kısmen Katılıyorum	456	33,6
Kararsızım	372	27,4
Katılmıyorum	181	13,3
Fikrim Yok	195	14,4
Toplam	1356	100,0

Soru 18’de, sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Akılcı İlaç Yönetimi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %11,2 oranında tamamen katılıyorum, %33,6 oranında kısmen katılıyorum, %27,4 oranında kararsızım, %13,3 oranında katılmıyorum ve %14,4 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 121: Soru 19 Cevap ve Oranları

Soru 19	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	351	25,9
Kısmen Katılıyorum	381	28,1
Kararsızım	315	23,2
Katılmıyorum	192	14,2
Fikrim Yok	117	8,6
Toplam	1356	100,0

Soru 19’da, sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Genel Sağlık Sigortasının tesis edilmesi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %25,9 oranında tamamen katılıyorum, %28,1 oranında kısmen katılıyorum, %23,2 oranında kararsızım, %14,2 oranında katılmıyorum ve %8,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Burada da görülmektedir ki katılımcılar cevaplarında Genel Sağlık Sigortasının geçerliliği konusunda çoğunlukla reformların kalıcılığına katkı sağladığı düşüncesindedirler.

Tablo 122: Soru 20 Cevap ve Oranları

Soru 20	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	283	20,9
Kısmen Katılıyorum	522	38,5
Kararsızım	284	20,9
Katılmıyorum	151	11,1
Fikrim Yok	116	8,6
Toplam	1356	100,0

Soru 20’de, sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Sağlık Bilgi Sisteminin oluşturulması olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %20,9 oranında tamamen katılıyorum, %38,5 oranında kısmen katılıyorum, %20,9 oranında kararsızım, %11,1 oranında katılmıyorum ve %8,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının bir bilgi alt yapısı ile birlikte faaliyetlerinde kolaylık sağlanacağı beklentisi ön plana çıkmaktadır.

Tablo 123: Soru 21 Cevap ve Oranları

Soru 21	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	219	16,2
Kısmen Katılıyorum	579	42,7
Kararsızım	306	22,6
Katılmıyorum	144	10,6
Fikrim Yok	108	8,0
Toplam	1356	100,0

Soru 21’de, sağlık hizmetlerindeki reformlar sonrasında öngörülen sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ve sonrası dönemde kalıcı etki bırakacağına inanıyor musunuz? sorusuna %16,2 oranında tamamen katılıyorum, %42,7 oranında kısmen katılıyorum, %22,6 oranında kararsızım, %10,6 oranında katılmıyorum ve %8,0 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Katılımcılara, tez çalışmasında

belirtilen ikinci denence çerçevesinde sorulan bu soruda sağlık reformlarının sürdürülebilirliğine ilişkin olumlu cevaplar görülmektedir. Bu kapsamda değişim ve dönüşümü sağlayan reformların sonrası dönemde kalıcı etki bırakacağına yönelik temel bir cevap görülmektedir.

Tablo 124: Soru 22 Cevap ve Oranları

Soru 22	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	31	2,3
Kısmen Katılıyorum	1013	74,7
Kararsızım	140	10,3
Katılmıyorum	123	9,1
Fikrim Yok	49	3,6
Toplam	1356	100,0

Soru 22’de, kurumunuzda değişime ihtiyaç duyulması durumunda değişimin gerekli olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %2,3 oranında tamamen katılıyorum, %74,7 oranında kısmen katılıyorum, %10,3 oranında kararsızım, %9,1 oranında katılmıyorum ve %3,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Katılımcılara, tez çalışmasında belirtilen değişimin gerekliliği konusundaki görüşleri alınmıştır. Burada da görülmektedir ki kısmen katılıyorum cevabı değişimin büyük oranda bazı şartlar altında veya dönemlerde beklemesi mümkündür.

Tablo 125: Soru 23 Cevap ve Oranları

Soru 23	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	189	13,9
Kısmen Katılıyorum	494	36,4
Kararsızım	253	18,7
Katılmıyorum	240	17,7
Fikrim Yok	180	13,3
Toplam	1356	100,0

Soru 23’te, kurumsal değişim ve reform çalışmalarının devamlılığının, sağlık hizmetlerinin kalıcılığına katkı sağladığına inanıyor musunuz? sorusuna %13,9 oranında tamamen katılıyorum, %36,4 oranında kısmen katılıyorum, %18,7 oranında kararsızım, %17,7 oranında katılmıyorum ve %13,3 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Cevapların dağılımı beklenen şekilde olmamıştır.

Tablo 126: Soru 24 Cevap ve Oranları

Soru 24	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	118	8,7
Kısmen Katılıyorum	139	10,3
Kararsızım	628	46,3
Katılmıyorum	336	24,8
Fikrim Yok	135	10,0
Toplam	1356	100,0

Soru 24’te, sağlık konusunda oluşturulan reformların kalıcı olmasına, çalışanların direnç göstermelerinin etki ettiğine katılıyor musunuz? sorusuna %8,7 oranında tamamen katılıyorum, %10,3 oranında kısmen katılıyorum, %46,3 oranında kararsızım, %24,8 oranında katılmıyorum ve %10 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Katılımcılar burada çoğunlukla kararsız kalmıştır.

Tablo 127: Soru 25 Cevap ve Oranları

Soru 25	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	53	3,9
Kısmen Katılıyorum	852	62,8
Kararsızım	236	17,4
Katılmıyorum	125	9,2
Fikrim Yok	90	6,6
Toplam	1356	100,0

Soru 25’te, Sağlık Bakanlığı’nın reform çalışmalarının zamanlamasının uygun olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %3,9 oranında tamamen katılıyorum, %62,8 oranında kısmen katılıyorum, %17,4 oranında kararsızım, %9,2 oranında

katılmıyorum ve %6,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Katılımcılar burada çoğunlukla kısmen zamanlamanın uygun olduğunu düşünmektedir.

Tablo 128: Soru 26 Cevap ve Oranları

Soru 26	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	129	9,5
Kısmen Katılıyorum	381	28,1
Kararsızım	221	16,3
Katılmıyorum	478	35,3
Fikrim Yok	107	7,9
Toplam	1356	100,0

Soru 26’da, Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmeti alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı’ndaki sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artması/azalması konusun etkili olduğuna katılıyor musunuz?sorusuna %9,5 oranında tamamen katılıyorum, %28,1 oranında kısmen katılıyorum, %16,3 oranında kararsızım, %35,3 oranında katılmıyorum ve %7,9 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 129: Soru 27 Cevap ve Oranları

Soru 27	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	140	10,3
Kısmen Katılıyorum	350	25,8
Kararsızım	272	20,1
Katılmıyorum	172	12,7
Fikrim Yok	422	31,1
Toplam	1356	100,0

Soru 27’de, Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı’ndaki Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesinin etkili olduğuna katılıyor musunuz?sorusuna %10,3 oranında tamamen katılıyorum, %25,8oranında kısmen katılıyorum, %20,1 oranında kararsızım, %12,7 oranında katılmıyorum ve %31,1 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 130: Soru 28 Cevap ve Oranları

Soru 28	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	237	17,5
Kısmen Katılıyorum	411	30,3
Kararsızım	294	21,7
Katılmıyorum	281	20,7
Fikrim Yok	133	9,8
Toplam	1356	100,0

Soru 28’de, Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında en etkili reformun, Sağlık Bakanlığı’ndaki Hizmet Kalitesinin Yükseltilmesi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %17,5 oranında tamamen katılıyorum, %30,3 oranında kısmen katılıyorum, %21,7 oranında kararsızım, %20,7 oranında katılmıyorum ve %9,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 131: Soru 29 Cevap ve Oranları

Soru 29	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	161	11,9
Kısmen Katılıyorum	788	58,1
Kararsızım	166	12,2
Katılmıyorum	155	11,4
Fikrim Yok	86	6,3
Toplam	1356	100,0

Soru 29’da, Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı’ndaki sağlık hizmetlerindeki reformlarının en çok Sağlık Bakanlığı’nın planlama, düzenleme ve denetleme rolünün güçlendirilmesi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %11,9 oranında tamamen katılıyorum, %58,1 oranında kısmen katılıyorum, %12,2 oranında kararsızım, %11,4 oranında katılmıyorum ve %6,3 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Burada belirgin şekilde Sağlık Bakanlığı’nda yaşanan yeniden yapılanma sürecinin katılımcılarda yarattığı etki göze çarpmaktadır.

Tablo 132: Soru 30 Cevap ve Oranları

Soru 30	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	78	5,8
Kısmen Katılıyorum	304	22,4
Kararsızım	542	40,0
Katılmıyorum	259	19,1
Fikrim Yok	169	12,5
Toplam	1356	100,0

Soru 30’da, Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı’ndaki sağlık hizmetlerindeki reformlarının en çok tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %5,8 oranında tamamen katılıyorum, %22,4 oranında kısmen katılıyorum, %40,0 oranında kararsızım, %19,1 oranında katılmıyorum ve %12,5 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 133: Soru 31 Cevap ve Oranları

Soru 31	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	122	9,0
Kısmen Katılıyorum	751	55,4
Kararsızım	374	27,6
Katılmıyorum	63	4,6
Fikrim Yok	46	3,4
Toplam	1356	100,0

Soru 31’de, kurumunuzun devamlı bir değişim içinde olduğu görüşüne katılıyor musunuz? sorusuna %9,0 oranında tamamen katılıyorum, %55,4 oranında kısmen katılıyorum, %27,6 oranında kararsızım, %4,6 oranında katılmıyorum ve %3,4 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu soruda sağlık çalışanlarının kurumları hakkında değişim konusunda bir görüş taşıdıkları söylenebilir. Beklenen cevap kısmen de olsa burada göze çarpmaktadır.

Tablo 134: Soru 32 Cevap ve Oranları

Soru 32	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	65	4,8
Kısmen Katılıyorum	753	55,5
Kararsızım	186	13,7
Katılmıyorum	222	16,4
Fikrim Yok	130	9,6
Toplam	1356	100,0

Soru 32’de, kurumunuzun çoğunlukla kriz durumunda bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz? sorusuna %4,8 oranında tamamen katılıyorum, %55,5 oranında kısmen katılıyorum, %13,7 oranında kararsızım, %16,4 oranında katılmıyorum ve %9,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu soruda da aynı şekilde sağlık çalışanlarının kurumları hakkında değişim konusunda bir görüş taşıdıkları söylenebilir. Beklenen cevap kısmen de olsa burada da göze çarpmaktadır.

