

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ AÇISINDAN AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ:
SAKARYA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlknur Rabia SIRAKAYA

**Enstitü Anabilim Dalı : Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Kamu Yönetimi**

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hale BİRİCİKOĞLU

HAZİRAN– 2015

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ


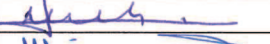

YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ AÇISINDAN AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ:
SAKARYA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlknur Rabia SIRAKAYA

Enstitü Anabilim Dalı : Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Kamu Yönetimi

“Bu tez 22/06/2015 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / ~~Oyçokluğu~~ ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Fatma FIDAN	BAŞARILI	
Yrd. Doç. Dr. Hale Bircikoglu	BAŞARILI	
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Lütfi ŞEN	BAŞARILI	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İlknur Rabia SIRAKAYA

22.06.2015

ÖNSÖZ

21. yüzyılda değişim her alana hakim olmuş, insanla birlikte yönetimler, sistemler ve kültürlerde değişimin bir parçası haline gelmiştir. Dünyada başlayan bu değişim hareketi Türkiye’de bir çok reform yapılmasına yol açmıştır. Reformlar sağlık alanında iyileşme taleplerine cevap verme amacıyla yapılmaya başlanmış ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte geniş çaplı bir sağlık reformu başlatılmıştır. Bu reformun bir ayağı da bu tezde çalışılan aile hekimliği sistemidir. Yeni kamu işletmeciliği reformlarından biri olan bu sistem Sakarya ilinde görev alan aile hekimlerine uygulanan bir anketle değerlendirilmeye çalışılmıştır. Hem tez yazım aşamasında hem de okuldaki çalışma ortamında yardımlarını eksik etmeyen ve her zaman samimi bir şekilde yanımda olan sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Hale Biricikoğlu’na, zorlandığım yerlerde yardımcı olan hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve bu günlere gelmemi sağlayan aileme teşekkürü bir borç bilirim.

İlknur Rabia SIRAKAYA

22.06.2015

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi

GİRİŞ	1
BÖLÜM 1. YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ	4
1.1. Kavramsal Olarak Yeni Kamu İşletmeciliği	5
1.2. Yeni Kamu İşletmeciliğinin Kuramsal Temeli	9
1.2.1. Yeni Sağ	11
1.2.2. İşletmecilik	12
1.2.3. Kamu Tercih Teorisi	13
1.2.4. Vekalet Teorisi	14
1.3. Yeni Kamu İşletmeciliğine Tarihsel Bir Bakış	15
1.4. Yeni Kamu İşletmeciliğinin Temel Özellikleri	17
1.5. Reformlar Bağlamında Yeni Kamu İşletmeciliği	20
1.6. Yeni Kamu İşletmeciliğine Yönelik Başlıca Eleştiriler	23

BÖLÜM 2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE AİLE HEKİMLİĞİ	30
2.1. Dünya’da Sağlık Politikalarında Yaşanan Değişim	30
2.2. Genel Olarak Türkiye’de İdari Reformlar	32
2.3. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi	34
2.3.1. 1920-1980 Dönemi Sağlık Politikaları	35
2.3.2. 1980-2003 Dönemi Sağlık Politikaları	35
2.3.3. 2003 Sonrası Dönem ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	37
2.3.4. Aile Hekimliği	41
2.3.4.1. Aile Hekimlerinin Sahip Olması Gereken Özellikler	44
2.3.4.2. Aile Hekimlerinin Görevleri	46
2.3.4.3. Aile Hekimliğine Yöneltilen Eleştiriler	49

2.3.4.4. Aile Hekimliğinin Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Değerlendirilmesi.....	50
---	----

BÖLÜM 3.YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SAKARYA İLİNDE YAPILAN BİR ARAŞTIRMA.....	55
3.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı.....	55
3.2 Araştırma Soruları.....	55
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	56
3.4. Araştırmada Elde Edilen Bulgular.....	62
3.4.1. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	62
3.4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	63
3.4.3. Aile Hekimlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	65
3.4.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeğin Boyutları Arasındaki İlişki.....	71
SONUÇ.....	75
KAYNAKÇA.....	80
EKLER.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR

- A.H** : Aile Hekimliği
- A.S.M** : Aile Sağlığı Merkezi
- AB** : Avrupa Birliği
- AHUZEM**: Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi
- APEC** : Asia-Pacific Economic Cooperation
- BİMER** : Başbakanlık İletişim Merkezi
- DB** : Dũnya Bankası
- EU** : European Union
- GKY** : Geleneksel Kamu y¶netimi
- NAFTA** : The North American Free Trade Agreement
- OECD** : Organisation for Economic Co-operation and Development
- SB** : Sağlık Bakanlığı
- SDP** : Sağlıkta D¶nüş¶m Programı
- SGK** : Sosyal G¶venlik Kurumu
- SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu
- STK** : Sivil toplum kuruluşları
- WONCA**: World Organization of Family Doctors
- YKH** : Yeni Kamu Hizmeti
- YKİ** : Yeni Kamu İşletmeciliği
- YKY** : Yeni Kamu Y¶netimi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Yeni Kamu İşletmeciliği ile Aile Hekimliği Hizmetlerinin Karşılaştırılması ..	51
Tablo 2 Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları	61
Tablo 3 Sosyo-Demografik Özellikler (n=78)	62
Tablo 4 Ölçeği Oluşturan İfade ve Boyutların Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları	64
Tablo 5 Aile Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	66
Tablo 6 Aile Hekimlerinin Yaş Gruplarına Göre Fark Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 7 Aile Hekimlerinin Uzmanlık Alanı Değişkenine Göre Fark Analizi Sonuçları	68
Tablo 8 Aile Hekimlerinin Aile Hekimi Olarak Çalışma Sürelerine Göre Fark Analizi Sonuçları	69
Tablo 9 Aile Hekimlerinin Toplam Çalışma Sürelerine Göre Fark Analizi Sonuçları ..	70
Tablo 10 Aile Hekimlerinin Kayıtlı Nüfuslarına Göre Fark Analizi Sonuçları	71
Tablo 11 Aile Hekimliği Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	72

Tezin Başlığı: Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Sakarya İlinde Bir Araştırma

Tezin Yazarı: İlknur Rabia SIRAKAYA **Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Hale BİRİCİKOĞLU

Kabul Tarihi: 22.06.2015

Sayfa Sayısı: vi (ön kısım) + 86 (tez) + 4 (ek)

Anabilimdalı: Siy. Bil. ve Kamu Yönetimi **Bilimdalı:** Kamu Yönetimi

1980 sonrası tüm dünyada neo-liberal politikalar sonucu Yeni Kamu İşletmeciliği birçok ülkede reformlarla kendini göstermiştir. Eğitim, kültür, sağlık vb. alanlarda etkisini gösteren bu reformlardan etkilenen ülkelerden biri de Türkiye'dir.

Çalışmada yeni kamu işletmeciliği açısından Türkiye'deki sağlık reformu incelenmiştir. Bunun için ilk bölümde yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı, bu yaklaşımın özellikleri, yaklaşımın ortaya çıkışından bu yana geçen tarihsel süreç, reformlar ve eleştiriler masaya yatırılmıştır. İkinci bölümde ise YKİ ile ortaya çıkan reformların Türkiye'ye etkisi ve bu etkinin sağlık sektörüne yansımaları gözden geçirilmiştir. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ve aile hekimliği sistemi incelenmiştir. Üçüncü bölümde de yeni kamu işletmeciliği açısından aile hekimliği sistemini anlamak için Sakarya ilinde yapılan anket çalışması analiz edilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, homojen verilerin analizinde bağımsız örneklem t-Testi ve tek yönlü varyans analizi; Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeği oluşturan boyutlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tek yönlü Varyans analizi sonucunda fark bulunan değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını bulmak için Sheffe testinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ($p=0,05$) analiz edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda Sakarya'daki aile hekimlerine göre hastalar açısından daha kaliteli ve verimli bir sistem olan ve bu açıdan yeni kamu işletmeciliğine uyan sistem ancak doktorlar açısından verimsiz çalışma koşulları içeren ve büyük ölçüde mecburiyetten tercih edilen bir sistem olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yeni Kamu İşletmeciliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı, aile hekimliği

Title of the Thesis: An Evaluation of Family Medicine Application Through the Lens of New Public Management: A Study in the Province Of Sakarya

Author: İlknur Rabia SIRAKAYA **Supervisor:** Assist.Prof. Hale BİRİCİKOĞLU

Date: 22.06.2015 **Nu. of pages:** vi (pre text) + 86 (main body)+ 4 (app)

Department: Pol. Sci. and Public Adm. **Subfield:** Public Administration

As a result of neo-liberal politics after 1980's, New Public Management showed up with reforms in countries worldwide. Turkey is one of the countries that affected by reforms which show its effects on education, culture, health etc. In the study, health reforms in Turkey are studied with regard to new public management. For doing this, in first chapter; new public management, its characteristics, emergence of the approach, historical process of approach from the beginning, reforms and different criticisms towards the approach were considered. In the second chapter, effects of new public management on Turkey are examined with Health Transformation Program and family medicine system. In the third chapter, in order to understand family medicine system with respect to new public management a survey was done in Sakarya province. Surveys were analyzed to see how the family system is running.

For Analyzing the data SPSS 20.0 was used. In order to analyze collected data, descriptive statistical methods, independent sample t-test, one way variance analysis and Mann Whitney U test were used. In addition to these, in order to analyze relationship between scales Pearson correlation analysis model was used. As a result of one way variance analysis, in order to find out difference between variations Sheffe test was used. Data analysis 95% (p=0,05) trust interval.

In conclusion, in Sakarya family medicine system is efficient and qualified for patient and it reflects features of new public management at these points. However, for family physicians, it is an obligation to become a family medicine and they have inefficient working conditions.

Keywords: New Public Management, Health Transformation Program, Family Medicine

GİRİŞ

Dünyada 1970'lerde refah devletinin krize girmesine kadar bir çok ülkede Weberyen tarzda bürokrasi modeli (geleneksel kamu yönetimi) etkinliğini sürdürmüştür. Krizle beraber hem ekonomik sistem hem de yönetim yapıları sorgulanmaya başlanmıştır. Geleneksel yönetim anlayışında görülen bürokratik, kamu yararına dayalı sistem ekonomide görülen neo-liberal dalganın etkisinde kalarak değişmeye başlamıştır. En genel açıdan ele alındığında kamu sektöründe özel sektör mantığı benimsenmiştir. Müşteri odaklılık, yönetim serbestisi, performans sistemi gibi kavramlar kamu yönetiminin gündemine ve mevzuatına yerleşmeye başlamıştır. Yeni sağ, işletmecilik, kamu tercihi teorisi ve vekalet teorisi kuramsal arka planına sahip bu yaklaşım bir süre sonra Türkiye'yi de etkisi altına almıştır. Türkiye'de kuruluştan sonra çeşitli dönemde farklı alanlarda değişimler sürse de kamu yönetiminde Weberyen bürokrasi çok fazla değişmeden 1990'lara ulaşmıştır. Hem dünyada hem de Türkiye'de neo-liberal politikalarından etkilenen alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Hem YKİ etkisi hem de küreselleşme etkisiyle sağlık sektöründe reform ihtiyacı ortaya çıkmış ve 1990'larda devlet elinin sağlıktan yavaş yavaş çekilmesi fikri kabul görmeye başlamıştır. Uluslararası örgütlerin de etkisiyle 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'de YKİ yaklaşımının en somut adımlarından biri atılmıştır. SDP'nin temel amacı birinci basamak sağlık hizmet ve sunumunu sağlamak için aile hekimliği sistemi geliştirilmiştir. 2005 yılında Düzce ilinde pilot olarak başlatılan uygulama 2011 yılında tüm ülkeye yayılmıştır. Aile hekimliği sistemi ile hem ikinci basamaktaki yoğunluğun azaltılması hem de birinci basamakta daha kaliteli ve verimli bir hizmet sunumu sağlanarak sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenmiştir. Özellikle verimlilik ve hasta odaklılık vurgusu yapılan aile hekimliği sistemi, YKİ kapsamında yapılan uygulamalardan biri olarak kabul edilmektedir.

Çalışmanın Konusu:

1980 sonrası dönemde ortaya çıkan kamu yönetimi alanındaki neo-liberal politikalara dayanan reform hareketleri genel olarak yeni kamu işletmeciliği olarak adlandırılırlar. Bu reformlar 1980'lerden bu yana etkisini sürdürmektedir. Bu çalışmada sözü geçen YKİ yaklaşımı, bu yaklaşımın özellikleri ve bu yaklaşıma yöneltilen eleştiriler

incelenecektir. Daha sonra bu yaklaşımının Türkiye'ye olan etkisi kapsamında hayata geçirilen sağlıkta dönüşüm programı ve bu programın birinci basamak sağlık hizmetlerindeki uygulaması olan aile hekimliği sistemi incelenecektir. Bu arka plandan hareketle ise çalışmanın alan araştırması kısmında YKİ ve bu bağlamda aile hekimliği sisteminin değerlendirmesi yapılacaktır.

Çalışmanın Önemi:

Yeni kamu işletmeciliğinin dünyaya yayılan bir etkiye sahip olması bilimsel çalışmalarda da bu konuya ilgi uyandırmıştır. Ortaya çıkışından bu yana birçok araştırmaya konu olmuştur. YKİ üzerine birçok kitap, tez ve makale yayınlanmıştır. Ancak sağlık alanında yapılan reformların YKİ açısından incelenmesi sınırlı sayıdadır. Bu açıdan bakıldığında çok fazla çalışılan bir konu olan YKİ'nin sağlık alanında incelenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık sektörünün insan hayatındaki yeri düşünülüğünde bu alandaki reformların uygulamada nasıl bir karşılık bulduğu önemlidir. Çalışmada incelenen aile hekimliği sistemini YKİ açısından inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. YKİ kapsamı dışında değerlendirildiğinde de aile hekimliği sistemi daha çok hasta ve hekim memnuniyeti açısından gözden geçirilmektedir. Bu çalışmada ise hekimler üzerinden sistem odaklı bir araştırma yürütülmüştür.

Çalışmanın Amacı:

Ülkemizdeki aile hekimliği sistemi ile yeni kamu işletmeciliği arasındaki ilişkiyi inceleyerek, bu ilişki çerçevesinde aile hekimliği sisteminin uygulamada nasıl bir karşılık bulduğunu ortaya koymaya çalışmaktır. Bu açıdan aslında çalışmanın temel sorunsalı, YKİ arka planına dayanarak hazırlanan aile hekimliği sisteminin bugün YKİ açısından geldiği noktanın tespit edilmesidir.

Çalışmanın Yöntemi:

Temel sorunsala cevap bulmak amacıyla ilk olarak kaynak tarama yöntemiyle çalışmada kullanılacak yöntem belirlenmiştir. Barzelay'a göre bu alanda çalışılırken karşılaştırmalı yöntemler, açıklayıcı çerçeveler ve alan araştırması sonuçları net bir şekilde tanımlanarak YKİ'nin sistemi nasıl etkilediği, reformları nasıl etkilediği ve diğer yaklaşımlarla nasıl karşılaştırılacağı belirlenmelidir (Barzelay, 2001: 52). Bu nedenle Barzelay'ın da bahsettiği gibi YKİ çalışılırken sistemin nasıl etkilediğini tespit etmek

için bu alanda yapılan reform alanlarından biri olan sağlık sektörü tercih edilmiştir. Bu alanda ise somut örnek olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile hekimliği sisteminin alan araştırması olarak incelenmesine karar verilmiştir.

Çalışmanın birinci ve ikinci bölümlerinde kaynak tarama yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem kapsamında, ikincil kaynaklardan yararlanılmış, konuyla ilgili hazırlanan yerli ve yabancı yazarlara ait kitaplar, makaleler, raporlar, tezler ve internet kaynakları incelenmiş, ayrıca konu ile ilgili mevzuat da gözden geçirilmiştir. Üçüncü bölümde ise kaynak tarama yönteminin yanı sıra anket uygulaması kullanılmıştır. Anket uygulamasının analizi yapılırken ise SPSS 20.0 programı kullanılarak istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Bu bölümdeki kaynak taraması ve analizlerin değerlendirilmesi için de yine konuyla ilgili ikincil kaynaklardan yararlanılmıştır. Anket çalışmasında kullanılan ölçeğin hazırlanma aşamasında ise daha önce yapılan anket çalışmaları gözden geçirilmiş ve konu ile ilgili temel hipotezler ve araştırma soruları kapsamında ölçek oluşturulmuştur.

BÖLÜM 1. YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ

Kamu yönetiminin tarihsel gelişimi incelendiğinde iki ana yaklaşım karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki Amerikan yaklaşımıdır. Amerikan yaklaşımına göre kamu yönetimi, klasik (geleneksel) okul (1900-1925), neo-klasik/davranışçı okul (1925-1950), modern okul (1950-1980) ve neo-modern okul (1980 ve sonrası) olmak üzere 4 ana dönemden oluşur. İkinci yaklaşım ise Avrupa yaklaşımıdır. Buna göre kamu yönetimi, kameralizm ve bürokrasi dönemleri olmak üzere iki temel döneme ayrılır. Kamu yönetimi Avrupa’da siyaset bilimi eğilimli gelişirken, ABD’de Woodrow Wilson’ın çalışmalarıyla ortaya çıkan yönetim modeli 1950’lere kadar siyaset-yönetim ayrımını benimsemiş bir yapıda devam etmiştir (Güzelsarı, 2004: 85-86).

Amerika ve Avrupa’da daha önce açıklanan süreçlerden geçerek ortaya çıkan geleneksel kamu yönetimi (GKY) anlayışı, büyük ve merkeziyetçi örgütlenmeye sahip bir devlet yapısı, katı, hiyerarşik örgütlenme, iş bölümü ve uzmanlaşma, biçimsellik ve kuralların yoğunluğu, mekaniklik, gizlilik ve yeniliklere kapalılık, mesleklaşma ve tekelcilik özellikleri ile karşımıza çıkmaktadır (Al, 2002: 28).

Eryılmaz’a göre (2014: 44-46) ise Geleneksel kamu yönetimi, dört ana özellik çerçevesinde işler. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir; Max Weber’in bürokrasi modeline göre yapılandırılan kamu yönetimi “ayrıntılı kurallara ve biçimselliğe dayalı, gayri şahsi, katı hiyerarşi, kariyer esas alan ve büyük ölçüde merkeziyetçi nitelikleri olan bir sistemdir. GKY, devletin kamusal mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımında, bürokrasi aracılığıyla doğrudan görev alması gerektiği düşüncesine dayanmaktadır. GKY’de idare siyasal iktidara bağımlı bir konumdadır. Bu da kamu yönetimine talimatları ve kuralları uymaktan ibaret olan bir görev yüklemektedir. Politika ya da stratejileri belirleme konusunda yetki, siyasi liderlerdedir. Siyasilerin belirlediği, kamusal alanda yapılacakları, kamu yöneticileri uygular. Kamu yönetimi özel sektör yönetiminden farklı olan özel bir yönetim biçimidir. Özel sektörün yönetim sisteminden “farklı olarak, yasallık (örgütlenme ve işleyişin ayrıntılı kurallara dayanması), tarafsızlık, eşitlik, kamu yararı, kamusal mallar, kamusal sorumluluk, siyasal çevre, kamu gücü” gibi kamu yönetimine has nitelikleri bulunmaktadır.

1930'a kadar Frederick Taylor, Henry Fayol ve Max Weber'in de etkisiyle şekillenen ve önem kazanan ve yukarıda genel olarak özellikleri sıralanan geleneksel kamu yönetimi anlayışı, 1980'lere kadar birçok ülkede etkisini sürdürmüştür. 1970 sonrası yaşanan ekonomik krizlerle kamu yönetiminde sıkıntılar ortaya çıkmış ve GKY modeli bu sıkıntıları çözmeye yetersiz kalmıştır. O dönemde ortaya çıkan sıkıntıların, "bürokrasinin tekeli doğası, ölçülemeyecek büyüklükte olması, halk ile olan iletişimsizlik, ekonomik durgunluk, yüksek yozlaşma ve kendini belirleyen gündeminin olması" (Haque, 2004: 4) gibi nedenlerle ortaya çıktığı ve ekonomik sıkıntılarla birlikte çözümsüz bir hal aldığı söylenebilir.

GKY anlayışı gibi Batı'da yönetim anlayışları her krizden sonra değişim geçirmiştir. 1929 Büyük Buhran'dan sonra refah devleti ve geleneksel yönetim anlayışı kurtarıcı olarak kabul edilmiştir. Ancak 1970'den sonra ekonomik krizin de etkisiyle refah devleti krize neden olan ana etken olarak kabul edilmiştir (Al, 2002: 28). Bu nedenle, GKY'ye alternatif yeni kamu yönetimi (YKY), yeni kamu işletmeciliği (YKİ) daha sonrasında da yönetişim ve yeni kamu hizmeti vb. farklı yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Bu alternatifler içinde en çok kabul gören ve kalıcı olanın YKİ olduğu söylenebilir (Hood, 1991: 8).

1.1. Kavramsal Olarak Yeni Kamu İşletmeciliği

Yeni kamu işletmeciliği kavramı (Christensen and Laegrant,2002; Barzelay, 2001; Christensen and Laegrant, 2011; Mclaughlin ve diğerleri, 2002; Lane; 2000; Pollitt ve Bouckeart,2011; Hood, 1991) kamu yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır. Bu kavram ortaya çıktıktan sonra bu konuda yapılan bilimsel çalışmalar artmaya başlamıştır (Elgar, 1998; Christensen ve Laegrant, 2007; Rouban, 1999) YKİ, sadece kamu yönetimi disiplini içinde değil aynı zamanda siyaset biliminin pratik ayağını da geliştirecek bir çalışma alanı olarak görülmektedir (Barzelay, 2001).¹ Barzelay'a göre (2001, 51) YKİ genel olarak Anglo-Saxon ve İskandinav yönetim kültüründeki değişim sürecine işaret eder ve "bütçeleme, finansal yönetim, kamu hizmeti ve emek ilişkileri, hizmet alımı, örgüt ve yöntemler, denetim ve kontrol" gibi konularla ilişkilendirilerek çalışılabilir.

¹ Barzelay YKİ'nin bu yönünü kamu işletmeciliği politika yapımı olarak adlandırmaktadır.

Yaklaşımın kabul görmesi ve sürekli gelişmesi bu konuda birçok çalışmayı beraberinde getirmiş ve her farklı çalışmayla farklı isim ve tanımlamalar ortaya çıkmıştır. Bu isimler, “yeni kamu işletmeciliği” (Hood, 1991), “işletmecilik” (Pollitt, 1998), “neo-Taylorism”, “girişimci yönetim” (Osborne ve Gaebler, 1991), “piyasa temelli kamu yönetimi” (Walsh,1995), “işletmeci devlet” (Clarke ve Newman, 2010: 35) şeklinde sıralanabilir. Bütün bu alternatif isimler içerisinde literatürde en çok tercih edilen Christopher Hood’un (1991: 2) yeni kamu işletmeciliği (YKİ) kavramı olmuştur (Sözen, 2005: 15). Hood’un kullandığı bu ismin orijinali “new public management” (NPM) tır. Ancak bu kavram Türkçe literatürde bazı yazarlar tarafından “yeni kamu yönetimi, bazı yazarlar tarafından ise yeni kamu işletmeciliği olarak kullanılmaktadır. YKY kullananlara göre, YKİ kamu sektörüne uygun bir isim değildir. Bu görüşü savunanlara göre kamu yönetimi bir işletme değildir. Ancak YKİ’yi kullanan yazarlara göre ise bu yaklaşım zaten işletme ve özel sektör mantığının kamuya yansımaları olduğu için YKİ isminin kullanılması daha doğrudur (Tuncer ve Usta, 2013: 187). Başka bir açıdan bakıldığında da YKY² hareketi 1960’larda ortaya çıkan daha farklı bir yönetim modelinin ismidir (Özgür, 2003: 183-220). Yukarıda sayılan nedenlerden bu tezde YKİ ismi tercih edilmiştir. Yeni kamu işletmeciliği 1980’lerin sonu 1990’ların başında ortaya çıktığı için o dönemde “yeni” olarak adlandırılan yaklaşım, günümüzde de taraftarları olan ve farklı reform uygulamalarıyla varlığını sürdüren bir sistemdir. Ayrıca YKİ yaklaşımı sürekli gelişen ve yenilenen reformlar içerdiği için de bu yaklaşım için her zaman “yeni” kavramı kullanılabilir. Bu nedenlerle hala “yeni kamu işletmeciliği” olarak adlandırılmaktadır (Sözen, 2005: 15). Çok daha farklı bir bakış açısına sahip olan Hughes’a göre ise (2014: 33), 1991’de Hood tarafından kullanılan ve daha sonra da çok tutulan YKİ ismi kavramın anlamından çok uzaklaşmıştır. Bu nedenle ona göre, “kamu işletmeciliği, uzun dönemli bir dizi değişikliğin muhasebesini yapma ve hatta onları tanımlama bakımından YKİ’nden daha kullanışlı bir terimdir.”

