

## SOSYAL DEVLETEN NEOLİBERAL DEVLETE TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ PAYDAŞLARIN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ALGISI\*

### PERCEPTION OF TURKISH HEALTH SECTOR'S STAKEHOLDERS CONCERNING THE TRANSFORMATION OF HEALTH SECTOR FROM WELFARE STATE TO NEOLIBERAL STATE

Doç. Dr. Uysal KERMAN<sup>1</sup>  
Öğr. Gör. Dr. Erdal EKE<sup>2</sup>

#### ÖZET

*Çalışma, Türk sağlık sektöründe 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenlerini ve alt uygulamalarını konu edinmiştir. Çalışmada, Türk sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamaları sağlık sektöründeki paydaşlar tarafından değerlendirilerek mevcut durumun incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, literatür incelemesi ve saha araştırması yöntemleri doğrultusunda kurgulanmıştır. 2003-2009 ve 2009-2014 yılları arasında iki temel faz şeklinde projelendirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türk sağlık sektöründe kurumsal/yönetimsel ve hizmet anlayışı açısından önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Çalışma ile dönüşüm programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik öneriler ifade edilmiştir. Çalışma sonunda, hastaların dönüşüm programı uygulamalarına ilişkin olumlu algılarının yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek düzeyde olması, hastaların yönetici ve hekimlerin dönüşüm programı uygulamalarına ilişkin algılarının bazı demografik kriterlere göre farklılıklar teşkil etmesi ve de genel sağlık sigortasının sektördeki paydaşlar tarafından birincil derecede önemli görülmesi başta olmak üzere çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Dönüşen Devlet, Türk Sağlık Sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Yönetimi.

**Jel Kodları:** I18, Z18, I11.

#### ABSTRACT

*This study is related to the components and sub-applications of the Transformation Program in Health Sector in Turkey, which has been implemented in 2003. In the study, it is aimed that the current situation is examined by means of that the transformation applications are evaluated by stakeholders in the Turkish health sector. The study has been built in line with the literature review and field study methods. The transformation program which has been projected in two main phases between 2003 and 2009, and between 2009 and 2014, has brought out significant changes in Turkish health sector in terms of institutional/managerial and service-provision concepts. In the study, the problems emerged in Turkish health sector following the transformation program are stated and some proposals are made to solve them. In conclusion, various results have been obtained with this research, such as mainly that the positive perceptions of the patients are higher than those of the managers and physicians in the health sector toward the applications of the transformation*

\* Bu çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Erdal Eke tarafından Doç. Dr. Uysal Kerman'ın danışmanlığında tamamlanan ve SDÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 3292-D1-12 nolu proje ile desteklenen "Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı" başlıklı Doktora tezinden türetilmiştir.

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü, uysalkerman@sdu.edu.tr

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Senirkent Meslek Yüksekokulu, erdaleke@sdu.edu.tr

*programme and that the perceptions of the patients, managers and physicians differentiate according to some demographical criteria and also that all the stakeholders in the sector determine that the public health insurance application is of major importance.*

**Key Words:** *Transforming State, Turkish Health Sector, Transformation Program in Health, Public Administration.*

**Jel Codes:** *I18, Z18, I11.*

---

## 1. GİRİŞ

Devletin rol ve işlevlerindeki değişim ile kapitalist sistemin işleyişi<sup>3</sup> arasında bir ilişki söz konusudur. Bu ilişki doğrultusunda genel olarak üç devlet formu öne çıkmaktadır. İlk form, devletin ekonomik ve toplumsal alana müdahalesinin en alt düzeyde gerçekleştiği liberal devlet formudur. İkinci form, devlet müdahalesinin her alanda doğrudan hissedildiği ve gerekli görüldüğü, ekonomide aktif bir hareket alanına sahip sosyal refah devleti formudur (Castles vd., 2010:3-4; Güler, 2006:29-32). Üçüncü form ise devletin piyasa mekanizmasına yönelik müdahalelerinin minimal bir yoğunluğa sahip olmasını ve de daha çok düzenleyici bir konumda piyasa üstü bir konuma oturtulmasını öngören neoliberal devlet formudur (Plant, 2010:5-27; Hilgers, 2012:80-94; Haque, 2008:11-34).

Her bir devlet formunun, rol ve işlevler açısından farklı özelliklere sahip olduğu söylenebilir. Liberal devlet formu, bireycilik, özgürlük, kendiliğinden doğan düzen ve piyasa ekonomisi, kanun hakimiyeti ve sınırlı devlet gibi unsurlardan meydana gelen klasik liberalizm temelli bir karakteristiğe sahip iken (Yayla, 1998:140-196); sonrasında liberal devlet formuna, sosyal ve ekonomik alandaki yetersizlikler doğrultusunda eleştirel yaklaşan, insan onuruna yaraşır hayat standardının, sosyal adaletin, adil gelir dağılımının, sosyal ve ekonomik hakların sağlanması gibi özelliklere sahip sosyal refah devleti formuna geçilmiştir (Gümüş, 2010:561-563). İlerleyen süreç içerisinde sosyal refah devleti uygulamalarının, 1970'li yıllarla birlikte dünya genelinde ortaya çıkan ve yaygınlaşan ekonomik krizlerin etkisiyle sorgulanması sonucunda devletin sosyoekonomik alandaki girişimlerinin azaltılması yoluyla rol ve işlevlerinin daha çok düzenleyici bir konuma ulaştırılmasını hedefleyen, küreselleşme sürecinin de etkisiyle küresel ekonomik aktörlerle ilişkilerin yoğunlaştığı bir çerçeveye sahip olan neoliberal devlet formuna işaret edilmiştir (Gümüş, 2010:563-566; Şenkal ve Sarıipek, 2007:172).