Tablo 135: Soru 33 Cevap ve Oranları

Soru 33	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	552	40,7
Kısmen Katılıyorum	288	21,2
Kararsızım	247	18,2
Katılmıyorum	132	9,7
Fikrim Yok	137	10,1
Toplam	1356	100,0

Soru 33’te, kurumunuzun çoğunlukla hükümet kararıyla bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz? sorusuna %40,7 oranında tamamen katılıyorum, %21,2 oranında kısmen katılıyorum, %18,2 oranında kararsızım, %9,7 oranında katılmıyorum ve %10,1 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 136: Soru 34 Cevap ve Oranları

Soru 34	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	47	3,5
Kısmen Katılıyorum	199	14,7
Kararsızım	463	34,1
Katılmıyorum	499	36,8
Fikrim Yok	148	10,9
Toplam	1356	100,0

Soru 34’te, kurumunuzun çoğunlukla rekabet durumunda bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz? sorusuna %3,5 oranında tamamen katılıyorum, %14,7 oranında kısmen katılıyorum, %34,1 oranında kararsızım, %36,8 oranında katılmıyorum ve %10,9 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 137: Soru 35 Cevap ve Oranları

Soru 35	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	268	19,8
Kısmen Katılıyorum	646	47,6
Kararsızım	265	19,5
Katılmıyorum	133	9,8
Fikrim Yok	44	3,2
Toplam	1356	100,0

Soru 35’te, kurumunuzun çoğunlukla sivil toplum kuruluşları etkisi ile değişim içine girdiğine katılıyor musunuz? sorusuna %19,8 oranında tamamen katılıyorum, %47,6 oranında kısmen katılıyorum, %19,5 oranında kararsızım, %9,8 oranında katılmıyorum ve %3,2 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 138: Soru 36 Cevap ve Oranları

Soru 36	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	121	8,9
Kısmen Katılıyorum	388	28,6
Kararsızım	381	28,1
Katılmıyorum	269	19,8
Fikrim Yok	197	14,5
Toplam	1356	100,0

Soru 36’da, kurumunuzun çoğunlukla nedensiz bir şekilde bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz? sorusuna %8,9 oranında tamamen katılıyorum, %28,6 oranında kısmen katılıyorum, %28,1 oranında kararsızım, %19,8 oranında katılmıyorum ve %14,5 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 139: Soru 37 Cevap ve Oranları

Soru 37	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	249	18,4
Kısmen Katılıyorum	727	53,6
Kararsızım	207	15,3
Katılmıyorum	150	11,1
Fikrim Yok	23	1,7
Toplam	1356	100,0

Soru 37’de, sağlık hizmetlerinde yapılan reformların Ağrı ilinde yaşayan vatandaşlar arasında sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri ortadan kaldırdığına inanıyor musunuz? sorusuna %18,4 oranında tamamen katılıyorum, %53,6 oranında kısmen katılıyorum, %15,3 oranında kararsızım, %11,1 oranında katılmıyorum ve %1,7 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu soruda görülen en önemli sonuç tez çalışmasının üçüncü denencesini doğrular bir nitelik belirtisi bulunmasıdır. Sağlık reformlarının vatandaşların aldığı sağlık hizmetleri içinde bulunan eşitsizliklerin sağlık çalışanları tarafından kaybolduğuna ait bir cevap elde edilmiştir.

Tablo 140: Soru 38 Cevap ve Oranları

Soru 38	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	36	2,7
Kısmen Katılıyorum	101	7,4
Kararsızım	588	43,4
Katılmıyorum	335	24,7
Fikrim Yok	296	21,8
Toplam	1356	100,0

Soru 38’de, kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların yeni duruma uyacak kapasitesi olmamasından kaynaklandığına inanıyor musunuz?

sorusuna %2,7 oranında tamamen katılıyorum, %7,4 oranında kısmen katılıyorum, %43,4 oranında kararsızım, %24,7 oranında katılmıyorum ve %21,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 141: Soru 39 Cevap ve Oranları

Soru 39	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	369	27,2
Kısmen Katılıyorum	447	33,0
Kararsızım	280	20,6
Katılmıyorum	197	14,5
Fikrim Yok	63	4,6
Toplam	1356	100,0

Soru 39’da, kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların işlerini kaybedecekleri korkusundan kaynaklandığına inanıyor musunuz? sorusuna %27,2 oranında tamamen katılıyorum, %33,0 oranında kısmen katılıyorum, %20,6 oranında kararsızım, %14,5 oranında katılmıyorum ve %4,6 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 142: Soru 40 Cevap ve Oranları

Soru 40	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	187	13,8
Kısmen Katılıyorum	513	37,8
Kararsızım	541	39,9
Katılmıyorum	73	5,4
Fikrim Yok	42	3,1
Toplam	1356	100,0

Soru 40’ta, kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların mevcut gelirlerini kaybedecekleri korkusundan kaynaklandığına inanıyor musunuz? sorusuna %13,8 oranında tamamen katılıyorum, %37,8 oranında kısmen katılıyorum, %39,9 oranında kararsızım, %5,4 oranında katılmıyorum ve %3,1 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 143: Soru 41 Cevap ve Oranları

Soru 41	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	52	3,8
Kısmen Katılıyorum	657	48,5
Kararsızım	337	24,9
Katılmıyorum	230	17,0
Fikrim Yok	80	5,9
Toplam	1356	100,0

Soru 41’de, kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların değişimin içeriği hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklandığına inanıyor musunuz? sorusuna %3,8 oranında tamamen katılıyorum, %48,5 oranında kısmen katılıyorum, %24,9 oranında kararsızım, %17,0 oranında katılmıyorum ve %5,9 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 144: Soru 42 Cevap ve Oranları

Soru 42	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	18	1,3
Kısmen Katılıyorum	181	13,3
Kararsızım	633	46,7
Katılmıyorum	351	25,9
Fikrim Yok	173	12,8
Toplam	1356	100,0

Soru 42’de, kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının yönetime güven duyulmamasından olduğuna inanıyor musunuz? sorusuna %1,3 oranında tamamen katılıyorum, %13,3 oranında kısmen katılıyorum, %46,7 oranında kararsızım, %25,9 oranında katılmıyorum ve %12,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 145: Soru 43 Cevap ve Oranları

Soru 43	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	637	47,0
Kısmen Katılıyorum	491	36,2
Kararsızım	112	8,3
Katılmıyorum	58	4,3
Fikrim Yok	58	4,3
Toplam	1356	100,0

Soru 43'te, sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için köklü değişimin gerektiğine katılıyor musunuz? sorusuna %47,0 oranında tamamen katılıyorum, %36,2 oranında kısmen katılıyorum, %8,3 oranında kararsızım, %4,3 oranında katılmıyorum ve %4,3 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır. Bu sonuçta da görüldüğü gibi reformların sürekliliği için kalıcı etki bırakan değişim ve dönüşüm uygulamaları sorun veya sorunların çözümünü sağlayacak olumlu bir düşüncedir. Sağlık çalışanları bu soruya beklenen cevabı vermiştir.

Tablo 146: Soru 44 Cevap ve Oranları

Soru 44	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	198	14,6
Kısmen Katılıyorum	750	55,3
Kararsızım	184	13,6
Katılmıyorum	141	10,4
Fikrim Yok	83	6,1
Toplam	1356	100,0

Soru 44'te, sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişimin derhal uygulanmasının gerektiğine katılıyor musunuz? sorusuna %14,6 oranında tamamen katılıyorum, %55,3 oranında kısmen katılıyorum, %13,6 oranında kararsızım, %10,4 oranında katılmıyorum ve %6,1 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 147: Soru 45 Cevap ve Oranları

Soru 45	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	355	26,2
Kısmen Katılıyorum	578	42,6
Kararsızım	205	15,1
Katılmıyorum	167	12,3
Fikrim Yok	51	3,8
Toplam	1356	100,0

Soru 45’te, sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişimden etkilenenlerin görüşleri çerçevesinde hareket etmenin gerektiğine katılıyor musunuz? sorusuna %26,2 oranında tamamen katılıyorum, %42,6 oranında kısmen katılıyorum, %15,1 oranında kararsızım, %12,3 oranında katılmıyorum ve %3,8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

Tablo 148: Soru 46 Cevap ve Oranları

Soru 46	Toplam Sayı	Oran
Tamamen Katılıyorum	148	10,9
Kısmen Katılıyorum	227	16,7
Kararsızım	345	25,4
Katılmıyorum	527	38,9
Fikrim Yok	109	8,0
Toplam	1356	100,0

Soru 46’da, sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişme öncesi duruma dönmenin gerekli olduğuna katılıyor musunuz? sorusuna %10,9 oranında tamamen katılıyorum, %16,7 oranında kısmen katılıyorum, %25,4 oranında kararsızım, %38,9 oranında katılmıyorum ve %8 oranında fikrim yok şeklinde cevap alınmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

GENEL DEĞERLENDİRME

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde konu hakkında yapılan anket sonuçları değerlendirilerek elde edilen bilgi ve bulgular ışığında tespit edilen önemli konulara yer verilmiştir.