İlk dönemlerde YKİ’nin analitik ve net bir çerçevesi olmadığı ifade edilmektedir. Bu bağlamda Christopher Hood’ un YKİ’yi çerçeveye koyup kamu sektörü reformlarının ilerleyen bölümlerde ayrıntılı açıklanacak olan yedi özelliğini belirlemesi YKİ’nin

² Yeni kamu yönetimi yaklaşımı, 1960’larda Minnowbrook Konferansları ile Dwight Waldo, George H. Frederikson ve Michael Harmon’un öncülüğünde ABD’de ortaya çıkmış ve daha çok ABD’de etkili olmuştur. Bu yaklaşım özellikle etik, erdem, kamu yararı, rasyonalizm karşıtlığı, katılım ve adalet gibi kavramlar etrafında toplanmıştır (Özgür, 2003: 186-193).

doktrinsel temelleri olarak kabul edilir. Ancak Hood'un yedi doktrini, YKİ'nin farklı ülke modellerinin ortak yanlarını ve sistemlerin işleyiş düzenlerini yeterli düzeyde açıklayamamaktadır. Bu çerçeve belirsizliğine rağmen YKİ küresel bir model olarak alınmış ve daha sonra da kamu yönetiminde temel unsur olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1970'lerde ortaya çıkan petrol krizi refah devletini büyük ölçüde sarsmış ve piyasa önem kazanmıştır. Piyasaya karşı artan önem ve piyasayla devletin rekabete girme ihtiyacı gibi durumlar ortaya çıkmıştır (Haque, 2004: 4).

YKİ'nin birçok ülkede birçok farklı uygulamasının mevcut olması ve YKİ'nin net bir çerçevesinin olmayışıyla birlikte, yaklaşımın tek bir kavrama karşılık gelen teorilerden farklı bir duruma geldiği söylenebilir. Bu nedenle YKİ'nin yapısına dair yaklaşımları incelemek önem kazanmaktadır. Bunun için de ilk olarak bu konudaki farklı görüşler sıralanacak ve sonrasında da genel değerlendirmesi yapılacaktır.

YKİ'nin isim babası olarak adlandırabileceğimiz Hood'a göre (2001: 3) uluslararası hatta küresel bir kavram olan YKİ, geleneksel kamu örgütlerinden, hizmet sunumuna önem veren ve etkin yapıya geçiş için en doğru ve kısa yolu ifade eder. Buna göre YKİ tezinin merkezinde kamu yöneticilerine yönetme için ayrı bir alan ve yönetme özgürlüğü verilerek daha iyi bir yönetim sağlamanın yer aldığı savunulabilir. Çünkü Hood'a göre YKİ'nin bir çok uygulaması doğru olarak kabul görmüştür.

Ömürgönülşen'e göre (2003: 28), YKİ yaklaşımı, bürokratik sistemin esnek olduğu, başarılı özel sektör uygulamalarına rastlanabilen, işletmecilik yazınının büyük ölçüde geliştiği ve İngilizcenin anadil olarak kullanıldığı Anglo-Amerikan ülkelerinde kendisine daha uygun bir gelişme ortamı bulmuştur.

YKİ, farklı anlayışlarda farklı anlamlara gelmektedir. Bir yaklaşımın bakış açısına göre YKİ, verimli ve etkin bir yönetim oluşturma amacıyla sonuçlara önem veren, bu sonuçlara ulaşabilmek için hesap verebilirlik üzerinde duran, müşteri ya da yurttaş odaklı, yerelleştirilmiş kontrolü geliştirmek için alternatif hizmet dağıtım modelleri/mekanizmaları/sistemlerini kullanan bir yönetim anlayışıdır. Başka bir yaklaşıma göre ise YKİ, girişimci devlet anlayışının bir uzantısıdır. YKİ çağdaş kamu yönetiminin bir paradigmasıdır. Bu açıdan bakıldığında YKİ'nin değişen dünyayla beraber küreselleşmenin de etkisiyle, kamu hizmeti niteliğinin, büyüklüğünün, hizmet sunucularının dönüşümünden doğan, katılımcı, şeffaf, esnek, en alt düzeyde bürokrasi

yapısına sahip bir kamu yönetimine doğru ortaya çıkan köklü bir değişim olduğu da ifade edilmektedir (Çarkçı, 2008: 46).

Özellikle çalışma yöntemi açısından YKİ'ye katkılarıyla bilinen Barzelay'a göre YKİ, devleti yeniden yapılandırmayı amaçlayan, neo-liberalizmin bu yapılandırma süreci içerisinde devletin rolünü ve işlevini nasıl belirlediğini gösteren bir yaklaşımdır (Barzelay, 2000: 189).

Eryılmaz'a göre (2014: 53-56) YKİ; Weber tarzı bürokrasi modeline karşı çıkan, devletin faaliyet alanlarını daraltması gerektiğini savunan, kamu yöneticilerinin karar alma ve uygulamada gerekli yetkileri ve sorumlulukları alması gerektiğini inancını benimseyen ve piyasa yönelimli bir yönetim modelidir.

Al'a göre ise (2002: 144), sosyal bilimlerde bir çok teorinin belirli bir kurucusu ve formal bir teorisi mevcuttur ya da formal bir teoriden üretilir. Ancak çoğunun aksine YKİ, tek tek örneklerden hareketle oluşturulan, teorik gelişmesini devam ettiren bir idari reform hareketidir.

Bunlara ek olarak refah devletinin zamanla mali sıkıntılar içine girmesi kapitalizmin yeniden gün ışığına çıkmasına neden olmuştur. Kapitalizmin yükselmesi ve neo-liberal akımın yeniden ortaya çıkmasının en önemli nedeni, refah devletinde rekabetin önünün kesildiği, ekonominin verimini yitirdiği ve devletin asıl görevlerinin ekonomik çabaları yüzünden arka planda kaldığı düşüncesi olarak kabul edilebilir. Bu açıdan incelendiğinde, temellerinden biri neo-liberalizm olan YKİ, devletin sınırlandırılmasına yönelik çeşitli alternatifler sunmaktadır (Ömürgönülşen, 2003: 28). Eryılmaz'ın da belirttiği gibi (2010: 21) YKİ, Reagan ve Thatcher iktidarının karşısına çıkan mali sıkıntılar ve hantal bürokratik işleyişe çözüm aranırken ortaya çıkmış bir yaklaşımdır.

Sonuç olarak birçok çalışma yapılmış ancak temelleri bulunan çok farklı reform modelleri uygulanmıştır. Dünya'da kamu yönetiminde meydana gelen değişimlerin ve özellikle neo-liberal fikirlerden doğan reformların geneline YKİ denilmiştir (Haque, 2004: 2). İlk olarak İngiltere'de ortaya çıktığı kabul edilen YKİ, 1990'lar ve sonrasında neredeyse tüm dünyayı etkileyen ve birçok ülkede ses getiren küresel bir akım halini almıştır. Hatta Kettle'a göre YKİ, dünya genelinde yayıldığı ve uygulama alanı/kapsamı çok geniş olduğu için küresel bir reform hareketidir (Kettle'den aktaran, Sözen,

2005:15-16). 1990'larda ortaya çıkan ve daha sonra gelişen YKİ, dünyada en çok tartışılan kamu sektörü reform modeli olmuş ve kamu yönetiminde bir paradigma kayması³ olarak kabul edilmiştir. Bazı yazarlara göre de YKİ, post-modern bir devrim ya da post bürokratik bir paradigmadır (Haque, 2004: 2-4). Osborne ve Gaebler'e göre de YKİ, çağdaş kamu yönetiminin yeni küresel paradigması olan girişimci hükümet modelidir (Sözen, 2005: 16).

1.2. Yeni Kamu İşletmeciliğinin Kuramsal Temeli

YKİ'nin farklı tanımlamalarını inceledikten sonra bu yaklaşımı ortaya çıkaran arka planı anlamak son derece önemlidir. Bu nedenle ilk olarak YKİ'nin düşünsel alt yapısına bakmak konunun anlaşılması açısından faydalı olacaktır.

YKİ'nin düşünsel temeline baktığımızda, karşımıza çıkan ilk anlayış bürokrasiye karşı takındığı "iyi bir bürokrasi olsa bile kötü sonuçlar doğurabileceği" yargısıdır. Karşımıza çıkan ikinci anlayış, Taylor'un ortaya attığı "en iyi yol" fikrini gerçekleştirmek zordur; bu nedenle esnek yönetim modelinin benimsenmesi gerekliliğidir. Üçüncü anlayış, hükümetlerin doğrudan hizmet sağlayıcı olmak yerine, daha çok destekleyici düzenlemeler, sözleşmeler ve sübvansiyonlar sağlaması ve yönetim ile toplum arasında ilişki kurarak, gelişmiş hesap verme mekanizmaları oluşturulması gerekliliğidir. Dördüncü anlayış ise bürokratların kamu yararına çalışsalar da, birey olarak kendi çıkarları için çalışmakta oldukları görüşüdür. YKİ, bu gerçeğin göz ardı edilmemesi gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Ayrıca memuriyet güvencesinin memurların çalışma şartları ve motivasyonunu etkilemektedir. Buna ek olarak da gün geçtikçe bürokratlar daha fazla sorumluluk almakta ve hizmetlerin sonuçlarına daha çok odaklanmaktadır (Hughes, 2014: 2).

Ancak ana kuramlara geçmeden tartışmalı bir konuya yer vermek yerinde olacaktır. Bazı yazarlara göre YKİ neo-taylorizm olarak adlandırılırken bazı yazarlara göre ise

³ Thomas Khun'a göre bilimde paradigma ve paradigma kaymalarının varlığı yeni paradigmanın ortaya çıkmasıyla eski paradigmanın tamamen kaybolmasını engeller. Peter Hall de Kuhn'un teorisini İngiltere'nin politikalarını açıklamak için kullanılmıştır. Hall'e göre Thatcher başa geldiğinde neoliberal fikirler Keynesyen yaklaşımların yerini almaya başlamış bu durum karar verme süreci ve politika üretme /öğrenme sürecinde de değişimlere yol açmıştır. Bu teoriye göre değişim 3 adımda gerçekleşmiştir. Bunlar, küçük marjinal değişim, evrimsel değişim ve paradigma kayması şeklinde sıralanabilir (Vries, 2010: 2).

neo-taylorizm YKİ'nin dayandığı temellerden birisidir. Bu nedenle neo-taylorizmi genel olarak incelemek gerekir. 1980'lerin sonuna kadar Avrupa'da örgüt kuramı ve klasik yönetim kuramına bağlı kalan Taylorizm hakimken, 1980 sonrasında neo-taylorizme doğru bir geçiş yaşanmıştır. Bu dönem aynı zamanda post-fordist dönem olarak da adlandırılmaktadır. Bu değişimdeki temel amaç dünyada artan ve güçlenen küresel rekabet koşullarına kamu sektörünün işleyişini uygun hale getirmektir (Güzelsarı, 2004: 99).

Neo-taylorizm, yönetimin kötü olmasının nedeni yine yönetimin bizzat kendisi olduğunu ifade eder. Yani bürokrasinin sorunlarını kendi içinde ve iç örgütlenmesinde aramaktadır. Yine aynı nedenle neo-taylorizm, klasik dönemdeki değişimlerin nedenini sistemin örgütsel yapısında ve bireylerde aramaktadır. Bu çalışmalarla neo-Tayloristler kamu sektörünün daha iyi bir hale getirilmesi için reform yapan birimlere çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler şu şekilde sıralanabilir (Güzelsarı, 2004: 99):

- Üretim maliyetleri belirlenmelidir ve ekonomik-mali her türlü bilgi düzenli toplanarak denetimler yapılmalıdır.
- Gerçek başarıların ölçülmesi için farklı farklı değerlendirme teknikleri kullanılmalıdır.
- Ödül ya da ceza yolları kullanılarak, çalışanların bireysel girişimciliği arttırmaları için motivasyon sağlanmalıdır.

Yukarıda sözü geçen düşünsel yapının etkisiyle, 1990 sonrası kamu yönetiminde yükselen akım YKİ olmuştur diyebiliriz. YKİ, İngiltere'de neo-liberal kavramların etkisi ile ortaya çıkmış ve diğer ülkelerin ondan örnek alarak takip ettiği bir akım gibi görünse de birçok farklı temele dayanan bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Bu temeller hemen hemen tüm ülke uygulamaları için de aynıdır. Buna göre YKİ, dört ayrı yönetsel kurama daha dayanır. Bu kuramlar, yeni sağ, işletmecilik, vekalet teorisi ve kamu tercihi teorisi olarak sıralanır (Hood, 1991: 2). Bu kuramları daha ayrıntılı incelemek YKİ'yi anlamak açısından yararlı olacaktır.

1.2.1. Yeni Sağ

YKİ kavramı ve onu ortaya çıkaran reformların oluşum temellerinden karşımıza çıkan ilk anlayış yeni sağdır. Yeni sağ kavramını ilk kez kullanan Norman Barry'e göre bu kavram, "eski usul sağ kanatın anti-liberal, çoğunlukla monarşiden ve dini rejimlerden yana olan bazı Avrupa muhafazakarlığı biçimlerinden ayrılan bir sağ siyaset çerçevesidir" (Barry, 1987'den aktaran Topal, 2007: 424).

1945 sonrası önem kazanan devlet müdahalesine karşı gelişen yaklaşım, 1970'lerde özellikle Keynesyen sosyal demokrasi fikirlerinin başarısızlığıyla muhafazakar düşüncede meydana gelen bir ayrım olarak kabul edilebilir. Heywood'a göre (2007: 69) yeni sağ neo-liberal ve neo-muhafazakar fikirlerin evliliğidir.

Neo-liberalizm; F. Hayek, M. Friedman ve R. Nozick gibi ekonomist ve filozofların yazıları sonucunda gelişen bir siyasal iktisat yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, piyasa ve birey üzerine kurulu devletin sınırlarını küçülterek, piyasada verimlilik ve yaygın refahı sağlama amacı gütmektedir. 1970'lerin sonunda dünyada ortaya çıkan sistematik krizle beraber, o dönem birçok ülkede iktidarda olan siyasi partiler, Dünya Bankası ve IMF gibi örgütlerin "öneri ve tavsiyeleri" dolayısıyla neo-liberal sermaye birikimine doğru önemli adımı atmışlardır (Hood, 1991: 7).

Neo-muhafazakarlık ise, 19. yüzyılın muhafazakar sosyal ilkelerini benimsemiş, otoriteyi yeniden yapılandırmayı ve geleneksel değerleri tekrar gün yüzüne çıkarmayı hedeflemiştir (Heywood, 2007: 71).

Topal'a göre yeni sağ, "üretim ilişkilerini yeniden düzenlemeyi hedefleyen neo-liberal iktisat politikalarını uygulayacak devlet biçimini şekillendiren, bunu yaparken sivil toplum düzleminde toplumsal muhalefeti zayıflatıp rıza mekanizmaları da tesis etmeyi amaçlayan bir ideolojik projedir" (Topal, 2007: 423). Bu nedenle o dönem politikalarını daha iyi anlamak için öncelikle neo-liberal stratejileri incelemek gerekir.

Yeni sağ kavramı, liberal iktisatın temsilcileri; Friedman ve Hayek, kamu tercihi teorisyenleri; Buchanan, Niskanen, Müeller ve Lindbloom gibi politik iktisadi görüşe sahip kişilerin çalışmalarını temel almaktadır. Bu düşüncenin temelinde bireycilik, bireysel özgürlük, tercih ve eşitsizlik gibi kavramlar yer alır. Yeni Sağ'a göre piyasa, kaynak tahsisi ve koordinasyonunu etkin bir şekilde sağlayan bir mekanizma ve karar

alma anlamında rasyonel bir istemdir. Bu bağlamda piyasa, etkinliği sağlamaktadır ve ekonomik refahı yükseltmektedir (Horton ve Farnham, 1999: 8-9; Johnson, 1997: 34'den aktaran Sobacı; 2009: 52-53). Sobacı'ya göre ise (2009: 53) yeni sağ, iki temele dayanmaktadır. Liberalizmden doğan bu kavramlar, serbest piyasa ekonomisi ve güçlü devlettir.

1.2.2. İşletmecilik

YKİ'nin temelini oluşturan bir başka kuram da işletmecilik (managerialism)tir. Bu kurama göre profesyonel yönetim ve yönetme serbestliğine sahip profesyonel yöneticiler kendi uzmanlıklarına dayalı evrensel bilgiyi kullanarak, hem özel kesim hem de kamu kesiminde başarılı sonuçlara ulaşabilirler (Sözen, 2005: 55). Konuyu daha ayrıntılı incelediğimizde karşımıza çıkan temel varsayımlar şu şekilde sıralanabilir (Pollitt, 1990):

- Toplumsal ilerlemeyi sağlamak için giderek artan bir ekonomik verimlilik sağlanmalıdır.
- Ekonomik verimlilik sağlamak için de daha yoğun bir iletişim ve örgütsel teknoloji kullanılmalıdır.
- Teknolojik yoğunluğu sağlamak için “üretkenlik ideali ve disiplin altına alınmış” emek gücü kullanılmalıdır.
- Üretkenlik, planlama, uygulama ve ölçme sağlamak için profesyonel bir “yönetici” grubu yönetimde olmalıdır.
- Yöneticilerin başarıya ulaşabilmesi için ise serbestlik tanınacak bir hareket alanı olmalıdır.

Massey'e göre (1993: 15), işletmecilik bir ideoloji değil, var olan bir ideolojik yapıya ve ona uyan sisteme ulaşmak için bir araçtır. Ancak ona göre de yönetici olmak tamamen profesyonellik gerektiren bir meslektir. YKİ'nin temeli olarak 1980' lerde işletmecilik anlayışının kamu kesiminde benimsenmesinin arkasında siyasi nedenler yatmaktadır (Sözen, 2005: 59). Yine işletmecilik yaklaşımından bakıldığında Wilson ve Doig yaptığı çalışmalarda YKİ'nin dört “dogmatik unsur” dan meydana geldiğini tespit etmişlerdir. Bu unsurlar; yönetimin idareden üstün olması, özel kesim yönetiminin

kamu kesiminden üstün olması, ekonomik ve sosyal problemleri çözmedeki tek yolun iyi bir yönetim olması ve yönetimin kendine has evrensel bir bilgi sistematığının varlığı şeklinde sıralanabilir (Wilson ve Doig, 1996'dan aktaran Sözen, 2005: 59).

1.2.3. Kamu Tercih Teorisi

Kamu tercihi teorisi kamu kurumlarını ve bu kurumların hareketlerini özel şirketmişçesine incelemektedir. Yapılan çalışmalarda “fayda, en yüksek çıktı, arz ve talep” gibi kavramları kullanılmaktadır. Bu teoriye göre, bürokratlar rasyonel birey olduklarından her durumda kendi çıkarlarını korumaya çalışırlar. Bu nedenle hangi yapıya geçilirse geçilsin öncelikleri kendi çıkarlarını korumak olacaktır (Niskanen, 1971; Dunleavy, 1991'den aktaran Bayraktar, 2003: 568).

Kamu tercihi teorisi, bürokratların tercihlerinin önüne kamu tercihini geçirmeyi amaçlamaktadır. Bunu gerçekleştirmek için de farklı önerilere yer vermektedir. Bunlardan en önemlisi “sözleşme teorisi”dir. Bu teoriye göre, bir amir astının kendi istekleri doğrultusunda hareket etmesini sağlamalıdır. Ya da başka bir açıdan bakacak olursak siyasiler, bürokratları “kamu yararı, kamu tercihi” yönünde çalıştıracak çözümler üretmelidir (Self, 1993: 156'dan aktaran Bayraktar, 2003: 568).

Buchanan'a göre kamu tercihi teorisi şu şekilde tanımlanmaktadır (Buchanan, 1991: 29-30):

Kamu tercihi yaklaşımı kelimenin kullanım anlamıyla bir metot değildir, araçlar yığını değildir, standart araçların standart yöntemlere göre belirli bir şekilde uygulanması değildir, ancak kamu tercihi yaklaşımı bu son durumuyla bir dereceye kadar kapalı bir anlam taşımaktadır. Kamusal tercih yeni bir siyasi bakış açısı olup, ekonomistlerin kolektif ya da piyasa dışı karar verme sürecini incelerken kullandıkları araç ve yöntemlerin gelişmesinden ortaya çıkan bir yaklaşımdır.

Bu yaklaşımın temellerini politik müdahale ve ekonomik insan (homoeconomicus) kavramları oluşturmaktadır (Buchanan, 1991: 29-30). Özer (2005: 178-179) de kamu tercihi teorisinin ilkelerini şu şekilde sıralamaktadır; metodolojik bireysellik, rasyonellik ve politik mübadele.

Sobacı'ya göre (2009: 55), kamu tercihi teorisinin YKİ'ye en önemli etkisi, kamu görevlilerinin motivasyonunun sorgulanması ve devletin rolüne ilişkin öngörülerde

bulunmasıdır. Bunlar, daha fazla hesapverebilirlik ve devletin küçülmesi fikrini taşımaktadır.

Christensen ve Laegrant'a (2011; 24-25) göre kamu tercihi teorisi ve YKİ arasındaki ilişkiye yönelik farklı görüşler mevcuttur. Bazılarına göre bu ilişki doğrudan, bazılarına göre ise dolaylıdır. Daha büyük kamu kuruluşlarını daha küçük birimlerde detaylı ele alma noktasında bu ilişkinin yakınlaştığını söylenebilir. Bu açıdan bakacak olursak Hood, Vries, Sobacı ve Özer'in yaklaşımları YKİ ve kamu tercihi teorisi arasındaki ilişkinin doğrudan olduğunu kabul ederken, Buchanan, Niskanen ve benzer görüşlere sahip iktisatçıların görüşlerini incelediğimizde bu ilişkinin dolaylı olduğu söylenebilir.

1.2.4. Vekalet Teorisi

YKİ'ni ortaya çıkaran kuramlardan bir başkası da "Vekalet Teorisi"dir. Vekalet teorisi ve kamu tercihi teorisi bir çok noktada benzer olsa da farklılık gösteren yönleri de bulunmaktadır. Vekalet teorisi ve kamu tercihi teorisi çıkış noktası olarak kişisel çıkardan beslenmektedir. Ancak vekalet teorisi bu çıkarların daha çok nasıl uzlaştırılabileceğini inceler (Christensen ve Laegrant, 2011: 26).

Davranış hakkında iktisadi bir önermede bulunmak kullanışlıdır. Kamu sektörü tarafından sağlanan bir malın standart arz- talep eğrisine tabi olduğu farz edilebilir. Buradan hareketle, yüksek ücretlerle kullanıcıya maliyet bindirerek veya arzı kısarak örneğin yüksek gelir seviyesindekilere malın ulaşılabilirliğini yok ederek, müşterilerin tüketimi düşürülebilir. Bu tarz stratejiler yaygın hale geldi ve en azından teorinin bu kısmını destekleyen bir trend oluştu. Diğer siyasalarla ya da yönetim modelleriyle kıyaslandığında kamu tercihinde farklı olan şey, davranışların varsayılabilmesi ve bu varsayımlar üzerine kurulan modellerin ampirik olarak test edilebilmesidir. Kamu tercihi teorisyenleri, genellikle, 'en iyi' çıktının piyasaya maksimum düzeyde bir rol vererek elde edileceği sonucuna varırlar. Bu görüşler, kendilerini dinlemeye hazır bir idari dinleyici kitlesi de bulmaktadır.

Bu konuya daha eleştirel bir açıdan yaklaşan Hughes (2014: 44) vekalet teorisini şu şekilde değerlendirmektedir:

Bu teorinin kamu sektörüne uygulanması, hesapverebilirlik hakkında özel sektörler ile kamu sektörü arasında rahatsız edici karşılaştırmaların yapılmasına yol açmaktadır. Kamusal bağlamda asillerin kimler olduğunu ya da onların gerçekten ne istediklerini belirlemek zordur. Kamusal hizmetin asili- sahibi- halkın tamamı olabilir ama halkın çıkarları o kadar dağınıktır ki, vekillerin – siyasetçilerin ve kamu yöneticilerinin-etkin denetimini sağlamak muhtemel değildir. Kamu sektöründe, özel sektörde olduğu gibi kardan, piyasa payından ve iflastan veya ticaret yaparken müflis duruma düşmekten kaynaklanan bir baskı yoktur. Eğer asiller, vekillerin kendi isteklerini yerine getirdiklerini temin edecek yeterince araca sahip değilse vekillerin isteklere uyma ihtimali daha düşüktür. Eğer özel sektörde bir vekil problemi varsa, kamu sektöründe bu durumun daha ağır bir şekilde ortaya çıkması muhtemeldir.

1.3.Yeni Kamu İşletmeciliğine Tarihsel Bir Bakış

Bu başlık altında YKİ'den önceki dönem, YKİ'nin ortaya çıkışı ve günümüze kadar olan gelişimi tarihsel olarak incelenecektir. GKY'den YKİ'ye geçiş ve daha sonraki dönem yönetimlerini anlamak açısından o döneme kadar olan ekonomik durumu incelemek faydalı olacaktır. Bu açıdan bakıldığında çıkış noktası olarak 18. yüzyıl sonlarında görülen karma ekonomiye devlet müdahalesinin nasıl gerçekleştiği alınabilir. Dönem itibariyle merkantalizm son aşama da olduğundan hükümetin ekonomiye müdahalesinin en üst düzeyde olduğu söylenebilir. Devlet gerektiğinde ekonomiyi dışa kapatarak ulusun zenginliğini ve gücünü geliştirme yoluna gidebilecek boyuttadır. Bundan sonra özellikle Adam Smith'in "Milletlerin Zenginliği" kitabı ile *Laissez-faire* anlayışı ekonomide devlet müdahalesini azaltma yönünde çalışmaları başlatmıştır. Böylece hükümetin ekonomiye minimal düzeyde katılımının sağlanmasının gerekli olduğu kabul edilmiştir.

