

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNETİŞİM, İNOVASYON ve TÜRKİYE

GOVERNANCE AND INNOVATION in HEALTHCARE SERVICES AND TURKEY

Yrd. Doç. Dr. Dilek MEMİŞOĞLU¹
Yrd. Doç. Dr. Buğra KALKAN²

ÖZ

Batı Avrupa'da sosyal demokrat konsensusun 1980'lerden itibaren bozulmaya başlamasıyla, Yeni Sağcı politikalar kamusal hizmetin anlamını ve örgütleniş tarzını ciddi şekilde dönüştürmeye başlamıştır. Yeni kamu yönetimi başlığı altında incelenen reformlar prosedür temelli hiyerarşik bürokratik yönetim anlayışı yerine sonuç odaklı ve yönetim temelli bir kamusal hizmet anlayışını ön plana çıkartmıştır. Pek çok yönetim sorununu çözmek için de inovatif düzenlemeler ve yönetim mekanizmaları geliştirilmiştir. Sağlık sektörü yönetim inovasyonlarının yoğun bir şekilde görüldüğü bir kamusal hizmet alanıdır. Özellikle kamu-özel işbirliklerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yeri vardır. AB ülkelerinin sağlık sektöründe geçirdiği dönüşümü ve geliştirdikleri inovatif çözümleri incelemek bu açıdan önemlidir. AB'deki gelişmelere paralel bir şekilde Türkiye'de sağlık sektöründeki dönüşüm ele alınmış ve daha iyi sağlık hizmetleri açısından, Türkiye'nin sağlık sektöründe ne tür adımlar atması gerektiği tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karma Piyasalar, Kamusal Sağlık, Sağlıkta İnovasyon, Kamu Politikası, Yönetişim.

Jel Kodları: H44, I18, O31, O38.

ABSTRACT

Since the social democrat consensus eradicated starting from 1980, New Right politics has been changed the meaning and the mode of organization of the public services. The reforms, aggregated under the title of New Public Management, have highlighted outcome-oriented governance-based public service perspective instead of the procedure-oriented hierarchical bureaucratic administration perspective. In order to solve many governance problems, innovative regulations and mechanisms have been invented. Healthcare sector is a public service domain where governance innovations are seen intensely. Public-private cooperation is specifically important in providing healthcare services. In this aspect, it is important to examine the transformation of the EU's healthcare system and developments of the innovative solutions. Turkish healthcare transformation has been examined; and it has been debated that what kind of improvements must be made in order to increase the quality of healthcare services in Turkey, in a parallel manner to EU healthcare reforms.

Keywords: Mixed Markets, Public Health, Innovation in Healthcare, Public Policy, Governance.

Jel Codes: H44, I18, O31, O38.

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, dilek.memisoglu@ikc.edu.tr

² İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, bugra.kalkan@ikc.edu.tr

1. GİRİŞ

Devletlerin en önemli kamusal hizmetlerinden biri olan sağlık hizmetleri dinamik örgütsel yapısı ve hizmet anlayışı nedeniyle akademisyenlerin ilgisini çekmektedir. OECD ülkelerinin bütçelerinin yaklaşık olarak %10'unu ayırdıkları sağlık harcamaları, sürekli olarak daha fazla kaynak tüketmesine rağmen, hızla değişen toplumsal taleplere ve ihtiyaçlara karşılık vermekte zorlanıyor gözükmektedir. Hükümetler bir yandan bütçe sıkıntıları ile mücadele ederken, diğer yandan politikacılar yeniden seçilebilmek için sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve yeni taleplere cevap verebilmek için çaba göstermektedirler.

1980'lerde başlayan kamusal reform paketlerinin en önemli gündem maddelerinden biri olan sağlık sektöründe reform ve dönüşüm girişimleri hızını hiç kesmeden gelişmeye devam etmektedir. Sağlık sektöründe reform girişimlerinin hangi bağlamda neden ve nasıl başladığı ve nereye doğru yöneldiği pek çok araştırmanın konusu haline getirilmiştir. Bunun yanında özellikle 2000'lerden sonra kurumsallaşmaya başlayan sağlık sektöründeki yönetim pratikleri ve bu pratiklerin uygulanması sırasında ortaya çıkan inovatif çözümler giderek daha büyük bir literatürün ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

En gelişmiş refah devletlerinin çoğunu içinde barındıran Avrupa Birliği, sağlık sektöründe yaptığı reformlarla da söz konusu literatürün merkezinde yer almaktadır. Özellikle yeni kamu yönetimi (YKY) yaklaşımının kamu yönetimi alanında yaygın bir şekilde kabul görmesi ile birlikte, sağlık sektörü reformu da bu yöndeki gelişmelerden etkilenerek ilerlemiştir. Temelde devletçi finansman kaynakları ve hiyerarşik bir bürokrasi anlayışıyla örgütlenmiş olan Avrupa sağlık sektörünün, yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde piyasa ve piyasa benzeri kurumlar vasıtasıyla dönüşüme uğraması ve ayrıca sağlık yönetiminde yönetişime vurgu yapan politika değişikliğine gitmesi, şüphesiz üzerinde durulması gereken önemli bir olgudur.

Her ne kadar köklü bir refah devleti geçmişine sahip olmasa da Türkiye'nin de devletçi sağlık hizmeti anlayışında özellikle 2000'lerden sonra geçirdiği ve geçirmekte olduğu dönüşümü, AB ülkelerinde gerçekleşen dönüşüme paralel bir şekilde incelemek mümkündür. Bu çalışma ile sağlık sektöründe ortaya çıkan dönüşüm, kamu yönetimindeki dönüşüm süreci kapsamında ele alınacak ve AB'de sağlık sektöründe üretilen yönetim pratikleri ve inovasyonlar üzerinden Türk sağlık sektöründeki gelişmeler incelenecektir.

Bu amaç doğrultusunda öncelikle yönetişim ve inovasyon bağlamında kamu sektöründe ortaya çıkan teorik ve pratik değişiklikler incelenecek ve temel kavramlar tanımlanacaktır. Sonrasında AB sağlık sektörü genelinde ortaya çıkan yönetişim ve inovasyon pratikleri incelenecektir. Bunun ardından Türkiye'nin son dönemde sağlık sektöründe geçirdiği kurumsal dönüşümün temel unsurları belirlenecektir. Sonuç kısmında ise Türk sağlık sektörünün karşılaştığı sorunlara çözüm üretebilmek için AB ülkelerindeki örneklerden nasıl faydalanılabileceği üzerinde bir tartışma gerçekleştirilecektir.

2. YÖNETİŞİM VE İNOVASYON BAĞLAMINDA KAMU YÖNETİMİNDE PARADİGMA DEĞİŞİKLİĞİ

II. Dünya Savaşı sonrası Batı Avrupa’da hızlı ekonomik büyüme ve devletin ekonomideki etkinliğinin artması refah devleti politikalarını hızlandırmıştı. Savaş sonrası ortaya çıkan geniş çaplı sosyal talepler ve hizmet beklentisi, yükselen Keynesyen ekonomik anlayışın da katkıları ile doğrudan devlet tarafından finanse edilmeye ya da üretilmeye başlanmıştı. Batı Avrupa’da, kabaca 1945’den 1970’li yıllara kadar olan dönemi kapsayan zaman zarfında büyük ölçüde istikrarlı politik ve ekonomik bir dönem yaşandı. Bu süre boyunca kamusal mal ve hizmetlerin üretilmesinde ve sunumunda refah devletçi kurumların inşa edilmesi hem Sağ hem de Sol partiler tarafından kabul görmüş ve seçmen tarafından da büyük ölçüde memnuniyetle karşılanmıştı. Bu anlamda refah devleti için geniş bir sosyal konsensusun sağlandığı rahatlıkla ileri sürülebilir (Barry, 1989).

Ancak, 1970’lerden itibaren gelişmiş refah devletlerinin kamusal hizmet alanında, gerek bütçe sıkıntıları gerekse kamusal hizmetin kalitesi bakımından ciddi problemlerle karşılaşmaları, kamusal hizmet anlayışının sunumunda ve örgütsel yapılanmasında reform taleplerini ve arayışlarını gündeme getirmiştir. Ekonomik büyümenin ve durağan koşulların bir sonucu olan devletçi refah devleti anlayışının ekonomik kriz ve bütçe açıklarının yarattığı istikrarsızlık ortamında zorlanmaya başladığı yaygın bir tespittir. Hükümetler bir yandan ekonomik durgunluk ve bütçe açıkları ile mücadele ederken, diğer yandan sürekli artan kamusal mal ve hizmet talepleri ile karşı karşıya kalmışlardır. Siyasal iktidar yarışına girmiş olan pek çok siyasal parti ya da iktidarlarını korumaya çalışan seçilmiş hükümetler ekonomik kemer sıkma politikaları ile kamusal hizmetlerde etkinliği artırma arayışlarını aynı anda gerçekleştirmeye çalışmışlardır.

Temelde pratik sebeplerle başlayan kamusal hizmetlerde reform fikri, 1950’lerden sonra yeniden canlanan liberal ekonomik politikalarının artan entelektüel baskısı ile kapsamlı bir bürokrasi eleştirisine doğru evrilmiştir. Özellikle Freedmancı para ve maliye politikaları ile kamu tercihi teorisinin kamusal sektör eleştirisi, geleneksel refah devleti politikaları ve kurumları üzerinde yıkıcı ve kalıcı izler bırakmıştır. Bu tür entelektüel gelişmeler, 1979 yılında Thatcher’ın İngiltere’de başbakan seçilmesi ile birlikte, “ideolojik” bir boyut kazanarak, siyasal alanda, kamusal hizmet reformu üzerinden kamplaşmalara sebebiyet vermiştir.

Kamu sektörünün büyüklüğünün yarattığı sorunlar ve iktisat teorisindeki yeni gelişmelere paralel olarak küresel piyasalardaki rekabetin artması özel şirketlerin kamusal örgütlerden daha efektif çalışan yönetim pratikleri geliştirmelerini sağlamıştır. Yabancı sermaye çekme yarışı ülkelerin daha etkin kamusal kurumlara ihtiyaç duyduğu algısını yaratmış ve kamusal reform konusunda hükümetler üzerinde baskı oluşturmuştur. Bu gelişmelerin yanında teknolojinin hızla gelişmesi, pek çok geleneksel bürokratik pratiklerin ihtiyacını azaltmış veya varlıklarını gereksizleştirmiş ve teknolojiye uygun örgütsel yapılanmaları gerekli kılmıştır. Gelişen e-devlet uygulamaları bu gelişmelere ilişkin radikal bir örnek olarak gösterilebilir.