Liberal, sosyal refah ve neoliberal devlet formları, kamusal politikaların belirlenmesi sürecini ve de devletin örgütlenme ve hizmet sunumu işlevlerini doğrudan doğruya etkileyerek farklılaştırmıştır. Örneğin sosyal refah devleti formu uygulamaları ile birlikte büyüme eğilimi gösteren kamu kesimi, neoliberal politikalarla birlikte örgütsel ve mali açıdan küçülme eğilimine yönelmiştir (Güzelsarı, 2008:37-38; Demirel, 2006:122-123). Bu doğrultuda başta İngiltere ve ABD olmak üzere gelişmiş ülkelerin önemli bir bölümünün, neoliberal politikalarla birlikte kamusal harcamaların azaltılmasına ve kaynakların daha rasyonel kullanılmasına vurgu yapan etkin ve düzenleyici bir devlet modeline doğru reform girişimlerine başvurduğu görülmüştür (Gümüş, 2010:565; Eryılmaz, 2009:18,20-21).

Dünya Bankası, OECD ve IMF gibi küresel aktörlerin de doğrudan müdahil olduğu devletin dönüşüm süreci, ülkelerin kamu yönetimi mekanizmalarında da etkili olmuş, bu

---

<sup>3</sup> Devlet formlarının sermaye mantıklı eğilim çerçevesindeki tarihsel gelişimi konusundaki detaylı bilgi için Bkz. Clyde W. Barrow, *Critical Theories of the State: Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist*, The University of Wisconsin Press, London, 1993, p.85.

süreçte etkinlik, verimlilik, kalite, müşteri memnuniyeti gibi ilkeleri içeren yeni bir yönetim anlayışı<sup>4</sup> dillendirilmiştir (Parlak ve Sobacı, 2010:194-195; Saran, 2001:43).

Dünyada devlet ve kamu yönetimi mekanizmalarını dönüştüren eğilime bağlı olarak Türkiye’de özellikle 1980 sonrasında hemen her alanda bir dönüşüm sürecinin yaşandığı görülmektedir (Güzelsarı, 2008:95-97). Bu doğrultuda dönüşüm sürecinin somut olarak yansıdığı ve etkisinin hissedildiği alanlardan birisi, sağlık sektörüdür.

Türkiye’de sağlık reformu<sup>5</sup> başlığı altında 1980’li yıllarla birlikte sağlık sektöründe yeniden yapılandırma çalışmaları başlatılmıştır. Dünya Bankası tarafından finanse edilen Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri, sağlık sektöründeki yeniden yapılandırma çalışmalarına örnek gösterilmektedir (Yıldırım, 2001:1141; Sur ve Atlı, 2001:1164). Son ve en geniş kapsamlı reform projesi ise 2003 yılı itibarıyla Dünya Bankası destekli olarak başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır. 2003-2009 ve 2009-2014 yılları arasında iki temel faz şeklinde tasarlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilk aşaması, Sağlıkta Dönüşüm Projesi<sup>6</sup>, ikinci aşaması ise Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi<sup>7</sup> olarak planlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe önemli bir dönüşüm süreci yaşandığı söylenilebilir. Yönetim ve örgütlenme, finansman ve hizmet sunumu konuları başta olmak üzere birçok alanda neoliberal politikaların ve yeni kamu yönetimi anlayışının etkisi hissedilmektedir.

<sup>4</sup> Literatürde farklı şekillerde tanımlanan yeni kamu yönetimi anlayışı ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Christopher Hood, “The “New Public Management” In The 1980s: Variations On A Theme”, *Accounting, Organizations and Society*, 1995, 20: 93-109; F. Neval Genç, “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, *Türk İdare Dergisi*, 2010, 466: 145-159; Hamza Al, *Yeni Kamu Yönetimi: Ülke Deneyimleri, Değişim Yayınları*, 2008; Ewan Ferlie, *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, New York, 1996; Michael Barzelay, *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*, University of California Press, England, 2001; M. Akif Özer, *Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya*, Platin Yayınevi, Ankara, 2005.

<sup>5</sup> Dünyada birçok ülkede farklı şekillerde sağlık reformu uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Sağlık reformu, sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinde çok önemli rol oynamaktadır. Hem farklı ülkelerin sağlık sektörlerindeki değişim hem de uluslararası etkileşim bağlamında 1970 sonrasında çok önemli bir süreç yaşandığı gözlemlenmektedir. Dünya genelindeki sağlık reformları ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Andrew C. Twaddle, *Health Care Reform Around the World*, First Published, Greenwood Publishing Group, USA, 2002; Lillian E. Forman, *Health Care Reform*, ABDO, USA, 2009; Theodore R. Marmor, *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, USA, 1994; Susan Giaimo, *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, University of Michigan Press, USA, 2002; Marshall Raffel, *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Penn State Press, USA, 2007; Kieke G. H. Okma, *Six countries, six reform models--the healthcare reform experience of Israel, the Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland, and Taiwan*, World Scientific, Singapore, 2009.