19. yüzyılın başlarında bir çok ülkede liberal anlayış minimal devlet fikrini yaymıştır. Ancak bu değişim sonucunda sağlık, işgücü sömürü vb. gibi alanlarda sıkıntılar belirmiştir. Bu sorunların giderek artması sonucu, *laissez-faire* kapitalizmine tepki olarak refah devleti anlayışı ortaya çıkmaya başlamıştır. 1930 sonrasında ise Keynes'in görüşlerinin de etkisiyle ekonomide istikrarı sağlamak ve sosyal hastalıkları iyileştirmek hükümetin önemli bir görevi haline almıştır. Ancak, 1970'lerin sonlarında ise ortaya çıkan yeni iktisadi görüşlerin etkisiyle "küçük hükümet" modeli tartışılmaya başlanmıştır. Bu görüş beklenmedik bir şekilde hem solcu hükümetlerde (Fransa, Yeni Zelanda, Avusturya gibi) hem de muhafazakar hükümetlerde (İngiltere, ABD gibi) kabul görmeye başlamıştır. 2008 krizine kadar da bu etki devam etmiştir. Krizle birlikte hem devlet müdahalesi ortaya çıkmış hem de devletin tamamen müdahalesine olan karşıtlık devam etmiştir. Bu etkiyle günümüzde de devletin büyümesi yönünde talepler olsa da etkisi devamlı olamamıştır (Hughes, 2014: 75-85).

Sanayileşme ile temeli atılan refah devleti 1929 Büyük Buhran sonrası krizlerde Keynes ve Marx'ın görüşleri ile birlikte çok önemli çözümler sunmuş ve o dönemde Adam Smith'in görünmez elin yerini devlet eline bırakmaya başlamıştır (Al, 2008: 13). YKİ'nin ortaya çıkmasıyla Weberyen bürokrasinin ortadan kalktığı söylenemez. Ancak Weberyen anlayışta meydana gelen değişimler ve ortaya çıkan yenilikler paradigma

kaymasıdır ve son derece önemlidir (Al, 2008: 9). 1970’lerde ve 1980’lerde yaşanan krizler Reaganism, Thatcherism, yeni sağ, YKİ gibi kavramları ortaya çıkarmış ve 1980 sonrasında da bunlar küresel bir akım halini almıştır. Özellikle İngilizcenin anadil olduğu ülkelerde daha da hızlı yayılmıştır (Ömürgönülşen, 2003: 28).

1980-1990’lı yıllarda katı, hiyerarşik ve müdahaleci, bürokratik, kamu yönetiminin yerini esnek, piyasa tabanlı kamu yönetimine dönüştürülmesi konusunda alınan siyasi kararlar ve yapılan yasal düzenlemeler vs. o zamandan beri yönetimin işleyişini ve işlevlerini sürekli etkilemiştir. Ayrıca kamu yönetiminin bakış açısında da değişim olmuştur. Bu değişimle ortaya çıkan yaklaşım kamunun “işletmeci” yönüne vurgu yapmaktadır. GKY’de “kamu” belli hizmetleri yerine getirmekle ve bunları tamamen tek elinde yapmaktadır; ancak 1980 sonrası değişimlerle GKY, değer ve yöntemlerin yerini özel sektörün değer ve teknikleri almaya başlamıştır. Yani devletin “etkin düzenleyici işlevinden, girişimci işletmeci işlevine” geçiş başlamıştır diyebiliriz. Yönetimdeki neo-liberal ideoloji etkisi (devlet rolündeki değişim tanımlamasından dolayı) yönetim-siyaset ayrımı ve yönetimin “teknik” olarak algılanmasını sağlamıştır. Buna göre yönetim hizmet sağlama alanında, siyaset ise siyasal alanda faaliyet göstermelidir (Erkul ve Özcan, 2008: 216).

Ekonomik sorunların sonucu olarak büyük buhran sonrası dönemin en önemli cankurtaranı olarak refah devleti anlayışı görülmektedir. Keynesyen politikaların ortaya çıkardığı refah devletinin küresel alanda yayılması ve kabul görmesi birçok ülkede devletin (kamu yönetiminin) büyümesinin ve bunun sonucunda hantallaşmasının önünü açmıştır (Turan, 2014: 1238). Dünya çapında etkisi olan bu yönetim anlayışı, değişen dünya ve hızla gelişen teknoloji ile çatırdamaya başlamıştır. Ancak derinden başlayan çatlaklar yavaş yavaş yüzeye çıktıkça GKY anlayışında değişim çanları çalmaya başlamıştır. 1929 krizi ve 2. Dünya Savaşı’nın sonrasındaki ekonomik sorunları açıklayan ve çözüm üreten Keynesyen yaklaşım 1980’lerdeki krizle ortaya çıkan stagflasyon ve uzun dönem işsizlik gibi sorunları çözmede ve ilişkilendirmede yetersiz kalmıştır (Vries, 2010 :2). 1970’li yılların sonuna gelindiğinde gelişmiş birçok ülkede YKİ reformlarının yetersiz kaldığı konusunda eleştiriler artmış ve ekonomik nedenlere dayalı değişim çanları çalmaya başlamıştır (Sözen, 2005: 37).

YKİ'yi etkileyen en önemli faktörlerden birisi de teknolojik gelişmelerdir. GKY'nin teknolojiye her alanda uyum sağlayamaması, YKİ gibi alternatiflere ihtiyaç olduğunu kanıtlar niteliktedir. Postmodern sanayi ötesi toplum bu değişimin en önemli yapı taşlarından biridir. Ancak teknolojik gelişim ve postmodern-sanayi ötesi toplum YKİ'nin tek etkeni olarak kesinlikle kabul edilmemelidir (Al, 2008: 11). YKİ'nin küresel oluşu onun aynı zamanda her yerde uygulanabilir olması inancını doğurmuş, bu nedenle OECD üye devletlerinde YKİ'ni teşvik etmiştir. YKİ'nin her kültüre, topluma ve siyasi yapıya uyum sağlayabileceği de yaygın bir inanış halini almıştır (Sözen ve Shaw, 2002: 475-478).

YKİ'nin küresel hale gelmesinde ayrıca birçok uluslararası aktörün de etkisi olmuştur. Bu uluslar arası aktörlerin başında; Dünya Bankası, IMF, Asya Kalkınma Bankası, Afrika Kalkınma Bankası, Inter American Development Bank ve The United Nations Development Programme gelmektedir. 1980'ler ve 1990'lar boyunca bu kuruluşlar, gelişmiş ülkelerde oluşan neo-liberal politikaların baskılarının etkisiyle, gelişmekte olan ülkelere devlet karşıtı ve piyasa yönlü kamu reformlarını dayattıkları ifade edilmektedir (Haque, 2004: 3). Bunların dışında YKİ modeline katkı sağlayan profesyonel grup ve örgütler de mevcuttur. Bazı ülkelerde ise siyasi liderler bile reformlarda doğrudan etkilidir (Margaret Thatcher, John Mayor, Ronald Regan, Al Gore vs.) (Haque, 2004: 3).

YKİ birçok alanda ortadan kalkmış durumdadır, ancak gelişmekte olan ülkelerde varlığını sürdürmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise YKİ elementleri yönetim sürecini arka planda da olsa hala varlığını sürdürdüğü söylenebilir (Haque, 2004: 1).

1.4. Yeni Kamu İşletmeciliğinin Temel Özellikleri

YKİ yaklaşımından bahsedilirken net bir tanımı, sınırı ve çerçevesi olmadığını iddia eden görüşler olmasına rağmen Sözen'in belirttiği gibi YKİ sadece yeni tekniklerin uygulanması olarak görülmemelidir. Ona göre YKİ'nin dayandığı çok önemli temeller vardır. Bu temeller şu şekilde sıralanabilir; minimal devlet anlayışı, piyasa mekanizmalarının benimsenmesi, işletme yönetim tekniklerinin kamuda uygulanması (Sözen, 2005: 63).

Minimal devlet anlayışına göre, devlet kamu hizmetinin sağlanmasında devlet tekel olmamalıdır. Devlet doğrudan hizmet üreten birim olmak yerine, üretici kuruluşların ihtiyaç duyduğu altyapıyı hazırlayan kurum olmalıdır. Bunun yanı sıra firmalar arasındaki rekabeti de geliştirerek piyasa sistemlerinin işleyişini canlı tutmalıdır. Hizmetten yararlanan vatandaşları da müşteri olarak algılamalı ve onlara farklı seçenekler sunmalıdır. Bunları sağlayabilmek için de bu hizmet verilmeli midir, bu hizmeti devlet mi vermek zorundadır, devlet yapmak zorundaysa bunu satın alabilir mi, satın alamazsa en etkili ve verimli şekilde nasıl yapabilir vb. sorularına verilen cevaplara göre en uygun yöntem belirlenebilir (Sözen, 2005: 63-64).

Piyasa mekanizmalarının benimsenmesi, buna göre piyasanın kaynaklarını kullanarak sağlanan hizmet, devlet müdahalesiyle sağlanan hizmetten çok daha verimlidir. YKİ'nin temelinde piyasa mekanizmaları ve uygulamaları yer almaktadır (Sözen, 2005: 64).

YKİ'nin bir diğer özelliği de işletme yönetim tekniklerinin kamu yönetiminde uygulanmasıdır. Bunun nedeni özel sektörün kamu sektörüne göre daha verimli, etkin ve uygun kaynak kullanımıyla çalıştığının varsayılmasıdır. Bazı yorumculara göre bu durum, "işletme iyi, bürokrasi kötüdür." şeklinde net sonuçlara götürecek kadar büyük bir düzeyde farklılık içermeye başlamıştır (Common'dan aktaran Sözen, 2005: 63).

Sözen'in yukarıda bahsettiği temel özellikler doğrultusunda bir çok çalışma yapılmıştır. Sözen'in genel olarak sıraladığı bu özellikleri tek tek incelemek daha faydalı olacaktır.

Birçok çalışmada YKİ üzerine birçok çalışmalar olmuş Hood da bu çalışmalarını inceleyerek özellikleri 7 başlık altında toplamıştır. Christopher Hood'a göre (1995: 4-5) YKİ'nin unsurları şu şekilde sıralanabilir:

- Kamu sektöründe yöneticiye yönetim serbestliğinin tanınması (söz konusu yöneticiler her anlamda profesyonel yöneticilerdir),
- Performans ölçümü yapılması,
- Prosedürlerden çok sonuçlar üzerinde durulması,
- Kamu kaynaklarının kullanımında tutumlu olunması,

- Özel sektörde olduğu gibi kamu sektöründe de rekabetin artırılması,
- Büyük yapılı organizasyonların en uygun büyüklükteki yeni yapılara dönüştürülmesi,
- Kamuda özel sektör yönetim tekniklerinin uygulanması.

Borrins'e göre ise (2000:175), YKİ'nin temel özellikleri şu şekilde sıralanabilir;

- Vatandaşlar için yüksek kalite hizmetler sunmak,
- Örgütsel/kurumsal ve bireysel performansları ölçmek, talep etmek ve ödüllendirmek,
- Merkezi yönetimin etkisinden uzak özerk bir yönetim yapısı oluşturmak,
- Performans hedeflerine ulaşmak için insan ve teknoloji kaynaklarını tanıyıp ulaşılmasının önemini kavranması,
- Özel sektör ve hükümet dışı (non-governmental) kuruluşların rekabet ve açıklıklarının kamu hizmetleri tarafından da sergilenmesini sağlamaktır.

Osborne ve Gaebler (1992: 19-20) de YKİ'nin temel özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır;

- Hizmet sunan birimler arasında rekabet olmasını isterler,
- Denetim mekanizmalarını bürokrasiden vatandaşları aktararak onları güçlendirirler,
- Sistemlerin çıktı ve performanslarını ölçerler,
- Sadece amaç ve misyonları gerçekleştirmek için kurallar vardır,
- Hizmet sundukları kesimleri 'müşteri' olarak yeniden tanımlarlar,
- Sorunlar ortaya çıktıktan sonra hizmet sunmada basitlikten çok sorunların önlenmesine önem verirler,
- Sadece harcamaya değil para kazanmayı da amaç edinirler,

- Katılımcı yönetim anlayışı ile yetkilerin desantralize olmasını sağlamayı amaçlarlar,
- Piyasa mekanizmalarını , bürokratik mekanizmalara tercih ederler,
- Dikkatleri sadece kamu hizmeti üretmeye değil, toplumun sorunlarını çözmek için sektörel işbirliğine de çekerler.

YKİ ile ilgili çalışma yapan bir başka kişi de Pollitt'tir. Ona göre (2001), YKİ'nin özellikleri şunlardır:

- Yönetimin girdi ve süreç odaklılıktan çıktı ve sonuç odaklılığa yönelmesi,
- Performans ölçümü ve performans yönetimine önem vermesi,
- Büyük, çok amaçlı ve hiyerarşik bürokrasilerden yalın, yatay ve özerk örgütsel biçimlerin tercih edilmesi,
- Hiyerarşik ilişkilerin yerini sözleşme veya sözleşme benzeri ilişkilerin alması,
- Kamu hizmetlerinin sunumunda piyasa ve piyasa benzeri mekanizmaların daha fazla kullanılması,
- Kamu ve özel sektör arasındaki sınırların belirsizleşmesi, kamu ve özel sektör ortaklıkları ile melez örgütlerin gelişimi,
- Değer önceliklerinde evrensellik, eşitlik, güvenlik, ilkelerinden verimlilik ve bireycilik ilkelerine yöneliş.

1.5. Reformlar Bağlamında Yeni Kamu İşletmeciliği

YKİ daha önce belirtildiği gibi reform uygulamaları ile gelişim gösteren bir sürece sahiptir. Bu süreç de farklı ülkelerde çeşitli alanlarda uygulanan reformların özelliklerini tespit etmek önemlidir.

Kettle'a göre, kamu yönetimi reformları altı temel karakteristik içerir. Bunlar; üretkenlik, piyasalaşma (marketization), hizmet odaklılık, desentralizasyon, siyasa (policy), sonuçlara dayalı hesap verme sorumluluğu şeklinde sıralanabilir (Kettle, 2000).

Boston'a göre YKİ reformları iki şekilde belirlenebilir. Bunlar, reform ücretlerinin gelir/gider vs. dağılımı ve yeni durumlarla (risk,şok, kriz vs.) başa çıkma kapasitesidir. Bunların dışında da Boston'un önerdiği farklı kriterler mevcuttur. Bu kriterler; yargı reformunun ölçeği, ülkedeki güç dağılımı, etik standartları, sosyal kapasite seviyesi ve gönüllü kuruluşların rolü, halk-kurumlar arası güven ve iletişim /ilişki boyutu, halkın yönetim ile işbirliği yapma isteği, karar verme için kullanılan bilgilerin kalitesi, hem devlet kurumları hem de bireyler için var olan siyasa öğrenme kapasitesinin bütünü şeklinde sıralanabilir (Haynes, 2007: 7).

Rhodes'e göre kamu sektörü reformunun altı ölçütü vardır. Bunlar; özelleştirme, piyasalaştırma, şirket yönetimi, regülasyon, desentralizasyon ve siyasi kontroldür (Rhodes, 1999: 341).

Birleşik Krallık YKİ'nin gelişimi üzerinde çok önemli bir role sahiptir. Hatta YKİ'nin İngiltere'de doğduğu bile söylenebilir (McLaughlin ve Osborne, 2002: 1; Hood, 1991). Ancak YKİ kısa sürede sınırlarını aşarak kamu yönetimindeki baskın paradigmalardan biri haline almıştır. Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, bir çok Afrika ülkesi, Almanya, Fransa gibi dünyanın farklı yerlerinde de etkisini göstermiş ve bu reformlar yayılmıştır (Barzelay, 2001; McLaughlin ve Osborne, 2002; Kettl, 1995; Osborne ve Gaebler, 1993; Pollitt ve Bouckaert, 2000). Hem İngiltere örneğine hem de dünya örneklerini temel alarak incelediğimizde bir çok benzer gelişim ortaya çıkar. Örneğin "hükümetin modernleşmesi" hem İngiltere'deki dönemin mevcut emekçi hükümetin (Labour Government) gündeminde hem de ABD'de ki George Bush idaresinde reform programında yer almıştır. Bu gelişim de akıllara YKİ belli dönemlere has bir moda mı yoksa kamu işletmeciliğinin sürekli ve değişen bir paradigması mı sorusunu getirmektedir (Mclaughlin ve Osborne, 2002: 1).

Yapılan tartışmaları anlamak amaçlı olarak Pollitt ve Summa (1997) bir araştırma yaparak Finlandiya, Yeni Zelanda, İsveç ve İngiltere'yi incelemişlerdir. Sonuçta ise İngiltere ve Yeni Zelanda'daki reformlar devleti küçültme amaçlıyken, İsveç ve Finlandiya'daki amaç devleti büyütme'dir. Yani aynı sistem farklı ülkelerde farklı amaçlarla kullanılabilir. Ayrıca uygulama ve sonuçların sadece ülkeye göre değişmediğini aynı zamanda ölçütü, hızı ve sürece göre de değişeceğini göstermiştir. Reformlar için bir başka önemli etken ise kurumsal sistemlerdir ve kurumsal sistemler

siyasi ve ekonomik durumdan daha çok etkilidir. Kuruma göre aktörler seçimlerini yapar. Yine de YKİ Anglo-Sakson ülkelerinde daha görünürdür (Ferlie ve diğerleri, 1996) İngiltere ve Yeni Zelanda market piyasa temelli yaklaşımı yönetime uygulayan ilk devletlerdir. Bu yaklaşımı 1980'lerin başında benimsemişlerdir. Sözleşmelerle yönetme işi de bu sayede ortaya çıkmıştır (Walsh,1995).

Fransa, İtalya ve İspanya Anglo-Sakson reform modelinden farklıdır. Bu nedenle bu üç Avrupa ülkesini incelemek önemlidir. Anglo-Sakson ülkelerinde görece başarılı olan YKİ , bu daha tutucu yapıdaki Napolyoncu devlet geleneğinden gelen ülkelerde farklı sonuçlar doğurmuştur (Kickert, 1997: 732). İtalya ve İspanya Napolyoncu yönetim modelini Fransa'dan aldığı için sadece Fransa sisteminin incelenmesinin yeterli olacağı düşünülmektedir. Napolyon yönetim modelinin Anglo-Sakson ülkelerinden en önemli farkı son derece merkeziyetçi, hiyerarşik ve profesyonel çok iyi eğitilmiş bir “vücut” sisteminin parçası olarak çalışan memurlardır. Öte yandan Napolyoncu devlet sistemi son derece yasalıcıdır. Çünkü idare hukuku yönetim ve yöneticilere sıkı bir şekilde hükmeder. Rechtsstaat⁴ modeliyle Napolyon yönetim modelinde genel çıkarlar devlet tarafından sunulan bir ulus devlet yapısı mevcuttur (Kickert, 1997: 733).

McLaughlin ve Osborne'a göre (2002: 7) İngiltere'deki gelişme dört aşamada incelenebilir. Thatcher'ın da vurguladığı gibi ondokuzuncu yüzyılın sonlarında İngiltere'de “minimal devlet” dönemidir. Bu dönemde devlet “gerekli şeytan”(necessary evil) olarak görülmektedir. Minimal devlet ilk aşamayken, ikinci aşama hükümet ve özel sektör arasında oluşan “eşit olmayan ortaklık” görülen yirminci yüzyılın başlarıdır. Bu aşama aslında “19. Yüzyılın geleneksel muhafazakarlığından yeni yüzyılın sosyal reformculuğu ve Fabianizmine doğru büyük bir ideolojik kaymadır”. Üçüncü aşama, “refah devleti” dönemidir. Bu dönem İngiltere'de 1945-1980ler arasına karşılık gelmektedir. Dördüncü aşama ise günümüze kadar olan dönemi kapsayan “çoğulcu devlet” aşamasıdır (McLaughlin ve Osborne, 2002: 7).

Bu reform sürecinden Avustralya ve Yeni Zelanda da etkilenmiştir. 1992'de liberallerin seçimi kazanmasıyla Avustralya'da YKİ reformları başlamıştır. Bu reformlar bir çok ülkede olduğu gibi ekonomik nedenlerle verimlilik ve etkinliği sağlama amaçlı ortaya

⁴ Rechtsstaat: yönetenin ve kurallar tarafından bağlanmasıdır. Buna göre herkes kanun karşısında eşittir ve herkese adil bir şekilde uygulanır. Almanya temelli ortaya çıkan bu kavram daha sonra birçok Avrupa ülkesini de etkilemiştir (Kickert, 1997: 732).

çıktığı kabul edilebilir. Bu reformların ortaya çıkmasının nedenlerinden biri de Yeni Zelanda da etkili olan reform dalgasıdır. Yeni Zelanda'nın da bu dönemde İngiltere, Kanada, ABD'de devam eden neo-liberal politikaların etkisinde kaldığı söylenebilir (Goldfinch ve Roberts, 2013: 94-95). Bu açıdan bakıldığında Yeni Zelanda ve Avusturalya da yapılan reformların bir kısmının politika transferi şeklinde yapıldığı söylenebilir. Yeni Zelanda ve Avustralya'da reformlar günümüzde de değişimini devam ettirmektedir. Bu reformlar tarım, sanayi, sağlık ve hükümet hizmetleri olmak üzere 4 alanı kapsamaktadır. Bu alanda yapılan reformlar daha çok yeni ortaklıklar kurma ve yeni yönetim modelleri ve süreçleri deneme şeklinde ilerlemektedir (Steane, 2008: 463).

İngiltere ve ABD başlangıçlı olarak kabul edilen YKİ sadece diğer kapitalist uluslara yayılmakla kalmamış, aynı zamanda Asya, Afrika, Latin Amerika'daki gelişmekte olan ülkeler ve Doğu Avrupa'daki geçiş toplumlarını da etkilemiştir (Avusturya, Avustralya, Kanada, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, Hollanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç). Bugün de bu ülkelerde değişen seviyelerde YKİ'nin temel özellik bileşenlerini gözlemleyebilirsiniz. Ayrıca YKİ'nin kökleri yukarıda sözü geçen yerlerle sınırlı kalmamış Uganda, Zimbabve, Tanzanya, Malabi, Gana ve Zambiya gibi en fakir Afrika ülkelerine bile ulaşmıştır. Bu nedenle son 20 yıldır, bazı çalışmalar YKİ'nin kamu sektörü reformlarında yükselen küresel model olduğunu ifade ederler (Haque, 2004: 2-3).

Hughes'e göre YKİ ve yönetiminin az gelişmiş ülkelerde sınırlı biçimde uygulanabilmesi kültürden kaynaklanmaktadır. Çoğu gelişmekte olan ülke bağımsızlık sürecinde katı Weberyen bürokrasi modelini benimsemişti. O dönemde büyümenin en hızlı olanının devlet elinde üretim ve piyasaya müdahale ile olacağı düşünülmüştür (Hughes, 2014: 518).

1.6. Yeni Kamu İşletmeciliğine Yönelik Başlıca Eleştiriler

Bu başlığa kadar YKİ kavramsal olarak incelenerek, kuramsal temelleri, özellikleri, tarihsel arka planı ve bu yaklaşımla ortaya çıkan reformlar sıralanmıştır. Bu başlık altında ise YKİ'ye yöneltilen eleştiriler incelenecektir.

YKİ'yi eleştiren kişilerin başında Christopher Hood gelmektedir. Hood'a göre, YKİ'nin sabit ve net bir şekli olmadığı için eleştiriler de uygulamalar gibi çeşitlidir. YKİ tıpkı

“Kralın Yeni Giysileri” masalındaki gibi tüm sorunlar yerli yerinde ve ortada durmaktadır. Ancak görülme istenmediği için görülmemektedir. YKİ ile birlikte kamu hizmetinin ucuz olması durumu da olumsuz etkilenmektedir. Çünkü Hood’a göre yönetimde bir “ego tatmini, böbürlenme” söz konusudur. Bürokratlara uygulama noktasında bu nedenle çok büyük sıkıntı mevcuttur. YKİ’nin uygulanması için en önemli ön şartlardan biri bürokratların bu sistemi benimsemesidir. Ayrıca YKİ aslında kamuya değil yeni yönetici kesimine hizmet eden bir sistemdir. Hatta Hood ‘a göre bu sistem sadece üst düzey yönetime hizmet etmektedir. Bir başka eleştiri ise YKİ’nin evrenselliği konusundadır. Her ülkenin yönetim kültürü çok farklı olduğundan evrensel olması mümkün değildir. Ancak YKİ evrensel olduğu varsayılan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın evrensel olarak kabul edilmesinin iki önemli nedeni vardır. Bunlardan ilki, birçok alanda uygulanabilir ve dağılabilir bir sistem olmasıdır. Diğeri ise YKİ siyasal açıdan nötr kabul edilir. Bu nötrlük sayesinde YKİ birçok ülkede benimsenmesinin kolay olduğu söylenebilir. Hatta YKİ uygulamaları seçilmişlere göre bile değişir. Herkes YKİ’ni kendine uygun ve işine geldiği gibi kullanabilmektedir. Evrensellik sağlanabilmesi için idarenin bağımsız değerleri olduğunu kanıtlaması gerekebilir. Hood’a göre “YKİ bu alandaki en çarpıcı uluslararası gelişme”dir. YKİ ortadan kaybolacak denmiştir, ancak Hughes’ın da ileri sürdüğü gibi YKİ kendisi ortadan kalkmış gibi görünse de yönetimin içine işlemiştir. Günümüzde de reformlar hala devam etmektedir (Hood, 1991: 6-9).

Eleştiriler yapılırken 1980’den sonraki yaklaşımlar kullanılmaktadır. En önemli eleştirilerden birisi de YKİ’nin “hakkaniyet” ve “verimlilik” değerlerini öne çıkarmasıdır. Oysa ki “sonsuz reform”ların yönetsel değerlere dayandırılması gerekmektedir. Hood’un eleştirdiği noktalardan birisi de her soruna çözüm olarak YKİ’nin gösterilmesidir (Hood,1991: 3).

