

**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**ÇEVREYE UYUM YAKLAŞIMI BAĞLAMINDA ÖRGÜTLERİN
DAVRANIŞLARININ ANALİZİ:
TÜRK SAĞLIK ALANINDA BİR ARAŞTIRMA
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

Duygu ACAR

BURSA 2010

**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**ÇEVREYE UYUM YAKLAŞIMI BAĞLAMINDA ÖRGÜTLERİN
DAVRANIŞLARININ ANALİZİ:
TÜRK SAĞLIK ALANINDA BİR ARAŞTIRMA
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

Duygu ACAR


Danışman

Prof. Dr. Bilçin TAK


BURSA 2010

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

..... İktisat Anabilim/Anasanat Dalı,
..... Yönetim Organizasyon Bilim Dalında 700716004 numaralı
..... Duygu Acar'nın hazırladığı "Aerneye Uygun
Çalışma Ortamının İşletmelerin Devamlılığını Artırma Açısından Bir Uygulama Örneği" konulu (Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik Tezi/Çalışması) ile ilgili tez savunma sınavı, 23.07.2010 günü 13.45 - 14.45 saatleri arasında yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin/çalışmasının başarılı (başarılı/başarısız) olduğuna (oybirliği/oy çokluğu) ile karar verilmiştir.


Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu Başkanı)
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi


Prof. Dr. Bilal Tok
Uludağ Üniversitesi, İ.İ.B.F



Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

Doc. Dr. Ayşe Ögüzlör
Uludağ Üniversitesi
İ.İ.B.F

Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi


Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi
Prof. Dr. Zeynep Sabuncuoğlu
Uludağ Üniversitesi
İ.İ.B.F

Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

23.07.2010

ÖZET

Yazar : Duygu ACAR
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Anabilim Dalı : İşletme
Bilim Dalı : Yönetim-Organizasyon
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : xi +168
Mezuniyet Tarihi : /.... / 2010
Tez Danışman(lar)ı : Prof.Dr. Bilçin TAK

ÇEVREYE UYUM YAKLAŞIMI BAĞLAMINDA ÖRGÜTLERİN DAVRANIŞLARININ ANALİZİ:

TÜRK SAĞLIK ALANINDA BİR ARAŞTIRMA

Bu çalışmada, çevreye uyum yaklaşımı bağlamında Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin sağlık kuruluşlarının davranışları üzerindeki etkilerinin analiz edilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla Türk sağlık alanında bir araştırma yürütülmüş ve “Popülasyon Ekolojisi Kuramı” temel alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin sağlık kuruluşlarının sayıları üzerindeki etkilerine ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, Popülasyon Ekolojisi Kuramı’na yer verilmiş; kuramın temel argümanları, çalışma alanları ve analiz düzeyleri açıklanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde, Türk sağlık alanının genel profilini ortaya koymak amacıyla; ekonomik, sosyal, teknolojik, politik ve yasal bağlamda değerlendirmeler yapılmış ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin genel yapısına ve sağlık sistemi üzerindeki etkilerine yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde, Sağlık Bakanlığı veritabanından elde edilen veriler doğrultusunda Cox – Hazard Modeli kullanılarak yapılan araştırmanın tasarımı, yöntemi ve bulgularına ilişkin bilgiler verilmiştir.

Araştırma sonucunda, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin kamu hastanelerinin ölüm oranlarını arttırıcı yönde etkisi olduğu görülürken, özel hastanelerin ise doğum oranlarını arttırıcı yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Popülasyon Ekolojisi Kuramı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Örgüt-Çevre İlişkisi, Adaptasyon, Türk Sağlık Alanı

ABSTRACT

Yazar : Duygu ACAR
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Anabilim Dalı : İşletme
Bilim Dalı : Yönetim-Organizasyon
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : xi + 168
Mezuniyet Tarihi : /.... / 2010
Tez Danışman(lar)ı : Prof.Dr. Bilçin TAK

AN ANALYSE OF ORGANIZATIONAL BEHAVIOURS BASED ON ENVIRONMENTAL ADAPTATION APPROACHES: A STUDY IN TURKISH HEALTH SECTOR

In this study, under environmental adaptation approaches, it was aimed to analyze the effects of legal arrangements performed by Ministry of Health on health enterprises' attitudes. For this purpose, under "Population Ecology Theory", a research was conducted in Turkish health field and findings were presented about the change in number of health enterprises after the "Health Transformation Programme" which was performed by Ministry of Health.

This study consists of three chapters. In first chapter, Population Ecology Theory was argued; main arguments, fields of study and analyze units of theory was explained. In second chapter with the aim of revealing the general profile of Turkish Health sector assessments were made in economic, social, technological, political and legal context. Besides, the structure and the effects of "Health Transformation Programme" was examined. In third and the last chapter, a general information was given about the design, method and findings of the research using the Cox-Hazard Model which was conducted with the data obtained from the database of Ministry of Health.

As a result of the research, it is stated that "Health Transformation Programme" has a positive effect on death rates of public health enterprises and the birth rates of private health enterprises.

Keywords: Population Ecology Theory, Health Transformation Programme, The Relationship of Organization-Environment, Adaptation, Turkish Health Sector

ÖNSÖZ

Yüksek lisansım ve tez çalışmam boyunca fikri liderliği, yol göstericiliği, içtenliği, anlayışı ve sonsuz manevi desteği için birlikte çalışmaktan onur duyduğum danışmanın Sayın Prof.Dr. Bilçin TAK'a,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof.Dr. Zeyyat Sabuncuoğlu'na,

Tezin uygulama aşaması sırasında verdiği destekten dolayı Sayın Doç.Dr. Ayşe Oğuzlar'a,

Gösterdikleri manevi destek için Sayın Yrd.Doç.Dr. Yücel Sayılar'a, Sayın Araş.Gör.Dr. Kurtuluş Kaymaz'a ve Araş.Gör.Dr. Aydem Çiftçioğlu'na,

Sabırlarını hiçbir zaman kaybetmeyerek bana her zaman moral veren aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Duygu ACAR – 2010 Bursa

İÇİNDEKİLER

| | |
|-----------------------|------|
| TEZ ONAY SAYFASI..... | ii |
| ÖZET..... | iii |
| ABSTRACT..... | iv |
| ÖNSÖZ..... | v |
| İÇİNDEKİLER..... | vi |
| TABLolar..... | viii |
| ŞEKİLLER..... | x |
| GRAFİKLER..... | xi |
| GİRİŞ..... | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM POPÜLASYON EKOLOJİSİ KURAMI

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.1.Genel Çerçeve..... | 3 |
| 1.2.Örgüt Toplulukları..... | 5 |
| 1.3.Yapısal Durağanlık..... | 7 |
| 1.4.Yoğunluk Bağımlılığı..... | 16 |
| 1.5. Çevresel Kesim Dinamikleri..... | 24 |
| 1.5.1. Kesim Genişliği Kuramı..... | 24 |
| 1.5.2.Kaynak Bölünmesi Yaklaşımı..... | 28 |
| 1.6.Örgütlerin Demografisi..... | 31 |
| 1.6.1.Yeniliğin Zafiyeti..... | 33 |
| 1.6.2.Küçüklüğün Zafiyeti..... | 37 |
| 1.6.3.Ergenliğin Zafiyeti..... | 38 |

İKİNCİ BÖLÜM TÜRK SAĞLIK ALANININ GENEL PROFİLİ

| | |
|--|----|
| 2.1. Türk Sağlık Alanının Ekonomik Bağlamda Değerlendirilmesi..... | 41 |
| 2.2. Türk Sağlık Alanının Sosyal Bağlamda Değerlendirilmesi..... | 60 |
| 2.3. Türk Sağlık Alanının Teknolojik Bağlamda Değerlendirilmesi..... | 65 |

| | |
|---|-----|
| 2.4. Türk Sağlık Alanının Politik Bağlamda Değerlendirilmesi..... | 77 |
| 2.5. Türk Sağlık Alanının Yasal Bağlamda Değerlendirilmesi..... | 88 |
| 2.5.1.1920-1938 Dönemi..... | 88 |
| 2.5.2. 1939-1960 Dönemi..... | 91 |
| 2.5.3. 1961-1980 Dönemi..... | 94 |
| 2.5.4. 1981-2002 Dönemi..... | 100 |
| 2.5.5. 2002'den Günümüze Kadar Olan Dönem..... | 104 |
| 2.6. Sağlıkta Dönüşüm Projesi..... | 105 |
| 2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin İlkeleri..... | 106 |
| 2.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Bileşenleri..... | 108 |
| 2.6.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Değerlendirilmesi..... | 113 |
| 2.6.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Kurumsalcı Kuram Bağlamında Değerlendirilmesi..... | 114 |
| 2.6.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Kaynak Bağımlılığı Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi..... | 120 |

BÖLÜM 3

ARAŞTIRMANIN TASARIMI, YÖNTEM ve BULGULAR

| | |
|--|------------|
| 3.1. Araştırmanın Amacı..... | 122 |
| 3.2. Araştırmanın Örnekleme..... | 122 |
| 3.3. Araştırmanın Kısıtları..... | 123 |
| 3.4. Araştırmanın Metodolojisi..... | 124 |
| 3.5. Araştırmanın Hipotezleri ve Kurulan Modeller..... | 130 |
| 3.6. Araştırmanın Bulguları..... | 142 |
| SONUÇ..... | 149 |
| KAYNAKLAR..... | 151 |
| EKLER..... | 159 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 168 |

TABLolar

| | |
|---|----|
| Tablo 1:Yapısal Durağanlık İfadeleri ve Neden-Sonuç İlişkileri..... | 14 |
| Tablo 2: Hannan ve Freeman'ın Yapısal Durağanlık Kavramına İlişkin Varsayımları..... | 15 |
| Tablo 3: Young'ın Yapısal Durağanlık Teoremi..... | 16 |
| Tablo4: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (1923-2009)..... | 46 |
| Tablo 5: Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları(1999-2007)..... | 48 |
| Tablo 6: Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya oranı(2000-2005)..... | 50 |
| Tablo 7: Kişi Başı sağlık Harcamalar(2000-2005)..... | 52 |
| Tablo 8: Kurumların Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(1995-2006)..... | 53 |
| Tablo 9: Kamudan Özele Aktarılan Kaynakların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(2000-2005)..... | 56 |
| Tablo 10: Sağlık alanındaki sabit sermaye yatırımlarının gelişimi(1987-2008)..... | 57 |
| Tablo 11: Özel Kesim Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Yatırımları Payının Gelişimi(1980-2008)..... | 57 |
| Tablo 12: Yıllara ve Kurumlara Göre Hastane Sayıları(1995-2008)..... | 58 |
| Tablo13: Çeşitli Ülkelerin Ulusal Teknoloji Öngörü Programlarına Başlama Tarihleri(1970-2001)..... | 65 |
| Tablo 14: Sanayileşmiş Ülkelerde Ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Bilim, Teknoloji Ve Üretim Arasındaki İlişkiler..... | 70 |
| Tablo 15: 2006 Yılı Tıbbı Cihaz ve İlaç için Yapılan Harcamalar..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 16: Analizlerde Yer Alan Bağımsız Değişkenlerin Kısaltmaları ve Açıklamaları | 134 |
| Tablo 17: Kamu ve Özel Hastanelerin Doğum ve Ölümüne İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler | 135 |
| Tablo 18: Kamu Hastanelerine İlişkin Modeller..... | 140 |
| Tablo 19: Özel Hastanelere İlişkin Modeller..... | 141 |