7.1. Sonuç

Bir yerde yaşam varsa değişim kaçınılmazdır. Gerek birey olarak insan ve gerekse insanların oluşturduğu organizasyonlar her an değişmektedir. Bu değişimin olumlu yönde olanı hem insanı hem de organizasyonları geliştirir, büyütür. Bu büyüme için ise yenilik ve dönüşüm gereklidir. Evrende hiçbir şey yerinde durmamaktadır. Bu kapsamda sürekli bir yere veya duruma yönelme ve bu esnada da dönüştürme gerçekleşir. En geniş anlamıyla değişim bir şeyin mevcut durum, mekân, zaman ve sahip olduğu şeklinden diğer bir durum, mekân, zaman veya şekle bürünmesidir. Değişim demek gelişim ve dönüşüm demektir. İnsanlar, organizasyonlar, kurumlar, devletler, dünya ve evren sürekli değişmekte ve gelişmektedir. İnsanın değişimi ve gelişimi geniş anlamda evreni de değiştirebilir. Bir şeyin içerisinde insan olgusu yer almışsa o şey değişir, gelişir. Bunun olumsuz anlamda tersi de söz konusudur. Ancak insan kendisiyle beraber bir arada olduğu diğer insan toplulukları ile etkileşim içerisinde. Burada açıklanmak istenen şey, insanın gelişimine paralel olarak organizasyonların ve devletlerin de toplamda değişebilmesi ve gelişebilmesidir.

İnsanlık tarihi değişim ve dönüşüm atılımlarıyla doludur. Her millet kendi çabalarıyla ya da diğer milletlerden etkilenecek değişim göstermiştir. İnsanların en önemli buluş, keşif ve çalışmaları sürekli bir değişim ve dönüşüm anlayışıyla olmuştur. Siyaset anlamındaki değişim ve dönüşüm ise karar alıcıların reformları sayesinde gerçekleşmiştir. Bir değişim ve dönüşümü anlatmak için öncelikle mevcut durumun geliştirilmesi akla gelmelidir. Reform ise bu durumun ortadan kaldırılıp

yerine yeni bir anlayış inşa etmek demektir. Yeniçağın gereksinimleri bu anlayışın yardımıyla daha kısa zamanda hayat bulabilmektedir.

Bu gereksinimler çoğunlukla hizmet konularındaki değişimi ve dönüşümü kapsamaktadır. Günümüzde insanlar yaşadıkları topraklar üzerinde öncelikle sağlık ve huzurla yaşamayı, devamında ise güvenlik ve sosyal ihtiyaçlarını ön plana çıkarmışlardır. Bunun kaçınılmaz sonucu olarak da yönetim ve yönetilme kavramları önem kazanmıştır. İyi yönetilen organizasyonlar ve kurumlar bunun sonucunda iyi yönetilen devletleri ve de sağlıklı ve üretken toplumları yaşatmaya başlamışlardır. Bu, toplumların değişken durumlarının daha az kontrolü ile daha standart yaşamların oluşmasını, adil gelir dağılımını, mutlu yaşamı ve sürdürülebilir reformları beraberinde getirmiştir. İleri toplumlar çağın gereksinim duyduğu değişen durumların insanlar üzerindeki yansımalarını zaman geçirmeden kamu politikaları haline getirmek ve uygulamak suretiyle ilerleyebilmektedir. Aynı zamanda gelişmiş toplumların örnek uygulamaları dünya çapında kurulan uluslararası kurum ve kuruluşlarla diğer ülke ve toplumlara ışık tutmaya başlamıştır. Bu çerçevede özellikle sağlık alanında dünya genelinde etkili olan kuruluşların örnek verdiği standartlar hızla diğer ülkelere ulaştırılmaktadır.

Türkiye, dünya çapında etkisi son derece önemli olan bu uluslararası kuruluşlara üyedir. Türkiye dünya için oluşturulan ve hız kesmeyen gelişim ve dönüşüm uygulamalarından yapmış olduğu reformlar sayesinde gerek bölgesel ve gerekse dünya genelinde uyumu en çabuk olan ülkelerden bir tanesidir. Bu kapsamda Türkiye, değişimi benimsemiş kurumları geliştirmek ve örnek model uygulamalarını hayata geçirmek için son 12 yıldır tüm kurum ve kuruluşlarına hareket kazandıran birçok reform uygulamasını hayata geçirmiştir. Bunların başında Sağlık Bakanlığı gelmektedir. Cumhuriyet döneminin başından günümüze kadar bakanlıkça izlenen çeşitli sağlık politikaları mevcuttur. Dönemsel olarak başarılı ve başarısız olan uygulamalar olmasına karşın bakanlık kendisini çağın şartlarına uygun şekilde yenilemeyi öncelik haline getirmiştir.

Sonuç olarak, araştırma konusunda da belirtildiği gibi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişim ve Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme başlığı ile öncelikle değişim konusunun önemi kuramsal çerçeve

kapsamında verilmiş, sonrasında bakanlıkla ilgili tarihsel arka plan ortaya konularak Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) incelenmiş ve sonunda bu reform uygulamalarının bir yansıması biçiminde Ağrı ilinde sağlık çalışanlarını kapsayan bir alan araştırması yapılmıştır. Bu çalışmada ulaşılan bulgular incelendiğinde sağlık konusunda yapılan reformlar neticesinde yaşanan değişim ve dönüşüm uygulamalarının il içerisinde görev yapan sağlık çalışanlarınca birçok açıdan benimsendiği, çeşitli konularda eleştirildiği ve olumlu-olumsuz görüşleri tespit edilmiştir. Bu tespitlerin yardımı ile çeşitli değerlendirmeler yapılmıştır. Kamu hizmetlerinin planlama, üretim ve sunumu süreçlerinde değişim sürecine ayak uyduramayan her insan, organizasyon veya kurumun etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma için sorulan soruların birçoğunda özellikle Sağlık Bakanlığı reformlarının değişim konusunda yerinde ve zamanında atılması gerekli adımlardan oluştuğu, sağlık çalışanlarının değişimin içerisinde belli sorumluluklar yaşayan birer paydaş olarak nitelendiği, kurumların etkileşiminde Sağlık Bakanlığı'nın teknoloji, finans, yapısal değişimler, hesap verebilirlik, yönetim anlayışında gelişim konularının cevapları net bir biçimde alınmıştır. Bakanlık tarafından yeniliklerin takip edilmesi ve uluslararası standartlara ulaşılması düşüncesinin oluşturulduğu ve sağlık çalışanlarına yurt içi ve yurt dışı kuruluşların ekonomik, sosyal ve yönetsel açılardan yeniliklere ayak uydurulmasında her türlü bilinç ve isteğin kazandırıldığı görülmektedir.

Sağlık kurumlarının bakanlıkça oluşturulan reform ve yeniliklere geçişlerinde ve yaşanan değişimin yönetilmesinde etkili olan en önemli konusunun başta planlayıcılık ve denetim sorumluluğunun üstlenilerek kurum içi ve kurum dışı finansal düzenlemelerin, fonlama ve sigorta bedellerinin kontrol altına alınmasının olduğu anlaşılmaktadır. Düzenli ilaç fiyatlandırmalarının ve tıbbi cihaz sayısının kontrol ve denetiminin de aynı şekilde etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Son olarak da, sağlık politikalarının sürdürülebilirliği, kalıcılığı ve etkililiğinin değerlendirilmesinde reform politikalarının ön plana çıkartılması gerekmektedir. Çalışmanın çeşitli yerlerinde belirtildiği gibi bu reformcu anlayışla birlikte, sağlık kesimi çalışanlarının görevlerini kapsayan değişim ve dönüşüm uygulamalarında göze çarpan konular, diğer gelişmiş ülkelerdeki sağlık politikaları,

uluslararası kurum ve kuruluşların belirlediği ülke standartları yönetimlerce titizlikle takip edilmelidir. Bu sayede değişimin yönetilmesi anlamlı olacaktır.

7.2. Öneriler

Ağrı ilinde görev yapan sağlık çalışanlarına uygulanmış olan anket çalışmasında çeşitli açılardan ilginç ve bazı açılardan ise beklentiler doğrultusunda bulgular elde edilmesine olanak sağlanmıştır. Bu bulgular ile denenceler ile ilgili hususlar irdelenmiş ve sağlık politikalarının Ağrı ili modelinin Türkiye için bir örnek teşkil edebilmesi konusu incelenmiştir.

Anket çalışması sonucunda, soru formunda bulunan soru ve cevapların değerlendirmesi yapılırken anketin sistematığı temel alınarak bölüm bölüm denenceler üzerinde karşılaştırmalara yer verilmiştir. Bu esaslara göre bir değerlendirme yapıldığında T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan personelin kurumsal değişime yatkınlığı, sağlık politikaları hakkındaki yeterliği, sağlık reformları uygulamalarındaki bilgi ve becerisi ile kalıcı sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği hakkında bulgular elde edilmiştir. Bu sonuçla birlikte eğitim ve bilgilendirmedeki uygunluk diğer kamu kurum ve kuruluşlarında da geçerliliğini sürdürebilecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ağrı ili ve ilçelerinde görevli personelin yapılan anket uygulaması sonucunda verdikleri cevapları ülke genelinde de değerlendirmek mümkündür. Çalışanların büyük çoğunluğu sağlık reformlarının kamu yararı ve toplumsal fayda açısından insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı ilkelerine dayandırıldığını düşünmektedir. Bunun sonucunda değişimin gücüne ve olumlu adımların atıldığına olan inanç ortaya konulmaktadır. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarında kamu yararı algısının güçlendirilerek toplumun tamamına hitap edebilecek hakkaniyetli hizmetleri yaratmak ve sunmak esas olmalıdır.

Anket sonuçlarının değerlendirmesi yapılırken kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'na yapılan reformların temel sebeplerinden birinin teknolojik gelişmeler olduğu görülmüştür. Bu da gerek sağlık birimleri açısından ve gerekse eğitim, donatım, uygulama ve cihaz teknolojisi bakımından bakanlığın

oluşturduğu politikaların uyumluluğunu doğrulamakta ve öngörülerin yerindeliğine açıklık getirmektedir. Teknolojik olarak dönüşüm geçirmeyen bir kurumun toplumsal fayda yaratması ve kamu yararını yükseltmesi mümkün görünmemektedir. Çağımızın vazgeçilemez gerçeği olan teknolojik ilerlemenin vatandaşlarımıza sunulan kamu hizmetlerinde etkin bir şekilde kullanımının artırılması sağlanmalıdır. Böylelikle sunulan imkânlar kaynak israfına neden olmadan hızlı bir şekilde yerine ulaştırılabilecektir.