Bu konuda çalışmalar yapan bir başka isim de Owen E. Hughes’ tur. Daha önce de belirtildiği üzere Hughes YKİ ismini de çok doğru bulmamakta ve “kamu işletmeciliği”ni tercih etmektedir. Hughes’ın yaptığı eleştiriler şu şekilde sıralanabilir. Hughes’a göre, 1980’lerden bu yana birçok Batı ülkesi kamu sektöründe değişime gitmiş ve bu kurumlarda değişim kurumsallaştırılmıştır. 1970 sonrası yaşanan değişimler ve istenen sonuçların elde edilememesi sonucu bir çok siyasiler, bürokratları

genellikle reformların önündeki engel ya da reformlara karşı ilgisiz olarak görmeye başladı. Bunun daha ileriki ve önemli bir sonucu da dünya genelinde geleneksel yönetim modellerinin birçoğunun evrensel olmadığı ve değiştirebileceğinin görülmesidir. Bu değişim kamu işletmeciliğine doğru bir paradigma kaymasıdır. 1980 sonrası ilk olarak İngiltere, Yeni Zelanda ve Avustralya’ da ortaya çıkan ekonomik problemlerle bu reformların başlatıldığı kabul edilebilir. Bu değişimde çoğu yaklaşım bütün suçu geleneksel bürokrasiye atmaktadır. Değişim süreci başladıktan sonra görülen en önemli sorunlar, işletmecilik tarzı sonuç odaklı yönetime geçmek için çok fazla değişim ve çabaya ihtiyaç olduğu gerçeğidir. Bu geçişte en çok karşılaşılan eleştiriler ise reformlardaki ahlaki sıkıntılar ve sonuç odaklılığın ortaya çıkardığı “gayri insani” yöntemlerdir. Bunların dışında birçok ülkede geleneksel anlayış savunucuları baskın olmaya devam etmektedir. Çünkü çoğu ülkede reformlar bir bütün olarak değil de parça parça hayata geçmiş ve kısmi reformlar her zaman başarılı olamamıştır (Hughes, 2014: 17-32).

Hughes’a (2014: 19) göre kamu işletmeciliğine geçiş yeni kamu yönetimi anlayışının benimsenmesi anlamına gelmez. Çünkü ona göre, YKY hiç kabul görmemiş hatta sadece akademik camiada ses getirmiş bir yaklaşımdır. Kamu yönetiminden kamu işletmeciliğine geçişte gösterilebilecek belli bir gün, teorisyen, teori ya da mekan göstermek mümkün değildir. Ancak genel olarak bakıldığında değişim çok net bir şekilde ortadadır.

Geleneksel/Weberyen modelde liderliğe ihtiyaç duyulmaz ve kurum dışındaki dünyaya ya da kişilere çok fazla önem verilmez. Ancak günümüzde (1980 sonrasında) reformlar daha kalıcı bir şekilde toplumla, konu ile ilgili çıkar ilişkisi olanlar ile kamusal anlamda iletişime geçecek katılım oluşturma çabası güder. Geleneksel bir kamu idarecisi tamamen kanunların çizdiği sınırlar içinde ast-üst arasındaki emirlere göre hareket eder ve sonuçlardan doğrudan sorumlu değildir. Ancak kamu işletmeciliğinin etkisini gösterdiği kurumlarda yönetici sonuçtan şahsen sorumludur. Çalışmalarını yaparken kanunların dışında kendisine yardımcı olacak her türlü teoriden faydalanır. Övgüye değer performans denetimi fikri keyfi bir çok işlemi ortaya çıkarmış ve “absürt” bir yönetim modeli doğurmuştur. Aynı şekilde ikramiye modeli de başarılı olmamış hatta çalışanlar arasında en basit ikramiyeler bile kırgınlığa yol açmıştır. Özel şirket mantığını

kamu sektörüne uygulamaya çalışırken iki sektör arasındaki farkların göz ardı edilmemesi gerekir. Bu farkları şu şekilde sıralayabiliriz (Hughes, 2003: 23-36):

- Kamu sektöründe kararlar zorlayıcı olabilirken özel sektörün aldığı kararların böyle bir bağlayıcılığı yoktur.
- Özel sektör kendi isteğine göre hareket edebilirken kamu kurumları adaletli bir şekilde karar almalıdır.
- Kamu hizmeti yöneticisi çoğu zaman kurum dışından gelen siyasi bir gündemle de uğraşmak zorundadır. Özel sektörde ise genel olarak kar amacı baskın durumdadır.
- Kamu sektörü bir sonuç göstergesine sahip olmak zorunda değildir. Ancak özel sektörde çıktılar ya da üretimde etkinlik sürekli takip edilmelidir.
- Kamu sektöründeki hacim değişimi denetimi ve koordinasyonu zorlaştırırken özel sektörde böyle bir durum söz konusu değildir. Ancak reformlar uygulanırken bu farklar çoğunlukla göz ardı edilmektedir.

Günümüzde YKİ'den ziyade diğer reform modelleriyle daha fazla ilgilenilir hale geldiği savunulmaktadır. Katılımcı yönetim, ağ yönetimi, paylaşımcı yönetim, yani kamu hizmeti, dijital-çağ yönetimi ve diğer çok ortaklı anlaşmalar bunlardan başlıcalarıdır (Dunleavy vd., 2006). Bunun işaretleri birçok çalışma da görünmektedir.

Hughes'a göre, (2014: 49-51) "kamu işletmeciliği" teorisinin faydası daha önce kamu yönetiminde olduğu gibi, iş başındaki kamu idarecilerine gerçek sorunları anlamalarına ve çözmelerine yardım etmesidir." 1980 dönemi reformu temelde GKY'nin iyi çalışmamasıdır. Bunun sonucunda ortaya çıkan reformlar; özellikle ilk aşamada, sistem içindeki çalışanlar için düzeni bozan ve belirsizliğe sebep olan bir durum haline almıştır. Bunun yarattığı gerginliğin en önemli nedeni ömür boyu iş garantisinin yerini alan performans, yeniden yapılanma ve ortaya çıkan ihtiyaç fazlası olarak görülebilir. Aynı zamanda daraltılan hizmet sunumları da personel ihtiyacını azaltma gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Bu ve benzeri bir çok reform bir arada yapılmış ve gelişme hedeflenmiştir. Ancak aynı anda çok fazla reform ve değişiklik yaşanması, gelişimin önündeki en büyük engellerden biridir. Bununla birlikte geleneksel yöntemde var olan

önemli değerlerin bir kısmı da ya kaybolma durumuna gelmiş ya da büyük soru işaretleri ortaya çıkarmıştır.

Birçok sıkıntı olmasına rağmen Hughes (2003: 51) yeni reformların yapılabileceğine ve geleneksel yönetim anlayışına dönüşün bundan sonraki dönemler için pek mümkün olmadığına vurgu yapmaktadır. Ona göre, haklı eleştiriler olmasına rağmen büyük değişimin sonunda “ayakta kalan” kamu yönetimi değil kamu işletmeciliği olmuştur.

Ekonomik etkilerle birlikte kamu sektörü reformu ve devlet harcamalarını düşürme çabaları hükümetin sahip olduğu rollerde bir çok değişikliğe neden olmuştur. Hughes’a göre (2014: 91), kamu sektörünün rolü sorgulanmalıdır, ancak hükümetin toplum üzerinde olumlu etkisi olan rollerine de dikkat etmek gerekir. Ona göre devlet zamanla özel sektörün rakibi olmaktan çıkıp özel sektörün işini kolaylaştıran bir destek halini almıştır. Önemli olan devletin büyüklüğü değil yaptığı faaliyetlerdir.

Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunun kamu işletmeciliğini hizmet sunumunda kullandığı görülmektedir. Ancak bu sistemle birlikte geleneksel modelin bir çok unsuru da uyumsuz bir şekilde de olsa varlığını devam ettirmektedir. Bürokrasinin gücü bir yanda varlığını sürdürürken, hizmet sunum şekli ve koşulları değişmiştir. Ancak ne olursa olsun günümüzde, kamu işletmeciliği kurumsallaşmış ve yöneticiler sonuçlardan sorumlu hale gelmişlerdir. Hughes’a göre, “piyasa ve yönetsel yaklaşımı benimsemek bir şeydir, işleyen piyasalara sahip olmak bambaşka bir şeydir”. Aynı düşüncenin bir yansıması olarak gelişmekte olan ülkelerde özelleştirme gibi değişim süreçlerini yönetmek zor ve sıkıntılı olduğu söylenebilir (Hughes, 2014:189).

Janet ve Robert Denhardt yaptıkları çalışmalarla hem YKİ’yi eleştirmiş hem de YKİ’ye alternatif olarak yeni kamu hizmeti (YKH) yaklaşımı fikrini ortaya atmışlardır. Denhardt’lara göre (2007: 24), YKİ ve GKY benzer özellikler içerse de ikisi karşılaştırıldığında kazanan taraf kesinlikle YKİ’dir. Ancak onların önerisi YKİ’nin yerini YKH yaklaşımının almasıdır. Önerdikleri bu yaklaşım, kamu hizmeti, demokratik yönetim ve sivil katılımı yönetim sisteminin merkezine koyan bir kamu yönetimi modelidir.

YKİ'ye karşı yaptıkları eleştiriler ve onlara sundukları alternatifler ise genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Denhardt ve Denhardt, 2007: 28-29):

- YKİ'de ekonomik teoriler ön plandadır. Onlara göre ise demokratik teorilerin ön planda olması gerekmektedir.
- YKİ, ekonomik insan üzerine kuruludur, ancak YKH ile kabul edilen görüş bireylerin rasyonel ve stratejik kararlar aldığıdır.
- YKİ'ye göre kamu hizmeti bireysel çıkarları yansıtırken, YKH kamu hizmetinin karşılıklı görüşmelerle karar verilen ortak değerlere cevap vermelidir.
- YKİ, hizmet alanları müşteri olarak kabul etmektedir. Denhardt ve Denhardt ise hizmet alanların vatandaş olarak görülmesinden yanadır.
- YKİ yaklaşımı, devletin rolünü “dümen tutmak” olarak görürken, YKH bunun yerine vatandaşlar, toplumdaki gruplar ve ortak değerler arasında bir uzlaşma sağlayarak “hizmet etmek” olması gerektiğini savunmaktadır.
- YKİ'de hizmetler özel ve kar amacı gütmeyen kurumlar tarafından verilirken, YKH bu hizmetlerin kamu sektörü, özel sektör ve diğer etkenlerin koalisyonu sonucu oluşan kurumlara verilmesi gerektiğini ileri sürmektedirler.
- YKİ, sonuçları da süreçleri de piyasa temelli değerlendirmektedir. Ancak Denhardt ve Denhardt bunun kanunlara, toplumun değerlerine, vatandaşların çıkarlarına ve siyasi normlara uygun olarak yapılması gerektiğini savunmaktadır.
- YKİ, en geniş ölçüde girişimci amaçlara ulaşmayı hedeflemektedir. YKH ise yöneticilere takdir hakkının sınırlı ve hesap verebilirliğe engel olmayacak bir şekilde verilmesi gerektiğini savunmaktadır.
- YKİ en az kontrolle desentralizasyon temelli örgütleri kullanarak hizmet sunumunu gerçekleştirirken, YKH iç ve dış unsurlarla paylaşılan bir liderlik olması gerektiğini savunmaktadır.

- YKİ hükümetin faaliyet alanını küçültmeyi amaçlamaktadır. Onlara göre ise sadece büyüklüğe odaklanmak doğru bir yaklaşım değildir. Önemli olan kamu hizmetinin toplumla iletişim içinde şekillendirilmesidir.

Bir başka yaklaşıma göre ise YKİ, kendi kendini yenileyecektir. Ancak günümüzde baktığımızda YKİ'yi benimseyen ülkelerde sistemin halen canlılığını koruduğunu görebiliriz. Bu da YKİ'nin modanın ötesinde bir sistem olduğunu kanıtlar niteliktedir (Dunleavy ve Hood,1994). YKİ tarzı reformların 1960'larda başladığını söyleyerek o zaman yeterli alan bulamamasına rağmen varlığını bugüne taşıdığını, kamu hizmetlerinde uygulama alanı bulamadığını da ileri sürmektedir. Yine de YKİ'nin değişken olup olmaması konusunda bugün de tartışmalar devam etmektedir. Bir çok araştırmacı tek bir YKİ modeli olmadığını savunurlar. Bu konudan her ülkede farklı reformlar karşımıza çıkmaktadır (Sözen ve Shaw, 2002: 480).

YKİ bir moda değildir. Birçok karşıt görüş olmasına rağmen temel ilkeleri ve kamu sektörüne bakış açısından dolayı GKY'den farklıdır. Bu da onu bir yönetim modeli olarak kabul etmeyi gerektirir. Ayrıca YKİ, dünyanın birçok yerinde etkili olmuş ve çok uzun süre geçerliliği devam etmiştir. Bunların dışında da YKİ kamunun faaliyetlerini arttırması açısından verimliliğini kanıtlamış bir teoridir. Ancak başka bir açıdan YKİ'nin mevcut tüm sorunları çözemediği de kabul edilmelidir (Haktankaçmaz, 2008: 130).

BÖLÜM 2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Küreselleşme tartışmalarının yoğun bir şekilde yer aldığı günümüz bilgi çağında yaşanan dönüşüm ve değişim süreci, dünyayı olduğu gibi Türkiye’yi de etkisi altına almıştır. Bu süreç içerisinde meydana gelen değişimler ise kültürden siyasete, ekonomiden toplumsal hayata kadar pek çok alanı etkilemiştir. Özellikle 1980 sonrası görülen refah devleti anlayışının yerini neo-liberal politikaların almasıyla kamu hizmetlerinde yaşanan değişim dikkate değerdir. Bahsi geçen bu değişimler genel olarak YKİ reformlarıdır (Memişoğlu ve Gül, 2012: 427).

İlk bölümde açıklanan YKİ yaklaşımı, 1980 sonrası Türkiye’yi de etkisi altına alarak günümüze kadar uzanan bir reform sürecini beraberinde getirmiştir. Reform süreci içerisinde ise sağlık sektörüne ilişkin çalışmalar önemli yer işgal etmiştir. 1980’lere kadar Weberyen bürokratik örgüt yapısına dayalı anlayışa sıkı bir bağlılıkla yönetilen geleneksel Türk kamu yönetimi sistemi, özellikle Turgut Özal döneminde ekonomik açıdan neo-liberal politikaların etkisine girmiştir. Daha sonra bu ekonomik etki idari yapıyı da yavaş yavaş etkisi altına almıştır. 2003 yılından itibaren hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), YKİ değişimleriyle ortak amaçları yansıtmaktadır. Bu bölümde öncelikle Türkiye’de SDP öncesi genel reform serüvenine değinilecek daha sonra SDP incelenerek onun bir uzantısı olan aile hekimliği sistemine yer verilecektir.

2.1. Dünya’da Sağlık Politikalarında Yaşanan Değişim

1980 sonrası ortaya çıkan ekonomik, yönetsel ve siyasal değişim sağlık sektörünü de etkilemiştir. Sağlık alanında bir çok kavram farklı anlamlar kazanmış ve yeni kavramlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan biri olan ve 1986 yılında “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi” tarafından yayınlanan “Sağlığın Teşviki İçin Ottawa Şartı” sonrası ‘yeni kamu sağlığı’ kavramı bir çok ülkede benimsenmiştir (Bernier, 2009: 72).

Sağlık sektöründe kavramsal değişimler yanında 1994’te Dünya Bankası’nın hazırladığı raporda yer alan önerilerde, sağlık sektöründe atılması gereken adımlar açıklanmıştır. Bu adımlar şu şekilde sıralanabilir (Dünya Bankası, 1994):

- Bireyler, STK'lar ve özel şirketler sağlıktan ortak bir şekilde sorumlu olmalıdır.
- Devletin sağlığa olan desteği hastalıklardan korunma ve sağlığın desteklenmesi ile sınırlı olmalıdır.
- Hizmet sunumunun mahalli idareler ve özel sektöre bırakılarak, hükümetin sadece politika belirleme ve teknik rehberlik yapması sağlanmalıdır.
- Özel sektör ve STK'ların sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlayıcı olmasına ortam hazırlanmalıdır.

Sağlık alanında ortaya çıkan bu gelişmelerle birlikte, sağlık sektöründe bazı üretim ve yönetim modelleri benimsenmiştir. Bu modellerden bazıları şu şekilde sıralanabilir (Ateş, 1999: 213):

- Özel sektör mantığının teşvik edilmesi
- Sağlıkla ilgili girişimlerin arttırılması
- Sağlıkta desentralizasyona gidilmesi
- Piyasa yönlü mekanizmaların arttırılması
- Sektörde rekabetin arttırılması
- Talepler ve müşteri bakışıyla ilgili bilinç oluşturulması.

1980 sonrası dünyayı etkisi altına alan özelleştirme, sağlık sektöründe de etkisini göstermiştir. Bu etkinin iki önemli sonucu bulunmaktadır. Bunlardan biri; dezavantajlı grupların hizmet alımının zorlaşması diğeri ise bu grupların sağlık durumunun daha kötüye gitmesidir (Belek, 2004: 42).

20. yüzyılda da birçok ülkede sağlık reformları başlatılmıştır. Reformların genel nedeni vatandaşlardan gelen verimlilik, eşitlik ve adalet beklentilerinin yanı sıra, sağlık hizmetlerinde oluşan başarısızlık algısına aranan çözümlerdir. O dönemde batıda ortaya çıkan değişimi şu şekilde ele alabiliriz; hastalık yapılarının değişmesi ve sağlık finansmanında ortaya çıkan sorunlar, sağlık sektöründe hizmet sunucular ile diğerk sektörler arasındaki koordinasyonun yeterli düzeyde olmaması, hizmetlerin maliyeti ve kalitesi hakkında bilgilerin sınırlı olması, kaynakların yetersiz olması ve uygun olmayan

şekilde kullanılması, çalışanlara ödenen ücretlerin verimli çalışmayı teşvik edecek düzeyde olmaması gibi sorunlar sağlık hizmetlerinde verimsizliğe neden olmaktadır (Kırılmaz, 2012: 52).

Sağlık sektörü o dönemde görülen teknolojik değişimlerden kaçınılmaz olarak etkilenmiş ve vatandaşların beklentilerini karşılamak için sağlık politikalarında değişimlere neden olmuştur (Kırılmaz, 2012: 53).

Genel olarak Dünya Bankası raporlarında karşılaşılan en önemli noktalardan biri paradigma değişimidir. Buna göre kamu sağlık hizmetlerini tekelinden çıkararak, yerine birey ve sivil toplum kuruluşlarına sorumluluğu devretmektedir (Kırılmaz, 2012:56).

2.2. Genel Olarak Türkiye’de İdari Reformlar

Türkiye’de reform cumhuriyetin ilk yıllarından bu yana süreklilik arz eden farklı alanlar ve şekiller gösterse de bir süreçtir. Cumhuriyet öncesi de Osmanlı’da da özellikle 3. Selim’den itibaren cumhuriyete kadar devam eden reformlar mevcuttur. O dönemdeki reform sürecine genel olarak baktığımızda önemli bazı raporlar karşımıza çıkar. 1933 yılında hazırlanan “Türkiye’nin İktisadi Bakımdan Umumi Bir Tetkiki” isimli (Darr raporu) raporda 1930’lu ve 1940’lı yıllarda Türkiye’de özellikle kamu yönetiminin nasıl olması gerektiği anlatılmaktadır.

Reform sürecindeki bir diğer önemli adım da Nevmark’ın 1949 yılında hazırladığı “Devlet Daire ve Müesseselerinde Rasyonel Çalışma Esasları Hakkında Rapor”dur. Bir sonraki adım ise 1951 yılında yapılan “Kalkınma Planı İçin Tahlil Tavsiyeler” bir diğer adıyla Barker Raporu’dur. Bir diğeri ise yine 1951 yılında J. W. Martin ve F. C. E. Cush tarafından Maliye Bakanlığı ile ilgili hazırlanan rapordur. Bu raporların ortak özelliği yabancılar tarafından hazırlanan ve daha çok tavsiyeler içeren raporlar olmalarıdır. Bu raporlarda karşılaşılan önemli bir nokta reformların yabancı kaynaklı olmasıdır. Bu açıdan bakıldığında Türkiye’deki reformların genel olarak politika transferi niteliği taşıdığı söylenebilir. Bu reformlar politika transferi olmakla beraber aynı zamanda uluslararası örgütler tarafından da desteklenmektedir. Örneğin Barker ve Martin-Cush raporlarını Dünya Bankası desteklemiştir (Övgün, 2013: 41-43).

Bu noktada politika transferinden kısaca bahsetmek faydalı olacaktır. Politika transferi reformların yayılması için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem ikiye ayrılır. İlk yöntem olan bağı (gönüllü) transfer, ülkenin mevcut sorunlarına dışarıdan çözüm araması durumudur. İkinci yöntem olan zorlayıcı transfer ise, bir devlet ya da uluslararası örgütün birim/kurum ya da devletleri reforma zorlaması durumudur (Övgün, 2013: 51-52).

Reformları incelerken aktörleri incelemek son derece önemlidir. Kamu alanındaki reformların en önemli aktörleri; bürokrasi, yasama organı, akademisyenler, sivil toplum örgütleri, STK olmayan düşünce kuruluşları ve diğer devletlerdir. Genel olarak tüm reformlarda görülen bu aktörlerden özellikle diğer devletlerin etkisi, ülkeden ülkeye değişmektedir. Ülkeler arasındaki ekonomik (borç, ithalat, ihracat vs.) ilişkiler reform alanındaki etkileşimi etkilemektedir (Övgün, 2013: 43-45).

Türkiye’de reformlar 1990’lara kadar daha çok ekonomik alanda iken 1990 sonrası yönetsel reformlar artmıştır. Özellikle 2003 sonrası yapılan reformların amacı; kamu kurum ve kuruluşlarının her birinin birbirine rakip olarak kendi üstün ve zayıf yanlarına göre hareket ederek daha iyi olmasını sağlamaktır. Bu nedenle kurumlardaki araştırma-planlama ve koordinasyon birimlerinin yerini stratejik geliştirme birimleri almıştır. Özel ve devlet kurumları arasında denge sağlanması ve özeline daha rahat hizmet verebilmesi için de Kalkınma Ajansları sorumluluk üstlenmektedir (Övgün, 2013: 57-58).

Kamu reformları Osmanlı’da idari ıslahat, 70’li yılların sonuna kadar, İdari reform, 1980 sonrasında ise devlet reformu adı altında biçim değiştirerek yönetimi etkilemiştir (Erkul ve Özcan, 2008: 221).

1973 ve 1979 petrol krizleri sonrası 1977 de Türkiye’de ilk ekonomik bunalım belirtileri görülmüş ve 24 Ocak 1980 kararları ortaya çıkmıştır (Boratav, 2006: 148-149).

1980 sonrasında neo-liberal anlayış Türkiye de bir çok kamu yönetimi disiplini etkilemiştir. Devletin küçültülmesi, etkinleştirilmesi, sınırlandırılması, ekonomik liberalizasyon, deregülasyon, küreselleşme sürecine eklemlenme, kamu harcamalarının azaltılması, özelleştirilme, yerelleşme, kamu yönetiminin iş payının yeniden tanımlanması, yönetimin yeniden yapılandırılması, yönetim, kamu işletmeciliği,

toplam kalite yönetimi ve yalın yönetim gibi kavramlar Türk kamu yönetiminde de görülmeye başlanmıştır (Erkul ve Özkan, 2012: 221).

2.3. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

1980’lerde ortaya çıkan neoliberal politikaların etkisi ile sağlık politikaları değişime uğramıştır. Bu değişim süreci öncesi sağlık sektörün ile ilgili bazı tanımlar verilerek bu tanımlarla birlikte Türkiye’deki sağlık kurumlarının ortaya çıkışından bu yana yaşanan süreci incelemenin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Walt’a göre (1994: 41), sağlık politikası; sağlık sisteminde yer alan kurumları onların hizmetlerini ve finansmanında yapılan düzenlemeleri etkileyen faaliyetleri içerir. Bu politika kapsamında kamu-özel sektör kurumları ve gönüllü örgütler yer alır. Buradan yola çıkarak sağlık politikasının sadece sağlık hizmeti ile ilgili olmadığını aynı zamanda sağlığı etkileyen çevre ve sosyo-ekonomik faktörleri ile ilgili olduğu da söylenebilir.

Türkiye’de sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulamasında genel ekonomik, idari ve yönetsel fikirler etkilidir. Ekonomiyle sağlıkta meydana gelen dalgalanmalar aynı yönlüdür. Bu açıdan bakıldığında Türkiye’deki sağlıkta değişimin 3 aşaması olduğu söylenebilir. İlk aşama, Cumhuriyetin kurulması ve 1961 deki sosyalleşme politikası arasındaki dönemdir. Bu dönemde yüksek oranda devlet müdahalesine ihtiyaç duyulmaktadır. İkinci aşama, 1961-1980 arası dönemdir. Bu dönemde sağlıkta kamu-özel sektörün durumu daha nettir. Hem ülkenin ekonomik sistemini hem de sağlık kavramında sosyal devlet sorumluluğunun değişimini sağlamıştır. Üçüncü aşama 24 Ocak 1980 kararları sonrası ortaya çıkan reform dönemidir. Bu dönemde ilk yıllarda sağlıkla ilgili çok fazla değişim olmamıştır. Ancak bu aşama günümüzde de etkisini büyük ölçüde devam etmektedir (Ateş, 1999: 214).

Çalışmada Türkiye’de sağlık politikalarında yaşanan değişim, Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasından 1980’e geçen dönem, 1980-2003 ve 2003 sonrası olmak üzere üç kısımda incelenecektir.

2.3.1. 1920-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, 1920 yılında kurulmuş ve mevcut sağlık sistemi 1923-1946 yılları arasındaki sistem üzerine şekillenmiştir. O dönemde çıkarılan bir yasa ile sağlık bakanlığının görevleri net bir şekilde açıklanmıştır. Bu yasaya göre bakanlık, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumludur. İlk dönemde dikey örgütlenen sağlık teşkilatına bağlı olarak Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas gibi illerde tam teşekküllü hastaneler kurulurken, ilçelerde de tanı ve tedavi merkezleri açılmıştır.