ŞEKİLLER

| | |
|---|----|
| Şekil 1: Örgüt Topluluklarında Yoğunluk Bağımlı Büyüme..... | 17 |
| Şekil 2: Örgüt Kurulma Oranında Yoğunluk Bağımlılığı..... | 19 |
| Şekil 3: Örgüt Ölüm Oranında Yoğunluk Bağımlılığı..... | 20 |
| Şekil 4: Yoğunlaşmamış Pazar..... | 30 |
| Şekil 5: Yoğunlaşmış Pazar..... | 30 |

GRAFİKLER

| | |
|---|-----|
| Grafik 1: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı(1999-2007)..... | 49 |
| Grafik 2: Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, TL(1999-2007)..... | 51 |
| Grafik 3: Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, ABD \$(1999-2007)..... | 51 |
| Grafik 4: Yıllar Bazında Kamu Hastaneleri Ölümleri..... | 136 |
| Grafik 5: Yıllar Bazında Özel Hastane Doğumları..... | 137 |
| Grafik 6: Yıllar Bazında Kamu Hastaneleri Ölümleri ile Özel Hastane Doğumlarının Karşılaştırması..... | 138 |
| Grafik 7: Yıllar Bazında Özel Hastane Popülasyonundaki Değişim..... | 139 |

GİRİŞ

Örgüt kuramları çerçevesinde “örgüt-çevre ilişkisi” farklı yaklaşımlarla ve boyutlarda ele alınmıştır. Örgüt kuramları tarihsel olarak incelendiğinde, özellikle 1970’li yılların ortalarına kadar ele alınan tartışmaların daha çok örgüt temelli olduğu görülmektedir. Bu kapsamda, örgütün çevreye adaptasyon sağlaması için yapısal özelliklerini değiştirebileceği vurgulanmış ve hangi tür örgütlerin hangi çevrelerde daha etkin olacağı üzerinde durulmuştur. Ancak, vurgunun sürekli olarak örgüt üzerine yapılması zaman içinde eleştirel yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu eleştirel yaklaşımlardan biri de “örgütsel uyum” yerine “çevresel ayıklama” kavramına vurgu yapan “Popülasyon Ekolojisi Kuramı”dır.

Popülasyon Ekolojisi Kuramı, çevresel ayıklamayı, evrimsel süreçler içerisinde açıklamaktadır. Çevresel ayıklamaya göre; çevre, yeni koşullara uyumlu olarak doğan veya çoğalan örgütleri ayıklamakta, uyumlu olmayan örgütleri ise elemektedir. Çevre tarafından başarılı kabul edilen ve ayıklanan örgütler yaşamlarını sürdürmekte, elenen örgütler de azalmakta veya yok olmaktadır. Bu noktada, uyum yerine çevresel ayıklamaya yapılan vurgu, tek tek örgütleri anlamlı bir analiz birimi olmaktan çıkarmaktadır. Bu kavramsal çerçeve içinde analiz birimi örgüt değil, örgüt toplulukları olmaktadır. Örgütün diğer adaptasyon kuramlarına göre daha pasif bir rol üstlendiğinin varsayılması Popülasyon Ekolojisi Kuramı’nın önemli özelliklerinden biridir. Kavramsal açıdan analiz biriminin örgüt yerine örgütler olarak alınması, benzer özellikler gösteren örgütlerin bir arada bulunarak “örgüt popülasyonları” oluşturdukları yaklaşımını da beraberinde getirmektedir.

Bu tez çalışmasının temel amacı; “Popülasyon Ekolojisi Kuramı” temel alınarak Türk sağlık alanında yaşanan yasal değişimlerin kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının davranışları üzerindeki etkilerinin tespit edilmesidir. Bu bağlamda Popülasyon Ekolojisi Kuramı’nın temel argümanlarından yararlanılarak; Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin uygulamaya konmasından sonra sağlık kuruluşlarının sayısındaki değişimler incelenmektedir.

Bu kapsamda çalışmanın birinci bölümünde, “Popülasyon Ekolojisi Kuramı” kuramsal olarak ele alınmaktadır. Kuramın temel argümanları, inceleme alanları, analiz düzeyleri ve birimleri, zayıf ve güçlü yönleri belirtilmektedir. Bu bağlamda birinci bölümde örgüt toplulukları, yoğunluk bağımlılığı, yapısal durağanlık, örgütlerin demografisi ve çevresel kesim dinamikleri gibi kuramın temel çalışma konuları açıklanmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; Türk sağlık alanının genel profili ortaya konmaya çalışılmaktadır. Bu amaçla öncelikle, Türk sağlık sektörünün ekonomik ve sosyal yapısı üzerinde durulmakta, daha sonra, Türk sağlık sektörü teknolojik açıdan değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, teknolojik gelişmelerin sağlık sektörüne etkileri incelenmekte ve Türk sağlık sektörünün yaşanan teknolojik gelişmelerin neresinde olduğuna yönelik tespitler yapılmaktadır. Bu bölümde ayrıca, yasal ve politik gelişmelerin Türk sağlık sektörü üzerindeki etkileri incelenmektedir. Bu noktada, 2003 yılında uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin yaptırımlarından bahsedilmekte ve sağlık kuruluşları üzerindeki etkilerinin ne yönde olacağına ilişkin varsayımlar yapılmaktadır.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde; Sağlık Bakanlığı veritabanından elde edilen verilerden hareketle yürütülen araştırmanın tasarımı ve yöntemine ilişkin bilgiler verilmekte, kuramsal çerçeveye bağlı kalarak araştırmanın sorunsalına yönelik bulgular açıklanmakta ve elde edilen sonuçlar Popülasyon Ekolojisi literatürü ile karşılaştırılmaktadır.

BÖLÜM 1

POPÜLASYON EKOLOJİSİ KURAMI

1.1. Genel Çerçeve

Her sistem belirli bir çevrede (ortamda) faaliyet göstermektedir. Eğer sistem ile sistemin faaliyette bulunduğu çevre arasında belli bir alış-veriş varsa bu sistem “açık sistem” olarak adlandırılır. Eğer söz konusu ilişki yoksa bu sistem kapalı sistemdir. Örgüt kuramları açısından bakılacak olursa, tüm örgüt kuramları örgütün çevresi ile ilişkisini dikkate alarak “açık sistem” varsayımını kabul etmektedirler.

Ancak örgüt kuramları kapsamında, örgütlerin çevre ile olan ilişkileri farklı yaklaşımlarda ele alınmış ve tartışılmıştır. Örgüt kuramları tarihsel olarak incelendiğinde, özellikle 1970’li yılların ortalarına kadar ele alınan tartışmaların daha çok örgüt temelli olduğu görülmektedir. Ayrıca, örgütlerin çevreye uyum göstermesi için kendi yapısal özelliklerini ve süreçlerini değiştirebileceği üzerinde durulmuş, hangi tür örgütlerin hangi tür çevrelerde daha etkin olacağına ilişkin çeşitli önerilerde bulunulmuştur. Çeşitli kuramlarda, örgütün aktif rol üstlenmesi, başka bir deyişle vurgunun sürekli örgüt üzerine yapılması ve örgütsel bağlamda, çevreye uyum kavramının sürekli tartışılması, zaman içerisinde eleştirel yaklaşımların da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu eleştirel yaklaşımların biri de çevrenin ön plana çıkarıldığı “örgütsel uyum” yerine “çevresel ayıklamayı” öne süren “Popülasyon Ekolojisi Kuramı”dır(Yeloğlu, 2007; 1).

Hannan ve Freeman’ın (1977) “The Population Ecology of Organizations” başlıklı makalesi ile gelişen Popülasyon Ekolojisi (Örgütsel Ekoloji) kuramı örgüt-çevre ilişkisini açıklamada yoğun biçimde kullanılan adaptasyon fikrine bir alternatif olarak

önerilmiştir. Kuramın temelini oluşturan “ekoloji” kavramı canlılar ve çevrelerini inceleyen bilim dalını ifade etmektedir(Koçel, 2005;363).

Popülasyon Ekolojisi kuramın temel sorusu “Neden bu kadar çok çeşit örgüt var?” şeklindedir. Kuram bu soru ile örgütlerin neden bu kadar çeşitli biçimlerde ortaya çıktıklarını sorgulamakta ve cevabı dünyadaki biyolojik çeşitlilik ile benzerlik kurarak bulmaya çalışmaktadır. Dünya üzerinde bu kadar çeşitli yaşayan tür olması evrim kuramı ile açıklanmaktadır. Evrim kuramına göre tür; evrim süreci içerisinde çeşitlenmekte ve çoğalmaktadırlar.

Bütün evrim kuramları ele alındığında iki kuramın ön plana çıktığı görülmektedir. Bunlar Lamarkizm ve Darwinizm’dir. Her iki kuramın temelinde de adaptasyon kavramı yer almaktadır. Ancak, Lamark adaptasyon kavramını tek süreçle açıklarken, Darwin iki ayrı süreçten bahsetmektedir. Lamark evrim sürecini türlerin yaşayabilmek için çevrelerindeki değişen şartlara uyum sağlamak amacı ile geçirdikleri değişim ile açıklamaktadır. Lamark’a göre organizmalar çevresel değişimi algılamakta ve doğru tepkiyi geliştirerek çevreye adapte olmaktadır. Darwin ise evrim sürecini, türlerin değişen şartlara uyum sağlamak amacı ile değişmesiyle değil, türlerin önce değişim geçirerek çeşitlenmesi ve daha sonra çevreye uyum sağlayan türlerin varlıklarını devam ettirmesi ile açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle, Darwin, evrimi, önce mutasyon sonra adaptasyon ile açıklamaktadır (Leblebici, 2004).