Para ve maliye politikası gibi büyük makroekonomik değişiklik taleplerinden, bürokrasi reformu gibi yine büyük yapısal reformlara kadar pek çok alanda karşılaşılan dönüşüm

talepleri yönetim alanında da yeni bir ekolün ortaya çıkmasına sebebiyet vermiştir. Weberyen bürokrasi anlayışında idealize edilmiş olan geleneksel yönetim paradigmasının, yukarıda belirtilen gelişmeler bağlamında yerini, genellikle yeni kamu yönetimi yaklaşımı (YKY) olarak bilinen paradigmaya bıraktığı gözlenmiştir.

Bu çalışmada, yönetim ve inovasyon kavramları büyük ölçüde yeni kamu yönetiminin bir fonksiyonu olarak ele alınacağı için geleneksel kamu yönetiminin temel unsurları üzerinde kısaca durulması faydalı olacaktır. Hughes (2013: 30), geleneksel kamu yönetiminin yedi hakikatinden bahseder. Bunlardan ilki kamusal örgütün Weberyen bürokrasi anlayışının ilkelerine göre kurulmasıdır. Süreç ve prosedürlere sıkı sıkıya bağlılığı vurgulayan bu anlayışta, bürokratik işler komuta zinciri ile hiyerarşik bir şekilde gerçekleştirilir. İkinci olarak bürokrasi her bir işin en iyi yolunu tespit ederek, işlerin görülmesini bir standarda bağlar. Üçüncü olarak devlet kamusal hizmetleri doğrudan kendi bürokratik mekanizmaları aracılığıyla üretir ve sunar. Dördüncü olarak, bürokratlar seçilmiş siyasetçilerin aldıkları kararları uygulayan hizmetkarlar olarak görülür. Yani bürokratların takdir yetkisi politika yapımını kapsamaz. Beşincisi, kamu yöneticilerinin sadece kamusal çıkar ile motive oldukları önermesinin kabulüdür. Altıncısı, kamu sektörünün özel sektörden bağımsız ve ayrı bir yapısı olduğu düşünüldüğünden, profesyonel memurlar ömür boyu iş garantisi ile güvenceye alınmışlardır. Son olarak da memurların talimatları yerine getirmekten başka bir şahsi sorumluluklarının olmadığı kabulüdür.

YKY'nin temel mottosu ise “kürek çekmekten ziyade dümen tutmak”tır. Her işin tek bir doğru yolu olduğu düşünülmez ama farklı durumlara adapte olabilen yani evrilebilen esnek örgütsel yapılar ön plana çıkar. Dolayısıyla iş dünyasında gelişen piyasacı kurumların kamusal örgütlere uyarlanması söz konusu olabilmektedir. Süreç ve prosedürlere olan vurgu sonuç almaya kaymıştır. Kamu yöneticilerinin sorumlulukları talimat takibinin çok ötesine geçerek, işin doğru yapılabilmesi için gereken riskin üstlenilmesine doğru genişlemiştir. Bu çerçevede personel yönetimi de ücretleri performans ile ilişkilendiren sözleşmelere bırakmaya başlamıştır. YKY kamusal hizmetin sunulmasında zorunlu olarak piyasacı yöntemleri kabul etmez, ama onları kategorik olarak da dışlamaz. Kamusal hizmetin sunumunda rekabetçiliği ve tercih hakkını temel bir değer olarak benimser (Osborne ve Gaebler, 1992; Rhodes 1996; Hughes, 2013).

Yönetişim kavramını günümüzde YKY'den ayrı düşünmek çok anlamlı değildir. Kelimenin gerçek anlamıyla hükümet (government) siyasal otoriteye sahip olmaya gönderme yaparken, yönetim (governance) bu otoritenin kullanımına paydaşların ortak olmasına gönderme yapar (Hughes, 2013: 226). Yönetime ortak olmak, kamusal politikanın seçiminde, örgütlenmesinde ve uygulanmasında devletin hiyerarşik örgütlenmesine dahil olmayan üçüncü tarafların da söz hakkına sahip olmasını ima eder. Dolayısıyla kamu hizmetini yerine getirmenin tek yolu olarak görülen, devletin tek taraflı zor gücünü hiyerarşik bir şekilde uygulaması yerine, paydaşların sürece gönüllü olarak dahil edildiği kompleks bir ağ yönetiminden bahsetmek gerekmektedir. Günümüzde yönetim kavramının demokratik yönetimlerde pek çok pratiği bulunmaktadır. Bevir ve Bowman'ın (2015) belirttiği üzere, kamuoyu oluşturmak için geliştirilen sayısız pratiğin dışında, vatandaş meclisleri, katılımcı bütçeleme uygulaması, adem-i merkezi kalkınma planları, katılımcı öğrenme ve planlama

gibi pek çok pratikle de herhangi bir kamusal politikadan doğrudan etkilenecek olan paydaşları kamusal karar alma süreçlerine dahil etmek mümkündür.

Ancak yönetişimi sadece vatandaşların demokratik karar alma süreçlerine daha fazla katılımını sağlayan pratikler olarak anlamamak gerekir. Sağlık hizmetinin üretiminde görüleceği üzere, yönetişim, aynı zamanda, paydaşların doğrudan hizmetin üretiminde ve örgütlenmesinde yer almalarını ve sorumluluk sahibi olmalarını mümkün kılan pratiklerdir. Örneğin, sağlık sektöründe hastaların kendi hastanelerini, doktorlarını ve hatta sağlık sigorta firmalarını seçebilmeleri, sağlık hizmetinde pek çok gelişmenin hastaların bireysel ihtiyaçlarını gözeterek gerçekleşmesine sebep olmaktadır. Su ya da çayır alanları gibi ortak malların kullanımının örgütlenmesinin tamamen paydaşlar arasında kurulan örgütler eliyle yürütülmesi ve devlet kurumlarının sadece denetleyici olarak sürece dahil olması, kapsamlı bir yönetişim pratiği olarak sunulabilir (Ostrom, 1990).

Yönetişimde inovasyon ise, yönetişim problemlerini çözmek ya da yönetişimde daha iyi çıktılar sağlamak için uygulanan yeni mekanizmalar ya da kurumsal düzenlemeler olarak tanımlanabilir (Anttiroiko, Bailey ve Balkama, 2011: 2). Kamu sektöründe üretimi ve etkinliği artırmak için sürekli bir şekilde çaba sarf etmek gerekmektedir. Bu da kamu yönetiminde işleri yeni şekillerde yapma gerekliliğini doğurmaktadır. Kamu sektöründe inovasyon ayrıca idari teşkilatla halk arasında hesap-verebilirliğe dayalı bir ilişkinin tesis edilmesi ve sürdürülebilmesi için de şarttır.

Yukarıda bahsedildiği üzere refah devleti önemli bir dönüşüm geçirmektedir, ancak, modern devlet refah devleti politikalarından vazgeçmiş değildir. Ancak, hem sosyal hizmetlerin sunumunda ve organizasyonunda değişiklikler yaşanmış, hem de sosyal devletin amaçları farklılaşmıştır. Artık farklılaşan bu amaçlar arasında girişimciliği, özel sektör yatırımlarını ve sivil toplumu desteklemek de vardır. Küreselleşen dünyada ülkeler yatırım ve “know-how” bilgisini çekmek için kendilerini daha çekici hale getirmeye çalışmakta, bu da refah devletçi politikalarla kalkınmacılığı aynı anda başarmaya çalışan yeni yönetişim tarzlarının gelişmesi için baskı yaratmaktadır (Kuhlmann, 2006: 2).

Kamu sektöründe inovasyon, “kamusal alana” odaklanarak problemleri çözmeyi ve yeni fırsatlar yaratmayı amaçlamaktadır. Bu açıdan son yirmi yılda, kuponlar (“vouchers”, eğitim kuponu gibi), vatandaş kurulları (citizen charters), rekabetçi ihale sistemleri, sivil toplum örgütleri ile ortaklıklar, bölgesel ağlar gibi piyasa ya da ağ temelli yönetişim formları oluşturmuştur. Yönetişimde inovasyon ile kastedilen temel unsurlar şu şekilde sıralanabilir (Anttiroiko, Bailey ve Balkama, 2011: 13):

- Örgütlerin sınırlarını kırmak ve ağ tabanlı üretim perspektifini geliştirmek.
- Politika süreçlerini ya da üretim sistemleri tarafından dar bir şekilde tanımlanan meseleleri daha geniş kapsamlı ele almak.
- Özel hakları ve sorumlulukları yeniden tanımlayarak özel kaynakları kamusal amaçlar bağlamında mobilize etmek ve kompleks sosyo-politik ilişkiler geliştirmek.
- Toplumda belirli kaynakların kullanım haklarının yörüngesini değiştirmek ve özel kaynakları kamusal çıkarlar için kullanmak.
- Faydacı perspektifi adalet, hakkaniyet ve toplumsal yapıyı güçlendirme gibi ilkeler doğrultusunda destekleyecek normatif çerçeveler oluşturmak.

Alberi ve Bertucci (2006:6) inovasyonları dört gruba ayırarak kamu sektöründe inovasyon tipolojisi oluşturmulardır. Bu tipolojiyi incelemek yönetişim inovasyonlarını incelemeyi de kolaylaştırmaktadır. İnovasyon kategorileri, teknolojik inovasyonlar, süreç inovasyonları, örgütsel inovasyonlar ve kurumsal inovasyonlar olarak sıralanmaktadır. Teknolojik

inovasyonlarla bürokratik sistemlerin kapalı yapısının açık bir yapıya dönüştürülmesi kastedilmektedir. Geleneksel yönetim anlayışında her işin tek doğru yolu üzerine kurulu olan işlem süreçleri teknolojinin hızla gelişmesi ile muazzam bir dönüşüm geçirmektedir. Örneğin kağıda dayalı bürokratik kayıt tutma anlayışı dijital teknolojinin gelişmesi ile kayıtları sadece bir yere ya da kuruma özgü olmaktan çıkarmış ve bir çeşit ağ kayıt sistemine dönüşmüştür. Ayrıca kamusal kayıtlarda kullanıcıların aktif bir şekilde kendi hesaplarını oluşturarak süreçlere müdahil olmaları sağlanmıştır. Bu açıdan bakıldığında kayıt sistemleri kapalı değil açık sistemler haline gelmişlerdir.