1946-1960 yılları arasında sağlık ocakları kurulurken daha önce yerel yönetimlere bağlı olan hastaneler bakanlığa devredilmiştir. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ile ulusal sağlık hizmetlerinin zemini hazırlanmıştır. Bu yasa ile sağlık devlet kontrolünde ve kamu yararına, kar amacı gütmeyen bir sistem haline getirilmiştir (Ertürk-Atabey, 2012: 110).

2.3.2. 1980-2003 Dönemi Sağlık Politikaları

1980 sonrası sağlık reformlarının temelini maliyetlerin fazlalığı, toplumda ortaya çıkan memnuniyetsizlikler, medya ve uluslararası kuruluşların etkisi oluşturmaktadır (Ertürk-Atabey, 2012: 112).

1980-1983 arası darbe sonrası dönem olduğundan sağlık politikalarındaki sosyal devlet anlayışında çok fazla bir değişim olmadığı söylenebilir. O dönemde 44. hükümetin programında sağlık hizmetine yönelik şu ifadeler yer almaktadır (TBMM,2010);

Sosyal adalet ve sosyal kalkınma ilkelerine öncelik verilerek, verimliliği artırma amacıyla doktor ve yardımcı sağlık personeli arasındaki dengesizliğin ortadan kaldırılması, etkin nüfus planlaması ve sağlık sigortası sistemine geçilmesi hedeflenmektedir. Hükümet ayrıca toplumun tamamını kapsayıcı bir sosyal sigorta ağı kurmayı amaçlamaktadır. 1983-1987 döneminde yürütmede olan 45. Hükümetin programında yer alan temel görüş; hükümetimizin milliyetçi ve muhafazakar, sosyal adaletçi, rekabete dayalı serbest piyasa ekonomisini esas alan bir hükümettir.

Bu şekilde tanımlanan görüşle beraber daha önce görülen liberal etki (1950) yeniden canlanmış ve neo-liberal etki hükümet politikalarının temelini oluşturmuştur (Ertürk-Atabey, 2012: 114).

Bu hükümetin sağlık politikalarında önceliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır. Ancak önemli olan nokta sağlık hizmetini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının sorumluluğuna veren anlayışın terk edilerek yerini özel sektörle hizmet sunumunun paylaşılması almıştır. Bu yaklaşım sosyal devlet anlayışının terk edilerek neo-liberal görüşler doğrultusunda bir değişim içerisine girildiğini kanıtlar niteliktedir. Bu dönemde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır (TBMM, 2010).

46. hükümet döneminde (1987-1989) I. Özal hükümetinin politikaları aynı şekilde devam ettirilmiş ve yeni bir yaklaşım getirilmemiştir (Ertürk-Atabey, 2012: 115). 47. hükümet döneminde sağlık ayrı bir başlıkta programda yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla daha önceki hükümetten kalan yaklaşımları devam ettirilmiş ve özel sektörün sağlık hizmeti sunmasına sadık kalınmıştır (Ertürk-Atabey, 2012: 116).

48. hükümet sağlık politikalarının temelini, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, önceki programlardan farklı olarak aile planlaması; ana ve çocuk sağlığı çalışmaları yapılması, 45. hükümetten beri tüm ekonomiyi belirleyen liberalizm olgusunun sürdürülmesi ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilerek devam edilmesidir (Ertürk-Atabey, 2012: 116).

49. hükümetin programında sağlık politikasını iki parça halinde inceleyecek olursak, ilk parça daha önceki politikaların devam ettirilmesi yönündeyken, ikinci parça ise “evrensel kapsam” hedefini gerçekleştirmek amacıyla yeşil kart’ın sağlık sigortasını ödemeyecek durumda olan vatandaşlara verilmesi gerekliliğidir (Ertürk-Atabey, 2012: 117).

50. hükümet döneminde (1993-1995) sağlık sektöründen devlet desteğinin aşamalı bir şekilde çekilmesi gerektiği fikri kabul görmüştür. Bu durumun ödeme gücünü çeken vatandaşlar için sorun teşkil edecek olmasından, devletin her vatandaşı sigortalı hale getireceği ifade edilmiştir. Buda yeşil kart uygulamasının devam edeceği anlamına gelmektedir (Ertürk-Atabey, 2012: 117).

51. hükümet döneminde ise (5-30 Ekim 1995), daha önce hem sağlıkta hem de diğer bazı alanlarda sözü geçen özelleştirmenin çıkarılan “Özelleştirme Kanunu” ile somut hale getirilmiştir. Hükümet programında daha sonra özelleştirme ile ilgili idari daha

geniş adımlar atılması için öngörülerde bulunulmuştur (TBMM, 2010). O dönemde genel slogan “devlet kürek çeken değil, dümen tutan olmalıdır.” Şeklindedir.

50. hükümet istifa etmiş daha sonra kurulan 51. hükümet de güvenoyu alamamış ve Başbakan Tansu Çiller, 52. Hükümeti kurmuştur. Bu hükümet programında sağlığa ayrı bir yer ayrılmamıştır (Ertürk-Atabey, 2012: 112-123).

Genel olarak ele aldığımızda SDP öncesi sağlık hizmetlerinin; Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Üniversite hastaneleri olmak üzere 3 çeşit sunum şeklinin bulunduğu görülmektedir (OECD, 2008: 23).

2.3.3. 2003 Sonrası Dönem ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de yapılan sağlık reformlarının en somut örneği olan SDP, bu başlık altında incelenecektir. Türk sağlık sektörü ile ilgili kısa vadeli hedefleri de kapsayan ve resmi bir nitelik taşıyan 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 3 Ocak 2003 tarihinde kamuoyu ile paylaşılmıştır. 58. Hükümet Acil Eylem Planı içerisinde “Sağlıklı Toplum” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bu temel hedefler, SB’nin yeniden yapılandırılması, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımının kaldırılması ve tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı konularının birbirinden ayrılmasının sağlanması, genel sağlık sigortası sistemi ve kurumunun oluşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulması, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimlik uygulamalarının yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi gibi önemli hususları simgelemektedir (DPT, 2003: 99-101).

Sağlık Bakanlığı (2003: 26-37) SDP’nin bileşenleri şu şekilde sıralamaktadır;

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,

- b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
- c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, sağlık bilgi sistemi olarak sıralanmaktadır.

2003 sonrası yapılan reformun amacı, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu sistemlerinde parçalanmayı ve tekrarlamayı engellemek; sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerine genel erişimi sağlamak için kurumsal ve yapısal reformların gerçekleştirilmesidir (OECD, 2008: 11). Bu reformlar yapılırken sağlık hizmetlerini iyileştirmek de amaçlanmıştır. Bu iyileştirmeyi sağlamak için ise OECD şu önerileri yapmıştır;

- 9. Sağlık harcamalarında büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır.
- 10. Verimlilikte daha fazla iyileşme yapılması gerekmektedir.
- 11. Erişimde hakkaniyete doğru daha fazla ilerleme gereklidir.
- 12. Daha fazla gelir elde edilmelidir.
- 13. Daha kapsamlı halk sağlığı meseleleri ele alınmalıdır.

SDP ile özetle; sağlık finansmanı tek bir kurumda birleştirilerek tek bir merkezden kontrol edilecek, genel sağlık sigortası sistemine geçilecek, SB koordinasyon ve danışma niteliği taşıyacak bir hale dönüştürülecek, kamu hastaneleri işletme haline getirilecek, birinci basamakta sağlık hizmetleri aile hekimliği tarafından yürütülmeye başlatılacak, sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi (performansa göre) ve istihdamında sözleşmeli çalışmaya göre hesaplama yapılan bir sisteme çevrilecektir (Soyer, 2009: 179).

SDP ile ilgili söz konusu tespitler sonrası aşağıdaki adımlar atılmıştır (Soyer, 2009: 179-180):

- Devlet hastanelerinin çoğu tek çatı altında birleştirilmiştir.
- Her vatandaş, tüm kamu sağlık kurumlarına gidebilir hale gelmiştir.
- Daha önce sağlık güvencesi olmayanların, kapsama alınması sağlanmıştır.
- Farklı sosyal güvencesi olanların haklarının uyumlulaştırılması konusunda adım atılarak herkesin tek bir sosyal güvence çatısı altında toplanması sağlanmaya çalışılmıştır.
- Sağlık hizmetlerinin satın alıcısı ve sağlık hizmetlerinin sunucusu birbirinden ayrılmıştır.
- Hizmet sunucularına ödeme mekanizmaları değiştirilmiştir. Ödeme modelleri daha çok performansa dayalı hale getirilmiştir.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmış ve bu sayede ülke çapında kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuştur.
- “Çakılı kadro”⁵ yasası ile “mahrumiyet” bölgelerinde çalışan sağlık personeline daha yüksek maaş vermeye başlanmıştır.
- Ülke genelinde aile hekimliği sistemine geçilmiştir.
- Devlet hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik tanınmaya çalışılmıştır.
- Hekimlere mecburi hizmet zorunluluğu getirilmiştir.

Atılan adımlar sonucu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte gerçekleştirilen ve öne çıkan faaliyetler şu şekilde özetlenebilir (Kerman ve Eke, 2014: 78):

- Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaç, hedef ve temel bileşenleri doğrultusunda yeniden yapılandırılmaya çalışılmıştır.

⁵ 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun

- Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin oluşturulmasına yönelik adımlar atılmıştır.
- Kamu hastanelerinde yeni kamu işletmeciliği düşüncesi ile paralel olarak kalite ve rekabet odaklı işletmecilik mantığı ile hareket edebilecek bir yapı ve hizmet anlayışı getirilmiştir.
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır.
- Kamu hastanelerinin (Devlet-SSK) birleştirilmesi yoluyla sağlık hizmet sektöründe kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasına yönelik bir adım atılmıştır.

OECD'ye göre (2008: 11-12) SDP'nin amacı sağlık sistemini daha etkili hale getirmek için yönetim, kullanıcı ve hizmet memnuniyeti, verimlilik ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirmek ve sağlıkta hizmet sunumu ve finansmanı bir bütün haline getirerek tekrarı engelleme ve sağlık hizmetlerine genel erişimi sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için de kurumsal ve yapısal reformlar yapılmaktadır.

SDP'nin sakıncaları genel olarak, belirsizlik, karmaşık örgütlenme, denetim ve koordinasyon güçlüğü, gelişmiş yörelere öncelik, belediyelerin sağlık hizmeti vermesinin doğuracağı sonuçlar, modelin ülke koşullarına uyum sağlayamaması, kırsal kesimi dışlayan bir sistem olması, tedavi ağırlıklı sistem olması, kronik hastalığı olanları dışlama sorununun oluşması ihtimali, ulusal programların yürütülmesinin güçleşmesi, sistemin pahalı olması olarak sıralanabilir (Öztek, 2006: 4-5).

Sağlıkta yaşanan özelleştirme süreci, insan sağlığını daha kaliteli ve daha ucuz bir şekilde iyileştirme amacı taşımaktadır, ancak bu değişim kurumlarda "yenilik körlüğü" ya da yeni ve etkin yöntemlerden uzaklaşılması sorununun yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı uygulanırken eşyapılılık (izomorfizm) ve taklitçiliğe neden olan baskıların var olduğu iddia edilmektedir. Bunun en önemli nedeni olarak da Sağlık Bakanlığı'nın belirsiz uygulamaları, yani sistem ve yöntemler için yeterli finansman ayrılmaması ve daha çok zorlayıcı baskılar kullanıldığı gösterilmektedir (Yoğun-Erçen, 2010: 2).

Sağlık finansmanı ve hizmet sunumunun parçalı bir yapıda olması, halkın yeterli düzeyde sağlık güvencesinin olmaması, eşitsiz bir hizmet erişiminin söz konusu olması, hastanelere çok fazla harcama yapılması, çok fazla miktarda kayıt dışı ödeme olması, hastanelerin verimsiz çalışması, parçalı bir yönetim sistemi olması, sevk sisteminin işletilmemesi ve kalitesiz birinci basamak sağlık hizmeti sunumu nedenleriyle SDP gündeme gelmiştir.

SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın bir planlama ve denetleme kurumu haline gelmesi, tüm vatandaşların tek bir sosyal güvenlik çatısı altında toplanması, sağlık hizmet sunumunun genişletilerek hizmetlere erişimin kolaylaştırılması, sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi, akıllı ilaç kullanımı ve tıbbi malzeme-cihaz yönetiminin uygulanması, etkili bir sağlık bilgi sistemi ve karar verme sistemi oluşturulması ve bunları destekleyen bilimsel ve eğitim kurumlarının oluşturulması hedeflenmiştir (Sayer, 2009:180).

Türk sağlık sektöründe SDP ile sağlıkta devletin etkisinin ve kontrolünün en aza ineceği öngörülmektedir. Ancak Türk sağlık sektöründe gerçekleştirilen faaliyetler doğrultusunda kamu ağırlıklı sağlık sektörü yapısının korunduğu, özel sektör sağlık kurumlarının yoğunluğunun arttırıldığı ve de kamusal sağlık hizmet sunumunda yeni kamu işletmeciliği ilkelerine benzer bir sistem özelliği gösterdiği söylenebilir. Neoliberal devlet döneminin, yönetim ve iyi yönetim anlayışları, Türk sağlık sektöründe paydaşların görüş ve önerilerinin tespit edilmesi, iyileştirme ya da reform uygulamalarından başarılı sonuç alınmasını ve bunların süreç içerisindeki politikalara yansıtılması, şeffaflık, hesap verebilirlik, hukukun üstünlüğü konularını göz önüne alarak Türkiye'de sağlık sektöründeki sorunları çözmeye faydalı olacak, daha gelişmiş bir sağlık hizmet düzeyine geçilmesi olasılığını arttırabilecektir (Kerman ve Eke, 2014: 78).

2.3.4. Aile Hekimliği

2003 yılında başlayan SDP' nin bir aşaması da birinci basamak sağlık hizmetlerini daha düzenli hale getirmeye yönelik yapılan aile hekimliği sistemidir. 1970'li yıllarda dünya da olduğu gibi Türkiye'de de aile hekimliği kavramı tartışmaları ortaya çıkmış ve ilk olarak sağlık ocağı doktorlarının yeni bir fonksiyonu olarak düşünülmüştür. Ayrı bir

uzmanlık fikri ancak 1983'te kabul görmüştür. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer verilen aile hekimliği uzmanlığı 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde anabilim dalı olarak kurulmuştur (Tuaç, 2009: 156).

Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlıkta birçok yenilik yapılmış ve insan hizmetlerin merkezi olarak belirlenmiştir. İnsan merkezli hizmet sunumu ilkesini sağlamak için de bireyin ihtiyaç, talep ve beklentileri ön planda tutulmaktadır. Bireyin bu hizmetlerde karşılaşacağı ilk unsur birinci basamak sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan dönüşüm ise aile hekimliğine geçişle sağlanmaya çalışılmıştır. İlk olarak 2005 yılı Düzce ili pilot uygulaması ile başlayan bu sistem 2011 yılında ülke genelinde hayata geçirilmiştir. Sistemi genel olarak incelemeye önce sistem ile ilgili tanımlara yer vermenin faydalı olacağı düşünülmüştür. SDP'de geçen aile hekimi kavramı; genel pratisyen, aile doktoru veya aile hekimi aynı anlamda kullanılmaktadır. Söz konusu doktorlar birinci basamakta hizmet vermek için eğitim almışlardır (Akdağ, 2008: 143).

WONCA (2002), aile hekimini şu şekilde tanımlar:

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

Aile hekimi, 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununda (madde 2) şu şekilde tanımlanır:

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekler yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Aile hekimliği ile ilgili diğer kavramların tanımları da şu şekilde yapılmaktadır (Madde 4):

- Aile hekimliği birimi, bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,
- Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini,
- Aile sağlığı merkezi, bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu ifade etmektedir.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olma şartları da yönetmelikte aşağıdaki şekilde açıklanır (Madde 5): Aile hekimi uzmanı olanlar ya da Bakanlığın aile hekimliğini alan uzman tabipler veya tabipler aile hekimi olabilirler. Ayrıca 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 48. maddesinin⁶ A bendinin 4, 5 ve 7. fıkralarında geçen şartları taşımaları ve 75 yaşından gün almamış olmaları gerekmektedir. Ancak 65 yaş üstü olanların sağlık raporu almaları şartı aranmaktadır. Aile sağlığı elemanı ise aile hekimi ile birlikte onun yönlendirme ve yetkisi altında çalışan ebe, hemşire, sağlık memuru veya ATT (Acil Tıp Teknikeri) mezunu olan kişilerdir. Hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanları sözleşmeli olarak çalıştırılırlar. Aile hekimi ile aile sağlığı elemanı, ekip anlayışı içinde

⁶ 48. maddenin A bendi ilgili hükümleri şu şekildedir:4. Kamu haklarından mahrum bulunmamak, 5. (Değişik: 23/1/2008-5728/317 md.) Türk Ceza Kanununun 53 üncü maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına ya da affa uğramış olsa bile devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, (...) (1) zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından mahkûm olmamak. , 7. 53 üncü madde hükümleri saklı kalmak kaydı ile görevini devamlı yapmasına engel olabilecek (...) (2) akıl hastalığı (...) (2) bulunmamak (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>)

çalışır. Aile hekimi, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirme ve denetleme yetkisine sahiptir.

Söz konusu şartları sağlayan hekimler Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi (AHUZEM)⁷ tarafından verilen eğitimleri tamamlayarak göreve başlayabilirler. Aile hekimi uzmanı olmayanların aile hekimi olabilmeleri için getirilen eğitim şartı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte hükme bağlanmıştır. Yönetmeliğin *eğitim* başlıklı 19. maddesine göre, aile hekimlerinin eğitimlerini iki asama halinde sürdüreceği öngörülmüştür. Birinci asama eğitim programı en çok on gündür. İkinci asama eğitim, modüler eğitim tarzında birinci asama eğitimin ardından başlar, süresi en az on iki aydır. İki aşamalı eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenmiştir (Tuaç, 2009: 150).

Aile hekimliği ile ilgili uygulamalar sonucunda, ilk olarak, kamu kurumlarında görevli hekimler talepte bulunarak ve kurumlarının da izinleri ile aile hekimi olarak ve sözleşme temeline dayanarak görev yapabileceklerdir. İkinci olarak ise, Sağlık Bakanlığı aile hekimi olabilecek niteliklere sahip personelini bu göreve resen atayabilecektir. Üçünü olarak ise, kamu görevlisi olmayan hekimler, kendi istekleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yaparak aile hekimi olabileceklerdir. (Tuaç, 2009: 156).

2.3.4.1. Aile Hekimlerinin Sahip Olması Gereken Özellikler

Aile hekimleri sahip olmaları gereken yeterlikleri⁸ şu üç alanda göstermelidir; klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama merkezinin yönetimi. Aile hekimliğine kişi

⁷ AHUZEM: Aile hekimlerinin ikinci aşama uyum eğitimlerini 12 ay süreyle aldıkları uzaktan eğitim sistemidir. (bkz: ahuzam.ybu.edu.tr)

⁸ Aile hekimlerinin sahip olması gereken yeterlilikleri WONCA şu şekilde ifade eder (WONCA, 2002: 18-20); disiplinle, uzmanlığın uygulanmasıyla ve bazı temel özelliklerle ilişkili olarak üç paragrafta toplanabilir. Disiplini tanımlayan onbir temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken onbir yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklere gönderme yaparak): “Birinci basamak yönetimi; hastalarla ilk teması yönetebilme, gerektiğinde hastanın savunmanlığını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme, Kişi merkezli bakım, hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme, aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme, bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen (longitudinal) sürekliliğini sağlamadır. Diğer özellik olan özgün problem çözme becerileri şunları içerir; rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme, erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme. Başka bir özellik olan Kapsamlı yaklaşım; bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir

merkezli bilimsel bir disiplin olarak Şu üç özellik temel kabul edilmelidir (WONCA, 2002: 18-20):

- Baęlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kùltürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- Tutumla ilgili: Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme. Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaŐıklıęını vurgular. Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, çekirdek yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

Aile hekimliği disiplinin özelliklerini incelemek de ayrıca önemlidir. Bu özellikler Şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kiŐinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

Şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliŐtirebilmeyi içermektedir. Toplum yönelimli olma özelliği; birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaŐtırabilmeyi gerektirmektedir. Bütüncül yaklaşım-modelleme özelliği; kişilere yaklaŐımda kùltürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme. Temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaŐıklıęını vurgular. Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. .
- Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

2.3.4.2. Aile Hekimlerinin Görevleri

Dünya Aile Hekimleri Örgütünün (WONCA) hazırladığı rapora göre Aile hekiminin görevleri şu şekilde sıralanmaktadır (WONCA, 2002: 16-18):

Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bu görev, bireylere sunulan bakımı birinci basamakta, diğer sağlık çalışanlarıyla koordineli olarak çalışarak ve gerektiğinde hastaların diğer uzmanlarla temasını sağlayarak yerine getirmelerini sağlar. Bu koordinasyon rolü, hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlayan verimliliği (maliyet-etkin olma) meydana getirmektedir.

Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Aile hekimliği, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenmektedir. Süreç hastayla başlamaktadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Bu nedenle hekimler bu başlıkları göz önünde bulundurarak hastayı değerlendirmektedirler.

Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında kişisele benzer bir ilişki kurulmasıyla sağlanmaktadır. Bu kişisel ilişki, aile hekiminin becerileriyle iyileşme sürecinin bir parçası olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Aile hekimleri, hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Hekimler hasta dosyalarını sürekli takip ederek bu sürekliliği sağlamaktadırlar.

Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Aile hekimliği bir hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir.

Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Hasta genellikle hastalığın henüz başlangıcında hekime başvurur ve bu erken evrede tanı koymak güçtür. Bu nedenle hekimler hastaları düzenli aralıklarla ve farklı yönlerden takip etmektedirler.

Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Hekimler etkili ve duruma uygun girişimler geliştirerek gereksiz uygulamaların önüne geçmektedirler.

Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Sağlık konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşıdığını kabul eder.

Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. Aile hekimliği, tüm boyutları aynı anda tanımak ve her birine gereken önemi vermek zorundadır. Bunların çoğu rahatsızlık davranışını ve hastalık kalıplarını değiştirir ve çoğu mutsuzluğun nedeni hasta için sorunun temelindeki nedeni dikkate almayan girişimlerdir.

Türkiye’de uygulanması öngörülen aile hekimliği modelinin nasıl olması gerektiği 1989 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından tartışmaya açık bir konudur. 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile bu tartışmalarla aile hekimleri hakkında şu kararlara ulaşılmıştır (Öztek, 2006: 2-3):

- Aile sağlığı merkezini temel birim olarak alan sistemde, birimler bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşur ve ülkede yaşayan her birey bir doktor

seçecektir ve her birey farklı bir doktor seçebilir. Ancak bu seçim hakkı kent merkezindekiler için geçerli olacak kırsal kesimde en yakın ve en az hastaya sahip doktora otomatik kaydedilecektir.

- Aile hekimlerinin en fazla 4000 en az 1000 hastaya bakması gerekmektedir.
- Hastalar doktor seçebileceği gibi doktorların da istediği hastayı kayıt almama hakkı olacaktır.
- Aile hekimleri özel statüde ya da kamu sektöründe çalışan hekimlerden olabilecektir. Özel statüdeki aile hekimleri ayrı bir çalışma yerleri olmadığı takdirde sağlık ocakları içinde kira ödeyerek hizmet verebileceklerdir.
- Her ilçede toplum sağlığı merkezi kurulacak ve bu merkezler ilçe sağlık yönetiminden sorumlu olarak çevre, koruyucu hizmetler, gıda laboratuvar vs hizmetlerini vereceklerdir.
- Aile hekimleri birinci basamaktan sorumlu doktor olacak ve onların onayı olmadan bir üst basamaktan hizmet alanlardan sigortada ödeme yapılmayacaktır. Hekimler de sadece üzerlerine kayıtlı hastalara bakabilecektir.⁹
- Hekimlerin yetki alanları ve uzmanlıkları farklılık gösterecektir.
- Aile hekimleri kendilerine bağlı köylerde mobil hizmet verecek, evleri ziyaret edecek ve birimlerinde ecza dolabı çalıştırabilecektir.
- Aile hekimlerinin ödemeleri “kapitasyon” yöntemine göre yapılacak bu sisteme dahil olmayanlar ise iş başına ödeme yapılacaktır.
- Pilot kanuna göre hazırlanan yönetmeliklerle belirlenen rakamlara göre hekimler 3.500-11.000 TL arası aylık ücret alacaklardır. Miktar bölgeye, uzmanlığa ve kişi sayısına göre değişecektir.

⁹ Bu maddede sözü geçen onay yani sevk kaldırılmıştır, bu sayede hastalar doğrudan ikinci basamağa gitme hakkı kazanmıştır.

2.3.4.3. Aile Hekimliğine Yöneltilen Eleştiriler

Aile hekimliği sisteminin başarıya ulaşabilmesi için belirli şartların sağlanması gerekmektedir. Bunu sağlamak için de öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri ön plana alınarak, hizmetlerin herkese ulaşması ve herkesin yararlanması sağlanmalıdır. Bu yolla kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartları yükseltilmelidir. SDP'nin amacına genel olarak bakacak olursak; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekillendirilerek, finansmanın yine bu üç kavrama uygun olarak sağlanması ve sunulması karşımıza çıkmaktadır. Etkililikteki amaç sağlık düzeyini yükseltmek; verimlilikteki amaç daha düşük maliyetle daha fazla hizmet sunmak; hakkaniyetteki amaç ise tüm vatandaşların sağlık hizmetine ihtiyacı ölçüsünde ve mali güçleri oranında sağlık sigortası aracılığıyla ulaşmasıdır (Solak, 2010: 8). Ancak literatürde aile hekimliğine bir takım eleştiriler de bulunmaktadır.