Yine anket sonucunda sağlık çalışanlarınca verilen dikkat çekici cevaplardan bir tanesi de vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerindeki değişim ve gelişmelerin T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık politikaları üzerinde yarattığına inanılan etki düzeyidir. Vatandaşlar artık hizmet kalitesi, duyarlılık, hesaplı olma ve önemsenme konularında seçici ve belirleyici olmaya başlamıştır. Burada bakanlık iletişim ve yardım birimlerinin performansını görmek mümkün hale gelmiştir. Değişim olgusunun ortaya çıkmasındaki sebepler incelendiğinde bunun asıl olarak kişilerin beklenti ve ihtiyaçlarındaki artış ve dönüşüm göze çarpmaktadır. Bununla birlikte bunların kamu politikalarına aktarılmasında mutlaka destekleyici husus olarak alınması faydalı olacaktır.

Sağlık çalışanlarının anket sorularına verdiği bir diğer çarpıcı cevap ise uluslararası kurum ve kuruluşların Türkiye’de sağlık konusunda atılacak adımlara yön verebilen bir eleman olarak kabul edildiği gerçeğidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) başta olmak üzere sağlık standartları konusunda Türkiye, dünya genelinde gerçekleşen değişim ve dönüşüm projelerinden kısa zamanda kendisine uyan politikaları ülkede uygulama ve yaygınlaştırma becerisine ve çabukluğuna sahip bir ülke konumuna gelmiştir. Aynı zamanda bu çerçevede dünyanın birçok ülkesinde gerçekleştirilen yenilik ve reformlara da damgasını vuracak güce sahip olmuştur. Kamu kurum ve kuruluşların ulus üstü kuruluşların politikalarından faydalanmaları ve bu politikaları ülkemize uygun şekilde uygulanacak çalışmaları yaygınlaştırması gerekmektedir. Bu şekilde diğer ülke uygulamaları hakkında bilgi edinilerek gayretler ekonomik hale getirilecektir.

Ankette karşılaşılan bir diğer durum ise vatandaşların gerek kurumsal gerekse kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde sorgulayıcı davranışlarında olan değişimin

sağlık reformlarının yapılmasına yönelik dönüştürücü etkisinin sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunca düşünüldüğünün saptanmasıdır. Bu etki Türkiye’de önceki dönemlerde görülen birçok sağlık reformunda rastlanmayan bir durumdur. Ayrıca ülke genelini ilgilendiren diğer politika reformlarında da vatandaşların sorgulayıcı anlayışının yapıcı etkilerini diğer kurum ve kuruluşlarda da görmek ve ilerlemenin sağlandığını keşfetmek mümkündür. Buna en yakın örnek Ulaştırma Bakanlığı’na yapılan hava, demir ve karayolları ulaşımları konularında atılmış olan adımlar gösterilebilir. Bu Türkiye açısından çok olumlu bir durumdur. Vatandaşların kamu hizmetlerini sorgulayıcı davranmalarının özendirilmesi sağlanmalı ve bu konuda çeşitli iletişim kanalları açılarak kullanılmalıdır. İnsanlarımız görevini layıkıyla yapmayan kamu personelinin takip eden birer denetçi olarak görülmelidir.

Türkiye’de uygulanan değişim ve dönüşüm programlarının Ağrı ilinde toplumsal fayda ve kamu yararını artırdığına yönelik sorulan soruya, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kısmen katılıyorum cevabı vermiştir. Ağrı ili gelişmişlik düzeyi açısından 81. sırada yer almaktadır. Kamu sağlık çalışanlarının sağlık alanı ve diğer kamu hizmetlerinde yansıttığı düşünce ve bakış açısı itibarı ile konu bu soruda en azından politikadaki değişimin etkisinin gösterilmesi bakımından önemlidir. Bu bulgu ile ülkede gerçekleştirilen başta sağlık hizmetleri olmak üzere birçok kamu hizmetinde yapılan reform ve değişimlerin verimini sorgulamak da mümkün olmaktadır.

Yukarıda açıklanan genel sorunun bir alt seviyede daha da özel kurumsal gelişim ve dönüşümün toplumsal fayda ve kamu yararını artırmasına ilişkin soruda ise sağlık çalışanları yine büyük çoğunlukla tamamen katılıyorum cevabı vermişlerdir. Bu sorunun cevabı ile çalışmanın birinci denencesine yönelik düşüncelere olumlu cevap alınmış görülmektedir. Katılımcılar genele yayılan bir kamu yararı anlayışının kurumsal gelişim ve dönüşümle iç içe olduğunu düşünmektedirler. Görüldüğü gibi kamu yararının oluşumunda yine dönüşümün etkisi ortaya çıkmaktadır. Kamu personeline verilen eğitim programlarında bu konuda ısrar edilmelidir. Böylece bu inancın da sürekliliği sağlanabilecektir.

Sağlık çalışanlarınca verilen diğer bir dikkat çekici cevap ise sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde aile hekimliği konusunun kalıcı olup

olmayacağına verilen kesin olumsuz cevaptır. Bu soruya verilen cevap beklenmeyen bir durumdur. Sağlıklı sevk zincirinin işletilmesi ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin devamlı ve işler halde olması açısından aile hekimliğinin olması ve bu konuda titiz davranılması gerekmektedir. Katılımcıların bu soruya objektif cevap vermedikleri düşünülmektedir.

Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri konusunda yapılan ve bu kapsamda en çok kalıcı olduğuna inanılan reform olarak ortaya çıkan en önemli uygulamadır. Katılımcılar büyük oranda bu sigorta sisteminin işleyişinin devamlılığına inanmış görünmektedirler. Sağlık reformlarının sürdürülebilirliği ve kalıcılığına katkı sağlanıldığının düşünülmesi açısından verilen cevaplar tezin ikinci denencesini de doğrular niteliktedir.

Katılımcıların çoğunlukla olumlu cevap verdikleri bir diğer anket sorusu da sağlık bilgi sistemi ile ilgili sorulan sorudur. Burada karşımıza daha önceden kullanılmayan ancak son reformlar sayesinde hayata geçirilen bir bilgi alt yapısının işletilmesinin gerek vatandaşlar ve gerekse sağlık çalışanlarının daha etkili ve verimli çalışmalarına katkı sağlanması olgusudur. Bu durum kurumsallaşma bakımından da çok önemlidir. Vatandaşların bilgilerinin bir sistem dâhilinde depolanması ve gerektiğinde uygulanmak üzere kullanıma hazır bulunması zaman, para ve emek israfını önemli derecede ortadan kaldıracaktır. Burada alınan cevap beklenen bir durumdur. Kalıcı olması konusunda belki de en önemli konulardan birisi de bu soru ve cevabıdır. Sağlıklı bir bilgi alt yapısının diğer kamu kurum ve kuruluşlarında da kullanılması özendirilmelidir. Yaygın bir anlayış oluşturulursa bunun ekonomik, sosyal ve teknolojik kazanımları kısa zamanda elde edilebilen bir sonuç olacaktır.

Katılımcıların, yapılan sağlık reformlarının sürdürülebilirliği ve sonrası dönemde kalıcı etki bırakıp bırakmamasına yönelik sorulan soruya büyük oranda kısmen katılıyorum şeklinde verdikleri cevap sistemin değişmeden yerleşmesine ihtiyaç olduğunun da bir göstergesi olarak düşünülebilir. Bu noktada cevapların oranı devam ettirilen reform uygulamalarının sağlık çalışanlarınca her kademede geri bildirim ve sağlıklı denetim ve gözetimlerle kontrol edilmesini de çağrıştırmaktadır. Tez çalışmasının ikinci denencesinde bahsedilen kalıcılık konusunun bir cevabı da burada tespit edilmiştir. Her türlü denetimin kamu kurum ve kuruluşlarında sağlıklı

şekilde sürdürülmesi gerekmektedir. Bu sayede kamu politikalarının kalıcı olmasına katkı sağlanacaktır.

Anket sonucunda görülen en dikkat çekici cevaplardan bir tanesi yine, kurumunuzda değişime ihtiyaç duyulması durumunda değişim gerekli midir? sorusuna verilen yüksek orandaki “kısmen katılıyorum” cevabıdır. Burada sağlık çalışanlarınca her türlü yenilik ve reforma açık olduğunu ancak bu değişim ve dönüşüm hareketlerinin olması veya olmamasının belirli şart, imkân ve zamana bağlı olduğunu düşündüklerini söylemek mümkündür. Değişim konusunda kurumun ihtiyaçlarına bağlı olarak yaşanan gerekliliğin en güzel yansıması bu sorunun cevabında görülmektedir. Bu soruya alınan cevap beklenen bir durumdur. Kurumsal değişim çalışmalarında yöneticilerin fazla dirençle karşılaşmamaları ve hizmetlerin aksamadan sunulabilmesi maksadıyla çalışan kesimin de değişim uygulamalarının birer parçası olduklarına inanmaları gerekmektedir. Bu şekilde diğer kamu kurum ve kuruluşlarınca kurumsal eğitimlerde değişimin gerekliliğine olan bilgi ihtiyacının giderilmesi sağlanmalıdır.

Sağlık reformlarının neden olduğu düşünülen sorun veya sorunların çözümüne yönelik olarak köklü bir değişim faaliyeti içine girilmesinin gerekli olup olmadığını ortaya çıkarmak için sorulan soruya katılımcılar yüksek oranda olumlu cevap vermişlerdir. Bu sorunun cevabında kurumun ortaya koyduğu değişim ve dönüşüm hareketlerinin zamanlaması ve gerekliliği akla gelmektedir. Sağlık çalışanları bu soruya net bir şekilde değişim gereklidir demişlerdir.

Değişimin gerekliliği konusunda olumlu cevap veren katılımcıların, bunun derhal yapılmasını düşündüklerini ortaya koyan anket sorusunda ise çalışanların bunu muhtemel kaynak, zaman ve para israfının önüne geçilmesini istedikleri olarak değerlendirmek mümkündür. Katılımcılar ihtiyaç duyulduğunda değişim ve dönüşüm uygulamalarının derhal ve zaman geçirmeden hayata geçirilmesini düşünmektedirler.