Süreçler bakımından inovasyon ise bürokratik mekanizmaların yerine işbirlikçi (collaborative) ve müşteri temelli süreçleri önermektedir. Özellikle sonuca odaklı kamusal politikaların ve pratiklerin gelişmesi ile birlikte kamusal hizmetin üretiminde ve sunumunda hem özel sektörden hem de sivil toplum kuruluşlarından faydalanılarak paydaşların ve müşterilerin doğrudan kendileri hakkında söz sahibi olabilecekleri sistemler geliştirilmeye başlanmıştır. Sağlık sektöründe karşılaşılan özel sağlık kurumlarının yaygınlaşması ve hastaların tercih haklarının her geçen gün daha da kapsamlı hale gelmesi bu tür inovasyonlara örnek olarak gösterilebilir.

Örgütsel inovasyonlar, bürokrasideki hiyerarşik yapılanma karşısına, ağları, ortaklıkları ve piyasaları konumlandıran bir anlayıştır. Her bir kamusal hizmetin tek bir merkezden alt birimlere doğru hiyerarşik bir şekilde düzenlemesine karşı, farklı düzeylerde yönetsel örgütlenmeler oluşturularak ve farklı derecelerde paydaşların doğrudan katılımı sağlanarak, geleneksel hiyerarşik modeller dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Örneğin sağlık sektöründe kamu hastaneleri birliği gibi kamu-özel ortak girişimleri bir yandan sağlık politikalarında karar alma süreçlerini tabana yaymaya çalışırken, diğer yandan piyasa benzeri mekanizmaları sisteme dahil etmektedir.

Kurumsal inovasyonlar ise devletçi ya da devlet merkezli kamusal hizmet sunumundan ağ toplumuna doğru bir yönelimi kastetmektedir. Örneğin regülasyon kurumsallaşmış bir yönetim formu olarak örnek verilebilir. Regülasyon özel girişimlerin aktiviteleri bağlamında kamusal çıkarları desteklemek için devletin girişimler üzerindeki kontrol sağlaması ve denetim mekanizmalarını işletmesi anlamına gelir. Genellikle kamu iktisadi teşebbüslerin özelleştirilmeleri ile ortaya çıkan bu özel girişimlerin etkinlik, hakkaniyet, güvenlik gibi hususlarda kamu yararına çalıştıklarını garanti etmek için pek çok farklı regülasyon kullanılmaktadır. Regülasyonun amacını ve sınırlarını belirleyen kanun önemli bir kurumsal düzenleme olarak karşımıza çıkabilir. Bunun dışında kanun regüle edici örgütlerin kurulmasını sağlayarak denetimin, kontrolün ve yetki verici eylemlerin kurula bağlanmasını sistemli hale getirir ve kurula bağlar. (Anttiroiko, Bailey ve Balkama, 2011: 3-4). Burada hiyerarşik bürokratik sistemlerden çok daha karmaşık olan ve çok daha fazla paydaşın rol oynadığı ağ modeli devreye girmektedir.

3. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE YÖNETİŞİM

Yukarıda açıklanan teorik ve tarihsel arka plandan sonra sağlık sektöründe özellikle Batı Avrupa'da yönetim ve inovasyon bağlamında gerçekleşen gelişmeler incelenebilir. Sağlık hizmeti modern toplumun en dinamik politika alanlarından biridir. Sağlık sektörü pek çok zorlukla karşılaşırken, aynı zamanda kamusal talepleri karşılamak için aktif bir şekilde yenilikçi/innovatif yönetsel kurumlar, uzmanlıklar ve hizmetler de sunmaktadır. Küresel ekonomik kriz, kemer sıkma politikaları, demografik değişiklikler, sonlandırılmayan eşitsizliklerin yarattığı baskılar reform konusunda benzer yaklaşımların Avrupa genelinde kabul görmesini sağlamıştır. Yeni yaklaşımlar sağlık sektöründe yükselen maliyetler, hizmet

kalitesi ve hizmete ulaşılabilirlik gibi konularda pek çok yeni açılım getirmiştir (Kuhlmann vd., 2015: 3).

Sağlık hizmeti politikası disiplinler arası bir alandır ve farklı terimler farklı gruplar tarafından farklı anlamlar yüklenerek kullanıldığından politika ve yönetişim arasındaki farkı açıklamak yararlı olacaktır. Sağlık politikası finansman, hizmet sağlama, yönetişim ve sağlık sektörü politikasını da içine alan geniş bir kavramdır. Sağlık politikası, sağlık sistemini geliştirmek ve halkın sağlığını iyileştirmek için alınması gereken meşru ve gerekli kararları kapsayan ve politika yapıcılarının bağlı olduğu yazılı dokümanlar, kurallar ve ilkeler bütünüdür (Blank ve Bureau, 2013). Dolayısıyla sağlık politikası sadece sağlık sistemini değil ama bunu belirleyen politika yapım süreçlerini de içermektedir. Sağlık yönetişimi ise yönetişimin klasik bağlamında hükümet olmadan yönetmek bağlamında kullanılmaktadır (Hughes, 2013: 228). Yönetişim regülasyon ile yönetimi (management) birleştirme çabası olarak da görülebilir (Kuhlmann vd., 2015: 4).

Yönetişim tanımı yeni kamu yönetimi anlayışıyla sıkı bir şekilde ilişkilidir. Son dönemde hesap-verebilirlik, performans yönetimi ve liderlik konuları ile beraber ele alınmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmeti yönetişiminde asıl mesele hükümet düzeyindeki yani makro düzeydeki regülasyon gücünün daha orta düzeydeki ağ sistemi örgütlenmesine ve bu hizmetten etkilenen paydaşlara ve uzmanlara doğru kaydırılmasıdır. Bu anlayış bazen hiyerarşik komuta ve kontrol yönetim mekanizmalarına karşı olarak “yumuşak yönetişim” adıyla da tanımlanmaktadır. Bu bakımdan yönetişimi politika uygulaması olarak görmek de mümkündür. Sonuç olarak yeni yönetim modelleri sağlık hizmetinin makro ve mikro olarak ayrılmasına karşı çıkar ve çok seviyeli bir yönetişim yaklaşımını önerir (Kuhlmann vd., 2015: 5).

Sağlık reformu genellikle hükümetlerin yeni taleplere ve ihtiyaçlara karşılık verme çabası olarak görülür. Sağlık reformunda, piyasalaştırmak, piyasa benzeri araçlar geliştirme, kamu-özel işbirlikleri kurma, yeni çeşit korporatist modeller önerme ve desantralizasyonu da içeren karışık regüle edici yaklaşımlar kullanılmaktadır. Son yıllarda sağlık reformlarının amacı evrensel sağlık hizmeti sağlamak, sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak, maliyet bakımından etkinliği sağlamak, yönetimin kalitesini artırmak ve sağlıkta eşitliği sağlamak olmuştur (Kuhlmann vd., 2015: 6). Dolayısıyla reformlar kompleks ve hatta birbiriyle çelişkili beklentiler ve talepler tarafından yönlendirilmektedir.

3.1. Tarihsel Perspektiften Batı Avrupa’da Sağlık Sektöründe İnovasyon

II. Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık hizmetinin finansmanında ve hizmetin sunumunda Avrupa’da temelde iki farklı yaklaşım söz konusuydu. Birinci model tamamen vergi gelirlerine dayanmaktaydı, kamusal hastanelerin yanında ayrıca özel muayenehaneler (general practitioners, GPs) de bulunmaktaydı. Bu model en açık şekilde 1948 yılında Birleşik Krallık’ta ortaya çıktı. İsveç aynı temel modeli 1955 yılında benimsedi. Bu yaklaşımın varyasyonları Kuzey Avrupa ve İtalya (1976) ve İspanya’da (1986) da görülebilir. (Saltman, 2015: 24)

İkinci temel model zorunlu sosyal sağlık sigortası ile finanse edilen ve kamu/özel karışımı hastanelerden oluşan bir sistemdir. Bu sistem aynı zamanda yerel ve ulusal yönetimlerin arasında yetki bölüşümünü içerirken diğer yandan dini ve kar amaçlı muayenehanelerin de olduğu bir sistemdir. Sosyal sağlık sigortası sistemi vergi temelli sistemde olduğu gibi ilk basamak sağlık hizmetlerini (primary care) özel kar amaçlı muayenehaneler üzerinden gerçekleştirmektedir. (Suchecka, 2014: 127).

Bu statik ve hiyerarşik örgütlenme tarzı, savaş sonrası Avrupa'nın güçlü ekonomik büyümesinin, kısmi olarak güçlü milli dayanışma anlayışının ve siyaseten merkez sol partilerinin devletin sosyal meselelerdeki müdahaleci yaklaşımını benimsemelerinin bir yansımasıydı. Bu sistemlerin genel özellikleri şöyle sıralanabilir (Saltman, 2015: 25):

- Finansman büyük ölçüde devlet tarafından sağlanıyordu ya da devlet tarafından yönlendiriliyordu.
- Hizmet sunumu ve üretimi temelde kamusal örgütler aracılığıyla idi.
- Sermaye neredeyse tamamen kamusal kaynaklıydı.
- Sağlık personeli ömür boyu iş garantisi olan kadrolara sahipti ve sendikalıydı.
- Hastalar sağlık hizmeti sunumunda tercih hakkına neredeyse hiç sahip değildi ve sağlık politikalarını belirlemede hiç etkinlikleri yoktu.
- Tıbbi teknoloji sabit sayılırdı ve sınırlı bir gelişme gösteriyordu.
- Enformasyon teknolojisi durağandı, kağıt dosyalama sistemi kullanılıyordu.

Savaş sonrası Avrupa'da sağlık hizmetlerinin genel karakteristiklerini anlatan yukarıdaki açıklamalar geleneksel yönetim anlayışından yeni kamu yönetimi yaklaşımına geçişte açıkladığımız teorik perspektifle de uyumludur. Bu dönemdeki hiyerarşik ve statik bürokrasi anlayışının yanında Avrupalıların da bu durumdan memnun oldukları görülmekteydi. Vatandaşlar sağlık güvencelerine kavuşmalarının yanında sağlık hizmetlerinde tercih haklarının bulunmayışını ya da sağlık politikalarında karar süreçlerine dahil edilmeyişlerini fazla önemsemiyorlardı. Hastalar sağlık harcamalarına çok az para ödüyorlardı ama bunun karşılığında sağlık kayıtlarına ulaşamıyorlar ya da kodifiye edilmiş hasta haklarından mahrum kalıyorlardı. Ancak tüm bunlar çok kısa bir süre içinde değişmeye başladı. Değişimin seyri özellikle 1980'lerden sonra hızlandı.