Bu noktada, Popülasyon Ekolojisi kuramının dayanak noktasının Darwinici evrim kuramı olduğu açıkça görülmektedir. Hannan ve Freeman bu bakış açısını örgütlere uyarlayarak, örgüt topluluklarının açık sistemler içinde birbirleri ile ilişkili varlıklar olduğunu evrimsel süreç içerisinde tanımlanmaya çalışmışlardır. Canlılarda olduğu gibi, örgütler de kurulmalarından itibaren yaşadıkları süreçte, çevresel koşulların etkisi altındadır. Adaptasyon fikrine göre, örgütler varlıklarını sürdürmek için kendilerini barındıran çevreye uyum göstermek zorundadır. Ancak Hannan ve Freeman’a göre; çok sayıda çevresel ve örgütsel etken, örgütlerin değişime karşı

yapılarından kaynaklanan bir durağanlık ya da diğeri bir ifadeyle atalet (eylemsizlik) içinde olmasına neden olmaktadır. Bu durağanlık sonucunda örgütler çevredeki değişimlere yeterince hızlı tepki verememektedirler çünkü örgütlerin temel özelliklerinin değiştirilmesi zor ve çevredeki değişimlere göre daha yavaş olmaktadır. Ayrıca çevresel değişikliklerinin yönünün önceden bilinmemesi oluşan yeni koşullara uyum göstermek için alınan örgütsel kararların sonuçlarının da tesadüfî olması anlamına gelmektedir. Bu noktadan hareketle, Popülasyon Ekolojisi Kuramcıları örgütlerdeki çeşitliliği ve değişimi, mevcut örgütlerin değişen çevresel koşullara uyum sağlama amacıyla gerçekleştirdikleri dönüşüm ile açıklanmasını yetersiz bulmakta, örgüt-çevre ilişkisine çevresel ayıklama açısından bakmaktadır. Popülasyon Ekolojisi Kuramına göre; örgüt popülasyonlarındaki değişim, yeni koşullara uygun örgütlerin doğması veya çoğalması ve yeni koşullara uygun olmayan örgütlerin ise ölmesi ya da azalması ile açıklamaktadır. (Önder ve Üsdiken, 2007)

Kuramın temel tezi örgütlerin çevreye uyumu değil, çevresel ayıklamadır. Ekolojik bağlamda örgütlerin değişim göstermeleri, yaşamlarını devam ettirmeleri veya yok olmaları evrimsel bir süreç içerisinde açıklanmaya çalışılmıştır. Çevre yeni koşullara uyumlu olarak doğan veya çoğalan örgütleri ayıklamakta, uyumlu olmayan örgütleri ise elemektedir. Çevre tarafından başarılı kabul edilen ve ayıklanan örgütler yaşamlarını sürdürmekte, elenen örgütler de azalmakta veya yok olmaktadır.

Uyum yerine çevresel ayıklamaya yapılan vurgu tek tek örgütleri anlamlı bir analiz birimi olmaktan çıkarmaktadır. Bu kavramsal çerçeve içinde analiz birimi örgüt değil örgüt toplulukları olmaktadır.

1.2. Örgüt Toplulukları

Popülasyon Ekolojisi kuramı örgütsel çeşitliliğin birbirinden bağımsız iki değişkenden oluştuğunu savunmaktadır. Bu değişkenler, örgüt topluluklarının sayısı ve

her bir örgüt topluluğunu oluşturan örgütlerin sayısıdır. Bu sayılar yeni örgütlerin doğması (kurulması) ve var olan örgütlerin ölmesi (kapanması) sonucunda belirlenir.

Popülasyon Ekolojisi Kuramı, kendisinden önceki diğer kuramlardan farklı olarak örgütü tekil anlamda incelemek yerine örgütleri bir grup olarak ele almakta ve bu grup ile çevre arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Örgütleri bir grup olarak ele almasının nedeni kuramın temel tezi olan çevresel ayıklamayı tek bir örgüt üzerinden açıklamak yerine örgüt toplulukları üzerinden açıklamış olmasıdır. Bu durumda analiz birimini tek bir örgüt değil örgüt toplulukları oluşturmaktadır (Hannan ve Freeman, 1977:934).

Örgüt topluluklarının tanımlanabilmesi için aynı anda iki koşulun sağlanması gerekmektedir. Bunlardan birincisi, seçilen örgüt topluluğunun üyelerinin birbirine benzer olması koşuludur. Başka bir deyişle, topluluğa dâhil edilen örgütler, seçimin dışında kalan diğer tüm örgütlerden farklı olmalıdır. Bu noktada örgüt topluluklarının tanımlanması ve birbirlerinden ayrılması “örgütsel biçim” ya da “örgütsel form” kavramıyla açıklanmaktadır. Örgütsel biçim kavramı, biyolojideki tür kavramının örgütler için düşünülmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Örgütsel biçim; örgüt topluluklarını birbirinden ayıran ve aynı topluluğu oluşturan örgütlerin ortak karakterlerini temsil eden içsel özellikler kümesi olarak ifade edilmiştir. (Hannan ve Freeman,1989). Aynı örgütsel biçime sahip örgütler çevrelerine benzer şekilde bağlıdırlar ve çevredeki olası değişikliklerden benzer şekilde etkilenirler (Önder ve Üsdiken, 2007: 139).

Örgütlerin içsel özellikleri ise temel özellikler ve ikincil özellikler olarak iki şekilde incelenmektedir. Temel özellikler; resmileşmiş amaçları, örgüt içi yetki ve otorite ilişkileri, ana teknolojileri ve pazar stratejilerini içermekle birlikte süreklilik gösteren ve örgütsel biçimin belirleyicisi olan özellikler olarak tanımlanmaktadır. (Hannan ve Freeman, 1084;156)

Bu özellikler örgütlerin temel karakterini oluşturdukları için değiştirilmeleri örgüt için ciddi bir dönüşüm anlamı taşır. Ancak, bu dönüşümün örgüt içinden ve dışından direnişle karşılaşması söz konusu olabilir. Bu direnişin nedeni örgütsel özelliklerin değiştirilmesinin örgüt içi düzenlemelerin ve örgüt dışında kurulmuş

ilişkilerin yeniden düzenlenmesini gerektirmesidir. Bu noktada örgüt içi güç dengeleri veya yasal düzenlemeler bu dönüşümün gerçekleşmesini engelleyebilir. Ayrıca, bu dönüşüm örgüt için ölüm riski taşıdığından örgütler asıl özelliklerini değiştirmeyi tercih etmezler.

Örgütlerin ikincil özellikleri ise; bir tampon görevi yaparak örgütün temelini belirsizlikten koruyan ve örgütün bağlantılarını örgütün çevresine doğru genişleten özelliklerdir. Bu özellikler, temel özelliklere kıyasla daha kolay değiştirilebilen ve örgüt için ölüm riski taşımayan niteliktedir. Bu noktada bir örgütün temel özelliklerini uzun dönemler boyunca değişmediğini ancak ikincil özelliklerinde farklılaşmaların olabileceğini söylemek mümkündür. (Kelly ve Amburgey, 1991:593, Önder ve Üsdiken, 2007: 139-140)

Örgüt topluluklarının tanımlanabilmesi için sağlanması gereken ikinci koşul ise örgütsel biçimlerin sınırlarının belirlenmesi ile ilgilidir. Bu noktada, topluluğun içinde yer aldığı sosyal süreçler önem kazanmaktadır. Bu süreçler, örgütsel biçimlerinin sınırlarını çizmekte ve bu sınırların ne kadar güçlü olduğunu belirlemektedir. Bir örgüt topluluğundan söz edebilmek için topluluğu oluşturan örgütlerin ortak çevresel etkiler altında olmaları ve birbirleri ile etkileşimlerinin önünde çevresel engellerin bulunmaması gerekmektedir. Ayrıca, topluluğun içindeki bir örgüt, topluluktaki diğer örgütler için rekabetçi baskı yaratıyor olmak zorundadır. Çünkü, topluluk içindeki bir örgüt, topluluğun üyesi olan bir diğer örgüt için potansiyel rakip durumundadır. Eğer bir örgütün varlığı topluluktaki diğer örgütler için rekabetçi baskı yaratmıyorsa o örgüt diğerleriyle aynı örgütsel biçime sahip olsa bile topluluğun bir üyesi olarak kabul edilemez.

1.3. Yapısal Durağanlık

Popülasyon Ekolojisi perspektifinden bakınca, örgüt ve çevre ilişkileri ile ilgili geliştirilen teori ve araştırmaların örgüt yapılarının üzerinde güçlü durağanlık

baskılarının olduğu varsayımına dayandığı gör÷lmektedir. Bu varsayımına göre yapısal durağanlık, doğal seçim sürecinin ön koşulu olmaktan çok sonucu olmaktadır.

Örgüt yapılarının çevreye adaptasyonu, çevre koşulları değiştikçe örgütsel formların birbirlerinin yerini almasıyla pop÷lasyon düzeyinde gerçekleşir. Çünkü, bireysel düzeyde örgütler, çevresel tehditlere karşı stratejilerinde ve yapılarında radikal değişiklikler yapmakta başarısız oldukları için güçlü durağanlık baskıları altındadırlar (Hannan ve Freeman, 1984:149).

Ancak, örgütlerin yapısal durağanlık içinde olmaları örgütlerin hiç değişme kapasitesine sahip olmadıkları ya da hiç değişim göstermedikleri anlamına gelmemektedir. Burada kastedilen, örgütlerin temel özelliklerinin değiştirilmesinin zor ve çevredeki değişikliklere kıyasla daha yavaş olmasıdır.

Pop÷lasyon Ekolojisi Kuramında örgütlere atfedilen yapısal durağanlık, çeşitli içsel(örgütsel) ve dışsal(çevresel) etkenlerin değişimi kısıtlayıcı rolü ile açıklanmaktadır.

Pop÷lasyon Ekolojisi kuramı örgüt üzerindeki içsel kaynaklı durağanlık baskılarını şöyle açıklamaktadır(Hannan ve Freeman, 1977):

1. Örgütlerin makine, teçhizat, uzmanlaşmış personel gibi varlıklara yaptıkları yatırımlar kolay kolay başka bölümlere ya da alanlara transfer edilememektedir. Çünkü bu tip kaynakların transferi çoğu zaman katlanılamayacak maliyetler getirmektedir. Bu tarz batık maliyetler ise örgütün adaptasyon seşeneklerini sınırlamaktadır.

2. Örgütün karar alıcıları da çoğu zaman içsel ve dışsal kaynaklı bilgilere ulaşmada kısıtlarla karşılaşmaktadırlar. Başka bir deyişle örgütsel adaptasyonu gerçekleştirecek bilgilere gerek örgüt içi ve örgüt çevresi açısından tam olarak sahip değildirler. Bu durum değişimin maliyetini önemli ölçüde artırmaktadır.

3. Örgütlerin içsel politikalarının da değişimi kısıtlayıcı rolü bulunmaktadır. Örgütler çevreye adaptasyon sağlamak adına yapılarını değiştirdiklerinde içsel politik dengeler de sarsılmaktadır. Değişimin yararları uzun vadede hissedilebilir. Kısa vadede ise önemli ve katlanılması zor maliyetler ortaya çıkmaktadır.

4. Örgütler kendi geçmişlerinin yarattıkları kısıtlarla da yüz yüze kalmaktadırlar. prosedürler ile görev ve otorite dağılımları kabul görüp standartlaştıklarından bunların değişmesinin de maliyeti artmaktadır.

Örgütte yapısal durağanlığa neden olan dışsal kaynaklı baskılar da söz konusudur. Hannan ve Freeman (1977) bu baskıları ise şöyle açıklamaktadırlar:

1. Belirli bir piyasaya girmeyi ya da bir piyasadan çıkmayı düzenleyen yasal ve mali engeller her zaman söz konusudur. Bu tür baskılar örgütlerin adaptasyon olanaklarının genişliğini kısıtlamaktadırlar.