Katılımcılardan alınan önemli bir cevap da kurumunuzun devamlı bir değişim içinde olduğuna inanıyor musunuz? sorusuna vermiş oldukları cevaptır. Sağlık Bakanlığı çalışanları yüksek bir oranda kurumlarının her zaman değişimin içinde

olduğunu kabul etmiş bulunmaktadır. Böylelikle anket sorularında değişim anlayışı ile ilgili tutarlılık gözlenebilmektedir.

Diğer bir soruda sağlık çalışanları kurumlarının çoğunlukla hükümet kararıyla değişime girdiğini düşünmektedir. Bu durum, gerçekleştirilen sonuçlara ve sağlık açısından yapılan değerlendirmelere bakıldığında yasal düzenleme ve yapılanmaların sağlıklı işletildiğine de işaret etmektedir.

Aynı konuda sorulan farklı bir soruda katılımcılar dikkat çekici bir şekilde sivil toplum kuruluşlarının sağlık konusunda değişim politikalarına etki ettiğini düşünmektedirler. Burada çeşitli sendika ve birliklerin de çalışmalarıyla oluşturulan eleştirilerle yeniden düzenlenmesi veya kaldırılmasıyla ilgili çalışmalar yaşandığını söylemek mümkündür.

Sağlık Bakanlığı'nca yapılan değişim programlarının zamanlaması konusunda sorulan soru ile ilgili olarak katılımcılar büyük oranda “kısmen katılıyorum” şeklinde cevap vermişlerdir. Bu cevapla birlikte sağlık hizmetlerinde duyulan gereksinimlerin kamu yöneticileri ve üst düzey planlayıcıların reformların uygulanma zamanında etkili olduklarını söylemek doğru olacaktır. Ülke genelinde uygulanan programların tıkanma noktasına gelmesini veya daha büyük sorunların yaşanmasını engelleyen bir yol haritası ortaya konulmasında karar vericilerin doğru kararlar verdiğini söylemek yerinde olacaktır.

Sağlık çalışanlarınca anket kapsamında verilen diğer bir önemli cevap ise Sağlık Bakanlığı'nın planlama, düzenleme ve denetleme rolünün güçlendirilerek vatandaşların sağlık hizmetlerini almadaki yaşadıkları eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına etkisi hakkında sorulan soruya verilen cevaptır. Bu cevap ile bakanlık planlama, düzenleme ve denetleme haricinde yapısal olarak kaynak sarfiyatını ortadan kaldırmış ve yerel anlamda yetkilendirilen kurum, kuruluş ve hastane işletmelerine yetki devretmiş bulunmaktadır. Bu da etkililiği artırmıştır. Katılımcılar bu konuda beklenen cevabı vermişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde yapılan reformların, Ağrı ilinde yaşayan vatandaşlar arasında gözlenen sağlık hizmet alımı eşitsizliklerini ortadan kaldırıp kaldırmadığına yönelik sorulan soruya cevap olarak katılımcılar büyük oranda olumlu cevap

vermişlerdir. Bu soruda tespit edilen en önemli bulgu tez çalışmasının üçüncü denencesini doğrular bir özellik taşımasıdır. Kısaca bu ifade sağlık reformlarının, vatandaşların aldığı sağlık hizmetlerinin içinde bulunulan eşitsizliklerin ortadan kaldırılarak geliri olmayanlara da uygulanabilmesi anlamına gelmektedir.

Sağlık çalışanlarının uygulama olarak, değişimden etkilenenlerin sağlık reformlarının neden olduğu sorun veya sorunların çözümü ile ilgili görüşleri alınarak çözüme kavuşturulmasına yönelik verdikleri cevap yine dikkat çekicidir. Çalışanlar mevcut iletişim ağları ve denetim birimleri aracılığıyla doğrudan bakanlık birimlerini arayabilir ve görüşlerini dile getirebilir. Bu şekilde düzeltilen faaliyetler ve yapılan ihbar ve ikazlar sayesinde bakanlıkça harcanacak zaman, personel ve kaynak israfı önlenebilecektir. Bu konuda her sağlık çalışanının doğrudan kullanabildiği iletişim hatları mevcuttur.

KAYNAKÇA

- AKDAĞ, Recep, (2008), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- AKDUR, Recep, (1986), Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri, **Yeni Türkiye Ansiklopedisi** Cilt III. Cumhuriyet Dönemi
- AKTAN, Coşkun Can, (1999), 2000’li Yıllarda Yeni Yönetim Teknikleri (1), **Değişim Mühendisliği**, TÜGİAD Yayını, İstanbul.
- AKTAN, Coşkun Can, IŞIK, Kadir, (2007), **Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Aura Kitapları, İstanbul.
- AKTAN, Coşkun Can, (2008), **Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama**, www.ceis.org.tr.
- AKTAN, Coşkun Can, (2008a), **Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi**, (www.canaktan.org)
- ALTAY, Asuman, (2005), **Türkiye’de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi**, TÜGİAD Yayınları, Ankara.
- ALTAY, Asuman, (2007), **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, Sayı 64, Sayfa 33-58. Ankara.
- ANAYASA, (1982), **T.C. Anayasası**.
- ANAYASA MAHKEMESİ KARARLAR DERGİSİ, 1989, Sayı 24. Sayfa 81-137.
- ANGELIKI, Liarigovinou, (2005), **The New Role Of The Private Health Sector in The Welfare State in Greece**, The London School of Economics and Political Science. 2nd Symposium Paper. England.
http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/2nd_Symposium/Angeliki_Liarigovinou_paper.pdf
- ANTEZANA, F. S., VELASQUEZ, G., (1996), **Health Economics, Drugs and Health Sector Reform**, WHO Journal (II), Vol 7.
- AVRUPA BİRLİĞİ, (1999), EUROPEAN UNION, **Highlights on Health in Bulgaria**, www.europa.eu.int
- AYDIN, Erdem, (1997), **Toplum ve Hekim Dergisi**, Temmuz-Ağustos 1997, Sayı 80, S. 25.

- BALCI, Ali, (2007), **Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektörüne Yansımaları**, Sağlıkta Performans Yazıları. Sağlık Bakanlığı Yayınları, S. 90-96.
- BARRY, Brian, W., (2007), **Strategic Planning Workbook for Public and Nonprofit Organizations**, Fieldstone Alliance, Seventh Printing, Saint Paul, USA.
- BAYSAL ve TEKARSLAN, (1987), **Davranış Bilimleri**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, No. 191, S. 168.
- BEKÇİ, İsmail, TORAMAN, Aynur, (2011), **Kalite Maliyetleri ve Bir Hastanede Hesaplanması**, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, C. 16, S. 2, S. 39-57, Isparta.
- BİRCAN, İsmail, (2002), **Kamu Kesiminde Stratejik Yönetim ve Vizyon**, DPT Planlama Dergisi Özel Sayı, DPT Yayınları, Ankara, S. 11-21.
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA RAPORU (UNDP), (1998), **Kalkınma Raporu**. www.undp.org
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA RAPORU (UNDP), (2001), **Kalkınma Raporu**. www.undp.org
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA RAPORU (UNDP), (2002), **Kalkınma Raporu Türkiye**. www.undp.org
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA RAPORU (UNDP), (2003), **Kalkınma Raporu Bulgaristan**. www.undp.org
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA RAPORU (UNDP), (2003), **Kalkınma Raporu**. www.undp.org
- BODUR, Said, (1991), **Aile Sağlığı Eğitim Serisi**, Başbakanlık Aile Araştırmaları Kurumu Yayınları, MN Ofset, Ankara.
- BOYLE, Richard, (1995), **Towards a New Public Service**, Institute of Public Administration, Dublin.
- BOSTAN, Sedat., (2009), **Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi**, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBE, Trabzon.
- BRYSON, John, M., (2004), **Strategic Planning For Public and Nonprofit Organizations**, John Wiley and Sons Publishing, USA.

- BULUTOĞLU, Kenan, (1981), **Kamu Ekonomisine Giriş**, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- BUSE, Kent, MAYS, Nicholas, WALT, Gill, (2005), **Making Health Policy**, Open University Press, Berkshire, UK.
- CHONKOA, Lawrence B., DUBINSKYB, Alan J., JONESD Eli, ROBERTSA James A., (2003), **Organizational and Individual Learning In The Sales Force: an Agenda for Sales Research**, Journal of Business Research, Pages 935-946.
- CHRISTENSEN, Tom, LEGREID, Per, (2002), **A Transformative Perspective on Administrative Reforms**, Tom Christensen and Per Legreid (Ed.), New Public Management, England, Ahsgate, Pages 13-39.
- CLAYTON, Susan, (1999), **Strateji Geliştirme**, Çev. Onur Yıldırım, Hayat Yayınları. İstanbul.
- CRANNY, C. J., SMITH, Patricia Cain, STONE, Eugene, (1992), **Job Satisfaction: How People Feel About Theirjobs and How It Effects Their Performance**, Lexington Books, New York, USA.
- ÇATALCA, Huriye, (2003), **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Beta Yayınları, İstanbul.
- ÇELİK, Y., (2011), **Biyoistatistik Bilimsel Araştırma**, Ankara.
- ÇELİK, Y., (2011), **Biyoistatistik Bilimsel Araştırma**, SPSS, Ankara.
- ÇİÇEK, Kemal, (1998), **Osmanlı Yönetiminde Yozlaşma ve Siyasetnameler, Türkiye’de Yönetim Geleneği**, (Ed.) Davut Dursun-Hamza Al, İlke Yayınevi, İstanbul.
- ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin, (1995), **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması Maliyet, Sağlık-Maliyet Analizi**, Ed. Mithat Çoruh, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, S. 167-175, Ankara.
- DAVIS, H., TAVAKOLI, Manouchehr, (2003), **Health Care Policy, Performance and Finance, Strategic Issues in Health Care Management**, Ashgate Publishing Ltd., England.
- DAVIS, Keith, (1988), **İşletmede İnsan Davranışı, Örgütsel Davranış**, 5. Baskıdan Çev. Kemal Tosun Vd., İstanbul Üniversitesi İşletme Fak. Yayını., yayın no. 199. İstanbul.