1980'lerde Avrupa genelinde sağlık sektörünü değişime zorlayan birinci sebep diğer sektörlerde olduğu gibi ekonomik kriz ve finansal zorluklardı. Sağlık harcamaları ülkelerin GSMH'lerinden giderek daha yüksek paylar talep ederken, hizmetlerden memnuniyet düşmeye devam ediyordu. Üstelik yeni sağlık hizmeti talepleri yaşanmaya başlayan nüfusun ihtiyaçları ile artmaya devam ediyordu. Bu durum seçim kazanmak isteyen politikacıların yeni arayışlar içine girmelerini de tetikledi. Özellikle İngiltere'de 1979'da Thatcher Muhafazakar Partisi'nin seçimleri kazanması ile yeni politika arayışlarının yönü sosyal demokratlar için bile tayin edilmiş oldu (Barry, 1989). Yeni Sağcı partilerin başarıları siyasal alanı geri dönülmez bir şekilde dönüştürdüğünden, Avustralya, Yeni Zelanda, ABD gibi pek çok ülkede, sosyal demokrat iktidarlar da aynen Yeni Sağcı partiler gibi piyasa temelli reform paketlerine yönelmeye başladılar.

Kamu bürokrasisinde merkezi kontrol ve komuta sistemlerine yönelik eleştiriler yaygınlaşmaya başladıkça, bu sisteme karşılık rekabet ve tercih kavramlarına dayalı yeni bir anlayışın geliştirilmesinin de önü açılmış oldu. Vatandaşlar sağlık sektöründe neden hiçbir tercih haklarının olmadığını sorgulamaya başladılar. Hastalar memnun olmadıkları hastanelerden ya da doktorlardan şikayet ederken, hastaneler kendi personelini kontrol edememekten ya da kendi yönetimlerinde yeterince özgür hareket edemediklerinden şikayetçilerdi. Hükümetler ise yükselen sağlık harcamalarına rağmen artan şikayetlerden ve harcamalar ile sağlık hizmetleri çıktıkları arasında bir bağ kuramamaktan muzdariptiler.

Bunların dışında 1980'ler bilgisayarların kullanılmaya başlanmasına ve bu sayede enformasyon teknolojisinin dönüşmeye başlamasına da tanık oldu. Enformasyon teknolojisi sadece kağıtlar üzerinde yazılı olan kayıtların dijital ortama geçirilmesi anlamına gelmiyordu. Ama daha da önemlisi, kayıtların belirli bir yere bağlı kalma zorunluluğunu

ortadan kaldırarak, hastaların bilgilerinin bir ağ tarafından kullanımının yolunu açmış oldu. Kolayca düzenlenen ve takip edilebilen dijital kayıtlar, hastaların geçmişlerinin tıbbi prosedürlerde daha fazla kullanılmasını sağladı. Hastanelerin dijital teknolojiye ilk geçiş denemeleri bazen büyük başarısızlıklara ve kaynak israfına neden olmuşsa da bu dönemde başlayan teknolojik devrimin yönetim anlayışını da kapsamlı bir şekilde dönüştürmüş olduğuna şüphe yoktur (Gauld, 2015: 75).

1990'lara gelindiğinde yeni kamu yönetiminin sağladığı teorik temelle piyasa-temelli rekabetçi mekanizmalar eski komuta ve kontrol mekanizmalarına alternatif olarak seslendirilmeye başlandı. Örgütsel değişiklik iki temel hat üzerinden ilerliyordu. Birincisi kamu hastanelerinin finansal ve personel yönetimleri merkezi yönetimden uzaklaştırılarak, kamu hastaneleri daha otonom bir yapıya kavuşturuluyordu. Hastane yöneticileri ve sağlık uzmanlarını sonuçlardan sorumlu tutabilmek ve anlamlı bir performans değerlendirmesi yapabilmek için bu gerekli bir değişiklikti (Duran ve Saltman, 2015: 447). Ancak bu değişiklik daha radikal bir dönüşümün parçası olarak düşünüldüğünde anlamlı hale gelmektedir. Sağlık sektöründe hizmet üretimini kurumsal olarak değiştirebilmek için sağlık sektörüne rekabetin, dolayısıyla piyasa güçlerinin sokulması gerekiyordu (Suchecka, 2014: 130-131). Özel hastanelerin, sağlık birimlerinin ya da özel sigortaların sağlık sektörüne girmeleri hem rekabeti ve kaliteyi artırmayı amaçlıyordu hem de kamu-özel işbirliğinden daha fazla yararlanmayı planlıyordu. Bu tür anlayışın öncelikle, Birleşik Krallık, Estonya ve Çek Cumhuriyeti'nde belirdiği ve bu tür örgütsel inovasyonların kamusal kontrol anlayışına ağır basmaya başladığı görülmektedir. (Saltman, 2015: 26)

Hastanelerin rekabetçi bir kurumsal sisteme geçmesi ile birlikte personel yönetiminde de bu yönde değişikliklerle karşılaşıldı. **Doktorlar ve sağlık uzmanları için teşvik (incentive) temelli ücret sözleşmeleri** sağlık reformlarında standart bir uygulama olarak geri dönülmez bir şekilde yerini aldı. Bu tür uygulamalara başlangıçta sendikalar tarafından direnç gösterilse de, bu tür politikaları destekleyen partilerin seçimleri kazanmasıyla, sendikaların dirençleri de kırıldı. Bu durum şüphesiz 1980 sonrası sendikal hareketlerin gerilemesi ile de yakından bağlantılıdır (Barry, 1989). Bahsi geçen sözleşmeler yükselen maaş seviyeleri için üretkenlik göstergeleri geliştirdiler. Hatta İsveç gibi bazı ülkelerde ise doktorlar için bireysel ücret sözleşmeleri yapılmaya başlandı (Saltman, 2015: 27). İsveç en klasik refah devleti örnekleri arasında gösterildiği hatırlanırsa, işletme esasına dayalı performans kriterlerinin Avrupa'da edindiği yer daha iyi anlaşılır.

Birinci basamak hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin bir devamı olarak **önleyici tedbirlerin (prevention)**, sağlık politikalarının sıradan bir parçası haline getirilmesi de önemlidir. İsveç'te, Finlandiya'da ve Birleşik Krallık'ta önleyici sağlık tedbirlerine vurgu yapan sağlık ocakları kurulmuştur (Saltman, 1995:27). Önleyici tedbirlerin ön plana çıkması, hem hastayı merkeze alan sağlık hizmetinin bir göstergesi hem de gelişen teknoloji ile birlikte hastaların sağlık kayıtlarının iyi tutuluyor olmasının bir yan ürünüdür. Ancak bu tür örgütsel ve teknolojik değişikliklere kültürel değişikliklerin de eşlik etmesi gerektiğinin üzerinde durulmaktadır. Hükümetin hastalıkları önleme kampanyaları ve sivil toplum kuruluşlarının bu konuda gösterdikleri işbirlikçi çabalar, önleyici tedbirlerin Avrupa'da yayılmasını hızlandırmıştır (Currie ve Seddon, 2015: 535).

Hasta merkezli bakış açısının gelişmesi ve önleyici tedbirler, Avrupa'daki bir diğer önemli sorun ile yüzleşilmesini kolaylaştırdı. Yaşlı hastaların bakımları evde bakımın yaygınlaştırılması ile iyileştirildi. İsveç ve Finlandiya'da evde bakım hizmetlerinde de, aile bireyleri ya da komşular devletten finansal destek olarak yaşlılara bakımı üstlenmiş ve hemşire ihtiyacı da bu şekilde azaltılmıştır (Genet vd., 2012).

Vaka temelli borcu geri ödeme (case-based reimbursement) sistemleri, gereksiz yere pahalı olan ve hastanede kalma süresini uzatan günlük ücret ödeme (per diem) sisteminin yerini almıştır. 1983'te ABD'de başlatılan bu uygulama çeşitli varyasyonları ile hem ulusal hem de yerel yönetimlerde Avrupa genelinde de uygulanmaya başlanmıştır. Böylece ekonomik büyümeden hızlı artan sağlık hizmeti masraflarında azalma hedeflenmiştir (Saltman, 2015: 28).

Bu tür önlemler vergilerle finanse edilen sağlık sistemine yavaşça adapte edilmiştir. Ama bununla birlikte sermaye kaynaklarının çeşitlendirilmesi, sağlık birimlerinin renovasyonu, sendikal sözleşmelerde değişiklikleri de gerektirmekteydi. Bunları yapısal ve örgütsel değişiklikler izledi. Bütün Avrupa'da aynı hız ve yönde olmasa da bu değişiklikler 1990'lar boyunca yaşandı. **Hasta tercihinin** giderek artması Almanya'da (1993'te), İsrail'de (1996'da) sağlık fonları ve sigortaları arasında rekabeti artırmıştır. Hastalar beraberlerinde kendi sosyal sağlık güvence ödemelerini getirdiklerinden sağlık sigortası piyasasında rekabet artmış, fondan/sigortadan memnun kalmayan hasta, kurum değiştirebilme hakkına kavuşmuştur. (Saltman, 2015: 27)

21. yüzyılın başlangıcından itibaren bölük pörçük gelişen sağlık reformunda daha temel gelişmeler yaşanmaya başlandı. Bir yandan tıbbi teknolojilerin gelişimi diğer yandan enformasyon teknolojisinin gelişmesi sağlık sektörünü örgütsel anlamda da dönüştürmeye devam etmektedir. Teknoloji özellikle sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi için kullanılmaktadır. Muayenehane bakımının (clinical care) en iyi uygulamaları takip ettiğini ve tüm uzman görevlilerin en üst seviyede hizmet sunduklarını garanti etmek için **sistemik kalite ve güvenlik programları** (systemic quality and safety programmes) başlatılmıştır. Örneğin İngiltere'de Kalite Çıktıları Çevrevesi (Quality Outcomes Framework) muayene kalitesini özel muayenehanelerin ücretleriyle bağlantılandırarak kaliteyi artırma yoluna gitmiştir. Kanıt temelli yaklaşım olarak 140 ölçekten oluşan sistem, muayenehanelerin belirlenen standartlara göre çalışıp çalışmadıklarını etkin bir şekilde denetlemektedir (Lester ve Roland, 2009: 384-385).