2. İçsel kaynaklı bilgilere ulaşmada karşılaşılan kısıtlara paralel olarak, çevreye ilişkin bilgilere tam olarak ulaşmamak da dışsal kısıtlar arasında yer almaktadır.

3. Çevresel kaynaklı bir başka kısıt da meşruiyettir. Örgütsel uyum veya değişim çabaları örgütün meşruiyetine zarar verebilmektedir. Dolayısıyla pek çok örgüt bu durumu göze alamamaktadır.

4. Bir örgüt, bireysel temelde optimal bir strateji keşfedebilir. Diğer bir ifadeyle kendisi için en rasyonel olanı bulabilir. Ancak, bu optimal stratejinin aynı çevrede yer alan diğer örgütler açısından da rasyonel olması anlamına gelmemektedir. Örgüt kendisi için rasyonel olan fakat aynı çevreyi paylaşan diğer örgütler açısından rasyonel olmayan bir stratejiyi uygulamayı tercih edebilir. Fakat, bunun meşruiyet anlamında maliyetleri muhtemeldir ki çok yüksek olacaktır.

Bilindiği gibi Popülasyon Ekolojisi Kuramı, örgütlerin özelliklerini temel ve ikincil olmak üzere iki gruba ayırmaktadır. İkincil özellikler daha kolay değiştirilebilen ve değiştirilmesi örgüt için yaşamsal sorunlara neden olmayan özelliklerdir. Temel özelliklerin değiştirilmesi ise hem örgüt içinde hem de örgütün çevresiyle olan ilişkilerinde önemli sorunlar doğurabilmektedir. Böyle bir durumda, örgüt faaliyetini sürdürmek için gerekli olan kaynakları temin etmekte sorunlar yaşamakta ve yaşamını devam ettirmekte zorlanmaktadır. Bu anlamda, Hannan ve Freeman (1984)'a göre temel özelliklerini değiştirmeye çalışan bir örgütle yeni doğmuş bir örgüt arasında hiçbir fark bulunmamaktadır. Bu noktada, örgütler için sözü edilen yapısal durağanlık kavramı örgütlerin temel özellikleri için geçerli olmaktadır.

Yapısal durağanlık kavramı, örgütler açısından iki önemli üstünlüğe atıf yaparak geliştirilmiştir. Bunlar; güvenilirlik ve hesap verebilirliktir. Güvenilirlik, beklenen kalite ve hatta zamanlama açısından örgütlerin ürettikleri sonuçlar arasındaki farkların az olması anlamına gelmektedir. Çevresel belirsizlik ortamında örgütün potansiyel üyeleri, yatırım sahipleri ve müşterileri örgütün güvenilirliğine örgütün etkinliğinden daha çok değer vermektedir. Güvenilirlik performansın ortalama seviyesinden çok performansın değişkenliğine göre değişmektedir.

Hesap verebilirlik ise, örgütlerin yaptıkları ve elde ettikleri sonuçlar ile ilgili akılcı açıklamalar ve gerekçeler gösterebilmeleriyle ilgilidir. Örgütlerin kaynaklarını nasıl kullandıklarını ve ortaya çıkan sonuçların arkasındaki kararları ve kuralları dökümanete edebiliyor olmaları anlamına gelmektedir. Hesap verebilirlik ile ilgili örgütün üzerindeki baskılar özellikle dört koşulda daha yoğun şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu koşullar; (1) örgütün özel, tipik, sembolik ya da bilgiye dayalı ürün ya da hizmet üretmesi (dökme mallara karşılık markalı mallar ya da eğitim gibi), (2) örgütün ürünleri veya hizmetlerinin üretilmesi önemli boyutlarda risk taşınması(sağlık sektörü gibi), (3) örgüt ve çalışanları ya da müşterileri arasındaki uzun dönemli ilişkilerin tipikleşmesi ve (4) örgütün politik amaçları olmasıdır. (Hannan ve Freeman, 1984: 153)

Güvenilir ve hesap verebilir olmak, örgüt yapısının yeniden üretilebilir ve istikrarlı olmasıyla mümkün olmaktadır. Eğer örgüt düzenlemelerini sürekli bir biçimde aynı şekilde üretebiliyorsa ve düzenini koruyabiliyorsa istikrarlı bir yapıya sahip olduğunu söylenebilmektedir. Örgütün yeniden üretilebilir olması ise kurumsallaşma ve yüksek derecede standardize edilmiş rutinlerle gerçekleşmektedir. Örgütün amaçlarının resmileştirilmesi ve faaliyetlerinin standardize edilmesi örgütün yapısını sabitleştirmektedir. Ancak bu noktada, kurumsallaşma ve standartlaşma örgüte yeniden üretilebilir yapılar kazandırmakla beraber değişime karşı güçlü bir direniş de yaratmaktadır. Bu durum, örgüt üyelerinin genellikle kendi çıkarları lehine olan durumu sürdürmek istemesinden kaynaklanmaktadır. Bu noktada örgüte sabitlik katan her özellik örgütün değişime direnmesine ve böylelikle durağanlığa neden olmaktadır.

Popülasyon Ekolojisi Kuramı, örgütleri genel anlamda değişime dirençli ve durağan olarak nitelendirmesine karşın, bu direncin ve durağanlığın, örgütlerin yaşı ve büyüklüğüne göre değiştiğini savunmaktadır. Örgütün yaşı, örgütsel düzenlemelerin yeniden üretilebilirliği olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Yeni doğmuş örgütlerin yeniden üretilebilirlik düzeyleri daha eski örgütlere göre daha düşüktür. Bunun nedeni, yeni kurulmuş örgütlerin çevrelerine karşı yabancı olması, bu nedenle de güvene ve düzene dayalı iş ilişkileri geliştirmeleri ile iş rutinleri oluşturmalarının zaman almasıdır. Örgütler yaşlandıkça, örgüt içinde ve dışında güven sağlanacaktır. Örgüt çalışanları süregelen uygulamalara alışmış, faaliyetlerle ilgili bilgi ve becerilerini arttırmış olacaklardır. Ayrıca, örgüt çevresiyle ilişkilerini geliştirmiş, diğer örgütlerle alış veriş ilişkileri kurmuş ve güç merkezlerinin bir parçası haline gelmiş yani meşruiyet elde etmiş olacaktır. (Önder ve Üsdiken, 2007: 144) Bu içsel ve dışsal gelişmeler örgütün yeniden üretilebilirliğini arttıracaktır. Ancak, bu noktada örgüt daha durağan hale gelecektir. Değişime kalkışmaksa yeniden güven yaratılmasını, çalışanların yeni uygulamaları öğrenmesini ve yeniden meşruiyet kazanılmasına neden olacaktır. Bu noktada daha önce de belirtildiği gibi Hannan ve Freeman'a göre temel özelliklerini değiştirmeye kalkışan bir örgütün yeni doğmuş bir örgütten farkı yoktur. Çünkü, yeniden yapılanma örgüt için ölüm riski taşımaktadır. Bu anlamda, örgütlerin yeniden

üretilebilirliğinin ve dolayısıyla yapısal durağanlıklarının yaş ile arttığını söylemek mümkün olmaktadır.

Örgütün büyüklüğe de yapısal durağanlık üzerinde etkili olmaktadır. Hannan ve Freeman'a göre küçük örgütler değişim ve yeniden yapılanma anlamında büyük örgütlere göre daha esnektirler ve çevresel değişimlere daha hızlı tepki verebilmektedirler. Ancak, örgüt büyüdükçe değişim esnekliği azalmaktadır. Hannan ve Freeman, büyük örgütlerin değişime girişme olasılıklarının daha düşük olduğunu belirtmekle beraber böyle bir dönüşüm gerçekleştirildiğinde küçük örgütlere göre daha başarılı olacağını savunmaktadır. Bu görüş büyük örgütlerin küçük örgütlere kıyasla dönüşüm sırasında karşılaşılabilecek problemleri çözme konusunda daha fazla olanağa sahip olmasına dayanmaktadır.

Çevresel değişimin zamana nasıl yayıldığı da örgütlerin değişim göstermeleri açısından önemli bir belirleyicidir. Küçük örgütlerin kısa vadeli çevresel değişimlerden büyükler örgütlere göre daha fazla etkilendikleri söylenmektedir. Bu noktada, küçük örgütlerin hayatta kalabilmek için kısa vadeli değişimlere yeterince hızlı ve belirli bir zaman dilimi içinde yeterince sık cevap vermeleri gerekmektedir. Büyük örgütler ise, uzun vadeli ve seyrek çevresel değişimlere cevap verebildikleri oranda hayatta kalma şanslarını arttırmaktadırlar.

Popülasyon Ekolojisi Kuramı, “yapısal durağanlık” kavramını ve ilgili argümanları yukarıda anlatıldığı şekliyle açıklamışlardır. Ancak bu kavram ve ilgili varsayımlar yazında bazı eleştirilere maruz kalmıştır. Hannan ve Freeman (1984), yapısal durağanlığı tartışırken, bazı organizasyonel değişikliklerin sık sık gerçekleşebildiğini, bununla beraber organizasyonların bazen yapılarında ve stratejilerinde radikal değişiklikler yapmayı başardıklarını da kabul etmektedirler. Bununla birlikte, doğal seleksiyon sürecinin yapılarının değiştirilmesi zor olan organizasyonların yaşamasına izin verdiği şeklindeki görüşü de savunmaktadırlar. Bu durumda yapısal durağanlık kavramını ekolojik-evrimsel sürecin çıktısı(sonucu) şeklinde yorumlamaktadırlar.

Bu ve bunun dışındaki birçok çalışmada Hannan ve Freeman(1977,1983,1984) “radikal değişiklik” kavramını “durağanlık” kavramının karşıtı olarak kullanmışlardır. Örneğin “Structural Inertia and Organizational Change” (1984; 149) isimli makalelerinde şöyle bir ifade bulunmaktadır: “bireysel düzeydeki örgütler yüksek yapısal durağanlık baskıları altındadırlar ve çevresel değişiklikler karşısında yapılarında ve stratejilerinde radikal değişiklikler yapmak konusunda çok nadir olarak başarılı olurlar.” Ancak aynı makalenin devamında (1984;151) durağanlık kavramı farklı bir bakış açısıyla tanımlanmaktadır. Bu noktada yapısal durağanlık kavramının göreceli ve dinamik bir şekilde tanımlanması gerektiği vurgusu yapılmakta ve yapısal durağanlığın öğrenme, adapte olma ve çevresel değişikliklere cevap verme süreçlerindeki değişim oranlarının karşılaştırılmasını ifade ettiği söylenmektedir. Organizasyonun yeniden örgütlenme hızı çevresel koşullardaki değişikliklerden daha yavaş olduğunda organizasyon yapılarında yüksek durağanlık etkilerinin görüldüğü ifade edilmektedir. Hannan ve Freeman (1984) yapısal durağanlık kavramını tanımlarken, belli bir grup örgütün belli bir çevrede yüksek yapısal durağanlık etkileri altında olurken, başka bir çevrede böyle bir etki ile karşılaşmayabileceklerini de vurgulamaktadırlar.