<sup>6</sup> Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 75.16 Milyon ABD Doları büyüklüğünde olup; bu miktarın 60,60 Milyon ABD Doları, 1944 yılında Bretton Woods Anlaşması’nda Uluslararası Para Fonu ile birlikte kurulan ve Dünya Bankası’nın ana borç veren kuruluşu olan Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası tarafından karşılanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin finansal bilgileri konusunda ayrıntılı bilgi için Bkz. Dünya Bankası, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, <http://www.worldbank.org/projects/P074053/health-transition-project?lang=en>, (10.08.2013)

<sup>7</sup> Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (SDSGRP), 25 Nisan 2013 tarihinde imzalanan ikraz tadilatı ile “Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasına Destek Projesi (SSYYDP)” olarak revize edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, “Kurumsal-Tarihçe”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164>, (25.1.2014).

## 2. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE DÖNÜŞÜM: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

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, Sağlık Bakanlığı’nın 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 finansman 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).

Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı, 8 temel bileşen etrafında sağlık sektörünü dönüştürmeyi hedeflemiştir. Bu bileşenler;

- 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 (Sağlık Bakanlığı, 2003:26-37).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, iki temel faz (aşama) şeklinde gerçekleştirilmiştir. Buna göre 2003-2009 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalar, sürecin ilk fazını teşkil etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). İkinci faz ise 2009-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalardan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan dönüşüm süreci, sağlık hizmetlerinin sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı alanında önemli adımları beraberinde getirmiştir (Sülkü, 2011:1). SDP ile birlikte koruyucu ve temel sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri, ilaç ve eczacılık, sağlık bilgi sistemi, kurumsal yapılanma ve sosyal güvenlik konularında yeni uygulamalar başlatılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman ve insan kaynakları alanında gerçekleştirilen değişiklikler genel hatlarıyla şu şekilde özetlenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011:75-232):

*Yönetim ve Örgütlenme Alanındaki Değişiklikler*, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, hastanelerde yerinden yönetim anlayışına yönelik adımların atılması, hastanelerde rol belirleme ve gruplandırma işlemlerinin yapılması, sağlık hizmet planlaması faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi, sağlık kurumlarında stratejik yönetim ve bürokrasinin azaltılması, özel hastanelerin hizmet sunumu ile ilaç ve eczacılık başta olmak üzere geniş kapsamlı bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır.

*Hizmet Sunumu Alanındaki Değişiklikler*, özellikle hasta hakları, hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma, merkezi hastane randevu sistemi, sağlık bilgi sistemi, evde sağlık bakımı hizmetleri, performans sistemi, kalite ve akreditasyon, acil sağlık hizmetleri ve servisleri ile kan hizmetleri başta olmak üzere çok sayıda konu ve alanda yoğunlaşmıştır.

*Finansman Alanındaki Değişiklikler*, sosyal güvenlik sisteminde yaşanan kurumsal dönüşüm ve bu doğrultuda genel sağlık sigortasının oluşturulması başta olmak üzere önemli yapısal ve işlevsel değişiklikler gerçekleştirilmiştir.

*İnsan Kaynakları Alanındaki Değişiklikler*, Sağlık Bakanlığı ile Üniversite hastanelerinin ortak kullanımına yönelik düzenlemenin yapılması, sağlık personeli sayısının artırılması, sağlık insan gücü temininde yeni istihdam modellerinin kullanılması, personel atamalarında şeffaflık ilkesine yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi, sağlık personeline yönelik eğitim faaliyetlerinin artırılması ve kapsamının genişletilmesi gibi faaliyetlerdir.

### **3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARI ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

Araştırmanın temel amacı, sosyal refah devletinden neoliberal devlete doğru dönüşen devlet algısının, Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşen ve uygulamalarından hareketle, sağlık sektöründeki paydaşlarının değerlendirmeleri ile somutlaştırılması ve bu paydaşların dönüşüm uygulamaları ile ilgili farkındalıklarının tespit edilmesi olarak belirlenmiştir.

Araştırmada sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamalarının, sürecin paydaşlarının görüşleri temel alınarak değerlendirmeye tabi tutulması ve örneklemin geniş kapsamlı olması çalışmaya özgün bir değer kazandırmaktadır.

Araştırmada yöntem olarak alan araştırması, veri toplama aracı olarak ise anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın amacı ve kapsamına uygun olarak araştırmanın planlanması yapılmış, veriler toplanmış ve analiz edilmiştir.

*Araştırmanın hipotezleri* şu şekilde belirlenmiştir:

Hipotez 1. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

Hipotez 2. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

Hipotez 3. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.

Hipotez 4. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.

Hipotez 5. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, meslek gruplarına göre farklılık gösterir.

Hipotez 6. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, mesleğe göre farklılık gösterir.

Hipotez 7. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, göreve göre farklılık gösterir.

Araştırmanın evreni, tüm Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdür ve Müdür Yardımcıları, Kamu ve Özel Hastane Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hekimler, Hastane Müdür ve Müdür Yardımcıları, Tabipler Odası Şube Başkanları, Eczacılar Odası Şube Başkanları, Sağlık Sendika Şube Başkanları ile hastalar olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise zaman ve maliyet kısıtları, bölgeyi nüfus ve sosyoekonomik düzey açısından temsil etme gibi parametreler doğrultusunda Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Konya, Samsun, Şanlıurfa ve Isparta il merkezleri olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak Türkiye’nin yedi bölgesinden bölgeyi temsilen yedi il ve çalışmanın yapıldığı il olması nedeniyle de Isparta il merkezi, anket uygulama sahası olarak seçilmiştir.

Anket uygulaması Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Isparta, Konya, Samsun, Şanlıurfa illerinde Kasım 2012-Mayıs 2013 zaman aralığında anketörler aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında 832’si hasta ve 418’u sağlık yöneticisi ve hekim olmak üzere toplamda 1250 kişi ile görüşülmüş ve bu kişilere anket uygulanmıştır.