Memişoğlu ve Gül' e göre (2012: 442), aile hekimliğinin, Türkiye'ye uygun bir sistem olduğu söylenemez. Onlara göre eşitlik amaçlayan bu sistem aşırı özel sektör mantığı benimseyerek gereksiz yere tetkik ve tahlil sayısının arttıracaktır.

Aile hekimliği ile getirilen sevk zorunluluğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin burada görülmesiyle sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltma amacı taşımaktaydı. Bu nedenle birinci basamak atlanarak diğer sağlık kuruluşlarına gidildiğinde ekstra katkı payı alınmaktaydı. Ancak daha sonra bu zorunluluk 2007 de Bakanlar Kurulu kararı ile kaldırıldı (OECD, 2008, 15).

Aile hekimliğine 2011 yılında tüm yurttan geçilmiş ancak süreçte bir çok sıkıntıyla karşılaşmıştır. Bunların başında kısa sürede mevzuat değişimiyle başlayan reformların uygulamada aynı hızı yakalayamaması olduğu söylenebilir (Ertürk Atabey, 2012: 110).

Memişoğlu ve Gül'e göre (2012: 442), değişen sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- Küreselleşme ve uluslar arası kuruluşların etkisi (dünya Sağlık örgütü, Dünya Bankası gibi.)
- YKİ anlayışı
- Nüfus artışı

- Demografik yapıdaki değişmeler (özellikle de yaşlı nüfusun artması)
- Bilgi ve iletişim teknolojilerinde ve sağlık teknolojilerinde ortaya çıkan gelişmeler
- Vatandaşların sağlık hizmetlerinin sunumunda devletten talep ve beklentilerinin artması
- Özel sektör hizmetlerinden daha çok memnun olunması
- Özel kalitesinin ve performansının kamudan da beklenmesi.

2.3.4.4. Aile Hekimliğinin Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Değerlendirilmesi

Yukarıdaki başlıklar altında özellikleri verilen aile hekimliği sistemi ile YKİ yaklaşımı birlikte incelendiğinde Tablo1'e ulaşılmıştır. Bu tabloda YKİ özelliğinin aile hekimliğinde bulunduğu karşılıklar sıralanmıştır.

Tablo 1**Yeni Kamu İşletmeciliği ile Aile Hekimliği Hizmetlerinin Karşılaştırılması**

YKİ Özellikler	AH Özellikler
Hizmet sunan birimler arası rekabet	Hastaların aile hekimliğini değiştirme durumu ve hasta sayısına göre ücret modeli
Vatandaşa denetim hakkının verilmesi	Aile hekimliğinden bağımsız olarak BİMER'e başvuru hakkı
Müşteri odaklı hizmet sunumu (hizmet alanı müşteri olarak görme)	Aile hekimliği sistemi vatandaş memnuniyeti gözetilerek yürütülmektedir.
Sorun çözmede basit hizmet sunumundan ziyade sorun önleme odaklı	Gebe takibi ve aşı takibi gibi sonuç takip sistemleri mevcuttur.
Sadece para harcama değil, para kazanmaya da gayret etme	Aile hekimliği biriminin gelir gider dengesi ne kadar iyi sağlanırsa o kadar para artar
Piyasa mekanizmasını bürokratik mekanizmaya tercih etme	AH özel bir şirket mantığı ile çalışır, hiyerarşi yoktur
Girdi ve süreç odaklılıktan, çıktı ve sonuç odaklılık	Hasta sayısına göre ücret, gebe ve aşı takibi
Yalın, Yatay ve Özerk örgütsel biçim	Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları hiyerarşi olmayan bir sistemde sözleşmeli olarak çalışırlar.
Hiyerarşik ilişkilerin yerini sözleşmeler alır	Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları sözleşmeyle çalışmaktadırlar.
Kamu ve özel sektör arasında belirsizleşme, melez örgütlerin ortaya çıkması	Doktorlar devlet memuru değil ancak aile hekimliği Sağlık bakanlığına bağlı çalışan bir birimdir.
Evrensellik, eşitlik ilkelerinden verimlilik ve bireyciliğe geçiş	Kişiyeye özel aile hekimi, kayıtlı olmayan hastalara hizmet verilmemesi
Profesyonel yönetim	Aile hekimleri sistem ile ilgili eğitimler almaktadır. Ancak yönetim alanında bir uzmanlık yoktur.
Standartları belirginleştirme ve performans ölçme	Hasta sayısında üst alt sınır belirlenmiştir. Hastaların niteliklerine göre ödeme katsayısı belirlenmektedir.
Çıktı kontrolü	Gebe Takipleri kontrol ve ceza (yaptırım)
Ademi merkezleşme	Hizmetler yerel düzeyde verilir ve herkes kendi birimini yönetmektedir.
Bütçede merkezleşme	Ödemeler merkezden yapılmaktadır.

YKİ işletmeciliği kapsamında yapılan ve daha önce teorik çerçevesi açıklanan ayrıca yukarıdaki tabloda kısaca verilen aile hekimliğini YKİ bağlamında daha geniş kapsamlı incelemenin faydalı olacağı düşünülmektedir.

YKİ yaklaşımının en temel özelliklerinden birisi hizmet sunan birimler arasında devlet tekeline rekabete dayalı bir sisteme geçişin sağlanmasıdır. Bu kapsamda incelenen aile hekimliklerinde de rekabet unsurlarına rastlanmıştır. Sisteme kayıtlı hastaların doktorlarından memnun olmadıkları durumlarda doktor değiştirme hakları vardır. Hastalara verilen doktor seçme hakkı daha iyi hizmet sunumuna yönlendirmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin üzerlerine kayıtlı hasta sayısı kadar ücret almaları hasta sayısının azalmasıyla ücretlerinin azalacağı anlamına geldiğinden sayıyı artırmak için rekabet ortamı oluşturmaktadır.

Vatandaşa ya da hizmet alanlara denetim hakkının tanınması da YKİ'nden beklenen uygulamalardandır. Aile hekimliği isteminde vatandaşlara doğrudan denetim hakkı tanınmamıştır, ancak doktor seçme hakkı aracılığıyla dolaylı bir denetim mekanizması işletileceği kabul edilebilir. Ayrıca Başbakanlık İletişim Merkezine (BİMER) başvurarak aile hekimleri ile ilgili şikayetlerini ileterek başka bir dolaylı denetim süreci başlatabilmektedirler.

Müşteri odaklılık ya da hizmet alanları müşteri olarak görme YKİ yaklaşımının bir başka özelliğidir. Aile hekimliği sistemi de hasta memnuniyeti, hastalara daha kaliteli hizmet sunma gibi gerekçelerle doğrudan hasta odaklı bir sistem olarak kurulmuştur. Sistemin teorik yapısı ve mevzuatta meydana gelen nöbet zorunluluğunun getirilmesi gibi değişimlerde sürekli hasta merkezli yapılan uygulamalardır.

Aile hekimliği gebe takibi, aşı takibi, kronik hastaların düzenli takibi, önemli hastalıklarla ilgili broşür vb. ile hastaların bilgilendirilmesi, belirli dönemlerde kanser taraması gibi önlem amaçlı tetkiklerin yapılması YKİ'nin sorun önleme odaklı anlayışının sağlığa yansımalarıdır.

Aile hekimliğinde birimin mali gelir gider kontrolünün hekimlerde olması genel olarak tasarruf sağlamaktadır. Gelir-gider dengesi ne kadar düzenli olur ve ne kadar para arttırılırsa o kadar az para harcanır ve bir anlamda gelir elde edilmiş olunabilir. Bu maddi durum tasarruf sağlama açısından faydalı bir sistem olarak görünürken,

doktorların kendi ücretlerini arttırma amacıyla hizmet kalitesini düşürecek düzeyde tasarruf yapma riskini doğuracağı da söylenebilir. Ücret alma konusunda da piyasa mekanizmaları tam yansıtılmamakla birlikte sözleşmeyle kurulan aile hekimliği birimleri piyasa mantığıyla işletilir. Birimde yapılan tüm harcamalar hekimler tarafından yapılmaktadır. Malzeme alımı, altyapı giderleri, hizmet verilecek binanın belirlenmesi (kiralama ya da satın alma), çalıştırılacak elemanlar vb. tamamen aile hekiminin sorumluluğundadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde birimler özel bir doktor muayenehanesi gibi çalışmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı'nın bu harcamalara müdahale etmemesi ve klasik bürokratik işleyişten uzak olması aile hekimliğinin YKİ bağlamında yapıldığını gösteren başka bir noktadır.

YKİ ile girdi ve süreç odaklı sistemlerden, çıktı ve sonuç odaklı bir sisteme geçilmiştir. Aile hekimliği sisteminde de daha çok kayıtlı hasta sayısı, gebe takipleri ve aşuların yapılıp yapılmadığının kontrol edildiğinden sonuç odaklı bir sistemin söz konusu olduğu söylenebilir.

YKİ ile hedeflenen bir başka yapı ise yatay, yalın ve özerk örgüt modelleridir. Aile hekimliği uygulamasında da sadece aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan ne kendi aralarında ne de Sağlık Bakanlığı ile aralarında hiyerarşik bağ bulunmayan bir işleyiş bulunmaktadır. Mevzuatta da görülen aile hekimliğinin eski sistemden özerk bir örgüt yapısına sahip olduğudur. YKİ'de beklendiği şekilde hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanları sözleşme dahilinde çalışmaktadırlar. Bu açıardan incelendiğinde aile hekimliği uygulaması kamu ve özel sektör karışımı “melez” bir örgüt olarak değerlendirilebilir.

Aile hekimliği sistemi daha verimli ve bireyci bir sistem olarak oluşturulmuştur. Hekimler sadece üzerlerine kayıtlı hastalara bakabilmektedirler. Hastalar doktor, doktorlar da hasta seçme hakkına sahiptir. Bu açıdan da geleneksel anlayışın evrensel ve eşitlikçi yapısına ters düşerek YKİ'nin neo-liberal anlayışına yakın bir yapı ortaya koyduğu söylenebilir.

YKİ'de, yönetimde profesyonel kişilerin olması gerektiği savunulmaktadır. Aile hekimleri, tıp ve aile hekimliği alanında eğitimler alarak sağlık açısından uzmanlaşmaktadırlar. Ancak bu uzmanlaşma yönetim açısından olmadığından profesyonel bir yönetim anlayışı olduğunu söylemek pek mümkün gözükmemektedir.

Profesyonel bir yönetim olmasa da belirlenmiş standartlar, performans gibi yönetim modellerine dayalı bir sistem yürütülmektedir. Bu kapsamda hasta sayılarında alt ve üst sınırlar belirlenmiş ve hastaların niteliklerine göre ücret standartları getirilmiştir. Aynı şekilde gebe takip ve kontrolleri yapılarak eksikler tespit edildiğinde yaptırımlar uygulanmaktadır.

YKİ açısından son olarak incelenecek olan özellik ise yönetim açısından ademi merkezileşme, bütçeleme de ise merkezileşmedir. Aile hekimliğinde de birimlerin yönetimi merkezden bağımsızdır ve her birim kendi yönetiminden sorumludur. Bütçe ise doğrudan merkezden yapılan ödemeyle oluşturulur. Bütçede gelir gider harcamalarının sınırları ve kapsamı belirlidir ancak doğrudan bir müdahale söz konusu değildir.

Genel olarak değerlendirecek olursak; aile hekimliği sistemi, müşteri odaklılık, yatay-yalın ve özerk örgüt modeli, rekabet, sorun önleme, çıktı ve sonuç odaklılık, daha verimli ve bireyci hizmet sunumu, ademi merkezileşme ve bütçede merkezileşme kavramları açısından yeni kamu işletmeciliği göstermektedir. Ancak profesyonel yönetim ve kar amacı gütmeye açısından yeni kamu işletmeciliği yaklaşımını tam olarak yansıtmamaktadır. Son olarak belirtmek gerekir ki tablo 1 ve devamında yapılan değerlendirmeler tamamen mevzuat ve teori üzerinden yapılmaktadır. Sistemin uygulamasının farklı olacağı göz önünde bulundurularak 3. bölümde aile hekimliği uygulaması yeni kamu işletmeciliği açısından yeniden değerlendirilecektir.

BÖLÜM 3.YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ AÇISINDAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SAKARYA İLİNDE YAPILAN BİR ARAŞTIRMA

Bu başlık altında, yeni kamu işletmeciliği bağlamında aile hekimliği sisteminin Sakarya ölçeğinde nasıl yürütüldüğü ile ilgili yapılan alan araştırmasının sonuçları verilecektir. Bu kapsamda aile hekimlerinin sisteme bakışı ve sistemin işleyişine ilişkin görüşleri değerlendirilecektir. Böylece, yeni kamu işletmeciliğinin aile hekimliği sisteminde ne durumda olduğu ortaya konulmaya çalışılmaktadır.

3.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

Çalışmanın birinci bölümünde incelenen yeni kamu işletmeciliği ve ikinci bölümde incelenen sağlık reformu bu bölümde alan araştırmasıyla değerlendirilecektir. Yapılan araştırmanın konusu yeni kamu işletmeciliği bağlamında aile hekimliği sistemidir.

Anket uygulaması kullanılarak yapılan çalışmanın amacı ise aile hekimliği sisteminin uygulamada nasıl bir karşılık bulduğunu ortaya koymaya çalışmaktır.

3.2 Araştırma Soruları

Yeni kamu işletmeciliği açısından aile hekimliği uygulaması değerlendirilirken bir takım sorulara cevap aranmıştır. Bu araştırma soruları şu şekilde sıralanabilir:

- Aile hekimliği uygulaması YKİ'ye uygun yapılan bir uygulama mıdır?
- Sistem YKİ'nin özelliklerini taşımakta mıdır?
- Aile hekimliği sistemi hekimlere bağımsız karar alma imkanı tanımış mıdır?
- Aile hekimliği daha kaliteli hizmet sunumunu sağlar mı?
- Aile hekimliği sistemi bürokratik iş yükünü azaltır mı?
- Aile hekimliği daha hızlı hizmet sunulmasını sağlamış mıdır?
- Aile hekimliği sistemi kaynak kullanımını daha kolay hale getirir mi?
- Aile hekimleri daha özerk bir çalışma imkanı tanıdığı için mi aile hekimliğini tercih etmişlerdir?

- Aile hekimleri çalışma saatleri daha rahat olduğu için mi bu mesleği tercih etmişlerdir?
- Aile hekimliği sistemi hasta odaklı bir sistem olarak yürütülmekte midir?
- Aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmış mıdır?
- Aile hekimlerinin çalışma süreleri sisteme bakış açılarını etkilemiş midir?

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Çalışma yapılırken ilk olarak aile hekimliği ile ilgili mevzuat ve literatür taranarak anket soruları oluşturulmuştur. Anket uygulama sürecine geçilmeden önce ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na uygulama yapmak için izin talebinde bulunulmuştur. Başvuru sürecinde anket soruları kurum tarafından birçok kez değiştirilmiş ve izin süreci birçok belge istemiyle uzatılmıştır. Yapılan değişikliklerde “rekabet”, “nöbet”, “müşteri” gibi YKİ sisteminin temel özelliklerini yansıtan kavramların kullanılması istenmediğinden değerlendirmemiz için önemli olan bazı sorular ankette çıkarılmıştır.

Bu süreç sonunda hazırlanan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümü aile hekimlerinin görüşlerini öğrenmek amacıyla 5’li likert yapıda düzenlenmiş 26 sorudan oluşmaktadır. Likert yapıda hazırlanan sorular 1 kesinlikle katılmıyorum ve 5 kesinlikle katılıyorum ifadeleri arasında derecelendirilmiştir. İkinci bölümünde ise katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 6 soru yer almaktadır. Anket formları hazırlandıktan sonra bir pilot uygulama yapılamamıştır.

Araştırmanın evrenini Sakarya ilinde faaliyette bulunan aile sağlık merkezlerinde görevli aile hekimleri oluşturmaktadır. Sakarya ilinde toplam 246 aile hekimi görev yapmaktadır. Araştırmanın evrenini oluşturan 246 aile hekiminden Adapazarı ilçesindeki 72, Serdivan ilçesindeki 22 ve Erenler ilçesindeki 22 olmak üzere toplam 116 aile hekimi örneklem olarak belirlenmiştir.¹⁰ Bu örneklem aile sağlığı merkezlerinin dağınık bölgelerde olması ve bu üç ilçeye ulaşımın daha kolay olması nedeniyle

¹⁰ Söz konusu rakamlar Türkiye Halk sağlığı kurumunun 2012 yılı verileridir. Daha güncel verilere ulaşılamamıştır (<http://sakaryahsm.gov.tr/ailehekimisi/122/aile-hekimligi-bolgeleri.aspx>).

seçilmiştir. Çalışma kapsamında tüm aile hekimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sürecinde Adapazarı, Erenler ve Serdivan ilçelerindeki aile hekimliği birimlerine gidilerek anketler yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Bazı aile sağlığı merkezleri halk sağlığı kurumunda görülen adreslerde bulunamamış bu nedenle de tüm aile hekimlerine ulaşılammıştır. Bazı hekimlerle de izin ve rapor gibi, sebeplerle aile hekimliği biriminde bulunmadıkları için görüşülememiştir. Hekimlerin bir kısmı yoğun oldukları için bir kısmı da mimlenmek istemedikleri için çalışmaya katılmak istememişlerdir.

Ancak çalışma sonucunda 78 aile hekiminden (%67) kullanılabilir anket elde edilebilmiştir. Çalışma 23 Mart-4 Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket sonuçları Sakarya ili içerisinde görev yapan aile hekimlerinin görüşleri ile sınırlıdır. Tüm aile hekimlerin ya da Türkiye’de görev yapan aile hekimlerinin tamamının görüşlerini yansıtmamaktadır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS Statistics 20 programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, homojen verilerin analizinde bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi; homojen olmayan verilerin analizinde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeği oluşturan boyutlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonucunda fark bulunan değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını bulmak için Sheffe testinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ($p=0,05$) analiz edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçek tanımlayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Faktör analizi sonucunda ifadeler altında uygun faktör altında toplanmadığı belirlenen S8 *Aile hekimlerinin mobil sağlık hizmetleri diğer hastaların hizmet alımına engel teşkil etmez*, s11 *Aile sağlığı merkezlerinin kendi grupları içinde (A,B,C,D) yeterli tanı tedavi donanımı bulunmaktadır*, s16 *Aile hekimliği sistemi hesapverebilirliği artırmıştır*, s17 *Aile hekimliği sistemi vatandaş memnuniyeti gözetilerek işletilmektedir*.ve s25 *Aile hekimliğinin çalışma koşullarının daha iyi olmasından dolayı tercih ettim*,ölçekten çıkarılmıştır. Söz konusu ifadeler ölçekten çıkarıldıktan sonra, ölçeğin Kaiser-Meyer-

Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu, 0,817 bulunmuştur. KMO 1'e yaklaştıkça çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü mükemmel ulaşmakta olup, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz, 2014: 651). Bu sonuca göre çalışmanın örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğu söylenebilir. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Barlett test sonucu da anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu sonuçlar, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ölçeğe ilişkin yapılan faktör analizi neticesinde, ölçeği açıklamaya yönelik olarak 5 faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörler “kalite”, “tercih”, “verimlilik”, “yoğunluk” ve “çalışma koşulları” olarak adlandırılmıştır. Faktörlerin açıklanan toplam varyansı % 70,336'dır. Bu yönü ile de ölçek kullanılabilirlik için gerekli koşulu sağlamaktadır. Ölçeğin son hali ek-1'de görülmektedir.

Ölçeğin faktör analizinde, toplam varyans içinde açıklayıcılığı en yüksek olan boyut “**Kalite**” faktörüdür. Toplam varyansın % 26,156'sını açıklayan bu boyutun altında verilen hizmetin kalitesini açıklamaya yönelik 7 ifade yer almakta olup; s14 *Aile hekimlerinin belirli sayıda hasta ya bakması hasta takibini kolaylaştırmaktadır* (0,870), s15 *Aile hekimlerinin baktığı hastaların belirli olması tanı ve tedavi sürecini kolaylaştırmaktadır* (0,839) ve s3 *Aile hekimlerinin sabit nüfus ve bölgeye hizmet sunması kaliteyi artırır* (0,824) ifadeleri faktör yükü itibariye bu boyutun üç temel değişkeni olarak görülmektedir.

Ölçeğin faktör analizinde toplam varyans içinde açıklayıcılığı kaliteden sonra gelen boyut “**Tercih**” faktörüdür. Toplam varyansın % 16,215'ini açıklayan bu boyutun altında verilen hizmeti veren doktorların tercih nedenlerini açıklamaya yönelik 5 ifade yer almakta olup; s23 *Bağımsız çalışma imkanı verdiği için tercih ettim.* (0,794), s21 *Aile hekimliği sistemi, merkezi yönetimden bağımsız özerk bir hizmet sunumu sağlamıştır.* (0,789) ve s13 *Aile hekimliği sisteminde yer belirlenmesinde kullanılan kriterlerinden birinin de puan sistemi olması hekimlerin motivasyonunu artırır.* (0,733) ifadeleri faktör yükü itibariye bu boyutun üç temel değişkeni olarak görülmektedir.

Ölçeğin faktör analizinde toplam varyans içinde yer alan bir diğer boyut “**Verimlilik**” faktörüdür. Toplam varyansın % 10,833’sını açıklayan bu boyutun altında verilen hizmetin verimliliğini açıklamaya yönelik 4 ifade yer almakta olup; s1 *Aile hekimliğinde kişi başı ödeme sistemi hizmetlerin daha verimli sunulmasına katkı sağlar.* (0,834), ifadesi faktör yükü itibariye bu boyutun temel değişkeni olarak görülmektedir.

Ölçeğin faktör analizinde toplam varyans içinde yer alan diğer bir boyut “**Yoğunluk**” faktörüdür. Toplam varyansın % 9,056’sını açıklayan bu boyutun altında aile hekimlerinin çalışma yoğunluğunu açıklamaya yönelik 2 ifade yer almakta olup; s4 (0,823) ve s5 (0,796) faktör yüklerini taşımaktadırlar..

Ölçeğin faktör analizinde toplam varyans içinde açıklayıcılığı en düşük olan boyut ise “**Çalışma Koşulları**” faktörüdür. Toplam varyansın % 8,076’sını açıklayan bu boyutun altında verilen hizmetin kalitesini açıklamaya yönelik 3 ifade yer almakta olup; s6 *Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları açıkça belirlenmiştir.* (0,782), s18 *Aile hekimliği sistemi hekimlere yönetim serbestliği tanımaktadır.* (0,699) ve s26 *Üstlerimle daha iyi iletişim sağladığı için tercih ettim.* (0,626) ifadeleri faktör yüklerini taşımaktadır.

Güvenilirlik ankette yer alan soruların birbirleri ile olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını ifade eder (Kalaycı, 2014: 403). Güvenilir bir test ya da ölçek, benzeri şartlarda tekrar uygulandığında benzer sonuçlar vermektedir (Altunışık vd., 2010:122). Bu kapsamda çalışmada kullanılan ölçek cronbach alpha katsayısı kullanılarak güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur.

Cronbach Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ölçeğin güvenilirliği düşük, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014: 405). Bu durumda, çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,870 bulunmuş olup, ölçekten elde edilen verilerin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri, kalite için 0,931; tercih için 0,828; verimlilik için 0,780, yoğunluk için 0,963 ve çalışma koşulları için 0,638 olarak

bulunmuştur (Tablo 2). Bu bulgular, kullanılan ölçekten elde edilen verilerin hem boyutlar hem de genel olarak güvenilir ve kullanılabilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 2
Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin yeterlilik düzeyi ölçęi		0,817	
Bartlett's Test of Sphericity	Ki- kare	1023,409	
	fark	210	
	anlamlılık	0,000	
Cronbach Alpha	0,870	Açıklanan Toplam Varyans	70,336
Ölçek faktör/İfadeleri		Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans
Kalite (Özdeğer=32,774)			26,156
s14 Aile hekimlerinin belirli sayıda hasta ya bakması hasta takibini kolaylaştırmaktadır.		0,870	0,931
s15 Aile hekimlerinin baktığı hastaların belirli olması tanı ve tedavi sürecini kolaylaştırmaktadır.		0,839	
s3 Aile hekimlerinin sabit nüfus ve bölgeye hizmet sunması kaliteyi artırır.		0,824	
s2 Aile hekimlerinin sadece kendine kayıtlı hastalara bakması daha iyi hizmet sunulmasını sağlar.		0,796	
s20 Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu daha düzenli hale getirmiştir.		0,794	
s10 Aynı aile sağlığı merkezinde birden fazla hekim olması daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlar.		0,779	
s9 Aynı aile sağlığı merkezinde birden fazla hekim olması hekimler arasında koordinasyonu artırır.		0,765	
Tercih (Özdeğer=18,391)			
s23 Bağımsız çalışma imkanı verdiği için tercih ettim.		0,794	0,828
s21 Aile hekimliği sistemi, merkezi yönetimden bağımsız özerk bir hizmet sunumu sağlamıştır.		0,789	
s13 Aile hekimliği sisteminde yer belirlenmesinde kullanılan kriterlerinden birinin de puan sistemi olması hekimlerin motivasyonunu artırır.		0,733	
s22 Aile hekimliğini daha saygın olduğu için tercih ettim.		0,688	
s24 Hastalara daha nitelikli hizmet verme imkanım olduğu için tercih ettim.		0,619	
Verimlilik (Özdeğer=7,625)			10,833
s1 Aile hekimliğinde kişi başı ödeme sistemi hizmetlerin daha verimli sunulmasına katkı sağlar.		0,834	0,780

Tablo 2'nin devamı

s19 Aile hekimliği sistemi kaynak kullanımında tasarruf sağlamaktadır.	0,664		
s7 Aile sağlığı merkezi giderlerinin hekimlerin kontrolünde olması kaynakların verimli kullanılmasını sağlar.	0,524		
s12 Aile hekimliği sistemi hizmet sunumu ile ilgili malzeme alımını kolaylaştırmıştır.	0,424		
Yoğunluk (Özdeğer=6,545)		9,056	0,963
s4 Aile hekimlerinin bürokratik iş yoğunluğu fazladır.	0,823		
s5 Aile hekimlerinin mali iş yükü fazladır.	0,796		
Çalışma koşulları (Özdeğer=5,002)		8,076	0,638
s6 Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları açıkça belirlenmiştir.	0,782		
s18 Aile hekimliği sistemi hekimlere yönetim serbestliği tanımaktadır.	0,699		
s26 Üstlerimle daha iyi iletişim sağladığı için tercih ettim.	0,626		

3.4. Araştırmada Elde Edilen Bulgular

3.4.1. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %57,7'si erkeklerden oluşmakta olup, yarısı 36-45 yaşları arasındadır. Ayrıca aile hekimliği uzmanlığı yapan hekim sayısı yalnızca 8 (%10,3) olup, aile hekimi olarak görev yapan hekimlerin %80,8'i aile hekimliği uygulaması ile birlikte göreve başlayan pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin %79,2'si ise 10 yıl ve daha uzun zamandır hizmet sunan tecrübe düzeyi nispeten yüksek hekimlerden oluşmaktadır. Ayrıca hekimlerin kayıtlı nüfus yoğunluğu da oldukça yüksek olup, %77,0'ı 3500'den daha fazla nüfusa sahiptir.