Entegre edilmiş bakımı sistemleştiren kapsamlı girişimler, (broad initiatives to systematize integrated care) yaşlı hastaların ölüm oranlarını düşürmek ve aynı zamanda onlara ayrılan bütçeyi kısmak için geliştirilmiştir. Entegre edilmiş bakım hizmetlerinin ve diğer sağlık programlarının pek çok farklı uygulaması bulunmaktadır. Rekabetçi kurumsal yapı değişikliği ile birlikte sağlık kurumlarının sahiplik durumuna bakılmaksızın rekabetçi bir çevrede çalışmaya başlayarak iyi yönetim pratikleri geliştirmeleri beklenmektedir. Bu durum politika yapıcılar ve politika uygulayıcılar ayrımını ortadan kaldırarak, farklı düzeylerde yönetsel birimlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Örneğin Almanya'da gönüllü hastalık yönetimi programları (voluntary disease management programmes) diyabet hastaları için geliştirilmiştir. Danimarka ise diyabet hastalarının ilk muayenesi ve sonrasında yıllık kontrolleri için özel muayenehanelere ek ödemeler teklif etmektedir (Nolte ve McKee, 2008: 407). Hem İngiltere'de hem de Hollanda'da evde bakılan hastalara özel bütçe tahsis edilerek, hastaların kalitesi tescillenmiş şirketlerden hizmet satın alabilmeleri ve hatta hizmetin türünü de seçebilmeleri mümkün kılınmıştır. (Saltman, 2015: 29)

Kamu/özel hizmet sağlayıcıların daha da çeşitlendirilmesi (A more diverse public/private mix of providers) özel sağlık sigortalarının sağlık sektörünün genelinde daha fazla etkin olmasını sağlamıştır. Hollanda'da 2006'da yapılan reform bu yöndeki gelişmeleri tetiklemiştir. Örneğin İsveç'te evde bakım (home care) için önceden belediyelerde çalışan görevliler, kendi küçük şirketlerini kurarak yaşlı hastaların bakımlarını sözleşme ile üstlenmeye başlamışlardır. İsveç'te ayrıca 2007'den beri sağlık ocaklarının sözleşme usulüne dayalı olarak özelleştirilmesi de söz konusudur. Önceden kamuda çalışan doktorlar ve

hemşireler kendi şirketlerini kurarak temel sağlık hizmetlerini sözleşmeye dayalı olarak sağlamaktadırlar. 2014 yılına gelindiğinde İsveçlilerin yüzde 50'den fazlasının temel sağlık hizmetlerini özel sağlık hizmeti sağlayıcılarından aldıkları anlaşılmaktadır. Finlandiya'da önceden kamuya ait bir sağlık ocağı olan kurum özel bir geçici işçi kurumuna dönüştürülmüştür. Bu kurum şu an, küçük kasabalarda ve kırsallarda yetersiz personelin bulunduğu yerlere temel sağlık bakımını yapmak üzere doktor sağlamaya başlamış ve bu konuda kısa sürede ülkedeki en büyük şirket haline dönüşmüştür (Saltman, 2015: 30). Bunların yanında hastaların daha geniş ve daha efektif bir şekilde sağlık sigortası tercih edebilmeye başladıklarını belirtmek gerekmektedir.

Politika yapımında ve mali karar almada yeniden merkezileşmeye yönelik açık bir eğilimin ortaya çıktığı hem vergilerle finanse edilen hem de sigorta temelli kurulan sağlık hizmetlerinde görülmektedir. Merkezi hükümetin önemli politika kararlarında ve mali meselelerde kontrolü yeniden ele alması milletvekillerinin ve politika yapımcıların kalitesiz hizmetlerden şikayetçi olan vatandaşların taleplerine bir cevap olarak yorumlanabilir. Kamu ve özel sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki rekabeti regüle etmek üzere artan oranda çabaların olduğu görülmektedir (Jakubowski ve Saltman, 2013: 3-4). Açık fiyat sistemine uygun "iyi" rekabetin korunması ve teşvik edilmesi sağlanırken, kartelleşmeye yönelik "kötü" rekabet önlenmeye ve cezalandırılmaya çalışılmaktadır.

3.2. Türkiye: Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye'de sağlık alanında yapılan düzenlemeler ve reform çalışmaları uzun bir geçmişe sahip olmakla birlikte, 2000'li yıllar sağlıkta reform ve dönüşüm çalışmalarının yeni bir ivme ve hız kazandığı bir dönem olmuştur. 2003 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından kurulan 59. Hükümet, sağlık konusunu ayrı bir başlık olarak ele almış ve sağlık hizmetlerini tüm boyutlarıyla yeniden düzenlenmeyi amaçlamıştır. Sağlık hizmetleri sunumundaki maliyetlerin artması, vatandaşların artan beklenti ve talepleri, sınırlı kamusal kaynaklar ve etkisiz hizmet sunumu ve vatandaş şikayetleri gibi nedenler sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda reforma gidilmesi ihtiyacı doğmuş (Sağlık Bakanlığı, 2012: 55-56) ve bunun sonucunda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ilan edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı; Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Dolayısıyla dönüşüm programının bir boyutunu sağlık alanı oluştururken diğer boyutunu da sosyal güvenlik oluşturmaktadır. 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasını, sosyal güvenlik kurumlarının kapasitesinin geliştirilmesini, sağlık hizmeti sunumunun yeniden düzenlenmesini ve halk sağlığı ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesini öngörmektedir (Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 12.01.2016a). 29 Eylül 2009 tarihinde yürürlüğe giren ve önceki projenin devamı niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi ise, öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planına destek verilmesini öngörmektedir. Bunun yanında, koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı-bazlı finansman çalışmasının yapılmasını ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin geliştirilmesini amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 12.01.2016b).

2003 yılı aralık ayında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonunun sağlanması, finanse edilmesi ve sunulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24). Görüldüğü gibi SDP, sağlık hizmetlerinin sadece sunumunu değil, aynı zamanda finansmanını ve organizasyonunu da yeniden yapılandırmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetleriyle ilgili önemli değişiklikleri ve yenilikleri de bünyesinde barındırmaktadır. Öncelikli olarak katılımcı bir görüşü benimseyen SDP, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş

ve önerilerinin alınmasını savunmaktadır. İnsan merkezli bir anlayışla hareket eden SDP, erişim, hakkaniyet ve verimlilik kavramlarına vurgu yapmaktadır. Bunun yanında, daha kaliteli hizmet sunumunun sağlanması ve çıkar çatışmasının önlenmesi amacıyla, sağlık hizmetleri finansmanını, planlamasını, denetimini ve üretimini yapan güçlerin, birbirinden ayrılması gerektiği üzerinde durmaktadır. Ayrıca yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi suretiyle, idari ve mali yönden özerk işletmeler oluşturulması ve bu sayede hızlı karar alma mekanizmalarının tesis edilmesini benimsemektedir. Tüm bunları tamamlayacak şekilde de, sağlık hizmetleri sunumun tekel olma niteliğine son verilerek, belli standartlara sahip farklı hizmet sunucularının sağlanması ve bu sunucular arasında rekabet ortamının oluşturulması SDP'nin hedefleri arasında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25).

SDP'de birbirleriyle ilişkili ve birbirlerini tamamlayan 8 temel bileşen öngörülmüş ve bu bileşenler doğrultusunda sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve düzenlenmesi öngörülmüştür. Programın bileşenleri şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26–37):

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı: Öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı'nın yapısı değiştirilmekte ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'na politika geliştiren, standartları belirleyen ve denetleyen bir rol verilmektedir. Bakanlığa verilen planlayıcı ve denetleyici rol yanında, Bakanlığa bağlı kuruluşların da yerinden yönetim ilkeleri uyarınca yeniden yapılandırılması öngörülmektedir.
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası: Vatandaşların ödeme gücü doğrultusunda katkıda bulunacakları, ihtiyaçları ölçüsünde hizmet alabilecekleri, standartlaştırılmış bir sigorta modeli oluşturulmaktadır. Böylece toplumun tamamının sağlık güvencesi altına alınması, emeklilik sigortası ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılması ve sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altına alınması amaçlanmaktadır. Ayrıca Genel Sağlık Sigortası yanında özel sigortacılığın da teşvik edilmesi ve sistemde tamamlayıcı bir rol oynaması hedeflenmektedir.
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi: Ülkenin sosyo-ekonomik ve demografik yapısı göz önünde bulundurularak günümüz şartları doğrultusunda, sağlık hizmeti sunmak isteyen tüm aktörlerin önünün açılması ve özel sektör, vakıf ve derneklerin de sağlık hizmeti sunumunda rol alması planlanmaktadır. Böylece ülke kaynaklarının daha verimli kullanılması, rekabet ortamında sağlık hizmetleri sunumunun sağlanması ve kamunun hizmet sunum niteliğinin artırılarak özel sektör ile rekabet edebilir bir duruma getirilmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda öncelikli olarak güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kurumunun oluşturulması planlanmaktadır. Bunun yanında idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulması gündeme getirilmektedir. Bir yandan kamu hastanelerinin değişen yapıya ayak uydurması, diğer yandan da verimli hale gelip diğer aktörlerle rekabet edebilmesi için kamu hastanelerinin merkeze bağlı yapısından kurtarılması ve bu hastanelere idari ve mali açıdan özerklik tanınması öngörülmektedir. Ayrıca belediyelerin, özel şirketlerin, vakıfların, il idarelerinin ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurabilmesi düzenlenmektedir. Yerel aktörlerin karar aşamasında sürece dahil oldukları “müşteri odaklı” örgüt yapılanmasına ve performans yönetimine geçilmesi hedeflenmektedir.
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü: Sağlıkta dönüşümün başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için SDP doğrultusunda sağlık sektöründe görev yapan profesyonellerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları: Tüm bunları tamamlayacak şekilde dönüşümü gerçekleştirecek ve sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının hayata geçirilmesi planlanmaktadır.
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon: SDP ile kalite konusuna ayrı bir vurgu yapılmakta ve bugüne kadar ikinci planda kalan kalitenin artık hizmeti sunanlar ve finanse edenler tarafından daha fazla dikkate alındığı belirtilmektedir. Bu kapsamda, SDP ile “Ulusal Kalite Akreditasyon Kurumu”nun kurulması ve ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının bir standarda kavuşturulması hedeflenmektedir.
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonunun sağlanması, ruhsatlandırılması ve uluslararası normlara uygun şekilde yönetilmesi amacıyla söz konusu alanlarda siyasi kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk örgütlenmelere ihtiyaç bulunmaktadır.
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim-Sağlık Bilgi Sistemi: SDP'nin tüm bileşenleri arasında uyum ve koordinasyonun sağlanabilmesi amacıyla bütünsel bir sağlık bilgi sisteminin tesis edilmesi gerekmektedir. Sağlık politikalarının belirlenmesinde, sağlık alanındaki sorunların ve ihtiyaçların tespit edilerek bunlara yönelik düzenlemeler yapılmasında, maddi ve beşeri kaynakların etkili şekilde kullanımında, kalite standartlarının belirlenmesinde ve denetiminde veri toplanması ve işlenmesi amacıyla sağlık bilgi sistemine ciddi bir ihtiyaç bulunmaktadır.