Anket verilerinin analizi için SPSS 16.0 istatistik programı kullanılmıştır. Öncelikle veriler kategorize edilerek bilgisayar ortamına aktarılmış, daha sonra hasta, yönetici ve hekimler için her soruya ait frekans dağılımları hesaplanmıştır. Yukarıda sözü edilen üç grup soru için ayrı ayrı ortalama ve frekans değerleri bulunmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik olarak hasta, yönetici ve hekimler arasında farklılık olup olmadığını ölçmek için Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. Ayrıca ankete katılanların yaş ve eğitim durumları bakımından eğilimlerini ölçmek için Jonkheere-Terpstra (trend analizi) testi yapılmıştır. Ayrıca hasta, yönetici ve hekimlere uygulanan anket formunda yer alan SDP sonrası ortaya çıkan sorunlar ve sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin açık uçlu sorulara verilen cevaplar kategorize edilmiştir.

Tablo 1: Hastalara Ait Demografik Özellikler

YAŞ	18-25 arası		26-35 arası		36-45 arası		46-55 arası		56 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	116	14,2	256	31,3	260	31,7	108	13,2	78	9,5
EĞİTİM	İlköğretim		Lise		Önlisans		Lisans		Lisansüstü	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	56	6,9	444	54,6	179	22	110	13,5	24	3
CİNSİYET	Kadın		Erkek							
	n	%	n	%						
	338	40,6	494	59,4						
MESLEK	Memur		Esnaf		İşçi		Emekli		Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	166	20	117	14,1	296	35,7	124	15	129	15,2

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo 1’deki verilere göre hastaların %59,4’ü erkek, %40,6’sı da bayandır. Ayrıca hastaların %38,5’inin yükseköğrenim gördüğü ve %45,5’inin de 35 yaş ve altında olduğu tespit edilmiştir. Anketeye katılan hastaların mesleklerine göre dağılımına bakıldığında ise %35’lik bir oranla işçilerin öne çıktığı görülmektedir. Diğer kategorisinde ise serbest meslek, ev hanımı ve öğrenciler çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 2:Yönetici ve Hekimlere Ait Demografik Özellikler

YAŞ	18-25 arası		26-35 arası		36-45 arası		46-55 arası		56 ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	4	1	46	11,7	175	44,6	146	37,2	21	5,4
EĞİTİM	İlköğretim		Lise		Önlisans		Lisans		Lisansüstü	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	-	-	7	1,7	28	6,9	158	38,9	213	52,5
CİNSİYET	Kadın		Erkek							
	n	%	n	%						
	95	22,7	323	77,3						
MESLEK	Hekim		Yönetici		Diğer					
	n	%	n	%	n	%				
	164	39,3	225	54,0	28	6,7				

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin demografik özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo 2’deki verilere göre yönetici ve hekimlerin %77,3’ü erkek, %22,7’si de bayandır. Ayrıca yönetici ve hekimlerin %98,3’ünün yükseköğrenim gördüğü, %87,2’sinin 36 ve üzeri yaş grubuna dahil olduğu ve de %39,3’ünün hekim, %54’ünün de yönetici olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

SORU NO	SORULAR	Ortalama <sup>8</sup>	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Aile hekimliği	4,40	1,051	84,9
2.	Genel sağlık sigortası	4,56	0,861	89,4
3.	Sağlık bilgi sistemi	4,26	1,021	79,7
4.	Hekim seçme özgürlüğü	4,48	0,907	88,5
5.	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler	4,32	0,926	83,8
6.	Kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi	4,18	1,070	77
7.	Hizmet sunumunda kamu/özel ayrımının giderilmesi	4,17	1,123	75,4
<b>GENEL ORTALAMA</b>				<b>82,67</b>

Araştırmaya katılan hastaların beşte dördünden biraz fazlası, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayata geçirilen uygulamaları önemli gördüklerini ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo

<sup>8</sup> 1-5 arasında az önemliden çok önemliye doğru kullanılan ölçeğin ortalamalarıdır.

3). Uygulamalar içerisinde hastalar tarafından en önemli görülenler, genel sağlık sigortası (%89,4), hekim seçme özgürlüğü (%88,5), aile hekimliği (84,9) ve hasta haklarına yönelik düzenlemeler (%83,8) olarak ortaya çıkmıştır. Hastaların SDP kapsamındaki uygulamalara yönelik verdiği yanıtların ortalaması ise %82,67 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, hastaların SDP uygulamalarını ne denli önemli gördüğüne işaret etmektedir.

Tablo 4:Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

SORU NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Aile hekimliği	3,97	1,262	73,6
2.	Genel sağlık sigortası	4,41	0,984	85,1
3.	Sağlık bilgi sistemi	4,10	1,071	78,2
4.	Hekim seçme özgürlüğü	4,14	1,042	81,6
5.	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler	4,00	1,059	75
6.	Kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi	3,86	1,159	67,1
7.	Hizmet sunumunda kamu/özel ayrımının giderilmesi	3,86	1,223	64,1
<b>GENEL ORTALAMA</b>				<b>74,95</b>