Tablo 3
Sosyo-Demografik Özellikler (n=78)

Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	33	42,3
	Erkek	45	57,7
Yaş	≤35	15	19,2
	36-45	39	50,0
	≥46	24	30,8
Uzmanlık alanı	Aile hekimi	8	10,3
	Pratisyen hekim	70	89,7
Aile hekimliğinde çalışma süresi	<5 yıl	15	19,2
	≥5 yıl	63	80,8
Toplam çalışma süresi	≤10 yıl	17	21,8
	10-19 yıl	34	43,6
	≥20 yıl	27	34,6
Kayıtlı nüfus	≤3500	18	23,1
	3501-3999	30	38,5
	≥4000	30	38,5

3.4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4’de katılımcıların ölçeğe verdikleri cevapların boyut ve ifadeler itibarıyla dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi en yüksek katılım alan boyut, yoğunluk boyutudur ($4,17 \pm 1,090$). Bu boyutu sırasıyla kalite ($4,012 \pm 0,788$), verimlilik ($3,32 \pm 0,966$), tercih ($2,87 \pm 0,972$) ve çalışma koşulları ($2,35 \pm 0,899$) boyutları izlemektedir. Sıralamadan da görüleceği gibi, boyutlar itibarıyla en fazla katılım alan yoğunluk boyutu, aile hekimlerinin iş yoğunluklarının yüksek olduğunu; en az katılım alan çalışma koşulları boyutu ise hekimler için çalışma koşulları bakımından çekiciliğinin çok da yüksek olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

İfadeler itibari ile bakıldığında, ortalama dördün üzerinde katılım ile en çok katılım alan ifadelerin verimlilik ve kalite boyutlarında olduğu görülmektedir. Bu durum her iki boyutun aile hekimliğinin belirleyici özelliklerini ön plana çıkarması bakımından önemli bulunmaktadır. Ayrıca, verimlilik boyutunu oluşturan ifadeler üç ortalamanın

üzerinde katılım alarak aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerin daha verimli verildiğini göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır. Maddeler itibari ile en düşük katılımı, çalışma koşulları boyutundan s6 almaktadır. Bunu aynı boyutu oluşturan s26 ve s18 izlemekte olup, bu durum çalışma koşullarının cazip olmadığını ifadeler bağlamında da göstermesi bakımından önemlidir.

Tablo 4
Ölçeği Oluşturan İfade ve Boyutların Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları

İfade/Boyut	Ortalama	S.S.
s19 Aile hekimliği sistemi kaynak kullanımında tasarruf sağlamaktadır.	3,55	1,213
s7 Aile sağlığı merkezi giderlerinin hekimlerin kontrolünde olması kaynakların verimli kullanılmasını sağlar	3,51	1,235
s12 Aile hekimliği sistemi hizmet sunumu ile ilgili malzeme alımını kolaylaştırmıştır.	3,21	1,221
s1 Aile hekimliğinde kişi başı ödeme sistemi hizmetlerin daha verimli sunulmasına katkı sağlar.	3,03	1,309
Verimlilik	3,32	0,966
s2 Aile hekimlerinin sadece kendine kayıtlı hastalara bakması daha iyi hizmet sunulmasını sağlar.	4,19	1,007
s3 Aile hekimlerinin sabit nüfus ve bölgeye hizmet sunması kaliteyi artırır.	4,18	0,964
s14 Aile hekimlerinin belirli sayıda hasta ya bakması hasta takibini kolaylaştırmaktadır.	4,14	0,893
s15 Aile hekimlerinin baktığı hastaların belirli olması tanı ve tedavi sürecini kolaylaştırmaktadır	4,13	0,888
s20 Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu daha düzenli hale getirmiştir.	4,08	0,937
s9 Aynı aile sağlığı merkezinde birden fazla hekim olması hekimler arasında koordinasyonu artırır	4,05	0,896
s10 Aynı aile sağlığı merkezinde birden fazla hekim olması daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlar.	4,04	0,973
Kalite	4,12	0,788
s18 Aile hekimliği sistemi hekimlere yönetim serbestliği tanımaktadır.	2,51	1,137

Tablo 4'ün devamı

s26 Üstlerimle daha iyi iletişim sağladığı için tercih ettim.	2,40	1,132
s6 Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları açıkça belirlenmiştir.	2,15	1,270
Çalışma koşulları	2,35	0,899
s24 Hastalara daha nitelikli hizmet verme imkanım olduğu için tercih ettim.	3,32	1,264
s13 Aile hekimliği sisteminde yer belirlenmesinde kullanılan kriterlerinden birinin de puan sistemi olması hekimlerin motivasyonunu artırır.	2,92	1,246
s22 Aile hekimliğini daha saygın olduğu için tercih ettim.	2,82	1,192
s23 Bağımsız çalışma imkanı verdiği için tercih ettim.	2,77	1,205
s21 Aile hekimliği sistemi, merkezi yönetimden bağımsız özerk bir hizmet sunumu sağlamıştır.	2,54	1,393
Tercih	2,87	0,972
s4 Aile hekimlerinin bürokratik iş yoğunluğu fazladır.	4,24	1,095
s5 Aile hekimlerinin mali iş yükü fazladır.	4,10	1,123
Yoğunluk	4,17	1,090
Genel	3,42	0,596

3.4.3. Aile Hekimlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları

Katılımcıların cinsiyet, yaş, uzmanlık alanı, aile hekimi olarak çalışma süresi, toplam çalışma süresi ve kayıtlı nüfusu esas alınarak bağımsız örneklerde t testi, tek yönlü varyans analizi ve Mann Whitney U testi kullanılarak analizleri yapılmıştır.

Aile hekimlerinin cinsiyetleri esas alınarak yapılan bağımsız örneklerde t testi sonuçlarına göre, çalışma koşulları ve tercih bakımından katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamasına karşılık ($p>0,05$); verimlilik, kalite ve yoğunluk boyutları ile ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İstatistiksel bakımdan fark bulunan boyutların tamamında erkek hekimlerin katılımı kadın hekimlerin katılımından daha yüksek bulunmaktadır (Tablo 5). Buna göre, erkek hekimlerin sistemin kalite ve verimlilik bakımından daha

etkin olduğuna olan inançları kadın hekimlere göre daha olumlu düzeyde denilebilir. Yoğunluk boyutunda erkeklerin daha fazla katılımı da bu etkinin sonucunda ortaya çıkmış olabilir.

Tablo 5
Aile Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Fark Analizi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ort.	S.S.	t	P
Verimlilik	Kadın	33	3,08	1,160	-1,798	0,003
	Erkek	45	3,50	0,761		
Kalite	Kadın	33	4,00	1,069	-1,039	0,001
	Erkek	45	4,20	0,487		
Çalışma Koşulları	Kadın	33	2,27	0,952	-0,687	0,664
	Erkek	45	2,41	0,865		
Tercih	Kadın	33	2,52	1,039	-2,875	0,199
	Erkek	45	3,13	0,840		
Yoğunluk	Kadın	33	4,02	1,422	-1,006	0,001
	Erkek	45	4,29	0,757		
Genel	Kadın	33	3,23	0,721	-2,406	0,024
	Erkek	45	3,57	0,439		

Tablo 6'da çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş gruplarına göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüldüğü gibi, kalite, çalışma koşulları, tercih ve yoğunluk boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Buna karşılık verimlilik boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p > 0,05$). Farkın hangi değişkenden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan sheffe analizi sonucuna göre fark, ≤ 35 yaş grubu hekimler ile 36-45 yaş grubu hekimlerden kaynaklanmaktadır. ≤ 35 yaş grubu hekimler, verimlilik konusunda daha yüksek katılım ortaya koymaktadırlar.

Tablo 6
Aile Hekimlerinin Yaş Gruplarına Göre Fark Analizi Sonuçları

	Yaş Grubu	n	Ort.	S.S.	F	P
Verimlilik	≤35	15	3,83	0,711	3,318	0,042
	36-45	39	3,10	1,040		
	≥46	24	3,36	0,882		
	Toplam	78	3,32	0,966		
Kalite	≤35	15	4,11	0,918	0,014	0,986
	36-45	39	4,10	0,850		
	≥46	24	4,14	0,608		
	Toplam	78	4,12	0,788		
Çalışma Koşulları	≤35	15	2,58	0,729	1,535	0,222
	36-45	39	2,18	0,985		
	≥46	24	2,50	0,822		
	Toplam	78	2,35	0,899		
Tercih	≤35	15	2,85	0,961	0,157	0,855
	36-45	39	2,83	0,971		
	≥46	24	2,97	1,014		
	Toplam	78	2,87	0,972		
Yoğunluk	≤35	15	4,00	1,134	0,241	0,786
	36-45	39	4,23	1,180		
	≥46	24	4,19	0,930		
	Toplam	78	4,17	1,090		
Genel	≤35	15	3,53	0,587	0,684	0,508
	36-45	39	3,35	0,629		
	≥46	24	3,48	0,552		
	Toplam	78	3,42	0,596		

Scheffe analizi sonucu: Fark, ≤35 yaş grubu ve 36-45 yaş grubu arasındadır (p=0,042).

Tablo 7’de aile hekimlerinin uzmanlık alanları esas alınarak gerçekleştirilen Mann Whitney U Testi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, aile hekimlerinin uzmanlık alanlarına göre aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 7**Aile Hekimlerinin Uzmanlık Alanı Değişkenine Göre Fark Analizi Sonuçları**

	Uzmanlık	N	Ortalama Değer	Z	P
Verimlilik	Aile hekimi	8	41,13	-0,215	0,830
	Pratisyen hekim	70	39,31		
Kalite	Aile hekimi	8	41,63	-0,281	0,779
	Pratisyen hekim	70	39,26		
Çalışma Koşulları	Aile hekimi	8	30,50	-1,194	0,232
	Pratisyen hekim	70	40,53		
Tercih	Aile hekimi	8	40,75	-0,165	0,869
	Pratisyen hekim	70	39,36		
Yoğunluk	Aile hekimi	8	45,19	-0,791	0,429
	Pratisyen hekim	70	38,85		
Genel	Aile hekimi	8	44,13	-0,610	0,542
	Pratisyen hekim	70	38,97		

Tablo 8 de aile hekimlerinin aile hekimi olarak çalışma süresi esas alınarak hazırlanmış Bağımsız Örneklerde t Testi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde Aile hekimlerinin aile hekimi olarak çalışma süreleri açısından aralarında istatistiki bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 8
Aile Hekimlerinin Aile Hekimi Olarak Çalışma Sürelerine Göre Fark Analizi
Sonuçları

Aile hekimliğinde çalışma süresi		N	Ort.	S.S.	t	P
Verimlilik	<5 yıl	15	3,67	0,816	1,543	0,127
	≥5 yıl	63	3,24	0,987		
Kalite	<5 yıl	15	4,09	0,900	-0,161	0,872
	≥5 yıl	63	4,12	0,767		
Çalışma Koşulları	<5 yıl	15	2,64	0,821	1,397	0,167
	≥5 yıl	63	2,29	0,910		
Tercih	<5 yıl	15	2,95	0,805	0,319	0,751
	≥5 yıl	63	2,86	1,012		
Yoğunluk	<5 yıl	15	3,93	1,100	-0,948	0,346
	≥5 yıl	63	4,23	1,088		
Genel	<5 yıl	15	3,51	0,609	0,657	0,513
	≥5 yıl	63	3,40	0,596		

Tablo 9 da aile hekimlerinin toplam çalışma süreleri esas alınarak gerçekleştirilen Bağımsız Örneklerde t Testi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde Aile hekimlerinin toplam çalışma süreleri açısından aralarında istatistiki bir fark olmadığı görülmektedir($p>0,05$). Buna göre aile hekimlerinin tecrübelerinin aile hekimliği sistemi üzerinde bir farklılık oluşturmadığı söylenebilir.

Tablo 9**Aile Hekimlerinin Toplam Çalışma Sürelerine Göre Fark Analizi Sonuçları**

		N	Ort.	S.S.	F	P
Verimlilik	≤10 yıl	17	3,63	0,961	1,129	0,329
	10-19 yıl	34	3,26	0,954		
	≥20 yıl	27	3,21	0,980		
	Toplam	78	3,32	0,966		
Kalite	≤10 yıl	17	3,94	1,146	0,683	0,508
	10-19 yıl	34	4,21	0,660		
	≥20 yıl	27	4,10	0,666		
	Toplam	78	4,12	0,788		
Çalışma Koşulları	≤10 yıl	17	2,45	0,790	0,717	0,492
	10-19 yıl	34	2,22	1,028		
	≥20 yıl	27	2,47	0,791		
	Toplam	78	2,35	0,899		
Tercih	≤10 yıl	17	2,79	1,026	0,242	0,785
	10-19 yıl	34	2,84	0,914		
	≥20 yıl	27	2,98	1,035		
	Toplam	78	2,87	0,972		
Yoğunluk	≤10 yıl	17	3,85	1,296	1,009	0,370
	10-19 yıl	34	4,31	1,037		
	≥20 yıl	27	4,20	1,012		
	Toplam	78	4,17	1,090		
Genel	≤10 yıl	17	3,39	0,825	0,044	0,957
	10-19 yıl	34	3,43	0,486		
	≥20 yıl	27	3,44	0,577		
	Toplam	78	3,42	0,596		

Tablo 10' da aile hekimlerinin üzerlerinde kayıtlı nüfus esas alınarak gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, aile hekimlerinin Kayıtlı nüfusa göre aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$):

Tablo 10
Aile Hekimlerinin Kayıtlı Nüfuslarına Göre Fark Analizi Sonuçları

	Nüfus	N	Ort.	S.S	F	P
Verimlilik	≤3500	18	3,00	1,197	1,339	0,268
	3501-3999	30	3,40	0,762		
	≥4000	30	3,44	0,986		
	Toplam	78	3,32	0,966		
Kalite	≤3500	18	4,17	0,925	0,398	0,673
	3501-3999	30	4,01	0,665		
	≥4000	30	4,19	0,829		
	Toplam	78	4,12	0,788		
Çalışma Koşulları	≤3500	18	2,31	0,973	0,094	0,910
	3501-3999	30	2,32	0,771		
	≥4000	30	2,41	0,997		
	Toplam	78	2,35	0,899		
Tercih	≤3500	18	2,57	1,132	1,202	0,306
	3501-3999	30	2,99	0,878		
	≥4000	30	2,94	0,953		
	Toplam	78	2,87	0,972		
Yoğunluk	≤3500	18	4,14	1,068	0,349	0,706
	3501-3999	30	4,07	1,237		
	≥4000	30	4,30	0,961		
	Toplam	78	4,17	1,090		
Genel	≤3500	18	3,30	0,764	0,685	0,507
	3501-3999	30	3,42	0,419		
	≥4000	30	3,50	0,639		
	Toplam	78	3,42	0,596		

3.4.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeğin Boyutları Arasındaki İlişki

Çalışmada ölçeği oluşturan alt boyutlar arasındaki ilişki incelenmiş olup, korelasyon analizi sonuçları Tablo 11’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi çalışma koşulları ile verimlilik ($r=0,212$) ve kalite ($0,015$); yoğunluk ile verimlilik ($r=-$

0,074), çalışma koşulları (-0,194) ve tercih (-0,077) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna karşılık verimlilik ile kalite ($r=0,478$), tercih ($r=0,514$); kalite ile tercih ($r=0,291$), yoğunluk ($r=0,455$); çalışma koşulları ile tercih ($r=0,371$) arasında 0,001 anlamlılık düzeyi istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tablo 11
Aile Hekimliği Değerlendirme Ölçeğinin Alt boyutları Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5
Verimlilik (1)	1				
Kalite (2)	,478**	1			
Çalışma Koşulları (3)	0,212	0,015	1		
Tercih (4)	,514**	,291**	,371**	1	
Yoğunluk (5)	-0,074	,455**	-0,194	-0,077	1
Genel (6)	,752**	,784**	,398**	,742**	,280*

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.(2 yönlü). * Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır. (2-yönlü)

Ayrı ayrı analizleri yapılan tablolarda boyutlar arası ilişki ve aile hekimliği ile ilgili ifadeler değerlendirilmiştir. Sayısal olarak açıklanan verileri yorumlayacak olursak;

Aile hekimlerinin uygulamayı değerlendirmesinde sadece cinsiyet ve yaş unsurlarında anlamlı farklarla karşılaşmıştır. Buna göre erkekler sisteme kadınlardan biraz daha olumlu yaklaşmaktadırlar. Erkekler için sistem daha verimli ve kaliteliyken, kadınlara göre hem sistem daha az verimli ve daha az kaliteli hem de sistemin hekimlere getirdiği yoğunluk daha fazladır. Yaş grupları incelendiğinde ise 36-45 yaş arası aile hekimlerinin sistemin daha az verimli olduğunu düşündüğü ortaya çıkmıştır. Aile hekimlerinin diğer sosyo-demografik özelliklerine göre ise ölçekler arasında anlamlı bir farka ulaşamamıştır.

Anket sonuçları ve hekimlerin yorumlarını bir arada değerlendirilecek olursa, şu çıkarımlarda bulunulabilir;

- Değişen mevzuat ve getirilen kurullarla sistem sağlık ocağı sisteminden farkını yitirmektedir. Doktorlar bunu şu şekilde ifade etmektedirler, “Aile hekimliğini maalesef şu dönemde bakanlık gözden çıkarmış durumda. Nöbet sistemi aile

hekimliği mantığına uymuyor. Esnek mesai de aynı şekilde. Maalesef eski sağlık ocağı sistemine gidiyoruz, Őuan durum bu.” , “Aile hekimliği zamanla önemini yitirmiŐ, tamamen sağlık ocağı sistemine geri dönüş yapılmak isteniyor. Aile hekimi bezdirilmiŐ, köleleŐtirilmiŐtir.”

- Getirilmek istenen nöbet ve esnek mesai sistemleri hekimleri meslekten soğutmakta ve alternatif aramaya yönlendirmektedir. Hekimler bu durumu Şu ifadelerle belirtmektedir, “Aile hekimlerine nöbet ve ek mesai getirilmeye çalışılmaktadır. Bu hem verimliliği düşürecek hem de aile hekimliği ile kazanılmıŐ motivasyon ve çalışma isteğini düşürecektir. Arttırılan ve çoğaltılan ceza puanlarıyla da ne yapılmak isteniyor anlamıŐ değilim. Çünkü ben çocuklarımı bile cezayla değil ödöl vererek motive ediyorum.”
- Aile hekimlerinin hekimlik dışı (kayıtlar, mali işler, birimin idari iŐleri vs.) iş yoğunluğu fazladır.
- Hasta memnuniyeti odaklı çalışan bir sistemdir. Ancak bu durumun doktorlar ačíısından sıkıntılara yol ačíıđı durumlar söz konusudur. Anketi yanıtlayan bir aŐle hekimi bu durumu Őu şekilde ifade etmektedir, “ Hasta memnuniyeti üzerine kurulu olması hekimleri zor durumda bırakıyor. Bazen insanlar kurallara uygun olmayan taleplerde bulunuyorlar. Bunları yerine getirmek istemeyen hekim zorlanıyor.”
- Hekimlerin sürekli aynı hastalara hizmet vermesi daha kaliteli hizmet sunumu sađlamıŐtır. Hekimler genelde bir ailenin tümünü takip ettikleri için tanı ve tedavi süreci daha kolay olmaktadır. Hekimler de hastaları birebir tanıdıkları ve ailelerini de bildikleri için tedavinin daha kolay olduğunu ifade etmektedirler. Anketlere verdikleri yanıtlardan çıkan sonuçlar da bu yöndedir. Daha önce teorik olarak YKİ ačíısından değerlendirilen aile hekimliği uygulaması anket sonuçlarına göre tekrar gözden geçirildiğinde bazı alanlarda beklenenden farklı sonuçlarla karşılaŐılmıŐtır. Aile hekimliği sisteminden beklenen rekabet ortamı hastaların doktor seçme hakları ya da denetim mekanizmaları hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları, tüm vatandaşların bakanlık tarafından otomatik olarak bir hekime kaydedilmesi gibi nedenlerden rekabet unsurları iŐletilememektedir.

Bu da kalite ve verimliliğin beklendiği kadar artmamasına yol açmaktadır. Ayrıca daha özerk ve yönetim serbestliği hedeflenerek oluşturulan sistem sürekli değişen mevzuat ve beklenenden daha fazla olan devlet müdahalesi nedeniyle özerklikten uzak bir sisteme doğru gitmekte olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Dünya genelinde yönetsel açıdan uzun yıllar boyunca geleneksel kamu yönetimi ya da bir başka deyişle Weberyen tarzda bürokrasi modeli hakim olmuştur. Bu yönetim modelinin yanı sıra birçok ülkede refah devleti modeli benimsenmiştir. 1970'lerde refah devletinin krize girmesiyle hem ekonomik sistem hem de yönetim yapıları sorgulanmaya başlanmıştır. Geleneksel yönetim anlayışında görülen bürokratik, kamu yararına dayalı sistemi ekonomide görülen neo-liberal dalganın etkisinde kalarak değişmeye başlamıştır. İlk olarak İngiltere, ABD, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde ortaya çıkan bu değişim zamanla uluslararası örgütlerin de etkisiyle diğer ülkelere de sıçramıştır. Bu değişimin temel düşüncesi kamu sektöründe özel sektör mantığı benimsenmesidir. Kamu yararıyla büyük çoğunluğu devlet tekeline verilen hizmetlerin özelleştirme yoluyla yavaş yavaş özel sektöre devredilmesi, devlette devam eden hizmet sunumunun da özel sektör mantığıyla sağlanmaya çalışılmıştır. Müşteri odaklılık, yönetim serbestisi, performans sistemi gibi kavramlar idarelerin gündemine ve mevzuatına yerleşmeye başlamıştır. Yeni Sağ, işletmecilik, kamu tercihi teorisi ve vekalet teorisi kuramsal arka planına sahip bu yaklaşım, 1980'lerden bu yana etkisini sürdürmüştür.

Türkiye'de 24 Ocak 1980 kararlarıyla ekonomik alanda neo-liberal politikaların etkisi başlamış ve bu etki 1990'ların sonuna doğru idari yapıyı da etkilemiştir. Türkiye'de de minimal devlet, özelleştirme gibi kavramlar gündeme gelmeye başlamıştır. Neo-liberal politikalarından etkilenen alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Hem YKİ etkisi hem de küreselleşme etkisiyle sağlık sektöründe reform ihtiyacı doğmuştur. 1990'larda devlet elinin sağlıktan yavaş yavaş çekilmesi fikri kabul görmeye başlamıştır. İlk önce özel hastaneler teşvik edilmeye başlanmış daha sonrasında ise kamu hastaneleri YKİ etkisine girmiş ve özel sektör mantığına dayalı yönetim modellerini benimsemiştir. Uluslararası örgütlerin de etkisiyle 2003 yılında SDP ile yaklaşımın en somut adımı atılmıştır. SDP ile Sağlık Bakanlığı daha çok bir planlama ve denetleme kurumu haline gelmiş, tüm vatandaşlar tek bir sosyal güvence çatısı altında toplanmış, daha etkili ve verimli bir sistem ortaya çıkarmaya çalışılmıştır. SDP'nin birinci basamak sağlık hizmet ve sunumunu sağlamak için aile hekimliği sistemi geliştirilmiştir. Düzce ilinde pilot olarak başlatılan uygulama 2011 yılında tüm ülkeye yayılmıştır. Aile hekimliği sistemi ile hem

ikinci basamaktaki yoğunluğun azaltılması hem de birinci basamakta daha kaliteli ve verimli bir hizmet sunumu sağlanarak sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenmiştir. Özellikle verimlilik ve hasta odaklılık vurgusu yapılan aile hekimliği sistemi YKİ kapsamında yapılan uygulamalardan biri olarak kabul edilmektedir.

Birinci ve ikinci bölümde ortaya konan arkaplandan hareketle üçüncü bölümde YKİ açısından aile hekimliğini değerlendirmek amacıyla Sakarya ilinde uygulanan anket çalışması ve bu çalışmanın sonuçları verilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçları “kalite”, “verimlilik”, “tercih”, “çalışma koşulları” ve “yoğunluk” olmak üzere beş boyutta değerlendirilmiştir.