Hannan ve Freeman “Structural Inertia and Organizational Change” (1984; 149) isimli makalelerinde birçok varsayım türetmiş ve bu varsayımlardan da bazı teoremlere ulaşmışlardır. Bu teoremlerde biri “Doğal seleksiyon süreci, yüksek yapısal durağanlığa sahip olan örgütleri seçerek yaşamalarına izin verir” şeklindedir. Young’a (1988) göre bu teoremin söylemek istediği “eğer organizasyonlar yüksek yapısal durağanlığa sahiplerse, doğal seleksiyon süreci içerisinde seçilme(yaşama) eğilimindedirler” şeklindedir. Bu noktada, orijinal ifade olayın sonuç kısmını (seçilme sürecini) incelemekte, neden kısmını (durağanlık etkilerini) ise ikinci sırada ele almaktadır. Oysaki Young (1984), sürecin neden-sonuç ilişkisi kapsamında değerlendirildiğinde olması gerekenin, seçilmeye neden olan olayın yani durağanlık etkilerinin ilk planda, olayın sonucu olan seçilme davranışının da ikinci planda irdelenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Bu noktada, Hannan ve Freeman’ın (1984) “doğal seleksiyon süreci, yüksek yapısal durağanlığa sahip olan örgütleri seçerek yaşamalarına izin verir” şeklindeki teoremlerine ulaştıran üç varsayımın incelenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda bu üç

varsayım ve sonucunda ulaşılan teorem neden-sonuç ilişkisi açısından incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara varmak mümkündür(Young;1988, 13).

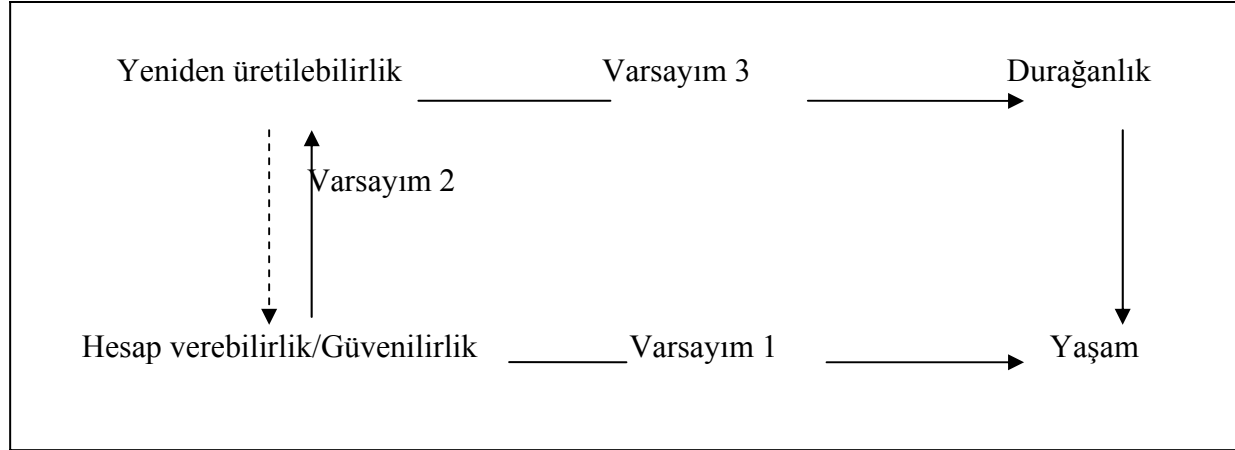
Tablo 1:Yapısal Durağanlık İfadeleri ve Neden-Sonuç İlişkileri

| Hannan ve Freeman’ın (1984) İfadeleri | Neden-Sonuç İlişkileri |
|---|---|
| Varsayım 1: Doğal seleksiyon süreci yüksek hesap verebilirlik ve güvenilirlik düzeyine sahip organizasyonları seçer ve yaşamlarına devam etmelerine izin verir. | Eğer organizasyonlar yüksek hesap verebilirlik ve güvenilirlik düzeyine sahip olurlarsa, yaşama (seçilme) eğiliminde olurlar. |
| Varsayım 2: Hesap verebilirlik ve güvenilirlik organizasyon yapılarının yeniden üretilebilir olmasını gerektirmektedir. | Eğer organizasyonlar hesap verebilir ve güvenilir olurlarsa yüksek yeniden üretilebilirlik düzeyine sahip olurlar. |
| Varsayım 3: Yüksek yeniden üretilebilirlik düzeyi güçlü yapısal durağanlık baskıları yaratır. | Eğer organizasyonlar yüksek yeniden üretilebilirlik düzeyine sahip olurlarsa yüksek yapısal durağanlık etkileri altında kalma eğiliminde olurlar. |
| Teorem 1: Doğal seleksiyon süreci yüksek yapısal durağanlık düzeyine sahip olan örgütleri seçer ve yaşamlarına devam etmelerine izin verir. | Eğer organizasyonlar yüksek yapısal durağanlık düzeyine sahiplerse yaşama (seçilme) eğiliminde olurlar. |

Kaynak: Young, 1988

Hannan ve Freeman’a (1984) göre “Teorem 1” bu üç varsayımdan türetilmiştir. Bu ilişkileri aşağıdaki diyagram yardımıyla göstermek mümkündür(Young;1988,13-14)

Tablo 2: Hannan ve Freeman'ın Yapısal Durağanlık Kavramına İlişkin Varsayımları

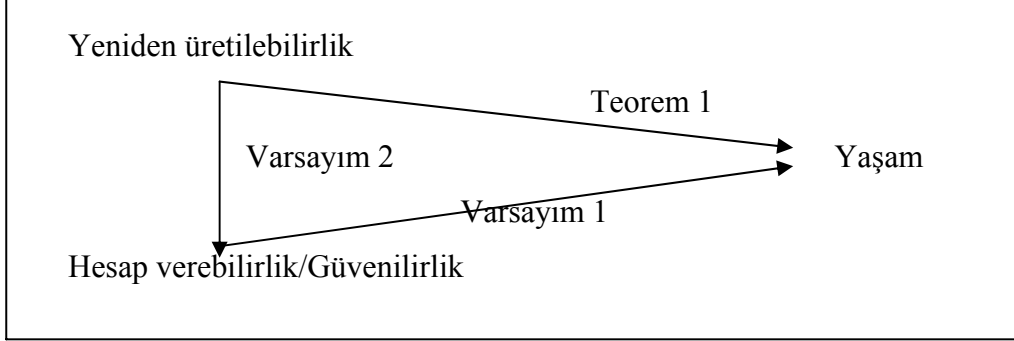


Kaynak: Young, 1988

Young'a (1988) göre bu diyagramın da gösterdiği gibi; Teorem 1'in türetilmesi için üç varsayımın üçünün de kullanılmasına gerek yoktur. Eğer varsayım 1'in gerçekliği kabul ediliyorsa, 2. ve 3. varsayımların neden-sonuç ilişkileri Teorem 1'in türetilmesi için gereksiz olmaktadır. Bu noktada Young (1988), hesap verebilirlik ve güvenilirliğin direkt olarak organizasyonlara yaşama (seçilme) şansı sağlaması durumunda varsayım 2 ve varsayım 3'ün gereksiz olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, varsayım 2'de sözü edilen "Hesap verebilirlik ve güvenilirlik organizasyon yapılarının yeniden üretilebilir olmasını gerektirmektedir." ifadesi organizasyon yapısının yeniden üretilebilir olmasından ön koşul olarak bahsetmektedir. Bu durumda varsayım 2 ile ilgili ilişkilerin noktalı ok şeklinde gösterilen şekilde olması gerekmektedir.

Bu noktada Young(1988) yeniden üretilebilirlik ile durağanlığın aynı kavramlar olduğu ifade ediliyorsa 3. Varsayımın diyagramda yer almasına gerek yoktur düşüncesinden hareketle varsayım 3'ü diyagramdan çıkarmıştır. Bu durumda Teorem 1'i oluşturan kavramların ve ilişkilerinin aşağıdaki gibi gösterilmesi mümkündür.

Tablo 3: Young'ın Yapısal Durağanlık Teoremi



Kaynak: Young, 1988

Bu durumda Young(1988), durağanlık ve yaşama ilişkisinin varsayımlara bağlı olmadığını söylemektedir.(Young;1988,14)

1.4. Yoğunluk Bağımlılığı

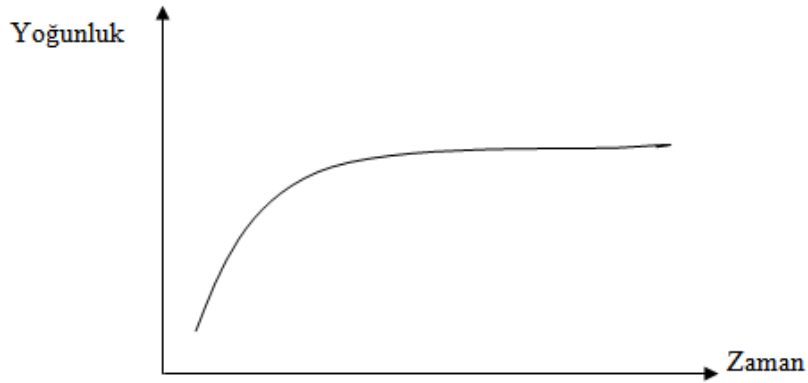
Yoğunluk Bağımlılığı kuramında, popülasyon yoğunluğu; belli bir zamanda popülasyonu oluşturan toplam sayısı şeklinde ifade edilmektedir (Carroll ve Hannan, 1989: 524). Yoğunluk bağımlılığı kuramı, popülasyon yoğunlukları ile örgütlerin doğum (kurulma) ve ölüm (kapanma) oranları arasında ilişki kurmaktadır.

Kuramın temel argümanı; popülasyon yoğunluğundaki artışın örgütlerin kurulma oranını artırıcı, azalışın ise örgütlerin kurulma oranını azaltıcı etki yarattığı şeklindedir. Yoğunluk bağımlılığı kuramının ortaya çıkışı, farklı örgüt topluluklarının benzer gelişim çizgisine dayanmaktadır. Bu ortak gelişim şöyle açıklanmaktadır; yoğunluk bağımlılığı kuramına göre, örgütler popülasyon içinde kurulmaya başladıklarında veya popülasyona giriş yaptıklarında popülasyon yoğunluğu yavaş bir büyüme göstermekte, sonraki aşamalarda kurulan örgütlerin sayısının hızla artması ile birlikte bu yoğunluk belli bir doygunluk noktasına ulaşmakta, daha sonra zirveden aşağı küçük bir düşüş

yaşanmakta ve bu noktada belli bir doygunluğa erişmektedir. Bu noktadan sonra ise popülasyonu oluşturan örgüt sayısı ve dolayısıyla yoğunluk uzun bir süre ulaşılan doygunluk noktası civarlarında kalmaktadır. (Şekil 1)

Bu argümana göre, popülasyon yoğunluğundaki artış, kurulma oranlarını da direk olarak etkilemektedir. Popülasyon yoğunluğundaki artış, kurulma oranını artırıcı, popülasyon yoğunluğundaki azalış ise kurulma oranını azaltıcı etkiye sahip olacaktır.