- DEDHIA, Navin, Shamji, (2001), **Global Perspectives on Quality**, Total Quality Management, Vol: 12, No. 6.
- DEMİRAL Yüce, ERGÖR, Alp, SEMİN, Semih, (1999),**Küreselleşme ve Sağlık İşkolunda Yeni Çalışma Yaşamı Sorunları**, Toplum ve Hekim Dergisi, 14, (6).
- DEMİREL, Demokaan, (2005), **Kamusal Retorikte Moda Trend: Yeni Kamu Yönetimi**, Sayıştay Dergisi, Sayı 58, Sayfa 105-135, Ankara.
- DENİZ, Mehmet, (2011), **KOBİ’lerde Yenilik, Yenilik Stratejileri ve Bir Uygulama**, Selçuk Üniversitesi İİBF Dergisi. S. 141-175, Konya.
- DPT, (1963),**Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (1968),**İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (1973),**Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (1979),**Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1983)**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (1985),**Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**, <http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (1990),**Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)**, <http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (1996),**Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, <http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (2001),**Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**, <http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2014.
- DPT, (2006), **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2006-2013)**,<http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>Erişim tarihi: 10 Ağustos 2014.

- DRUCKER, Peter, (1989), **Yeni Gerçekler, The New Realities**, Çev. Bitane Kaynakçı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayını, 2. Basım, Ankara.
- DURA, Cihan, (2005), **Düşmanı Çağırdılar, Satıldık Uyanın**, İleri Yayınları, İstanbul
- DURAN, Lütfi, (1982), **İdare Hukuku Ders Notları**, Fakülteler Matbaası, İstanbul.
- DÜNYA BANKASI, (1997), **Değişen Dünyada Devlet Başlıklı Dünya Kalkınma Raporu**.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (1996), **Ljubljana Bildirgesi**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2000), **Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2001), **Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2004), **Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 09.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2005), **Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2005), **Yıllık Rapor İstatistikler**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2006), **Yıllık Rapor İstatistikler**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2006), **Türkiye Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 09.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2006), **Yunanistan Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 09.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2007), **Yıllık Rapor, İstatistikler**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (2014), **Yıllık Rapor**. www.who.int Erişim Tarihi 05.08.2014.
- DÜREN, Zeynep, (2000), **2000’li Yıllarda Yönetim**, Alfa Yayınları, İstanbul.
- EREN, Nevzat, (1985), **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.

- EREN, Erol, (1993), **Yönetim Psikolojisi**, Beta Yayınları, İstanbul.
- EREN, Erol, (2002), **Yönetim ve Organizasyon**, Beta Yayınları, İstanbul.
- ERGUN, Turgay, POLATOĞLU, Aykut, (1984), **Kamu Yönetimine Giriş**, TODAİE Yayın No: 177, Ankara.
- ERSÖZ, Deniz, (2010), **Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi SBE, Balıkesir.
- ERYILMAZ, Bilal, (1994), **Kamu Yönetimi**, Üniversite Kitabevi, İzmir.
- ERYILMAZ, Bilal, (2010), **Kamu Yönetimi, Düşünceler, Yapılar, Fonksiyonlar**, Üçüncü Baskı, Okutman Yayıncılık, Ankara.
- EUROPEAN COMMUNITIES AND WHO, (1997), **Highlights on Health in France**, Draft, European Communities and WHO, Copenhagen, Denmark.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, (2014), **Health Care System in Transition-Croatia 1999-2014**, www.euro.who.int
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, (2014), **Health Care System in Transition-Bulgaria 1999-2014**, www.euro.who.int
- FİŞEK, Nusret, (1963), **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Yayınları, Ankara.
- FREDERICKSON, H. George, (1992), **Toward a New Public Administration**, Robert B. Denhardt (Ed.), Public Administration in Action Readings-Profiles-Cases, USA: Brooks Publishing, Pages 368-381.
- GARVIN, David, (1993), **Building a Learning Organization**, Harvard Business Review, July-August 1993, Pages 78-91, USA.
- GIDDENS, Anthony, (2000), **Sosyoloji**, Çev. Hüseyin Özel, Ayraç Yayınevi Ankara.
- GİRİTLİ, İsmet, BİLGİN, Pertev, AKGÜNER, Tayfun, (2006), **İdare Hukuku**, Der Yayınları, İstanbul.
- GORDON, R. Sullivan, HARPER, Michael V., (1997), **Umut Bir Yöntem Olamaz**, Çev. Ayşe Bilge Dicleli, Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
- GUNDLING, Ernest, (2002), **Yeniliğin 3M Yolu**, Çev. Oya Gürbahçe, Academyplus Yayınevi, Ankara.
- GÖZLER, Kemal, (2003), **İdare Hukuku**, Ekin Kitabevi, Bursa.
- GÜL, Sinem, (1995), **Rekabette Üstünlüğün Sırrı**, Sabah Kitapları, İstanbul.

- GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza, CANIKLIOĞLU, Nurşen, (2009), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, 12. Baskı, İstanbul.
- GÜZEL, Tülay, (1996), **Değişim Yönetimi ve Planlı Değişim**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi SBE, Bursa.
- HANÇERLIOĞLU, Orhan, (2002), **Düşünce Tarihi**, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- HANNAN, Michael, T., FREEMAN, John, (1984), **Structural Inertia and Organizational Change**, American Sociological Review, Vol. 49, No. 2, Pages 149-164. USA.
- HARRISON, Ann, (2006), **Globalization and Poverty**, NBER Working Paper Series, <http://www.nber.org/papers/w12347.pdf> Erişim tarihi: 05.08.2014.
- HUGHES, Owen, (1998), **Public Management and Administration**, St. Martin's Press, USA.
- HUGHES, Owen, E., (2003), **Public Management and Administration**, Third Edition, MacMillan Press, USA.
- HUSSEY, David, (1997), **Kurumsal Değişimi Başarmak**, Çev. Tülay Savaşer, Rota Yayınları, İstanbul.
- ISAE, (2002), **Annual report on Monitoring Italy**, Institute for Studies and Economic Analyses. www.isae.it
- İSTANBUL TABİPLER ODASI, (2003), **Bulgaristan Sağlık Sistemi İnceleme Gezisi Notları**, www.istabip.org/genel/bulgaristan.asp.
- JEPPERSON, Ronald, L., (1991), **Institutions, Institutional Effects and Institutionalism**, Pp. 143-163, The New Institutionalism in Organizational Analysis, (Ed.) Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio, University of Chicago Press, Chicago, USA.
- JOHNSON, Richard, (1993), **Total Quality Management Processes For Quality A. S. Q. C.**, Irwin Professional Publishing, USA.
- KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME, (1983), **181 Sayılı KHK, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK.**
- KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME, (2011), **663 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Yapılanması Hakkında KHK.**
- KARAKÖSE, Turgut, (2008), **Örgütlerde İtibar Yönetimi**, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, Sayı 11, Ocak 2007.

- KARAMAN, İsmail, (1998), **Türkiye'nin Cumhuriyet Dönemindeki Ekonomik ve Sosyal Değişiklikler**, Türkiye Dergisi, Eylül-Aralık 1998, S. 3-4, Ankara.
- KARATEPE, Selma, (2005), **Örgütlerde İletişim-Güdöleme İlişkisi**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KARATEPE, Selma, (2008), **İtibar Yönetimi: Halkla İlişkilerde Güven Yaratma**, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Kış 2008, Vol 7, N.23.
- KERNAGHAN, Kenneth, (2000), **The Psot-Bureaucratic Organization and Public Service Values**, International Review of Administrative Sciences, Vol. 66, 40-91.
- KICKERT, Walter .J.M., (2005), **Distinctiveness In The Public Management In Europe**, Public Management Review, 7 (4), Pages 537-563.
- KIRAY, Mübeccel B., (1999), **Toplumsal Yapı ve Toplumsal Değişme**, Kardeşler Matbaası, İstanbul.
- KLEIN, Mark, (2000), **Facilitator Role in Benchmarking Operations to Improve Performance**, Industrial Engineering, Volume 25, No. 9, Pages 40-41.
- KOÇEL, Tamer, (2007), **İşletme Yöneticiliği**, Arıkan Basım, Ankara.
- KOTTER, John, (1999), **Değişimi Yönetmek, Dönüşüm Çabaları neden Başarısız Kalıyor?**, Çev. Meral Tüzer, Harvard Business Review, Mess Yayınları, İstanbul.
- KOULAKSAZOV, Stayko, TODOROVA, Svetla, TRAGAKES Ellie, HRISTOVA, Stoyka, (2003), **Health Care Systems in Transition, Bulgaria**, (Ed.) Ellie Tragakes, European Observatory on Health Care Systems, Denmark.
- KOZAK, Meryem, Güçlü, (2006), **Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme**, www.isguc.org.tr
- KOZLU, Cem M., (2000), **Uluslararası Pazarlama: İlkeler ve Uygulamalar**, İş Bankası Kültür Yayınları, 7. Baskı, İstanbul.
- KÖMÜRLÜ, Y. G., (2010), **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, SBE, İstanbul.
- LAURENCE, E. Lynn Jr., (2001), **Public Management**, Sage Publications, Chicago, USA.