Çalışmada incelenen ilk boyut kalite boyutudur. Bu boyut dahilinde belirli sayıda hastaya bakma, sabit nüfusu takip etme, hasta takibinin kolaylaşması, koordinasyonun artması ve hizmet sunumunun daha düzenli ve hızlı hale gelmesi gibi konular incelenmiştir. YKİ’deki amaç da daha az maliyetle daha hızlı ve kaliteli hizmet sunmaktır. Bu boyutta katılımcıların yüksek oranda sistemin kaliteli olduğunu kabul ettikleri görülmüştür. Bunun yanında hekimler ankette sistemin daha kaliteli olduğu ifade etmişlerdir. Aile hekimliği sistemi ile hekimler hastaları daha kolay takip ederek tanı ve tedavi açısından başarılı sonuçlar elde etmektedirler.

YKİ’de kalitenin yanı sıra daha verimli bir sistem amacı da mevcuttur. Bu nedenle kalite boyutu sonrası verimlilik boyutu incelenmiştir. Verimlilikte incelenen konular; kişi başına ödeme sistemi, hekim kontrolünde yapılan kaynak kullanımı, malzeme alımının kolaylaştırılması ve tasarruftur. Katılımcıların verimlilik boyutuna yaklaşımının kalitede olduğu kadar olumlu olmadığı görülmüştür. Bu boyutta analiz sonucu kararsıza yakın bir ortalamaya ulaşılmıştır. Ancak katılımcıların anketlere eklediği yorumlardan çıkarılan sonuç hekimlerin sistemi verimli bulduğu yönündedir.

Yukarıda incelenen iki boyuta göre aile hekimliği sisteminin YKİ açısından beklenene yakın bir sonuç verdiği, kalite ve verimlilik hedeflerini sağlama amacını da koruyarak yürütüldüğü çıkarılabilir.

Kalite ve verimlilik sonrası çalışmada incelenen üçüncü boyut tercih boyutudur. Bu boyutta katılımcıların aile hekimliğine geçişte tercih nedenlerine ilişkin sorular sorulmuştur. Sonuçta beklenen ise hekimlerin daha kaliteli, verimli ve serbest bir

ortamda çalışmak için bu sisteme geçmiş olduklarıdır. Ancak beklenenin aksine hekimlerin bu sistemi iyi beklentilerle tercih etmediği hatta bir çoğunun mecburiyetten tercih ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. Anketlere ekledikleri yorumlarda hekimlerin bir kısmı başka bir imkanları olsa aile hekimliğini bırakacaklarını ifade etmektedir.

Tercih boyutuna yakın bir beklentiyle incelenen bir diğer boyut ise çalışma koşullarıdır. Bu boyutta hekimlerin belirli görev ve sorumlulukları dahilinde, yönetim serbestisine sahip bir biçimde, eski sistemden daha yatay bir ast üst ilişkisine sahip bir ortamda çalıştıkları sonucuna ulaşma amaçlanmıştır. Aile hekimliği sistemi bu yönde bir sonuç amaçlanarak oluşturulmuştur. Ancak tercih boyutunda olduğu gibi bu boyutta da katılımcıların verdiği cevaplar beklentinin aksi yöndedir. Hekimler çok yoğun ve yorucu bir ortamda sürekli belirsizlikler içinde çalıştıklarını ifade etmektedirler. Özellikle mevzuatta çok sık yapılan değişiklikler ve hasta sayısının fazlalığı hekimlerin sıkıntı olduğunu ifade ettiği alanların başında gelmektedir. Katılımcıların bir kısmı da sistemin daha önce uygulanan sağlık ocağı sistemine döndüğünü ifade etmektedir.

Çalışmada incelenen son boyut yoğunluktur. Bu boyutta YKİ'nin karşı çıktığı bürokratik ve mali iş yoğunluğunun aile hekimliklerinde ne durumda olduğu incelenmiştir. Mevzuatta ve ikinci basamakta yoğunluğun ciddi bir şekilde azaldığına dair işaretler mevcuttur. Ancak anket sonucunda aile hekimlerinin hem mali hem de bürokratik yoğunluğunun fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçtan hareketle aile hekimliği sisteminin hastanelerdeki bürokrasiyi azalttığı ancak kendi içinde yoğun bir bürokrasiyle karşı karşıya olduğu söylenebilir. Bu açıdan ikinci basamak sağlık hizmetlerinde YKİ anlamında beklenen sonucu veren sistemin birinci basamakta bürokrasiyi azaltmada başarı elde edemediği ifade edilebilir.

Yukarıda verilen bilgiler dahilinde aile hekimliğini YKİ açısından değerlendirilirse, aile hekimliği sisteminin yeni kamu işletmeciliğinin rekabet ihtiyacını yansıttığı görülmektedir. Hastaların istedikleri doktoru seçme imkanının olması doktorların daha kaliteli hizmet sunması ihtiyacını ortaya çıkarır. Bunu YKİ açısından değerlendirecek olursak doktorlar arasında bir rekabet ortaya çıkacaktır. Çünkü aile hekimliğinde hasta başına ücret alınması hastaların yer değiştirmesiyle ücretlerin değişeceği sonucunu doğurmaktadır. Ancak sistem uygulama şekli açısından sağlık ocağı sisteminden farklı olmadığından ya da başka bir deyişle hastalar sistemi farklı görmediklerinden rekabet

ortadan kalkmaktadır. Bunun nedeninin hastaların sistemi sağlık ocağında olduğu gibi daha çok ilaç yazdırma hizmetiymiş gibi algılaması ve birinci basamakta çözülebilecek tanı ve tedavi işlemleri için de sevk zorunluluğu olmadığından ikinci basamağa gitmeyi tercih etmeleri sistemin amacından uzaklaşmasına neden olmaktadır.

İnsan odaklı/merkezli sağlık hizmetinin ise temelde “ müşteri odaklı” piyasa mantığı etkisiyle ortaya çıktığı ve daha kaliteli hizmet sunma mantığı taşıdığı söylenebilir. Hekimlerin eklediği yorumlar ve ankette verdiği cevaplar sistemin “hasta memnuniyeti” üzerine kurulduğunu göstermektedir. Bu da YKİ'nin “müşteri odaklı” yönetim modelinin sistemde geçerliliğini sürdürdüğünü göstermektedir. Müşteri odaklılık hekimler tarafından da kabul edilmektedir ancak bu “odağın” sınırlarının netleştirilmesinin sistem açısından daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Aile hekimliği sistemi ile aile sağlığı merkezlerindeki ekibin rol ve görevlerinin netleşmesi ve bunların hem hizmet sunan hem de hizmet alan bireylerce benimsenmesinin hesapverebilirliği arttırdığı söylenebilir. Aile hekimlerinin sağlık harcamalarında tasarrufu sağlaması, hastaların ikinci basamakta yığılmalarını önlemesi de YKİ açısından edinilmiş bir sonuç olarak alınabilir.

Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmeti uzmanlarıdır. Bu uzmanlık YKİ'de ihtiyaç duyulan profesyonel yönetici ihtiyacını karşılayan bir özellik olarak alınabilir , ancak aile hekimlerinin yönetici değil doktor olması tartışmalı bir husus olmuştur. Bu farklı uzmanlığa sahip yönetici modeli aynı zamanda hekimin bürokratik ve mali yükünü artırarak hedeflenen verimliliğe ulaşılmasını zorlaştırmaktadır. Hekimlerden bir kısmı sistemin yönetim serbestliğini sadece mevzuatta içerdiğini uygulamada ise böyle bir durumun söz konusu olmadığını aksine hiyerarşiye benzer bir yapı olduğunu ifade etmektedir. Bu de YKİ açısından aile hekimlerinin bekleneni vermediğini gösteren bir durumdur.

YKİ reformlarından beklenen serbest ancak daha belirli sınırlara sahip eski sistemlerin dikey ast-üst ilişkisinin aksine yatay yönetim modeliyle mümkün olduğu kadar hiyerarşiden uzak bir sistem kurmaktır. Aile hekimliği sisteminde ise mevzuat açısından bakıldığında bu beklentiyi karşılama potansiyeli olduğu söylenebilir. ancak bu çalışmada elde edilen verilere göre bu koşulların beklenen sonucu doğurmadığı görülmektedir.

Bu değerlendirmeler sonucu ulaşılabilecek en genel sonuç YKİ kapsamında yapılan aile hekimliği uygulaması Sakarya il merkezinde hastalar açısından hedeflenene yakın bir boyutta başarılı olduğudur. Hekimler de sistemin daha kaliteli ve verimli olduğuna katılmaktadırlar. Ancak burokratik yoğunluk, hasta sayısının fazlalığı, uygulamaya çalışılan nöbet ve ek mesai sistemleri ayrıca hastaların sistem hakkında yeterli bilgiye sahip olmayışı sistemin hem YKİ açısından beklenen özellikleri ve hedefleri göstermesini engellemekte hem de kalite ve verimi düşürmektedir. Bu sonuca göre de şu öneriler verilebilir;

- Çalışma saatleri (nöbet, esnek vs) düzenlemeleri daha net bir hale getirilirse sistem hem hastalar hem de hekimler açısından daha iyi bir hale gelebilir.
- Hekim sayısı artırılarak doktor başına düşen hasta sayısı azaltılarak çalışma koşulları iyileştirilebilir ve verimlilik arttırılabilir.
- Hekimlerin şartları iyileştirilerek motivasyon arttırılabilir. Ancak söz konusu motivasyon sadece maddi olmamalıdır.
- Hastaların sistem hakkında daha doğru bilgi sahibi olması sağlanarak, verimlilik arttırılabilir.
- Bürokratik iş yükünü azaltmaya yönelik değişiklikler yapılabilir.
- Sistemin mevzuattaki haliyle uygulanması sağlanabilir ve mevzuat değişimi daha dikkatli yapılarak sistemin oturması sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU, <http://www.mevzuat.gov.tr>, (Erişim Tarihi, 14.03.2015).
- AKDAĞ, Recep (2008), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- AKDUR, Recep (2006), *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara
- AKTAN, C.C. (2007), *Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran. Aura Kitapları, İstanbul. s. 691-700.
- AL, Hamza (2002), *Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi*, Bilimadamı Yayınları, Ankara.
- AL, Hamza (2002), *Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya.
- AL, Hamza (2008), *Yeni Kamu Yönetimi*, Değişim Yayınları, İstanbul.
- ALGIN, Kürşat, ŞAHİN, İsmet, TOP, Mehmet, *Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 7, sayı:3, s.249-275.
- ATEŞ, Hamza (1999), *An Exploration Of The Theory And Of Turkey With Particular References To The Turkish Health Sector*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Liverpool.
- ATEŞ, Metin (2011), *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul
- BARROWS, David ve MACDONALD, Ian H. (2000), *The New Public Management International Developments*, Captus Press, Canada, Ontario.
- BARZELAY, M. (2001). *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*, University of California Press, England. Türkiye.
- BAŞAK, O ve GÖRPELİOĞLU, S (1998), *Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları*, Aile Hekimliği Dergisi 1(2).
- BAYRAKTAR, Gonca (2003) Yeni Sağ Düşüncesinin Kamu Yönetimindeki Yansıması Olarak Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı, *Türkiye'de Kamu Yönetimi*, Burhan Aykaç, Şenol Durgun, Hüseyin Yayman (Ed), Yargı Basım Yayım Dağıtım, Ankara, s 561-572.
- BELEK, İlker (2004) *Sağlıkta Özelleştirme Burjuva Sınıf Saldırısının Tepe Noktası*, Donya.

- BORATAV, Korkut (2006), *Türkiye İktisat Tarihi:1908- 2005*, Gözden Geçirilmiş 10. Baskı , İmge Kitabevi, Ankara.
- BUCHANAN, James, M. (1991), *Kamu Tercihi ve Anayasal İktisat* , Akliselim Ofset, İzmir.
- ÇARKÇI, Akif (2008), *Yeni Kamu Yönetimi Çağında Türkiye'de Girişimci Bürokrasi ve Girişimci Bürokratlar*, Erguvan Yayınevi, İstanbul.
- ÇÖLGEÇEN, Yasemin (2012), *Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından Önemi: Uşak İlinde Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova/Uşak.
- DENHARDT, ve DENHART, (2007), *The New Public Service: Serving not Steering*, M.E.Sharpe, New York.
- DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, s.3-157.
- DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI (2003), 58. *Hükümet Acil Eylem Planı*, Ankara.
- DUNLEAVY, Patrick, MARGETTS, Helen, BASTOW, Simon, TINKLER, Jane, (2006),New Public Management is Dead-Long Live Digital-Era Governance, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 16, Issue3, pp. 467-494.
- ERENÇİN, A ve YOLCU, Veysel (2008). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi, *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, Cilt 3, Sayı:6, s.118–136.
- ERKUL, Hüseyin ve ÖZCAN, Ayşe (2008), Türkiye’de 1980 sonrası Kamu Reformlarının Kamu Yönetimi Disiplini Üzerine Etkileri, *18.yüzyıldan 21. Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform*, KAYFOR 2008,TODAİE, 209-224, Ankara.
- ERTÜRK ATABEY, Selin (2012), *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- FERLIE, Ewan (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, New York.
- FERLIE, Ewan and FITZGERALD Louse (2002), The Sustainability of The New Public Management in the UK, Kate Mclaughlin, Stephen P. Osborne And Ewan Ferlie(Ed.) *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*, Routledge, London and New York, s 341-354.
- FLYNN, Norman (1997) *Public Sector Management*, Practice Hall Harvester Whealsheaf, Hertfordshire.
- GOLDFINCH, Shaun ve ROBERTS, Vanessa (2013), *New Public Management and Public Sector Reform in Victoria and New Zealand: Policy Transfer*, Elite

Networks and Legislative Copying, *Australian Journal of Politics and History*, Volume 59, Issue 1, March 2013, p 80-96.

GÖRPELİOĞLU S ve TÜZER T.T. (1998), *Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları*, Aile Hekimliği Dergisi 1(2).

GÖRPELİOĞLU, S ve diğerleri (2002) *Sağlık Reformu ve Aile Doktorluğu: Edirne Raporu*, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

GÜZELSARI, Selime (2004), *Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara.

HAKTANKAÇMAZ, M. İlker (2008), Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı: Kamu Sektörü Sorunlarına Çözüm Mü, Geçici Bir Moda Mı?, *Türk İdare Dergisi*, yıl: 80 Sayı:461, s 121-133.

HAQUE, M.S. (2008), Global Rise of Neoliberal State and Its Impact on Citizenship: Experiences In Developing Nations, *Asian Journal of Social Science*, vol. 36, pp.11-34.

HAYNES, Paul, (2011), *The Return of New Public Management?*, University of London, Royal Holloway ; Cambridge University.

HOOD, Christopher (1991), A Public Management For All Seasons?, *Public Administration Review*, vol.69, Royal Institute of Public Administration, s.3-19.

HUGHES, E. Owen (2003), *Public Management and Administration an Introduction*, Third Edition, Palgrave Macmillan, New York.

KALAYCI, Şeref (2014) (Eds.) *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.

KARAGÖZ, Yalçın (2014), *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri İçin*, Nobel Yayıncılıkj,Ankara.

KERMAN, Uysal ve EKE, Erdal (2014) Sosyal Devletten Neo-Liberal Devlete Türk Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 19, Sayı 1 s 65-80.

KETTLE, Donald F (2002), *The Transformation of Governence*, John Hopkins University Press.

KICKERT, J.M. Walter, *public governance in the Netherlands: An Alternative to Anglo-American 'Managerialism'*, Public Administration, Volume 75, Issue 4 pp. 731-752.

KIRILMAZ, Harun (2012), Sağlık Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler Örneği, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Sakarya.

- LAMBA, Mustafa, ALTAN, Yakup, AKTEL, Mehmet, KERMAN, Uysal (2014) , Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 47, Sayı 1, s 53-78.
- LANE, Jon Eric (2000), *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches*, Third Edition, Sage Publications, London.
- LYNN, Laurence E(2006), *Public Management: Old and New*, Psychology Press.
- OECD (2009), *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD and International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank.
- OSBORNE, David, GAEBLER, Ted (1993) *Reinventing Government, How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Plume, USA.
- OSBORNE, P. Stephen and McLAUGHLIN Kate (2002), *The Public Management in Context*, Kate Mclaughlin, Stephen P. Osborne And Ewan Ferlie(Ed.) New Public Management: Current Trends and Future Prospects, Routledge, London and New York, s7-15.
- ÖMÜRGÖNÜLŞEN, Uğur (2002) *Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği*, Çağdaş Kamu Yönetimi, Ed. Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, Nobel Yayınları, Ankara.
- ÖVGÜN, Barış (2013), *Türkiye'de Kamu Yönetiminin Dönüşümü*, Nika Yayınevi, Ankara.
- ÖZER, Mehmet Akif. (2005). *Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya*, Platin Yayınevi, Ankara.
- ÖZER, Mehmet Akif (2012), *Yeni Kamu Yönetimi*, Barış Kitabevi, Ankara.
- ÖZGÜR, Hüseyin (2003), *Yeni Kamu Yönetimi Hareketi*, Çağdaş Kamu Yönetimi, Ed. Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, Nobel Yayınları, Ankara, s 183-224.
- ÖZTEK, Zafer (2006), *Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği*, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 25, Sayı2, Mayıs.
- PALA, K (2007), *Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?*, Milliyet İnceleme Ödülü, Bursa.
- POLLITT, Christopher ve BOUCKEART, Geert (2011), *Public Management Reform: A Comparative Analysis: New Public Management, Governance and The Neo-Weberian State*, Oxford University Press, New York.
- RHODES, W (1999), Traditions and Public Sector Reform: Comparing Britain and Denmark, *Scandinavian Political Studies*, Vol. 22, No. 4 pp 341-370.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, Ankara.

- SAKARYA HALK SAĞLIĞI KURUMU, <http://sakaryahsm.gov.tr/ailehekimisi/122/aile-hekimligi-bolgeleri.aspx>, (Erişim Tarihi, 25.02.2015).
- SARAÇLI, Teoman Sabri, (2010), Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirilmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- SARGUTAN, Erdal (1993), *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
- SOBACI Mehmet Zahid (2009), *İdari Reform ve Politika Transferi*, Turhan Kitabevi, Ankara.
- SOLAK, Fulya (2010), Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Kütahya.
- SOYER, Ata (2009), *Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan sonra bizi neler Bekliyor?*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2 (4), 179-182.
- SÖZEN, Süleyman (2005), *Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi*, Seçkin Yayınları, Ankara.
- SÖZEN, Süleyman ve SHAW Ian (2002) The International Applicability of New Public Management: Lessons from Turkey, *International Journal of Public Sector Management*, Vol 15, Iss 6, p 475-486.
- TOPAL, Aylin (2013), Yeni Sağ, *Siyaset Bilimi*, Gökhan Atılğan, E. Attila Aytekin (Ed.), Yordam Kitap, İstanbul, s 423-435.
- TUNCER, Aziz ve USTA, Sefa (2013), İki Kriz arasında yönetim: Yeni Kamu İşletmeciliği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 30 ss 181-195.
- TURAN, Hilal (2014), *2008 Küresel Ekonomik Krizi Tartışmaları Bağlamında Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı*, Uluslararası Davraz Kongresi(29-31 Mayıs 2014) Bildiriler Kitabı s 1223-1242, Isparta.
- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ TUTANAKLARI, <https://www.tbmm.gov.tr/tutanak/donem23/tutanak4.htm>, (Erişim tarihi: 14.02.2015).
- VRIES, Jouke De (2010) *Is New Public Management Really Dead?*, OECD Journal on Budgeting, Volume 2010/1.
- WALT, Gill (1994), *Health Policy; An Introduction to Process and Power*, Zed Books Ltd. London.

YOĞUN ERCEN, AyŖe Esmeray (2010), *Kurumsal Taktikçilik-İzomorfizm: Türkiye’de Sağlıkta DönüŖüm Program Hedeflerinin UlaŖılabilirliđi*, Akademik BakıŖ Dergisi, Sayı 19 Ocak-Ŗubat-Mart, Celalabat.

EKLER

EK 1 Anket Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalında yürütülmekte olan bir yüksek lisans tezinin uygulaması için gerçekleştirilmektedir. Çalışmada elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak olup, üçüncü şahıs ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Hale BİRİCİKOĞLU
Tez Danışmanı

İlknur Rabia SIRAKAYA
Öğrenci

Lütfen yandaki ölçeği kullanarak aşağıdaki soruları cevaplayınız. Soruların herkes tarafından kabul edilmiş, doğru bir cevabı yoktur. Lütfen size göre en uygun seçeneği seçerek yandaki ölçeği işaretleyiniz.	Kesimlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesimlikle Katılıyorum
1. Aile hekimliğinde kişi başı ödeme sistemi hizmetlerin daha verimli sunulmasına katkı sağlar.					
2. Aile hekimlerinin sadece kendine kayıtlı hastalara bakması daha iyi hizmet sunulmasını sağlar.					
3. Aile hekimlerinin sabit nüfus ve bölgeye hizmet sunması kaliteyi artırır.					
4. Aile hekimlerinin bürokratik iş yoğunluğu fazladır.					
5. Aile hekimlerinin mali iş yükü fazladır.					
6. Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları açıkça belirlenmiştir.					
7. Aile sağlığı merkezi giderlerinin hekimlerin kontrolünde olması kaynakların verimli kullanılmasını sağlar.					
8. Aile hekimlerinin mobil sağlık hizmetleri diğer hastaların hizmet alımına engel teşkil etmez.					
9. Aynı aile sağlığı merkezinde birden fazla hekim olması hekimler arasında koordinasyonu artırır.					
10. Aynı aile sağlığı merkezinde birden fazla hekim olması daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlar.					
11. Aile sağlığı merkezlerinin kendi grupları içinde (A,B,C,D) yeterli tanı tedavi donanımı bulunmaktadır.					
12. Aile hekimliği sistemi hizmet sunumu ile ilgili malzeme alımını kolaylaştırmıştır.					
13. Aile hekimliği sisteminde yer belirlenmesinde kullanılan kriterlerinden birinin de puan sistemi olması hekimlerin motivasyonunu artırır.					
14. Aile hekimlerinin belirli sayıda hasta ya bakması hasta takibini kolaylaştırmaktadır.					
15. Aile hekimlerinin baktığı hastaların belirli olması tanı ve tedavi sürecini kolaylaştırmaktadır.					

	Kesimlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesimlikle Katılmıyorum
16. Aile hekimliği sistemi hesapverebilirliği artırmıştır.					
17. Aile hekimliği sistemi vatandaş memnuniyeti gözetilerek işletilmektedir.					
18. Aile hekimliği sistemi hekimlere yönetim serbestliği tanımaktadır.					
19. Aile hekimliği sistemi kaynak kullanımında tasarruf sağlamaktadır.					
20. Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu daha düzenli hale getirmiştir.					
21. Aile hekimliği sistemi, merkezi yönetimden bağımsız özerk bir hizmet sunumu sağlamıştır.					
22. Aile hekimliğini daha saygın olduğu için tercih ettim.					
23. Bağımsız çalışma imkanı verdiği için tercih ettim.					
24. Hastalara daha nitelikli hizmet verme imkanım olduğu için tercih ettim.					
25. Aile hekimliğinin çalışma koşullarının daha iyi olmasından dolayı tercih ettim.					
26. Üstlerimle daha iyi iletişim sağladığı için tercih ettim.					

KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Yaşınız: Lütfen yazınız.
Uzmanlık Durumu: <input type="checkbox"/> Aile hekimliği uzmanı <input type="checkbox"/> Diğer(lütfen yazınız)
Aile hekimi olarak çalışma süreniz:yıl (Lütfen yazınız)
Toplam çalışma süreniz:yıl (Lütfen yazınız)
Üzerinize kayıtlı hasta sayısı: (Lütfen yazınız.)

Ekleme istediğiniz hususlar varsa lütfen belirtiniz:

Ek 2: Halk Sağlığı Kurumu Onay Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Sayı : 67350377/770
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yrd.Doç.Dr.
Hale BİRİCİKOĞLU)

SAKARYA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr. Hale BİRİCİKOĞLU sorumluluğunda, İknur Rabia STRAKAYA tarafından yapılması planlanan "Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Aile Hekimliği Uygulaması: Sakarya İli Örneği" konulu araştırma için Kurulumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakımakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin (ilgili mevzuat) çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlanırken sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a
Kurum Başkan Yardımcısı

Ek 3: Etik Kurulu Onayı:



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

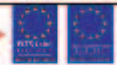
Sayı :61923333/050.99/
Konu :Arş. Gör. İlknur Rabia
SIRAKAYA'nın projesi hk.

Sayın Arş.Gör. İlknur Rabia SIRAKAYA

Üniversitemiz Etik Kurulu Başkanlığı'nın 02/04/2015 tarihli ve 40sayılı toplantısında alınan "1" nolu karar örneği aşağıdadır.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Ahmet Celal APAY
Etik Kurulu 2. Başkanı

Yapılan görüşmeler sonunda; İlknur Rabia SIRAKAYA'nın "Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Aile Hekimliği Uygulaması: Sakarya İli Örneği" başlıklı projesinin Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.



ÖZGEÇMİŞ

İlknur Rabia SIRAKAYA 1989 yılında Ankara'da dünyaya geldi. İsmail Erez İlköğretim Okulu'nda ilköğrenimini tamamladıktan sonra Ankara Atatürk Lisesi'nden mezun oldu. 2007 yılında kazandığı Orta Doğu Teknik Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü'nden 2012 yılında mezun olmuştur. 2012 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda başladığı yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Ayrıca 2012 yılı Ekim ayından bu yana Sakarya Üniversitesi İİBF Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.