Şekil 1: Örgüt Topluluklarında Yoğunluk Bağımlı Büyüme



Kaynak: Önder ve Üsdiken:2007

Kuram farklı örgüt toplulukları için ortak olarak ortaya çıktığını savunduğu bu gelişim çizgisini örgüt topluluklarının evrimlerini şekillendiren iki temel sosyal sürece dayandırmaktadır. Bu süreçler meşrulaşma süreci ve rekabet sürecidir (Hannan ve Carroll, 1992; Hannan ve Freeman, 1989).

Örgüt topluluğunun yeni ortaya çıktığı ve buna bağlı olarak yoğunluğun az olduğu dönemde kaynaklar görece olarak bol olduğundan bu evrede topluluk içi rekabet azdır. Bu dönemde, artan yoğunluk kaynaklar üzerinde çok fazla baskı yaratmamakta ve

örgüt topluluklarının büyümesine engel olmamaktadır. Kurulmaya başlayan örgütler öncelikle kendi popülasyon yoğunluğunu etkileyecektir. Örgütlerin kurulmaları ve kurulmaların sayıca artış göstermesi popülasyon yoğunluğunu artıracaktır. Örgüt topluluğun yoğunluğunun artmasıyla topluluğu oluşturan örgütlerin biçimi daha bilinir hale gelmektedir. Bu noktada örgüt biçiminin giderek daha fazla meşrulaşması söz konusu olmaktadır. Popülasyon Ekolojisi yazınında farklı yazarlar tarafından “bilişsel meşruiyet” olarak da ifade edilen bu süreçle beraber örgütlerin amaçları ve bu amaçlara ulaşmayı mümkün kılacak örgütsel düzenlemelerin bilinmesi yaygınlaşmakta ve böylece örgütlerin kurulması kolaylaşmaktadır. Bu bağlamda, popülasyon içerisinde kurulan örgütsel biçimin, diğer aktörler tarafından benimsenmiş bir hal alması, örgütsel formun bilişsel meşruiyetinin yükseldiği anlamına gelmektedir. Belirli bir forma sahip örgüt sayısı arttıkça, bu örgüt formunun başka örgütlerce benimsenme olasılığı yükselmekte ve bu biçime sahip olan örgütlerin kurulmaları hız kazanmaktadır.

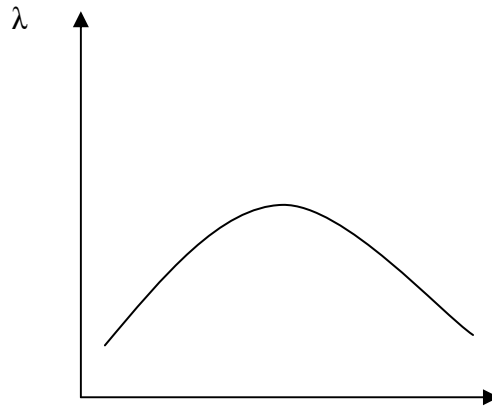
Bu noktada, bilişsel meşruiyete sahip örgütlerin popülasyon içinde ve dışında daha fazla kaynağa ulaşması söz konusu olmaktadır. Örgüt biçimi yaygınlaştıkça kaynak sağlayıcıların da şüpheleri giderilmekte ve buna bağlı olarak artan yoğunluğun rekabetçi etkisi azalmaktadır. Bu evrede örgüt biçiminin yeni ortaya çıktığı süreç olan meşrulaşma süreci, rekabet sürecine üstün gelmektedir. Bu bağlamda yoğunluğun az olduğu ilk dönemlerde yoğunluktaki artış kaynak sağlamak açısından örgütlerin buldukları ortamı yaşamaları için daha elverişli hale getirmektedir. Dolayısıyla, ilk evrelerde yoğunluktaki artışın örgüt kurulmalarını olumlu, örgüt kapanmalarını ise olumsuz etkilediğini söylemek mümkündür. Ancak ilk dönemlerden sonra meşruiyetin olumlu etkisi giderek gücünü kaybetmektedir.

Popülasyon yoğunluğundaki artış belirli bir doyum noktasına ulaştığında artan sayıda örgüt aynı kaynaklardan yararlanmak durumunda kalmakta ve bu örgütler arasındaki rekabet sürekli olarak artmaktadır. Rekabetin derecesi arttıkça, rekabette geri kalan örgütlerin kapanma oranları artmakta ve kurulma oranları azalmaktadır. Dolayısıyla rekabet süreci, meşrulaşma sürecini üstün gelmeye başlamaktadır. Bu

noktada, örgüt topluluğunun büyüme hızı giderek yavaşlamakta ve belli bir düzeyde sabit kalmaktadır (Önder ve Üsdiken, 2007: 147-148).

Yoğunluk bağımlılığı kuramı, artan yoğunluğun örgütsel biçimin meşruiyetini giderek azalan bir hızda, topluluk içindeki rekabeti ise giderek artan bir hızda artacağını ifade etmektedir. Dolayısıyla, örgüt topluluğunun yoğunluğundaki artışlar yeni örgüt kurulma oranını önce arttırmakta ancak bir noktadan sonra giderek azaltmaktadır. Bu noktadan hareketle, yoğunluk ile kurulma (doğum) oranı arasındaki ilişki ters U şeklinde tanımlanmaktadır. Aynı mantıktan hareketle, yoğunluk ile ilk evrelerde gerçekleşen artışlar topluluktaki örgütlerin ölüm oranını azaltmakta, daha sonraki evrelerde gerçekleşen artışlar ise ölüm oranını arttırmaktadır. Böylece, yoğunlukla örgüt ölüm oranı arasındaki ilişki ise U şeklini halini almaktadır. Bu durumda meşrulaşma süreci birinci düzey etki (kurulum oranının artması); rekabet süreci ise ikinci düzey etki (kurulum oranının azalması) olarak ortaya çıkacaktır (Hannan ve Freeman, 1987).

Şekil 2: Örgüt Kurulma Oranında Yoğunluk Bağımlılığı

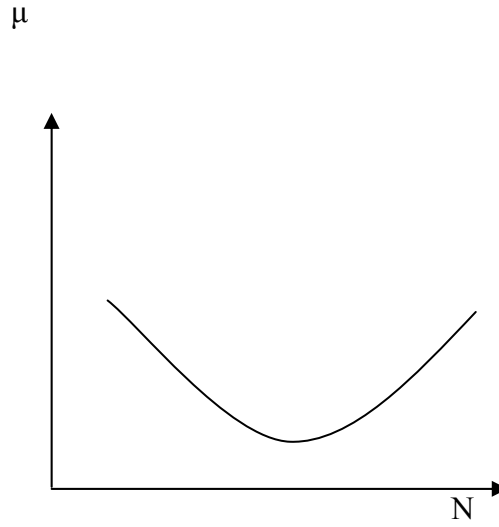


Kaynak: Önder ve Üsdiken; 2007

λ: Kurulma (Doğum) Oranı

N: Yoğunlu

Şekil 3: Örgüt Ölüm Oranında Yoğunluk Bağımlılığı



Kaynak: Önder ve Üsdiken; 2007

μ : Kapanma (Ölüm) Oranı

N: Yoğunluk

Yoğunluk bağımlılığı kuramı, rekabet ve meşrulaşma süreçlerinin tek tek örgüt toplulukları için geçerli süreçler olduğunu söylemekle birlikte, bu süreçlerin örgüt toplulukları arasında da geçerli olabileceğini kabul etmektedir. Bu görüşün dayanak noktası, birbirlerine benzer örgütsel biçime sahip ve aynı sınırlar (coğrafi, siyasi ve kurumsal) içindeki örgüt topluluklarının herhangi birinin yoğunluğundaki değişikliklerin diğer topluluklardaki yoğunluğu etkileyebilecek olmasıdır. Benzer şekilde, farklı sınırlar içinde faaliyet göstermelerine rağmen birbirleriyle etkileşim halinde olan ve benzer örgüt biçimine sahip örgüt topluluklarındaki yoğunluk süreçleri de birbirleriyle ilişkilendirilmektedir. (Hannan ve Carroll, 1992)

Bu noktada rekabet ve meşrulaşma süreçlerinin sınırlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Aynı sınırlar içinde faaliyet gösteren örgüt toplulukları için örgütsel biçim ile ilgili sınırlar, farklı sınırlar içinde faaliyet gösteren örgüt toplulukları için ise coğrafi, siyasi ve kurumsal sınırların doğru belirlenmesi gerekmektedir. Hannan ve Carroll (1992) rekabet sürecinin dar, meşrulaşma sürecinin ise geniş sınırlar içinde etkili olacağını savunmuşlardır. Bu düşüncenin temelinde kültürel sembollerin sınır ötesi yayılımının maddi kaynaklara (sermaye, işgücü vb.) göre daha kolay olması ve daha zor kontrol edilmesidir. Buradan hareketle, farklı bir sosyal sistemde yerleşik örgütlerin yoğunluğundaki artışların başka bir ülkede onlarla aynı biçime sahip örgütler üzerinde meşrulaştırıcı bir etki yaratacağı ancak rekabetçi bir baskı yaratmayacağı söylenmektedir. Ayrıca, sınır ötesi meşrulaştırıcı güçlerin etkilerinin rekabetçi güçlerin etkilerinden daha önce hissedildiği ileri sürülmektedir.

Yoğunluk bağımlılığı kuramı, rekabet ve meşrulaşma süreçlerinin tek tek örgüt toplulukları için geçerli süreçler olduğunu söylemekle birlikte, bu süreçlerin örgüt toplulukları arasında da geçerli olabileceğini kabul etmektedir. Bu görüşün dayanak noktası, birbirlerine benzer örgütsel biçime sahip ve aynı sınırlar (coğrafi, siyasi ve kurumsal) içindeki örgüt toplulukların herhangi birinin yoğunluğundaki değişikliklerin diğer topluluklardaki yoğunluğu etkileyebilecek olmasıdır. Benzer şekilde, farklı sınırlar içinde faaliyet göstermelerine rağmen birbirleriyle etkileşim halinde olan ve benzer örgüt biçimine sahip örgüt topluluklarındaki yoğunluk süreçleri de birbirleriyle ilişkilendirilmektedir (Hannan ve Carroll, 1992).

İki farklı popülasyon kendi aralarında etkileşimde bulunduğunda popülasyonların yoğunlukları bu iki popülasyonun kendilerine ait kurulma oranı üzerinde etkiye sahip olacaktır. Etkileşimde bulunan popülasyonların yoğunluklarının birinci düzey etkisi kendi popülasyonlarına ait kurulma oranını artırıcı etkiye sahip olurken, yoğunluğun ikinci düzey etkisi ise kendi popülasyonlarına ait kurulma oranını azaltıcı yönde etkiye sahip olacaktır. Dolayısıyla etkileşimde bulunan popülasyonların

kendi yoğunlukları ile kendi popülasyonlarına ait kurulma oranı arasında ters-U ilişkisi bulunacaktır.