- LAWSON, Emil, PRINCE, Colin, (2003), **The Psychology of Change Management**, MacKinsey Quarterly, USA.
- LINSTEAD, Stephen, FULOP, Gabriela Elizabeth, LILLEY, Simon, (2004), **Management and Organization, a Critical Text**, Palgrave MacMillan, Basingstoke, UK.
- LISTER, John, (2008), **Sağlık Politikası Reformu. Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Küresel Sağlık Reformu Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu**, İnsev Yayınları, İstanbul.
- MALİYE BAKANLIĞI, (2006), **2008-2012 Stratejik Plan Çalışması, Temel Bilgilendirme Belgesi**, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- MANGANELLI, Raymond, KLEIN, Mark, (1994), **The Reengineering Handbook: A Step-by-Step Guide to Business Transformation**, American Management Association, New York, USA.
- MEMİŞOĞLU, Dilek, (2011), **Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, Kamu Yönetimi Bölümü, Isparta.
- MISSOC, (2005), **Health Care User Charges, Mutual Information System on Social Protection in The EU**,
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>
- MISSOC, (2014), **Health Care User Charges, Mutual Information System on Social Protection in The EU**,
http://www.missoc.org/MISSOC/MISSOCII/MISSOCII/INFORMATIONBASE/ARCHIVES/EN/MISSOC_2002_EN.pdf
- MUTLU, Selışın, (2009), **Sağlıkta Akreditasyon Süreci ve İnsan Kaynaklarının Rolü**, Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi, SBE, Ankara.
- NONCHEVA Teodora, SATCHEVA, Denitsa, (2003), **Study on The Protection Systems in The 13 Applicant Countries Bulgaria**, financed by European Commission-Employment and Social affairsDG, January, 2003.
- NORTH, Douglass C., (1990), **Institutions, Institutional Change And Economic Performance**, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

- OECD, (2003), **Türkiye’de Düzenleyici Reformlar: Ekonomik Dönüşüme Yaşamsal Destek**, TÜSİAD, Ankara.
- OECD VE DÜNYA BANKASI, (2009), **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- ONAR, Sıddık Sami, (1966), **İdare Hukukunun Umumi Esasları**, Hak Kitabevi, İstanbul.
- ORGANIZATION ON HEALTH CARE IN CROATIA, (1998), **Needs and Priorities**, <http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/1998/39/3/9740636.pdf>
- ÖKMEN, Mustafa, YILMAZ, Abdullah, (2006), **AB Uyum Sürecinde Kamusal Örgütlerin Dönüşümü: Temel Nitelikler, Sorunlar ve Projeksiyonlar**, Uluslararası “AB Sürecinde Türkiye’nin Sosyo-Ekonomik ve Siyasi Yapısındaki Değişim ve Dönüşümler”, Sempozyum Bildirileri, 16-18 Mart 2006, Kütahya, S. 374-386.
- ÖMÜRGÖNÜLŞEN, Uğur, (2003), **Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği**, (Ed.) Muhittin ACAR-Hüzeyin ÖZGÜR, Çağdaş Kamu Yönetimi-1, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, S. 3-43.
- ÖNDER, Burçak, (2013), **Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi SBE, Aydın.
- ÖNEN, S. Mustafa, (2010), **Yerel Yönetimlerin Yoksullukla Mücadelesi; Malatya Belediyesi Örneği**, Sayıştay Dergisi, Sayıştay Yayını, Sayı 79, Ekim-Aralık 2010, Sayfa. 63-95.
- ÖZDAMAR, K., (1999), **SPSS ile Biyoistatistik**, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- ÖZDEK, Yasemin, (1999), **Globalizmin İdeolojik Hegemonyası: Yanılsamalar**, Amme İdaresi Dergisi, 32 (3), Eylül, S. 127-148,
- ÖZDEMİR, A. Refik, (2012), **Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği**, Pamukkale Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem, (2001), **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları ve “Sağlık Reformları-1980 ve 1990’lı Yılların Sağlık Politikaları**, Yeni Türkiye dergisi Özel Sayısı, Sayı I, Ankara.

- ÖZDİLEK, Şemsi, AKGÜN, Nejat, (1970), **Hastane İdaresi ve Organizasyonu**, Yarı Açık Cezaevi Matbaası, Ankara.
- ÖZER, Mehmet Akif, (2011), **21. Yüzyılda Yönetim ve Yöneticiler**, Nobel Yayıncılık, 2. Basım, Ankara.
- ÖZKALP, Enver, (1982), **Sosyolojiye Giriş Dersleri**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- ÖZKALP, Enver, KIREL, Çiğdem, (1998), **Örgütsel Davranış**, Anadolu Üniversitesi Eğt. Sağ. ve Bilimsel Araş.Çalışmaları Vakfı, Yayın No: 111. Eskişehir.
- ÖZKAN, Orhan, (2001), **Kendinize İyi Bakın**, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, 2001/39.
- PARASIZ, İlker, (2001), **Enflasyon-Kriz-Ayarlamalar: Dünyada ve Türkiye’de Kalkınma Makro Ekonomisi Sorunları**, Ezgi Kitabevi, Bursa.
- PEKER, Ömer, (1995), **Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği**, TODAİE Yayınları, S. 24, Ankara.
- PETSEMIDOU, M., MOSSILALOS, E., (2006), **Social Policy Developmets in Greece**, Ashgate Publishing Ltd., England.
- ROBBINS, Stephen, P., (1998), **Fundamentals of Management**, New Jersey Prentice Hall Inc., USA.
- RODWIN Victor, G, PEN Le C., (2004), **Health Care Reform in France, The Birth of State-Led Managed Care**, International Lonevity Center, USA.
- SAĞLAM, Mehmet, (1979), **Örgütsel Değişme**, TODAİE Yayınları, S. 61, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003), **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2004), **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Ankara.
- SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KONSEPT NOTU, (2003),**Sağlık Bakanlığı**, Personel Yönetim Daire Başkanlığı, Ankara.
- SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI, (2012), **Sağlık Bakanlığı**, Aralık 2012. Ankara.
- SALTMAN, Richard. B., FIGUERAS, Josep, (1998), **Avrupa Sağlık reformu Mevcut Stratejilerin Analizi**,Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü, Ankara.

- SARGUTAN, E. A., (2006), **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- SAVAŞ, B. B., KARAHAN, Ö., SAKA, R. Ö., (2002),**Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye**, T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı,Ankara.
- SAYDAM, Ali, (2005), **Algılama Yönetimi**, Rota Yayınları, İstanbul.
- SAYGILIOĞLU, Nevzat, ARI, Selçuk, (2002), **Etkin Devlet: Kurumsal Bir Tasarı ve Politika Önerisi**, Sabancı Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- SAYLI, Halil, TÜFEKÇİ, Ahmet, (2008), **Başarılı Bir Örgütsel Değişimin Gerçekleştirilmesinde Dönüştürücü Liderliğin Rolü**, Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, Sayfa 193-210, Ocak- Haziran 2008. Kayseri.
- SCHERMERHORN, John, HUNT, James, OSBORN, Stephen, (1995), **Basic Organizational Behavior**, John Willey and Sons Inc. USA.
- SEPTİOĞLU, Abdulkadir, (2012), **Sağlık İnsan Gücü Planlaması**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- SOYER, Ata, (2001), **Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**, Toplum ve Hekim Dergisi, Kasım-Aralık 2001, Sayı 6.
- SÖNMEZ, Ümit, DİNLER, Demet, (2003), **Kamu Yönetimi Temel kanunu Tasarısı: Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform mu? Neoliberal Dönüşümün Kurumlaşması mı?**, AÜ SBF GETA Tartışma Metinleri, Özel Sayı (2), No: 60. Kasım 2003, Ankara.
- STEINER, George, A., (1979), **Strategic Planning**, The Free Press Paperbacks, New York, USA.
- STIGLITZ, Joseph E., (1988), **Economics of The Public Sector**, 2. Edition, W. N. Norton Comp. Inc., New York, USA
- STREBEL, Paul, (1999), **Çalışanlar Değişime Niçin Direnç Gösterir?**, Çev. Meral Tüzel, Harvard Business Review, Mess Yayınları, İstanbul.
- SUR, Haydar, GÜROL, Hacer, (1998), **Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar**, Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme Cumhuriyet 1923-1998 Dönemi Değerlendirmesi, Cilt III.

- SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V., (2000), **Biyoistatistik**, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- SÜRGİT, Kemal, (1972), **Türkiye’de İdari Reform**, TODAİE, Ankara.
- ŞAKAR, Ayşe Yiğit, (1999), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, No: 22, Türk Diyanet Vakfı Matbaası.
- ŞAYLAN, Gencay, (1994), **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Yayınevi, Ankara.
- TAŞTAN, Murat, (2007), **Strateji, Stratejik Yönetim ve Strateji Türleri**, www.humanresourcefocus.com’dan Aktaran, İlhami SÖYLER, Maliye Dergisi, Sayı 152, S. 103. Ankara.
- TATAR, Mehtap, (2009), **Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Teorik Bir Değerlendirme**, Sağlık Ekonomisi Dergisi, Sayı: 1, S. 8-12, Ankara.
- TOBIN, Daniel, R., (1996), **Transformational Learning**, John Wiley and Sons Publishing, USA.
- TOKAT, Bülent, (1996), **Örgütlerde Değişim ve Değişimin Yönetimi**, Dumlupınar Üniversitesi Yayını, S. 19, Kütahya.
- TOKAT, Ekin, (1996), **Büyüme Politikaları**, TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- TOP, Mehmet, GİDER, Ömer, (2004), **Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme**, TÜSİAD Yayınları, İstanbul.
- TORTOP Nuri, İŞBİR, Eyüp, AYKAÇ, Burhan, ÖZER, M. Akif, (2007), **Yönetim Bilimi**, Nobel Yayınları, Ankara.
- TÜRK DİL KURUMU SÖZLÜĞÜ, (1998), **TDK Yayınları**, Ankara.
- TÜSİAD, (2002), Dergi, yayın No: **TÜSİAD-T/2002-12/335**, S. 166.
- TÜZ, Melek, (2004), **Değişim ve Kaos Ortamında İşletme Davranışı**, Alfa Yayınları, İstanbul.
- ÜLGEN, Hayri, (1990), **İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması**, İstanbul Üniversitesi İşletme Yayınları, İstanbul.