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin dörtte üçü (%74,95), Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayata geçirilen uygulamaları önemli gördüklerini ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4). Yönetici ve hekimler tarafından SDP uygulamaları içerisinde en önemli görülenler sırasıyla, genel sağlık sigortası (%85,1), hekim seçme özgürlüğü (%81,6), sağlık bilgi sistemi (%78,2), hasta haklarına yönelik düzenlemeler (%75) ve aile hekimliği (%73,6) olarak ortaya çıkmıştır. Yönetici ve hekimlerin, SDP kapsamındaki uygulamalara yönelik verdiği yanıtların ortalaması ise %74,95 olarak hesaplanmıştır. Bu verilerden araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin özellikle genel sağlık sigortası, hasta hakları ve sağlık bilgi sistemi konularına çok önem verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, hastaların bu yöndeki algısına benzer bir şekilde SDP uygulamalarının önemli olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Tablo 5: Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Eğitim Yönünden Karşılaştırılması

	Eğitim	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	p	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	İlköğretim	51	485,28	21,466	0,001	0,189
	Lise	437	407,89			
	Ön lisans	175	395,23			
	Lisans	106	321,76			
	Yüksek Lisans	21	370,17			
	Doktora	3	260,17			

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyesi grupları ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 5). Hastaların, SDP temel bileşenlerine yönelik düşünceleri eğitim düzeylerine göre değişebileceği söylenilebilir. Bundan dolayı "araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir" şeklindeki Hipotez 1 kabul edilmiştir. Ancak



ortalamalar göz önüne alındığında ortaya çıkan anlamlı farklılığın trend oluşturacak düzeyde gerçekleşmediği söylenebilir.

Tablo 6: Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Eğitim Yönünden Karşılaştırılması

	Eğitim	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	p
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Lise	7	130,57	8,676	0,070
	Ön lisans	25	168,92		
	Lisans	154	204,92		
	Yüksek Lisans	125	208,41		
	Doktora	81	176,32		

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin eğitim seviyesi grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo 6). Bundan dolayı "araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir" şeklindeki Hipotez 2 kabul edilmemiştir. Yönetici ve hekimlerin eğitim düzeyi bakımından en yüksek SDP algısı, Lisans ve Yüksek Lisans mezunlarına aittir. En düşük SDP algısının ise Lise ve Ön lisans mezunlarına ait olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 7: Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Yaş Yönünden Karşılaştırılması

	Yaş	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	p	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	18-25 arası	112	379,82	6,406	0,171	0,062
	26-35 arası	250	378,78			
	36-45 arası	256	415,79			
	46-55 arası	103	432,85			
	56 ve üzeri	76	391,35			

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları arasında SDP temel bileşenlerine yönelik yanıtlar bakımından anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları ile yaşa bağlı bir eğilim olup olmadığının (trend analizi) tespit edilebilmesi için yapılan Jonckheere-Terpstra (J-T) Testinin<sup>9</sup> yer aldığı Tablo 7'de gruplar arasında anlamlı farklılıkların oluşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir deyişle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri bakımından yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar oluşmamıştır. Hastaların yaşlarının artışı, Sağlıkta Dönüşüm Programı algısını kısmen yükseltirken, bu durum hem J-T testi sonucunun p=0,062, hem de Asymp.Sig değerinin p=0,171 olması dolayısıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir sonucu oluşturmamıştır. Dolayısıyla "araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir" şeklindeki Hipotez 3, reddedilmiştir.

<sup>9</sup> Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. A. Field, *Discovering Statistics Using SPSS*, Secon Edition, Sage Publication, London, 2005, p.553.

Tablo 8: Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Yaş Yönünden Karşılaştırılması

	Yaş	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	P	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	18-25 arası	3	145,67	6,482	0,166	0,878
	26-35 arası	45	171,60			
	36-45 arası	168	198,16			
	46-55 arası	143	193,64			
	56 ve üzeri	20	143,45			

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin yaş grupları arasında SDP temel bileşenlerine yönelik yanıtlar bakımından anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları ile yaşa bağlı bir eğilim olup olmadığının (trend analizi) tespit edilebilmesi için yapılan Jonckheere-Terpstra (J-T) Testinin yer aldığı Tablo 8’de gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür. Bir başka ifadeyle Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel bileşenleri bakımından yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar oluşmamıştır. Yönetici ve hekimlerin yaşlarının artışı, Sağlıkta Dönüşüm Programı algısını kısmen yükseltirken, bu durum hem J-T testi sonucunun  $p=0,878$  hem de Asymp.Sig değerinin  $p=0,166$  olması dolayısıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir sonucu oluşturmamıştır. Bu sonuçlardan hareketle “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 4, reddedilmiştir.

Tablo 9: Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Meslek Yönünden Karşılaştırılması

	Meslek	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	P	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Memur	164	417,57	15,218	0,033	0,053
	Esnaf	116	386,56			
	İşçi	284	426,89			
	Emekli	121	411,64			
	Serbest	38	348,21			
	Ev Hanımı	34	353,22			
	Öğrenci	47	324,32			
	Çiftçi	2	185,25			

Araştırmaya katılan hastaların meslek grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 9). Bundan dolayı “araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, meslek gruplarına göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 5 kabul edilmiştir. Hastaların meslek grupları, SDP algısının farklılaştığını göstermektedir. Tablo 9 incelendiğinde meslek grupları içerisinde işçilerin, memurların ve emeklilerin SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 10. Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Meslek Yönünden Karşılaştırılması

	Meslek	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	p
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Hekim	153	178,90	35,405	0,000
	Yönetici	193	202,89		
	Diğer	22	62,14		

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin meslek grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 10). Bundan dolayı "araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, mesleğe göre farklılık gösterir" şeklindeki Hipotez 6 kabul edilmiştir. Yönetici ve hekimlerin meslek grupları arasında, SDP algısının farklılaştığı görülmektedir. Tablo 10 incelendiğinde meslek grupları içerisinde yöneticilerin SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 11: Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Görev Yönünden Karşılaştırılması