SDP ile sağlık hizmeti sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine, ilaç fiyatlandırma sisteminden kalite ve akreditasyona kadar birçok alanda ciddi düzenlemelere ve değişikliklere gidilmiştir. Bu düzenlemelerin başında SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması ve hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi gelmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda söz konusu olan karmaşık ve çok başlı yapının giderilmesi ve hizmet verimini ve kaliteyi azaltan, standart eksikliğine ve eşitsizliğe yol açan yapının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede kamuda sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü yaşayan vatandaşların hizmetlere daha kolay ulaşmasını da sağlamak mümkün olabilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 197). Bu birleşmenin yanında, özel hastaneler herkesin kullanımına açılmış, hastanelerde yerinden yönetim anlayışı hakim kılınmış ve hastane hizmetlerinde yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol üstlenen kamu hastanelerinin yükü kısmen zayıflatılmış ve bu yük özel sağlık kuruluşları ile paylaşılmıştır. Bu sayede bir yandan devlet hastanelerinin sağlık hizmeti sunması kolaylaşırken diğer yandan da hizmet kalitesi artmıştır. Yerinden yönetim anlayışı çerçevesinde hastanelere yetki devri gerçekleştirilmiş, yönetim esnekliği sağlanmış, hastanelerin kendi kaynaklarını serbestçe kullanabilmeleri ve hastane çalışanlarına döner sermayeden performansa göre ek ödeme yapılması kararlaştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 199-200). Bir yandan sağlık çalışanlarını motive ederek onların daha verimli çalışmasını sağlamak diğer yandan da hizmet sunumunda kaliteyi artırmak amacıyla performansa göre ödeme sistemi öngörülmüş ve sağlık çalışanlarına ek ödemeler yapılmıştır.

2005 yılında pilot uygulamayla hayata geçirilen aile hekimliği uygulaması, 2010 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Sağlık sisteminin yeniden yapılanmasında ve desantralizasyonunda önemli bir rol oynayan aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ve önleyici sağlık hizmetlerine ayrı bir vurgu yapılmıştır. Bir yandan etkili bir sağlık sistemi kurulabilmek ve genel sağlık sigortasının uygulanmasına zemin hazırlayabilmek, diğer yandan da hastaların sağlık kayıtlarının daha düzenli ve sistematik bir şekilde tutulmasını sağlamak amacıyla aile hekimliği uygulamasına geçilmesi

kararlaştırılmıştır. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir dönem başlamıştır.

Dönüşüm kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumu gibi finansmanı da ele alınmış ve zorunlu genel sağlık sigortası sistemi getirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Yeni kurumsal yapının oluşturulması amacıyla öncelikle 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı Kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu kabul edilmiş ve Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Böylece bu zamana kadar parçalı bir yapıya sahip olan sosyal güvenlik kurumları birleştirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'na bağlanmıştır. Söz konusu düzenleme ile norm birliğinin hakim kılındığı, sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amaçlanmıştır.

5502 sayılı Kanunu tamamlayacak nitelikte olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ise 2006 yılında, 5510 sayılı kanunla kabul edilmiş, kanunun tüm maddeleriyle yürürlüğe girmesi ise 01.10.2008 tarihinde mümkün olmuştur. 5510 sayılı Kanun'dan önce Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı oldukça parçalı bir yapıya sahipti ve finansman sisteminin kapsayıcılığı oldukça düşüktü. Sağlık hizmetlerinin finansmanı karma bir yapı sergilemekteydi. Buna göre, toplumun belli bir bölümü için sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli), belli bir bölümü için de kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmaktaydı. Çok düşük de olsa özel harcamalar da belli bir paya sahipti. 5510 sayılı kanun ise sosyal sigortalar alanında birçok konuda norm ve standart birliği sağlamış ve bu paralelde çeşitli uygulamaları hayata geçirmiştir. 2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemeleri SGK bünyesinde toplanmış, 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren de yeşil kart ödemeleri kurum kapsamına alınmıştır (Atasever, 2014: 43, 105-106).

5510 sayılı Kanunla nüfusun tamamı için eşit ve kolay ulaşılabilir, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurulması amaçlanmıştır. 5510 sayılı Kanun uyarınca sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılacak sözleşmeler yoluyla sağlanacaktır. Sigortalılar SGK ile sözleşme imzalamış kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından istediklerine müracaat edebilecek ve sözleşmeli sağlık kuruluşlarından herhangi bir ücret ödmeden yararlanabilecektir. Sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarının ise belirlenen sınır dahilinde ilave ücret alabilmesi mümkündür. Böylece sağlık hizmetlerini hem sunan hem de finanse eden kurumsal bir yapıdan, hizmet sunanla hizmeti finanse eden kurumun birbirinden ayrıldığı bir yapıya geçilmiştir. Bu yapıda sağlık hizmetlerini satın alan kurum, sağlık hizmetleri için çeşitli standartlar belirlemektedir ve bu standartlar doğrultusunda hem kamu kesiminden hem de özel sektörden sağlık hizmeti satın alınmaktadır (Tatar, 2011: 121).

Kurumsal yapılanma ve kapasite geliştirme, SDP uygulamalarından bir diğeri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu başlıkta bir yandan sağlık insan iş gücüne ve sağlık hizmet planlamasına yönelik düzenlemeler yapılmış, diğer taraftan da Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin aşırı şekilde merkezileşmesi ve büyümesi, bunun sonucunda artan iş ve işlem yükü sonucunda Sağlık Bakanlığı'nın asli görevlerinden uzaklaşmasına neden olmuştur. SDP kapsamında altyapı çalışmalarının tamamlanmasından sonra hastane hizmetlerinin sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetkisi ve sorumluluğunun idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılması planlanmıştır. Böylece hastanelerin özerkleştirilmesi, bununla birlikte hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay ulaşılabilir, verimli, kaliteli ve etkin hastane hizmetlerinin verilmesi hedeflenmektedir. Hastanelerin kaynaklarını merkezden talep etmek yerine kendi kaynaklarından sorumlu hale getirilmeleri hedeflenmektedir. Böylece Sağlık

Bakanlığı'nın hedef ve politika belirleyen, stratejik plan ve yıllık performans programları hazırlayan bir yapıya kavuşturulması ve misyon ve vizyon belirleme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma ve insan kaynakları geliştirme gibi asli görevlerine yoğunlaşan bir yapıya kavuşturulması öngörülmektedir. Sağlık hizmetlerinin ise il düzeyinde kurulacak ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsayacak Kamu Hastaneleri Birlikleri tarafından etkililik ve verimlilik ilkeleri doğrultusunda verilmesi planlanmıştır. Dolayısıyla yeni yapıda temel kuralları belirleme ve üst denetim görevleri Bakanlığa verilmiş, diğer fonksiyonların yerine getirilmesi için Bakanlığa bağlı kuruluşlar oluşturulmuştur. Bunlar; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'dur (Sağlık Bakanlığı, 2012: 268).

Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ve sunumunda yaşanan değişimin yansımaları Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nda da görülmektedir. Bakanlığa bağlı bir statüsü olan Kurum, Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere kurulmuştur. Bu doğrultuda, hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevlidir. Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin daha etkili, kaliteli ve verimli işletilebilmesi için de il düzeyinde "Kamu Hastane Birlikleri" kurulmuştur. Genel sekreter tarafından yönetilen Birlikler, bünyesinde yer alan hastanelerin mali ve idari tüm yetkilerini üstlenmektedir. Acil sağlık hizmetleri, yoğun bakım, diyaliz üniteleri gibi hizmetleri bölge düzeyinde planlama yaptığı gibi, yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek, onarım, tadilat ve bakım konularından da sorumludur. Birliğe personel almak, personel hareketlerini yönetmek, taşınmaz satın almak, ihtiyaç duyulmayan taşınmazları yapı ve tesisleriyle birlikte satmak yetkisi de Birliğe aittir. Bu düzenleme ile kamu hastaneleri özerk bir yapıya kavuşturulmuş, hastanelerin finansal ve personel yönetimleri merkezi yönetimden alınarak hastanelere bırakılmıştır.

SDP sonrasında öne çıkan noktalardan biri de hasta hakları ve hastaların hekim seçme hakkıdır. Dönüşüm programı öncesinde hastaların hekim seçme hakkı söz konusu değilken, dönüşüm programıyla birlikte Bakanlığa bağlı tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kurulmuş ve hastalara hem kamu hastanelerinde hem de aile hekimliği uygulamasında hekim seçme hakkı getirilmiştir. Artan vatandaş beklenti ve taleplerini karşılamak ve hasta memnuniyetini artırmak amacıyla da SDP ile birlikte kamu hastaneleri teknolojik açıdan yenilenmiş ve hizmet kapasiteleri artırılmış, Sağlık Bakanlığı'nın tüm hastanelerinde tam otomasyona geçilmiş ve Merkezi Hastane Randevu Sistemi uygulaması başlatılmıştır. Böylece hastalar telefonla arayarak veya internet üzerinden istediği hastaneden istediği hekim için randevu alabilmektedir. Yatağa bağımlı, hastaneye gelemeyecek durumda olan hastalar için de evde sağlık hizmeti uygulamaları başlatılmıştır.

Sağlıkta dönüşümün önemli bir ayağını da sağlıkta e-dönüşüm çalışmaları ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi oluşturmaktadır. Bu sayede sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar geliştirilmiş ve etkin bir bilgi sistemi altyapısı kurulmuştur. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi ile sağlıkta veri standardizasyonunun sağlanması, veri analiz desteği ve karar destek sistemlerinin oluşturulması, e-Sağlık paydaşları arasında veri akışının hızlandırılması, elektronik kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması ve kaynak tasarrufu sağlanarak ve verimliliğin artırılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 233).

Kamu-özel ortaklığı modeline dayalı "entegre sağlık kampüsleri" ve "şehir hastaneleri" projeleri sağlıkta dönüşüm kapsamında hayata geçirilen düzenlemelerden bir diğeridir. Kamuya ait sağlık yatırımlarının özel sektör tarafından yapılması ve belli bir süreyle devlete kiralanması olarak ifade edilebilecek kamu-özel ortaklığı ile başta sağlık hizmetlerinin etkin

ve verimli sunumu olmak üzere, hizmet kalitesinin artırılması, tedavi çeşitliğinin ülke geneline yayılması ve maliyet etkin sağlık hizmeti sunumunun sağlanması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 233). Kamu-özel ortaklığı doğrultusunda özel sektör tarafından yapılan hastaneler, belli bir süre zarfı içinde düzenlenen bir sözleşmeyle devlete kiralanmaktadır. Bu kapsamda 18 adet ihalesi tamamlanmış, 5 adet de sözleşme aşamasında olan proje bulunmaktadır.