Yoğunluk kuramı ile ilgili bir diğer konu ise ‘yoğunluğun gecikmiş etkisi’ ile ilgilidir. Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı, popülasyon yoğunluğu ile kurulma oranı arasındaki ilişkinin yanı sıra, örgütsel kurulmaların popülasyon yoğunluğuna olan gecikmiş etkilerini de araştırma konusu olarak seçmiştir (Carroll ve Hannan, 1989; Baum ve Oliver, 1992). Burada gecikmiş etki ile ifade edilen, daha önceki zamandaki gerçekleşen kurulmaların yoğunluğu artırıcı bir etki yaratmasıdır. Popülasyon Ekolojisi kuramına göre, örgüt ölümleri, sadece örgüt ölümünün gerçekleştiği dönemdeki yoğunlukla değil örgütün kurulduğu dönemdeki yoğunlukla da ilişkilidir. Örgütler, popülasyon içerisinde kurulduğu ilk zamanlarda, çevresel koşulları ve popülasyon içerisinde kendilerine fayda sağlayacak kaynakların hangileri olduğunu algılayamayabilirler. Ayrıca, örgütler kurulduklarında popülasyon içindeki rekabet düzeyi çok yüksekse, kendilerini rekabete hızlı bir şekilde hazırlayamadıkları için bu popülasyonda yaşamlarını devam ettireme şansları azalabilir (Tucker ve diğerleri, 1990).

Kurama göre, bu durum şöyle açıklanmaktadır; örgütün yüksek rekabet döneminde kurulmuş olması kaynak kıtlığından etkileneceği anlamına gelmektedir. Kaynak kıtlığının olduğu dönemlerde örgütlerin kuruluş aşamasını tamamlayıp etkin bir işleyiş düzenine kavuşması daha zor olmaktadır. Bunun yanı sıra örgütler, içsel süreçlerinin oturtulması ve çevreyle ilişkilerinin oluşturulmasına çok fazla kaynak ayıramamaktadırlar. Dolayısıyla, yüksek yoğunluk ortamında kurulan örgütlerin rekabet güçleri daha zayıf, ölüm riskleri daha yüksek olmaktadır. Ayrıca, yüksek yoğunluk ve rekabet ortamında kurulan örgütler kaynak kümesinin ikincil yani daha kötü unsurlarına yönelmek durumunda kalmaktadırlar çünkü birincil kaynak unsurları rekabet gücü yüksek örgütler tarafından paylaşılmaktadır. Yeni kurulan örgütler bu örgütlerle rekabet etmekte güçlük çektikleri için hayatlarını daha önemsiz ve geçici kaynaklarla idame ettirmek durumunda kalmaktadırlar. (Önder ve Üsdiken, 2007:151-153)

Bu nedenlerden dolayı yeni kurulan örgütlerin kısa sürede, içinde buldukları popülasyonu terk etmek durumunda kalmaları söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla, popülasyon yoğunluğu o anda değişim göstermemektedir. Ancak, örgüt kurulmuş ve yaşamını devam ettirmişse, bunun etkisi daha sonraki bir evrede ortaya çıkacaktır. Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı bu durumu yoğunluğun gecikmiş etkisi olarak açıklanmaktadır. Kurama göre, kurulmaların yoğunluk üzerindeki etkisi gecikmiş olsa bile, kurulmaların gerçekleşmesi yoğunluğu artırıcı yönde olacaktır. Buna bağlı olarak, örgütsel formların bilişsel meşruiyeti sağlama ve bilişsel meşruiyeti sağlayan örgütsel form sayısındaki çoğalma ve rekabet süreci de yoğunluğun düzeyine bağlı olarak devreye girecektir. Önceki kurulmalar, popülasyonlar arası etkileşimlerde etkili olacağından, öncelikle popülasyonların kendi yoğunlukları üzerinde etkili olacaktır. Etkileşimde bulunan popülasyonlar birlikte ele alındığında; her popülasyon içerisinde gerçekleşen önceki kurulmaların birinci düzey etkisi popülasyonlara ait kurulma oranını artırıcı etkiye sahip olduğu görülmektedir. İkinci düzey etki ise, popülasyonlara ait kurulma oranını azaltıcı etkiye sahiptir. Dolayısıyla, önceki kurulmalar ile kurulma oranı arasında ters-U ilişkisi oluşacaktır.

Daha önce bahsedildiği gibi, popülasyonlar arasındaki etkileşim bağlamında, oluşan karşılıklı bağımlılığın yönü ve niteliği önem kazanmaktadır. Hannan ve Freeman'a göre (1989), popülasyonlar arası karşılıklı bağımlılık, etkileşim halinde bulunan bir popülasyonun yoğunluğunun diğer popülasyonun kurulma veya kapanma hızları üzerindeki yarattığı tek düze etki (monotonic effect) olarak edilebilmektedir. Bu, bir popülasyonun yoğunluğundaki artış veya azalışın diğer popülasyonun kurulma veya kapanma oranlarını artıracığı ya da azaltacağı anlamına gelmektedir. Hannan ve Freeman (1989) ve Hannan ve Carroll'a (1992) göre, popülasyonlar arasında sadece rekabete dayalı bir bağımlılık varsa, popülasyonların her birinin yoğunluğu, diğerinin kurulma oranını azaltacak veya kapanma oranını artıracaktır. Öte yandan, eğer bir popülasyon, diğer popülasyondaki örgüt formlarının bilişsel anlamda meşruiyetini sürekli kılıyor, ancak bilişsel anlamda meşruiyet kazanan örgütsel formların oluşturduğu popülasyon diğer popülasyonun yaşama şansını kaynaklara bağlı olarak azaltıyorsa, bu iki popülasyon arasında hem rekabet hem de meşrulaşma süreçlerine ait

bir bağımlılığın var olduğu anlamına gelmektedir. Popülasyonlar arasındaki etkileşimler, sadece meşrulaşma sürecine bağlı gerçekleşiyorsa her bir popülasyonun yoğunluğundaki artış, diğer popülasyonun kurulma oranını artıracak veya kapanma oranını azaltacaktır. Bu ilişki rekabet süreci sonunda oluşacak durumların tam tersi olarak ifade edilebilmektedir.

1.5. Çevresel Kesim Dinamikleri

Popülasyon Ekolojisi Kuramı, benzer forma sahip örgütlerin ve bu örgütlerin oluşturduğu toplulukların yaşamlarını devam ettirebilmek ve büyüyebilmek için ihtiyaç duydukları kaynakları çevrenin belli bir kısmından elde ettiğini savunmaktadır. Kuram, bir örgütün yaşamasına olanak sağlayan çok boyutlu kaynak alanı olarak tanımladığı bu sınırlı kaynaklar kümesine “çevresel kesim” adını vermektedir (Hannan ve Freeman, 1977: 946).

Sosyolojik anlayışa göre, fırsatlar ve tehditler ayrılmaz bir şekilde sosyal yapı içindeki aktörlerin konumuna bağlı olmaktadır. Örgütsel anlamda “çevresel kesim” yaklaşımı da bu düşünceye dayanmaktadır. Örgütlerin kendileri için seçtikleri çevresel kesim, faaliyet gösterdikleri alandaki konumları doğrultusunda yaşam şansları açısından belirleyici olmaktadır.

Bu noktada, Popülasyon Ekolojisi Kuramı örgütlerin beslendikleri çevresel kesimdeki konumlarından ya da konumlarındaki değişikliklerden hareketle karşı karşıya kaldıkları rekabetçi baskı ve hayatta kalma olasılıkları üzerine “Kesim Genişliği” ve “Kaynak Bölünmesi” olmak üzere iki temel yaklaşım öne sürmüştür.

1.5.1. Kesim Genişliği Kuramı

Örgütler, yaşamlarını sürdürebilmek için diğer örgütlerle, popülasyonlarla ve dolayısıyla çevreyle dolaylı ya da doğrudan etkileşim içinde olmaktadır. Bu noktada, örgütlerin hem kendi popülasyonlarına hem de diğer popülasyonlardaki kaynaklara

bağımlı olmaları organizasyonlar arasındaki etkileşimler açısından önemli bir faktördür. (Hannan ve Freeman, 1983:1118) Bu bağlamda, bir örgütün veya popülasyonun yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan yaşam alanı, başka bir deyişle kaynaklar kümesi “kesim”(niche), örgütün ulaşabildiği kaynaklara göre popülasyon içinde boyutsal olarak sahip olduğu genişlik ise “kesim genişliği” (niche width) olarak adlandırılmaktadır.

Hannan ve Freeman (1977,1989), “örgütlerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için ilişkili oldukları çevresel kesimin koşullarında en iyi performansı sağlayacak şekilde bir kapasiteye mi yoksa değişen koşullara adapte olabilecekleri çeşitlilikle fazla bir kapasiteye mi sahip olmaları mı gerekir?” sorusundan hareketle, bir örgüt topluluğunda popülasyon içindeki davranışlarına göre iki çeşit örgüt bulunabileceğini ifade etmektedirler. Hannan ve Freeman (1977,1983 ve 1989) bu iki farklı örgüt türünü “Genelciler” ve “Özelciler” olarak tanımlamaktadırlar. Ekolojik anlamda bu iki örgüt türü kesim genişliği açısından farklılık göstermektedir. Yaşamlarını sürdürebilmek için geniş çapta kaynağa dolayısıyla geniş kesim genişliğine ihtiyaç duyan örgütler genelciler olarak adlandırılmaktadır. Bu örgütler birden fazla popülasyonda faaliyet gösterebilecekleri gibi tek bir popülasyon içinde aynı anda birden çok alanda da faaliyet gösterebilen örgütlerdir. Bu anlamda genelci örgütler daha geniş ve farklılaşmış hedeflere yönelen örgütlerdir. Bu örgütler kendi yaşamlarını sürdürebilmek için çevresel kaynakların bolluğuna ve çeşitliliğine bağımlıdır.

Özelci örgütler ise genelcilerin aksine, kaynak kesiminin dar ve farklılaşmamış kısımlarını hedeflemektedirler. Bu organizasyonlar dar bir kesim genişliğine sahiptirler ve kaynakların çeşitliğinin daha az olduğu çevrelere bağımlı olarak yaşamaktadırlar. Başka bir ifade ile genelciler daha çok heterojen kaynaklara yönelirken özelciler daha homojen kaynaklara yönelmekte ve genelci örgütlerin tersine daha spesifik alanlarda faaliyet göstermektedirler.