	Görev	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	P	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Müdür	71	167,99	43,324	0,000	0,020
	Müdür Yard.	123	185,83			
	Başhekim	44	166,64			
	Başhekim Yardımcısı	78	182,98			
	Tabip Odası Başkanı	4	28,25			
	Eczacı Odası Başkanı	4	57,88			
	Sendika Şube Başkanı	14	39,89			

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin görev grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 11). Bundan dolayı "araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, göreve göre farklılık gösterir" şeklindeki Hipotez 7 kabul edilmiştir. Yönetici ve hekimlerin görev grupları, SDP algısının farklılaştığını göstermektedir. Tablo 11 incelendiğinde görev grupları içerisinde SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu kişiler, Başhekim Yardımcıları, Müdür Yardımcıları, Müdür ve Başhekim şeklinde hesaplanmıştır. Bu noktada en düşük algı, Tabip Odası Başkanları, Sendika Şube Başkanları ve Eczacılar Odası Başkanlarına aittir. Ayrıca bu sonuç, literatürdeki görüşlere paralel olarak ulusal örgütlerden Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği ve Sendikaların SDP ve uygulamaları hakkındaki eleştirel görüşlerini<sup>10</sup> destekler nitelik arz etmektedir.

<sup>10</sup> Türk sağlık sektöründe Türk Eczacıları Birliği ve Türk Tabipleri Birliği'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamaları ile ilgili görüş ve değerlendirmeleri kamuoyu ile paylaşılmıştır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Türk Tabipleri Birliği, Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2007; Türk Tabipleri Birliği, T. C. Sağlık Bakanlığı'ndan "Sağlık Holding"e, Devlet Hastaneleri'nden "Şirket Hastaneleri"ne, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2011; Türk Tabipleri Birliği, *Genel Sağlık Sigortası*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara, 2005; Türk Eczacıları Birliği, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu", 05.05.2009, <http://www.teb.org.tr/images/upld2/rapor/cqg20090505151835SSGSSRapor.pdf>, (02.01.2014).

Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlere Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında ortaya çıkan sorunların tespit edilmesi ve bu sorunların giderilmesine yönelik ek önerilerin belirlenmesi amacı doğrultusunda açık uçlu sorulara verilen yanıtlar kategorize edilmiştir.

İlk olarak araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile birlikte Türk sağlık sektöründe öne çıkan sorun/sorun alanlarına yönelik düşünceleri tespit edilmiştir. Buna göre hastalar, yönetici ve hekimler yönetim ve örgütlenme alanında aile hekimliği, Sağlık Bakanlığı'nın yeni yapısı, sağlık hizmetlerinde özelleştirme ve ticarileştirme eğilimi, performans düzenlemesi, teknik donanım ve altyapı yetersizliği ve sevk zinciri gibi konularda sorunlar yaşandığını öne sürmektedir. Hizmet sunumu alanında öne çıkan sorun/sorun alanları, sağlık hizmeti alım süreci, sağlık personelinin davranışları, muayene süreci, hasta-hekim ilişkisinde maddi kaygılar olarak ortaya çıkmıştır. Finansman alanında ise özellikle muayene katılım payları, cepten ödemelerin artışı, genel sağlık sigortası ile ilgili gelir testi gibi konularda sorun yaşandığı ifade edilmiştir. Sağlık personelinin yetkinlik düzeyi, personel yetersizliği, personelin özlük hakları, sağlıkta şiddet eylemleri gibi konularda insan kaynakları alanında sorunlar yaşandığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına ek olarak Türk sağlık sektöründe politika belirleyiciler tarafından yapılması/gerçekleştirilmesi arzu edilen önerileri belirlenmiştir. Sorun/sorun alanlarının ortaya konulmasında kullanıldığı üzere, ek öneriler konusunda da dört temel alanda veriler kategorize edilmeye çalışılmıştır. Buna göre halkın SDP ve uygulamaları konusunda bilgilendirilmesi, sağlık hizmetlerinin tek bir sistem üzerinden alınabilmesi ve görülebilmesine olanak sağlayan bir yapının oluşturulması, merkezi idarenin yetkilerinin azaltılması, aile hekimliği uygulamasının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, performans sisteminin gözden geçirilmesi, sağlıkta şiddet eylemlerinin engellenmesine yönelik caydırıcı düzenlemelerin yapılması, Sağlık-Net veri tabanının kullanışlı hale getirilmesi gibi hususlar yönetim ve örgütlenme alanındaki öneriler olarak sınıflandırılmıştır. Sevk zincirinin işletilmesi ve hastanelere doğrudan erişimin kısıtlanması, hastanelerdeki bekleme sürelerinin azaltılması, ilaç teminindeki sorunların giderilmesi, aile hekimliğinin giderilmesi, aile hekimliği uygulamasının 24 saat hizmet verebilir hale getirilmesi ve etkili bir danışmanlık hizmeti sağlanması, tedavi sürecinin açık ve etkili bir dille anlaşılır bir şekilde hastalara anlatılması ve sağlık personeli tarafından takip edilmesi gibi önerilerde hizmet sunumu süreci ile ilişkilendirilmiştir. Muayene katılım paylarının kaldırılması ya da çok alt düzeylere çekilmesi (örneğin %10), özel hastanelerin katılım paylarının kamu hastanelerinin fiyatlarına çekilmesi, genel sağlık sigortası kapsamında olanlardan tekrardan katkı payı alınmaması ve hasta üzerindeki maddi yükün azaltılması, sağlık hizmetlerine genel bütçeden daha fazla kaynak aktarılması gibi önerilerde finansman alanı başlığı altında değerlendirilmiştir. Son olarak ise nitelikli ve deneyimli sağlık personelinin sağlanması, hizmet veren sağlık personeli sayısının artırılması, sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirilmesi gibi öneriler insan kaynakları alanında öne çıkan hususlar olarak tespit edilmiştir.