4. DEĞERLENDİRME VE BAZI ÖNERİLER: TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ REFORMUNUN GELECEĞİ

Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan reform sürecinin AB ülkelerine paralel bir çizgide geliştiği rahatlıkla söylenebilir. Türkiye bir yandan sağlık sektöründe sosyal politikaların kapsamını genişletirken diğer yandan etkinliği artırmak için piyasacı önlemler almaya ve kamu hastanelerine daha fazla özerklik kazandıracak örgütsel değişiklikler yapmaya devam etmektedir. Ancak bu değişim sürecinde değişmeyen ve hatta aksine kötüye giden en önemli husus sağlık hizmetlerinin finansmanıdır.

Zorunlu sağlık sigortası primlerine dayanan sağlık hizmetleri finansmanın eski sistemle karşılaştırıldığında ciddi bir yeniliğe maruz kalmadığı görülmektedir. Buna karşın sosyal sigortalıları bünyesinde toplamış olan SGK’nın 2015 yılında 18 milyar TL’nin üzerinde zarar ettiği ve son on yıldır sürekli olarak benzer bir bütçe açığının verdiği açık bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Bir yıllık açığın genel bütçenin yüzde 5’ine yaklaştığı göz önüne alınırsa sorunun ciddiyeti de kavranmış olur. SGK’nın sürdürülebilirliği bu açığın ciddi ölçüde düşürülmesine bağlıdır. Bu sorunun temelde iki sebebi olduğu iddia edilmektedir: Kayıt dışılığın fazlalığı ve erken emekliliğin yarattığı çalışan-emekli oranı dengesizliği. Emekli olma yaşının yükseltilmesi ile birlikte önümüzdeki on yıllarda çalışan-emekli dengesinin düzeleceği öngörülmektedir.

Ancak kayıt dışılık sorununu çözmek için hükümetlerin motivasyonunun düşük olduğu gözlenmektedir. Bu konuda atılacak ciddi adımların hükümete oy kaybettirme potansiyeli olduğundan, siyasetçilerin açıkları basitçe sorunu genel bütçeden para transferi ile geçiştirdikleri görülmektedir. Bunun karşısında devletin ciddi bir sorgulama ve takip yapmadan sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlandığı prim ödemeyen vatandaşlar da maliyetlerine katılmadıkları sağlık hizmetinden yararlanmaktan son derece memnun görünmektedirler. Dolayısıyla siyasetçilerin sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda hesap-verme yükümlülüklerinin zayıf oluşu, prim ödemeyen vatandaşları bu yönde teşvik ederek, sağlık sektöründe yagın bir “bedavacılık” sorununa dönüşmüştür.

Bu sorunun çözümü ancak sağlık sektöründeki genel dönüşüme uygun bir şekilde finansman yöntemini reforme etmektir. SGK’nın primleri tahsil etmek ve prim ödeyebilecek olan kullanıcıları tespit etmek konularında sıkıntı yaşadığı ortadadır. Benzer problemler yaşayan Estonya’da sigorta prim tahsilatı genel sigorta kurumundan alınarak merkezi idareye devredilmiştir. Bu uygulamadan sonra sigorta kurumunun gelirlerinde artış olduğu gözlenmiştir (Thomson, Foibister ve Mossialos, 2009: 34). Bu uygulama genel politikaların ve finansmanın merkezileşme eğilimindeyken, örgütsel yönetimin yerleşme eğiliminde olması ile de tutarlıdır.

Sağlık sektöründe piyasanın kullanılması hususunda da önemli bir yol kat edilmiştir. 2014 yılı itibariyle, Türkiye genelinde 866 kamu hastanesi varken, özel hastanelerin sayısı 556’ya ulaşmıştır. Kamu hastanelerinin yatak kapasitesi özel hastanelerin kapasitesinin üç katı olmakla birlikte, özel hastanelerdeki artış son on yılın önemli bir fenomenidir. Özel hastanelerdeki artış Türkiye’nin kişi başına düşen milli gelirindeki artıştan ziyade, özel

hastanelerin kamusal hizmet için kullanılmasını sağlayacak inovatif düzenlemelerden kaynaklanır. Ancak son dönemde özel hastanelerin belirli tedaviler için sigorta ödemeleri dışında ne kadar ücret tahsil edeceği zaman zaman belirsizlik yaratarak tartışmalara sebebiyet vermektedir. SGK'nın kötüleşen mali durumunun özel sektörü de ilerleyen yıllarda zor durumda bırakacağını tahmin etmek zor değildir.

Günümüzün karmaşık yapısında ve hızlı değişen dünyasında herhangi bir hizmet sunumunu yalnız yapmak neredeyse imkansızdır ve bu durum sağlık alanı için de söz konusudur. Zira sağlık sektörü, fiyatların sürekli yükseldiği, hastalık kalıplarının değiştiği, tanı ve tedavi hizmetleri için teknoloji kullanımının arttığı bir alandır ve çeşitli kurumsal ortaklıklar olmadan tek bir örgütün hizmet sunumu neredeyse imkansız hale gelmektedir. Bu ortaklıkların çeşitli biçimleri olabilir ve bu ortaklıkta yerel, ulusal, uluslararası aktörler bulunabilir (Mitchell, 29.01.2016: 1). Bu ortaklıkların farklı türleri olmakla birlikte, özellikle 1990'larla birlikte kamu-özel ortaklıklarının ön plana çıktığı görülmektedir. Enerji sektöründen ulaştırma sektörüne, telekomünikasyondan su ve kanalizasyon hizmetlerine, eğitimden sağlığa kadar birçok alanda kamu-özel ortaklıklarının faaliyet gösterdiği görülmektedir.

Dünya üzerinde farklı ülkelerde kamu-özel ortaklıklarına ilişkin çok sayıda ve farklı projeler gerçekleştirilmektedir. Benzer projeler Türkiye'de de hayata geçirilmekte ve içlerinde sağlık sektörünün de bulunduğu çeşitli alanlarda uygulanmaktadır. SDP kapsamında uygulamaya aktarılan "entegre sağlık kampüsleri" ve "şehir hastaneleri" kamu-özel ortaklığının sağlık alanındaki yansımaları oluşturmaktadır. Bu anlamda sağlık alanında yeni bir uygulama ve tercih söz konusudur. Bununla birlikte küreselleşme, maliyetler üzerindeki baskılar, etkin, verimli ve kaliteli hizmet talebi gibi nedenlerle sağlık sektöründe kamu-özel ortaklıklarının ilerleyen dönemlerde de hem dünyada hem de Türkiye'de yaygın bir şekilde devam edeceği düşünülmektedir. Bu durum kamu-özel ortaklığına ilişkin uygulamaların daha fazla üzerinde durulmasını ve başarılı uygulamalar için neler yapılması gerektiği üzerinde çalışılmasını gerektirmektedir.

Bu kapsamda Türk sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamaları ele alınacak olursa, öncelikli olarak yasal ve düzenleyici bir çerçevenin oluşturulmasında bazı eksiklikler olduğunu söylemek mümkündür. Her ne kadar son yıllarda yapılan çeşitli düzenlemelerle gelişme sağlansa da, bu yapının yeterli olduğunu söylemek çok mümkün değildir. Yasal mevzuatla ilgili eksikliklerin giderilmesi, parçalı yapının daha bütüncül bir hale getirilmesi, bir yandan ortaklık ilişkisinin daha sağlam kurulmasını ve ilerlemesini sağlayacak diğer yandan da bu konuda kamu politikası geliştirilmesini olumlu yönde etkileyecektir.

Entegre sağlık kampüsleri ve şehir hastaneleri, henüz başlangıç ve yapım aşamasında olan projelerdir. Projelerin sonuçlarını net bir şekilde görebilmek ve değerlendirebilmek için henüz erken olmakla birlikte mevcut şartlarda projelerle ilgili tartışma alanlarının olduğu görülmektedir. Öncelikli tartışma alanlarından birini Sağlık Bakanlığı'nın ortaklık ve işbirliği içerisindeki rolü oluşturmaktadır. Zira Sağlık Bakanlığı'nın ortaklık içindeki çok boyutlu rolü (politika belirleyici, sunucu, finansör, düzenleyici ve denetleyici olması) bir sorun alanı oluşturmaktadır. Bakanlığa SDP ile düzenleyici ve denetleyici bir görev alanı tanımlanmasına rağmen kamu-özel ortaklığı projelerinde bu görev alanının genişletildiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı, bu projelerde uzmanlık alanı olmadığı halde sözleşme yöneticisi konumuna gelmekte, kapsamlı, uzun dönemli ve çok karmaşık sözleşmelere imza atmaktadır. (Karasu, 2011: 236). Ortaklık sözleşmelerinin karmaşık olduğu ve sözleşme tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerektiği göz ardı edilmemelidir (Tekin, 2007: 12).

Bu noktada özel sektör temsilcileri tarafından da çeşitli eleştiriler yöneltilmekte ve şehir hastanelerinin yapımının bir inşaat projesi olarak öne çıktığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte, projenin önemli aktörleri olan sağlık sektörünün olayların gerisinde kaldığı ve katılımının sağlanmadığı belirtilmektedir. Bu durum şehir hastanelerini faaliyet ve yönetilebilirlik konusunda sıkıntıya sokabilecek niteliktedir. Büyük hastanelerin kamu-özel ortaklığı kapsamında yönetilebilirliği de tartışmalı bir konudur. Hastanelerdeki yatak sayısı arttıkça, hastanelerin yönetilebilirliği de güçleşmektedir (PwC, 2014). Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü (3660 Yatak) ve Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü (3566 Yatak) gibi sağlık kurumlarının yatak sayıları göz önünde bulundurulduğunda, yönetim zorluğu ya da sorunları yaşanmaması için ciddi bir ön hazırlık yapılması zaruridir.