- WEIKART, A. Lynne, (2001), **The Giuliani Administration and The New Public Management in New York City**, Urban Affairs Review, 36, 3, Pages 369-382.
- WOLFF, Ayşen, (2005), **Organizasyonel Değişmede Eğitim Teknolojilerinin Rolü ve Önemi**, The Turkish Online Journal of Educational Technology (TOJET), Yayın No.1303-6521. Cilt: 4, Sayı 1, Makale No. 20.16. 08.2005.
- WORLD BANK, (1997), **World Development Report, The State in a Changing World**, Published for The World Bank.
- YAŞAMIŞ, Firuz D., (1995), **Çevre Yönetiminin Temel Araçları**, İmge Yayınevi, Ankara.
- YAZICI, Selim, (2001), **Öğrenen Organizasyonlar**, Alfa Basım Yayım Ltd. Şti., İstanbul.
- YILDIRIM, H. H. (2004), **Yapısal uyum Programları ve Sağlık Reformları**, Hacettepe Sağlık İdare Dergisi, Cilt %, Sayı 1, S. 63-87.
- YILMAZ, Osman, (2001), **Kamu Yönetimi reformu: Genel eğilimler ve Ülke Deneyimleri**, DPT Yayını, Ankara.
- YÜCEL, Erdal, (1990), **Sistem Analizi I, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu**, İlksan Matbaası, Ankara.
- YÜKSEL, Öznur, (2000), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, Gazi Kitabevi, Ankara.
- ZABÇI, Filiz, (2003), **Yeni Liberal Politikalar ve Sivil Toplum Örgütleri: Dünya Bankası'nın Çizdiği Yol, Liberal Reformlar ve Devlet**, KIGEM Sempozyum Bildirileri.
- ZENGİN, Eyüp, ÖZTAŞ, Cemal, (2008), Kamu Yönetiminde Çağdaş Gelişmeler ve Türkiye, **Alatoo Academic Studies**, Volume 1, S. 85-91.
- ZENGİN, Ozan, (2009), **Günümüz Kamu Yönetiminde Ön Plana Çıkan Yaklaşımlar**, (Ed.) B. Övgün. Kamu Yönetimi: Yapı, İşleyiş Reformu, KAYAUM Yayınları, Ankara.

İNTERNET KAYNAKLARI:

http://www.meb.gov.tr/aok/Aok_Kitaplar/AolKitaplar/Sosyoloji_2/2.pdf

erişim tarihi 26.07.2014

http://www.canaktan.org/ekonomi/kurumsal-iktisat/makaleler/kurumsal-north.htm#_ftn1

erişim tarihi 26.07.2014

<http://www.sendika.org/2003/05/kamu-yonetimi-reformu-ve-dunya-ornekleri-onur-yilmaz/>erişim tarihi 28.07.2014

<http://www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale132.pdf> erişim tarihi 30.07.2014 Aktan, 2007: 3

<http://www.istanbul.edu.tr/merkezler/mmaum/anlasmalar2.htm>

erişim tarihi 28.07.2014

https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/albert/lehre/wertewandel2011/B01_Rokeach1973.pdf

erişim tarihi 04.08.2014

<http://www.eminkaya.net/indir/him10.pdf> kaynak www.esosder.org.

Erişim Tarihi: 04.08.2014

<http://asosindex.com/journal-article-fulltext?id=17226&part=1>

Erişim Tarihi: 04.08.2014

<http://www.akademikbakis.org/eskisite/sayi11/makale/itibar.pdf>

Erişim Tarihi: 04.08.2014

<http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/en/>

Erişim Tarihi: 05.08.2014

<http://www.nber.org/papers/w12347.pdf>

Erişim Tarihi: 05.08.2014

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi-.html>

Erişim Tarihi: 06.08.2014

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=1>

Erişim Tarihi: 06.08.2014

<http://www.ieg.gov.tr/Detail.aspx?mode=1&pages=/PortalAdmin/Uploads/Titck/Menus/Menu-d2b9293d1782.html>

Erişim Tarihi: 06.08.2014

<http://www.sagem.gov.tr/hakkimizda.aspx>

Erişim Tarihi: 06.08.2014

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>

Erişim Tarihi: 06.08.2014

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf>

Erişim Tarihi: 06.08.2014

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf

erişim tarihi 08.08.2014

http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/2nd_Symposium/Angeliki_Liarigovinou_paper.pdf

erişim tarihi 10.08.2014

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions>

erişim tarihi 10.08.2014

<http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/1998/39/3/9740636.pdf>

erişim tarihi 10.08.2014 croatia

<http://www.hr/croatia>

erişim tarihi 10.08.2014 croatia

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>

erişim tarihi 10.08.2014

http://www.missoc.org/MISSOC/MISSOCII/MISSOCII/INFORMATIONBASE/ARCHIVES/EN/MISSOC_2002_EN.pdf

erişim tarihi 10.08.2014

<http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>

erişim tarihi 12.08.2014

http://en.wikipedia.org/wiki/Rokeach_Value_Survey

erişim tarihi 12.08.2014

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM VE YÖNETİMİ: AĞRI İLİ
ÜZERİNDEN BİR İNCELEME KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMANIN**

ANKET SORU FORMU

Sayın Katılımcı, Bu anket T.C. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi doktora programı öğrencisi olan Burhanettin COŞKUN tarafından hazırlanan “T.C. Sağlık Bakanlığı Politikalarında Değişim ve Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme” başlıklı doktora tezi için hazırlanmıştır. Anketteki yanıtlarınız ve aktardığınız bilgiler bilimsel ahlaka uygun olarak gizlilik ve güven ilkelerine bağlı kalınarak sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Çalışmama katıldığınız ve kıymetli zamanınızı ayırdığınız için şükranlarımı sunarım. Saygılarımla. Burhanettin COŞKUN

ANKET SORULARI

1- Göreviniz?

Yönetici ☐ , Memur ☐ ,Diğer Sağlık Personeli ☐ ,
Hemşire ☐ , Hekim ☐ ,

2- Kıdeminiz?

1-5 yıl ☐ , 6-10 yıl ☐ , 11-15 yıl ☐ ,16-20 yıl ☐ , 20 yıldan fazla ☐

3- Eğitim durumunuz?

Yok ☐ , İlköğretim ☐ , Lise ☐ ,Ön lisans ☐ ,Lisans ☐
Yüksek lisans ☐ , Doktora ☐

4- Kaç yıldır Ağrı ilinde yaşamaktasınız?

1-5 yıl ☐ , 6-10 yıl ☐ , 11-15 yıl ☐ ,16-20 yıl ☐ , 20 yıldan fazla ☐

5- Sağlık reformlarının kamu yararı ve toplumsal fayda açısından insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlaki kurallarına dayandırıldığına katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐ , Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐ , Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

6- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün teknolojik gelişmeler olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐ , Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐ , Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

7- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün ekonomik gelişmeler olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

8- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün vatandaşların beklentilerinde meydana gelen değişimler olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

9- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün finans harcamalarındaki düzenlemeler olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

10- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktör Sivil Toplum Kuruluşlarının çalışmaları olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

11- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmaya sebep olan faktör Uluslararası Kuruluşlar olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

12- Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanması olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

13- Kamu kurumlarında oluşturulan değişim ve dönüşüm programlarının Ağrı ilinde toplumsal fayda sağladığına ve kamu yararını artırabildiğine inanıyor musunuz?

- Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

14- Kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümünün kamu kurumlarında öngörülen kurumsal gelişim ve dönüşümle paralellik arz ettiğine inanıyor musunuz?

- Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

15- Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Aile Hekimliği uygulaması olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

16- Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Hastanelerin Birleştirilmesi olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

17- Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Acil Sağlık Hizmetlerinin gelişimi olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

18- Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Akılcı İlaç Yönetimi olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

19- Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Genel Sağlık Sigortasının tesis edilmesi olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

20- Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Ağrı ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Sağlık Bilgi Sisteminin oluşturulması olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

21- Sağlık hizmetlerindeki reformlar sonrasında öngörülen sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ve sonrası dönemde kalıcı etki bırakacağına inanıyor musunuz?

- Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

22- Kurumunuzda değişime ihtiyaç duyulması durumunda değişimin gerekli olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

23- Kurumsal değişim ve reform çalışmalarının devamlılığının, sağlık hizmetlerinin kalıcılığına katkı sağladığına inanıyor musunuz?

- Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

24- Sağlık konusunda oluşturulan reformların kalıcı olmasına, çalışanların direnç göstermelerinin etki ettiğine katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

25- Sağlık Bakanlığı'nın reform çalışmalarının zamanlamasının uygun olduğuna katılıyor musunuz?

- Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

26- Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmeti alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artması/azalması konusun etkili olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

27- Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesinin etkili olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

28- Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında en etkili reformun, Sağlık Bakanlığı'ndaki Hizmet Kalitesinin Yükseltilmesi olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

29- Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık hizmetlerindeki reformlarının en çok Sağlık Bakanlığı'nın planlama, düzenleme ve denetleme rolünün güçlendirilmesi olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

30- Ağrı ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık hizmetlerindeki reformlarının en çok Tedavi Edici ve Rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi olduğuna katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

31- Kurumunuzun devamlı bir değişim içinde olduğu görüşüne katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

32- Kurumunuzun çoğunlukla kriz durumunda bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

33- Kurumunuzun çoğunlukla hükümet kararıyla bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

34- Kurumunuzun çoğunlukla rekabet durumunda bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

35- Kurumunuzun çoğunlukla sivil toplum kuruluşları etkisi ile değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

36- Kurumunuzun çoğunlukla nedensiz bir şekilde bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

37- Sağlık hizmetlerinde yapılan reformların Ağrı ilinde yaşayan vatandaşlar arasında sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri ortadan kaldırdığına inanıyor musunuz?

Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

38- Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların yeni duruma uyacak kapasitesi olmamasından kaynaklandığına inanıyor musunuz?

Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

39- Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların işlerini kaybedecekleri korkusundan kaynaklandığına inanıyor musunuz?

Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

40- Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların mevcut gelirlerini kaybedecekleri korkusundan kaynaklandığına inanıyor musunuz?

Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

41- Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların değişimin içeriği hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklandığına inanıyor musunuz?

Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

42- Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının yönetime güven duyulmamasından olduğuna inanıyor musunuz?

Tamamen inanıyorum ☐, Çoğunlukla inanıyorum ☐
Yeterince inanıyorum ☐
İnanmıyorum ☐, Fikrim yok ☐

43- Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için köklü değişimin gerektiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

44- Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişimin derhal uygulanmasının gerektiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

45- Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişimden etkilenenlerin görüşleri çerçevesinde hareket etmenin gerektiğine katılıyor musunuz?

Tamamen katılıyorum ☐, Kısmen katılıyorum ☐
Kararsızım ☐, Katılmıyorum ☐
Fikrim yok ☐

46- Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişme öncesi duruma dönmenin gerekli olduğuna katılıyorsunuz?

Tamamen katılıyorum	☐	Kısmen katılıyorum	☐
Kararsızım	☐	Katılmıyorum	☐
Fikrim yok	☐		