Hasta, yönetici ve hekimlerin SDP sonrası sağlık sektörü ile ilgili sorun ve önerilere yönelik görüşleri incelendiğinde; özellikle finansman alanında muayene katılım payları ya da diğer bir deyişle cepten ödemelerin artışı, özelleştirme ve ticarileştirme eğilimi olduğuna yönelik kaygılar ve genel sağlık sigortası kapsamındaki temel teminat paketi gibi hususların, sosyal refah devletinden neoliberal devlete Türkiye'de devletin dönüşümü ile ilgili sürece işaret ettiği belirtilebilir.

#### 4. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Dünyadaki siyasal ve ekonomik koşullara bağlı olarak Türkiye’de devletin kamusal alandaki politikalarının farklılaştığı, özellikle 1980 yılı sonrasında devletin yapısal ve işlevsel açıdan neoliberal politikalar ekseninde dönüşüm eğilimi gösterdiği gözlemlenmektedir. Devletin geniş ve büyüme odaklı yapısal ve işlevsel çerçevesinin, özelleştirme ve deregülasyon gibi yöntemlerle daha çok küçülme odaklı, düzenleme ve denetleme amaçlı bir yapıya doğru dönüşüm sürecinde olduğu tespit edilmiştir.

1980 sonrasında sağlık hizmetlerinde reform ya da iyileştirme isimleri altında İngiltere, ABD ve diğer ülkelerde olduğu gibi Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, OECD ve IMF gibi küresel örgütlerin de etkisiyle Türkiye’de de sağlık hizmet sektöründe çeşitli reform odaklı projeler ortaya konulmuştur. Bu projelerin en kapsamlısı ve en son örneği Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte gerçekleştirilen ve öne çıkan faaliyetler şu şekilde özetlenebilir.

- 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.
- Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin oluşturulmasına yönelik adımlar atılmıştır.
- Kamu hastanelerinde yeni kamu yönetimi düşüncesi ile paralel olarak kalite ve rekabet odaklı işletmecilik mantığı ile hareket edebilecek bir yapı ve hizmet anlayışı benimsenmiştir.
- Yıllardan beri uygulanması düşünülen ve 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.
- İlaç ve eczacılık alanında Sağlık Bakanlığına Bağlı Kuruluş statüsünde Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu yapılanması oluşturulmuş ve ilaç piyasasında kurumsal/yönetimsel bir çerçeve çizilmeye çalışılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen faaliyetlerin sağlık sektöründeki hasta, yönetici ve hekimler tarafından değerlendirilmesi ve dönüşüm süreci ile ilgili farkındalıklarının tespit edilmesi amacı doğrultusunda gerçekleştirilen alan araştırması sonucunda araştırma hipotezlerinin test sonuçları özetlenmektedir (Bkz. Tablo 12).

Tablo 12.Hipotez Test Sonuçları

Hipotez No	Hipotez	Test Sonucu
1	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.	Kabul
2	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.	Ret
3	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.	Ret
4	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.	Ret
5	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, meslek gruplarına göre farklılık gösterir.	Kabul
6	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, mesleğe göre farklılık gösterir.	Kabul
7	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, göreve göre farklılık gösterir.	Kabul

Analiz sonuçlarına göre; hastaların SDP algısının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi olarak ilkököl ve lise grubuna dahil olanların diğerlerine nazaran daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum yönetici ve hekimlerde, hastalardan farklı bir şekilde ortaya çıkmıştır. Diğer bir deyişle yönetici ve hekimlerin SDP algısının, eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Hasta, yönetici ve hekimlerin SDP algısının yaşa göre farklılık arz etmediği, analiz sonuçları doğrultusunda ulaşılan sonuçlardan birisidir. Hasta, yönetici ve hekimlerin SDP algısının meslek gruplarına göre farklılıklar teşkil ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların meslek grupları içerisinde işçilerin, memurların ve emeklilerin SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yönetici ve hekimlerin meslek grupları içerisinde yöneticilerin SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yönetici ve hekimlerin SDP algısının görev gruplarına göre farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Yönetici ve hekimlerin görev grupları içerisinde SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu kişiler, Başhekim Yardımcıları, Müdür Yardımcıları, Müdür ve Başhekim şeklinde hesaplanmıştır. Bu noktada en düşük algı, Tabip Odası Başkanları, Sendika Şube Başkanları ve Eczacı Odası Başkanlarına ait olduğu belirlenmiştir. Özellikle hastaların SDP uygulamalarına olan memnuniyet ve destek düzeyi ile yönetici ve hekimlerin görev alanlarına göre SDP algısında farklılıklar olduğu sonucu, literatürde öne sürülen varsayımları test eder nitelik taşımaktadır.