Kamu-özel ortaklığı son dönemde öne çıkan ve artan sayılara ulaşan bir hizmet sunum ve organizasyon yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hızlı, kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunumunun hedeflendiği bu yapıda gözden kaçırılmaması gereken nokta, bu ortaklığın nasıl yönetildiğidir. Kamu-özel ortaklığı sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıklı olarak, şehir hastanelerinin yapılmasında veya sağlık kampüslerinin oluşturulmasında karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu yapılar ciddi büyüklüklere ulaşabilmekte ve kimi zaman yönetimi zorlaşmaktadır. Bu projelerin sadece bir inşaat projesi olmadığı, bundan da öte kapsamlı bir altyapı ve hizmet gerektirdiği unutulmamalıdır. Sağlık yatırımcısı bu projenin neresinde, bu projedeki rolü ve sorumluluğu nedir gibi konular göz ardı edilmemelidir.

AB'deki uygulamalara paralel şekilde Türkiye'de de sağlık sektöründe kalite ve e-sağlık uygulamaları reform başlıkları arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite standartları oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Oluşturulan standartlarla, hizmetlerin ve bu hizmetler sonucunda elde edilen çıktılarının kalitesinin geliştirilmesi ve sürekli iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Buna uygun olarak gerek Bakanlık bünyesinde gerekse de hastaneler bünyesinde örgütlenmeler gerçekleştirilmiş ve kalite birimleri kurulmuştur. Bu gelişme, hizmet kalitesinin sağlanabilmesi adına önemli bir gelişme olmakla birlikte, ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapmanın zorluğu göz ardı edilmemelidir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin kalitesinde iyileşme ve artma görülmektedir. Hizmet kalitesinin artmasında e-sağlık uygulamalarının ciddi bir rolü bulunmaktadır. E-sağlık hizmetleri aynı zamanda hizmetlere erişim ve verimlilik üzerinde de olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle e-sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmetlere yönelik bir altyapı ağının genişletilmesi, hizmetlerin daha etkili bir şekilde sunulmasına yardımcı olacaktır.

Demografik yapının değişmesi, yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların çoğalması (diyabet gibi) gibi faktörler, daha önce hükümetlerin gündeminde olmayan yeni sağlık hizmetleri sunumunun hükümetlerin gündemine gelmesine neden olmaktadır. Evde bakım hizmetleri de bunların arasında yer almaktadır. Evde bakım hizmetlerinin birinci ayağı evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilirken, diğer ayağı evde sosyal bakım ve destek hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilmektedir. Evde bakım, “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak tanımlanabilir. Evde bakım hizmetleri ağırlıklı olarak kronik hastalar, yaşlılar ve özürülere yönelik hizmet grubudur ve hasta bakımı, rehabilitasyon, kişisel bakım ve önleyici hizmetleri de kapsayan çok yönlü uygulamalar bütünüdür (Genç ve Barış, 2015: 52).

Evde bakım hizmetleri yeni bir hizmet türüdür ve bu anlamda hizmet sunumunda yeni bir model ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri içeriği ve yapısı nedeniyle kapsamlı hizmet sunumunu ve çeşitli paydaşların ortaklığını gerektirmektedir.

Örneğin hizmet sunumunda kamu kurumlarınca oluşturulan evde bakım birimleri (kimi zaman ulusal, kimi zaman yerel düzeyde), özel sektör, sivil toplum örgütleri ve gönüllü kuruluşlar rol almaktadır. Bunun yanında evde bakım hizmetinin düzenlenmesi ve denetlenmesinden hizmetlerin bütünleştirilmesine ve uyumlaştırılmasına, hizmetlerin ödenmesinden finansmanına kadar düzenlenecek geniş bir politika alanı bulunmaktadır. Çok aktörlü yapısı ile bir yönetim örneği olarak da ele alınabilecek bir hizmet alanı olan evde bakım hizmetleri, Türkiye’de yeni bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı’nda (2015-2020), evde bakım hizmetleri ve özellikle de yaşlı bakıma yönelik olarak çeşitli hedef ve stratejiler belirlenmiştir. Evde bakım hizmetleri henüz başlangıç aşamasında olan bir politika alanıdır ve ilerleyen dönemlerde bir sektör olarak meslek haline gelecek ve yeni bir iş sahası oluşturacak niteliktedir. Bu nedenle mesleki standartlar ve yeterlilikler belirlenmeli, bu süreçte özel sektöre de fırsat verilerek bakımda rekabet ortamı tesis edilmelidir (Genç ve Barış, 2015: 52). Bu anlamda politika sürecinin ülke şartlarını göz önünde bulundurarak ve paydaşların katılımını sağlayarak yönetilmesi ve hizmet sürecinde inovatif yöntemlerin desteklenmesi önem arz etmektedir. Böylece ilerleyen yıllarda hem sorunsuz işleyen hem de etkili hizmet sunumu gerçekleştiren bir sistem oluşturulabilir.

SDP’nin en önemli değerlerinden biri de yaygın, erişilebilir sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesidir. Buna yönelik olarak aile hekimliği uygulaması getirilmiş, sağlık kuruluşlarının sayısı artırılmış, tüm hastanelerden hizmet alma olanağı sağlanmış, hastalara hekim seçme hakkı tanınmış, evde bakım hizmeti gibi uygulamalar getirilmiştir. Bunların yanında, tüm bunları da destekleyecek şekilde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılabilmesi adına inovasyona da ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlıkta inovasyon, Sağlık Bakanlığı’nın da gündemine girmiş ve 2013-2017 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’nda inovasyon hedeflerine yer verilmiştir. İnovatif yöntemlerin geliştirilebilmesi adına hükümet politikalarına da ihtiyaç bulunmaktadır. İnovasyonun desteklenmesi ve geliştirilmesi hem toplum sağlığının iyileştirilmesinde hem de sağlık sektörünün gelişmesinde etkili olacaktır. Sağlık sektörünün hizmet sektörü içindeki önemi ve büyüklüğü düşünüldüğünde, inovasyonun desteklenmesi ekonominin gelişmesine de katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- ALBERTI, A., BERTUCCI, G. (2006). Replicating Innovations in Governance: An Overview. In: United Nations (Ed.) *Innovations in Governance and Public Administration: Replicating what works*, 1–21. ST/ESA/PAD/SER.E/72. New York: United Nations, Department Economics and Social Affairs.
- ANTTIROIKO, A., BAILEY, S.J., VALKAMA, P. (2011). *Innovations in Public Governance in the Western World*, (Ed.) ANTTIROIKO, A., BAILEY, S.J., VALKAMA, P., *Innovations in Public Governance*, US: IOS Press.
- ATASEVER, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Bakanlık Yayın No: 98, Ankara.
- BEVIR M. and BOWMAN Q. (2015). *Innovations in Democratic Governance*, (Ed.) KUHLMANN, E., LANK, R.H., BOURGEAULT, I.L., WENDT, C. *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*, UK: Palgrave.
- BLANK, R. H. and BURAU, V. (2013). *Comparative Health Policy*, Fourth edition (Basingstoke: Palgrave Macmillan).

- GAULD, R. (2015). Primary Healthcare as a Global Healthcare Concept, (Ed.) KUHLMANN, E., LANK, R.H., BOURGEOULT, I.L., WENDT, C. The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance, UK: Palgrave.
- GENÇ, Y. ve BARIŞ, İ. (2015). “Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi”, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 10, Mart 2015, s. 36-57.
- GENET, N., BOERMA, W., KRONEMAN, M., HUTCHINSON, A. and SALTMAN, R. B. (Ed.) (2012). Home Care Across Europe, European Observatory of Health Systems and Policies-Observatory Studies Series, 27 (Brussels: WHO European Centre for Health Policy).
- HUGHES, O. E. (2013). Kamu İşletmeciliği ve Yönetimi, (Çev.) Buğra Kalkan, Bahadır Akın, Şeyma Akın, Ankara, BigBang Yayınları.
- JAKUBOWSKI, E. and SALTMAN, R. B. (Ed) (2013). The Changing National Role in Health System Governance. A Case-Based Study of 11 European Countries and Australia, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 29.
- KARASU, K. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66 (3), 217-262.
- KUHLMANN, E. (2006). Modernizing Healthcare: Reinventing Professions, the State and the public, GB: The Policy Press.
- KUHLMANN, E., BLANK, R.H., BOURGEOULT, I.L., WENDT, C. (2011). Healthcare Policy and Governance in International Perspective, (Ed.) KUHLMANN, E., BLANK, R.H., BOURGEOULT, I.L., WENDT, C. The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance, UK: Palgrave.
- LESTER, H. and ROLAND, M. (2009). ‘Performance Measurement in Primary Care’, (Ed.) Smith, P. C., MOSSIALOS, E., PAPANICOLAS, I. and LEATHERMAN, S., Performance Measurement for Health System Improvement, Cambridge: Cambridge University Press, 371–405.
- MITCHELL, M. (29.01.2016). An Overview of Public Private Partnerships in Health.
<https://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf>, 29.01.2016.
- NOLTE, E. and McKEE, M. (Ed.) (2008). Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- OSBORNE, D. and GAEBLER, T. (1992). Re-Inventing Government, Lexington, Addison-Wesley.
- OSTROM, E. (1990). Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action, UK: Cambridge University Press.
- PwC (PricewaterhouseCoopers), (2014). Türkiye Sağlık Sektörü Trend ve Öngörüler,
<https://www.pwc.com.tr/tr/publications/industrial/healthcare/pdf/saglik-sektorundeki-trend-ve-ongoruler-nisan-2014.pdf>, 01.02.2016.
- RHODES, R. A.W. (1996). The New Governance: Governing Without Government, Political Studies, XLIV, 652–667.

- SAĞLIK BAKANLIĞI (2012) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), (Ed.) AKDAĞ, R., Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2003). Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E19ABF9BBCF4C02FA1>, 12.02.2016.
- SAĞLIK BAKANLIĞI PROJE YÖNETİM DESTEK BİRİMİ, (12.01.2016a). Yürütülen Projeler - SDP (I. Faz). <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdp-i-faz-tamamland.html>, 12.01.2016.
- SAĞLIK BAKANLIĞI PROJE YÖNETİM DESTEK BİRİMİ, (12.01.2016b). Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz). <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdsgrp-ii-faz.html>, 12.01.2016.
- SUCHECKA, J. (2014). Transformations And Reforms Of European Health Care Systems: The Case of Estonia, *Comparative Economic Research*, 17 (3), 123-142.
- TATAR, M., (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *sosyal güvenlik Dergisi*, 1 (1), 103-133.
- TEKİN, A. G. (2007). “Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları”, *İdarecinin Sesi Dergisi*, 21 (122), 10-14.
- THOMSON, S., FOIBISTER, T. ve MOSSIALOS, E. (2009). *Financing Healthcare in the European Union: Challenges and Policy Responses*, Observatory Studies Series No: 17, European Observatory on Health Systems and Policies.