Sonuç olarak, Türk sağlık sektöründe SDP uygulamaları ile gelen bu durumun gelecek yıllarda, siyasi iktidarların süreçle ilgili politikalarına da bağlı olmak kaydıyla değişebileceği ya da Sağlıkta Dönüşüm Programı ile arzulanan sürecin devam etmesi durumunda ise neoliberal politikalar ekseninde devletin sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki sorumluluğunun ve işlevinin en aza inebileceği, özel sigortacılığın ve özel sağlık hizmeti anlayışının etkisinin her geçen gün yüksek oranlara ulaşacağı özel sektör ağırlıklı bir sağlık örgütlenme ve finansman modeline geçileceği 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 yönetimi ilkelerine paralel bir hizmet anlayışının harekete geçirildiği söylenebilir.

Neoliberal devlet döneminin yönetim ve iyi yönetim anlayışları, Türk sağlık sektöründe paydaşların görüş ve önerilerinin tespit edilmesi, dikkate alınması ve bunların süreç içerisindeki politikalara yansıtılması, iyileştirme ya da reform uygulamalarından başarılı sonuç alınmasını, şeffaflık, hesap verebilirlik, hukukun üstünlüğü konularının dikkate alınmasıyla Türkiye’de sağlık sektöründeki sorunların ortadan kaldırılmasına olumlu yönde etki edebilecek, daha gelişmiş bir sağlık hizmet düzeyine geçilmesi olasılığını arttırabilecektir.

#### **KAYNAKÇA**

- AL, H. (2008). Yeni Kamu Yönetimi: Ülke Deneyimleri, Değişim Yayınları.
- BARROW, C.W. (1993). Critical Theories of the State: Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist, The University of Wisconsin Press, London.
- BARZELAY, M. (2001). The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue, University of California Press, England.
- CASTLES, F.G., LEIBFRIED, S., LEWIS J. ve OBINGER H. (2010). The Oxford Handbook of the Welfare State, Oxford University Press, Oxford.

- DEMİREL, D. (2006). “Küresel Eksende Devletin Yeni Kimliği: “Etkin Devlet””, *Sayıştay Dergisi*, 60: 105-128.
- DPT (2003). 58.Hükümet Acil Eylem Planı, Ankara.
- DÜNYA BANKASI, (2013). “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, <http://www.worldbank.org/projects/P074053/health-transition-project?lang=en>, 10.08.2013.
- ERYILMAZ, B. (2009). *Kamu Yönetimi*, Okutman Yayıncılık, 2.Baskı, Ankara.
- FERLIE, E. (1996). *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, New York.
- FIELD, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*, Secon Edition, Sage Publication, London.
- FORMAN, L.E. (2009). *Health Care Reform*, ABDO, USA.
- GENÇ, F.N. (2010). “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı: 466, 145-159.
- GIAIMO, S. (2002). *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, University of Michigan Press, USA.
- GÜLER, B.A. (2006). “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, 2: 29-42.
- GÜMÜŞ, A.T. (2010). *Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü*, On İki Levha Yayıncılık, 1.Baskı, İstanbul.
- GÜZELSARI, S. (2008). *Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü*, Sosyal Araştırmalar Vakfı, 1.Basım, İstanbul.
- HAQUE, M.S. (2008). “Global Rise Of Neoliberal State And Its Impact On Citizenship: Experiences In Developing Nations”, *Asian Journal of Social Science*, 36: 11–34.
- HILGERS, M. (2012). “The Historicity of the Neoliberal State”, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20/1: 80–94.
- HOOD, C. (1995). “The “New Public Management” In The 1980s: Variations On A Theme”, *Accounting, Organizations and Society*, 20: 93-109.
- MARMOR, T.R. (1994). *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, USA.
- OKMA, K. G. H., CRIVELLI L. (2009). *Six countries, six reform models--the healthcare reform experience of Israel, the Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland, and Taiwan*, World Scientific, Singapore.
- ÖZER, M.A. (2005). *Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya*, Platin Yayınevi, Ankara.
- PARLAK, B. ve SOBACI, Z. (2010). *Kuram ve Uygulamada Kamu Yönetimi: Ulusal ve Küresel Perspektifler*, Alfa Aktüel Yayınları, 3.Baskı, Bursa.
- PLANT, R. (2010). *The Neo-liberal State*, Oxford University Press, New York.
- RAFFEL, M. (2007). *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Penn State Press, USA.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003). *Sağlık Dönüşümü*, Ankara.

- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2014). “Kurumsal-Tarihçe”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164>, 25.1.2014.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2014). “SDP (I. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, 25.1.2014.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2014). “SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP> 25.1.2014.
- SARAN, U. (2001). “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, Türk İdare Dergisi, Aralık, 433: 37-51.
- SUR, H., ATLI, H. (2001). “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, Yeni Türkiye Sağlık-II, 40: 1163-1167.
- SÜLKÜ, S.N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, T.C.Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414, Ankara.
- ŞENKAL, A. ve SARIPEK, D.B. (2007). “Avrupa Birliği’nin Karşılaştırmalı Refah Modelleri ve Sosyal Politikada Devletin Değişen Rolü”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14/2: 146-175.
- TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ, (2009). “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu”, <http://www.teb.org.tr/images/upld2/rapor/cqg20090505151835SSGSSRapor.pdf> 02.01.2014.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ, (2005). Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ, (2007). Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2011). T. C. Sağlık Bakanlığı’ndan “Sağlık Holding”e, Devlet Hastaneleri’nden “Şirket Hastaneleri”ne, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.
- TWADDLE, A.C. (2002). Health Care Reform Around the World, First Published, Greenwood Publishing Group, USA.
- YAYLA, A. (1998). Liberalizm, Liberte Yayınları, 2.Baskı, Ankara..
- YILDIRIM, S. (2001). “Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, Yeni Türkiye Sağlık-II, 40: 1140-1144.