Bu durumun bir sonucu olarak genellikle özelci örgütler, genelci örgütlerden daha küçük olmakla birlikte kesim genişliği ile örgütün büyüklüğü arasındaki ilişkinin kesin bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkün değildir. Eğer kaynakların kaynak

kümesindeki dağılımları düzensiz ise özelci örgütlerin kaynaklara ulaşması ve büyümeleri kolaylaşmaktadır. Büyüklük ve kesim genişliği arasındaki ilişkiyi açıklamak için Hutchinson (1957)'ın önerdiği temel yaşam alanı (fundamental niche) ve gerçekleşen yaşam alanı (realized niche) kavramlarının birbirlerinden ayrılması gerekmektedir. Temel yaşam alanı; bir popülasyonun rakiplerinin ya da diğer popülasyonların etkilerinin olmadığı koşullarda işgal edebileceği ve yaşamını devam ettirebileceği çevresel koşulların toplamını ifade etmektedir. Gerçekleşen yaşam alanı ise; temel yaşam alanının tersine, popülasyonun belli bir çevrede fiilen yaşadığı, rekabetin ve çevresel kısıtların etkilerinin sonucu ortaya çıkan ve temel yaşam alanının bir alt kümesi sayılabilecek alan olarak tanımlanmaktadır (Carroll, 1985:1267). Popülasyon Ekolojisi Kuramı'na göre bir popülasyonun büyüme hızı başka bir popülasyonun (ya da popülasyonların) büyüme hızını etkiliyorsa bu popülasyonlar birbiriyle etkileşim içindedir. Bir veya birden fazla popülasyon etkileşim içinde olduğunda birinin kesim genişliğindeki büyüme diğerinin kesim genişliğini etkilemekte ve değiştirmektedir. Benzer şekilde, iki popülasyon arasında rekabet varsa, rakibin varlığı kaynak kesiminin genişliğini azaltmaktadır (Hannan, 1988:99-100).

Carroll ve Hannan (2000: 263-269), genelci ve özelci örgütlerin bir arada bulunduğu popülasyonlarda, genelcilerin popülasyonun merkezinde, özalcilerin merkezin daha dışında; konumlandığını, genelcilerin ve özalcilerin ayrı ayrı bulunduğu popülasyonlarda ise birbirlerine göre daha dağınık halde bulduklarını ifade etmektedir. Özalciler daha çok bölgesel, genelciler ise daha çok ulusal kaynakları kullandıkları için coğrafi dağılımları birbirinden farklılık göstermektedir (Boone, Carroll ve Witteloostujin; 2004: 119). Barron ve diğerleri'ne göre (1994: 381-382) eğer bir popülasyonda genelci özellik gösteren büyük ve güçlü olan örgütler varsa, bu popülasyondan tekelleşme eğilimi görülebilecektir. Sonuçta, küçük veya özelci olarak tanımlanabilecek örgütler üzerinde olumsuz etki yaratacaktır. Bunun sonucunda, büyük örgütlerin popülasyon içerisindeki yoğunluklarının küçük örgütleri popülasyon dışına itmesi söz konusu olacak ve dolayısıyla özelci diye tanımlanan küçük ölçekli işletmeler bundan zarar göreceklerdir. Carroll ise bunun tam tersini savunmaktadır. Carroll(1985)'a göre teknelci davranış gösteren genelciler, özalcilerin sayıca çoğalmasına

neden olacaktır. Özelciler, yeni stratejiler geliştirerek genelcilerin kaynaklarına ortak olmak isteyecek, rekabet yeniden başlayacak ve rekabete dayalı etkileşimler farklı boyutlar kazanacaktır. Sonuçta, kaynaklara olan talep arttıkça ve bu kaynaklar sınırlı oldukça örgütler arası rekabet kendini sürekli kılacaktır (Hakkı Okan Yeloğlu, Örgütsel Ekoloji Ve Popülasyonlar Arası Etkileşimler: Türkiye Sermaye Piyasasındaki Aracı Kurumlar Örneği, Doktora Tezi; 2007:38)

Kesim genişliği kuramına göre, genelci örgütler geniş ve farklılaşmış hedeflere yöneldikleri için özelci örgütlere göre daha yüksek kapasitede çalışmak ve daha yüksek miktarda genel gidere katlanmak durumunda olmaktadır. Bunun nedeni; kaynak kümesinin, belirli bir kesimine yönelik oluşturulan kapasitenin kaynak kümesinin farklı bir kısmına yönelik olarak kullanılamamasıdır. Bununla birlikte, bu örgütler birbirinden farklı faaliyetleri sürdürdüklerinden herhangi bir kaynak kesiminde verimliliklerini en üst düzeye çıkarmak için yatırımlara ayıracakları kaynakları da kısıtlamış olmaktadır (Hannan ve Freeman,1989). Bu iki görüşe göre, genelci örgütler hiçbir zaman mümkün olan en iyi performansı gösterememektedir. Bunun aksine özelci örgütler, dar ve farklılaşmamış hedeflere yöneldikleri ve uzmanlaştıkları için fazla kapasite taşımamakta ve yaptıkları işte verimliliklerini arttırmak için daha fazla kaynak ayırabilmektedirler. Dolayısıyla performanslarını üst düzeye çıkarmak konusunda genelci örgütlerden daha başarılı olmaktadır.

Kesim genişliği kuramına göre, çevresel değişikliklerin küçük çapta ve kısa bir zaman aralığında gerçekleştiği durumda özelci örgütler genelci örgütlere kıyasla yaşamlarını sürdürmek açısından daha şanslılardır. Bunun nedeni, istikrarlı çevre koşullarında özelci örgütlerin genelci örgütlere göre daha iyi performans göstermeleridir. Ancak, uzun vadeli ve büyük çaplı çevresel değişikliklerin var olduğu durumda genelci örgütlerin sahip oldukları kapasite fazlasının kendilerine sağladığı üstünlükle özelci örgütlere kıyasla yaşama şansları daha fazla olacaktır. Kuram bu görüşü şöyle açıklamaktadır; genelci örgütler zamana yayılan çevresel değişimler sırasında kaynaklarının sadece bir kısmını kaybederler ancak özelci örgütler bu değişimler sırasında dar ve farklılaşmamış kaynaklarının büyük bir kısmını yitirirler.

Kapasitelerinin sınırlı olması sebebiyle farklı kaynaklara yönelemedikleri için özselci örgütlerin önemli bir kısmı yok olmak durumunda kalır (Önder ve Üsdiken; 2007:154-156)

1.5.2. Kaynak Bölünmesi Yaklaşımı

Bazı organizasyon topluluklarında olgunlaşmalarının üzerinden belli bir süre geçtikten sonra yoğunlaşma olarak adlandırılan bir sürecin başladığı gözlenmektedir. Yoğunlaşma, zaman içinde büyüklükleri artan ancak sayıları azalan genelci organizasyonların topluluğa hâkim olması olarak açıklanmaktadır. Bahsedilen yoğunlaşma etkisiyle beraber uzmanlaşmış özselci organizasyonların da topluluk içindeki sayılarının arttığı gözlenmektedir. Kaynak bölünmesi yaklaşımı bu durumu, yaşamlarını devam ettiren organizasyonların rekabet nedeniyle yaşamlarını yitiren genelci organizasyonların farklılaşmış kaynak tabanlarının tamamını ele geçirememesinden kaynaklandığını savunmaktadır. Bu noktada serbest kalan kaynaklar sadece genelci organizasyonlar tarafından değil özselci organizasyonlar tarafından da kullanılmaktadır. Bu ise, genelci organizasyonların kontrol ettikleri kaynak toplamını azaltmaktadır.

Kaynak bölünmesi yaklaşımının, topluluğun yoğunlaşma etkisinin özselci organizasyonların sayısındaki artışı açıklamak için geliştirdiği kesim genişliği yaklaşımından oldukça farklı üç varsayımı vardır.

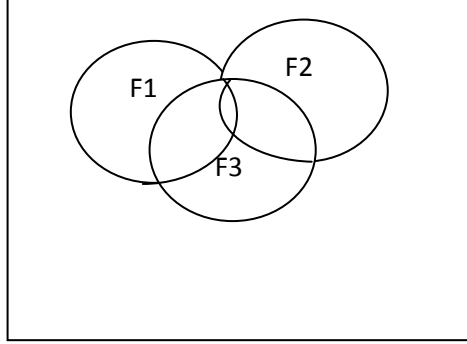
Birincisi varsayım, kesim genişliği yaklaşımının tersine kaynak kümesinin farklı kesimlerini hedeflemenin organizasyonların genel giderlerini attırmayacağını ve fazla kapasite yaratmayacağını, aksine kaynak kümesinin belli bir kısmı için oluşturulmuş kapasitenin farklı kesimler için de kullanılabileceğini savunmaktadır.

İkinci varsayım, kaynak kümesinin bazı kısımlarında görece bolluk olurken bazı kısımlarında görece kıtlık olabileceği düşüncesinden hareketle kaynak kümesinin kaynakların tek bir nokta etrafında toplandığı bir merkezinin olduğunu savunmaktadır.

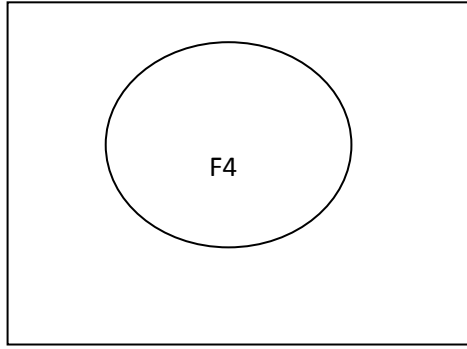
Üçüncü varsayım ise, genelci organizasyonların kaynak kümesinin merkezini ele geçirmek için ölçek ekonomisi temelinde birbirleriyle rekabet ettikleri düşüncesine dayanmaktadır. Bu noktada kesim genişliği yaklaşımında bahsedilen genelci organizasyonlar ile kaynak bölünmesi yaklaşımında bahsedilen genelci organizasyonların birbirinden farklı olduğu göze çarpmaktadır. Kesim genişliği yaklaşımında genelci organizasyonlar fazla kapasite oluşturarak potansiyel kaynak tabanlarını çeşitlendirirken, kaynak bölünmesi yaklaşımında genelci organizasyonlar kaynak kümesinin merkezini kullanmakta ve merkez için birbirleriyle rekabet etmektedirler (Önder ve Üsdiken, 2007: 157-159).

Şekil 4 ve Şekil 5 rekabetçi ve rekabetçi olmayan pazarlardaki kaynak bölünmesini açıklamaktadır. (A) ve (B)'nin temsil ettiği iki kare (A ve B çevresi) organizasyonların kullanabilmesi için uygun olan kaynak alanının toplamını ifade etmektedir. F1, F2, F3 ve F4 ise bireysel düzeydeki genelci organizasyonların farkında oldukları kaynakları göstermektedir. A çevresi rekabetçi pazarı temsil etmektedir. Burada her üç genelci organizasyon da kaynak alanını merkezini hedeflemekte ancak rekabet nedeniyle rakiplerine karşı kendi içlerinde farklılaşmak zorunda olduklarından kaynak kesimleri belli ölçülerde çakışmaktadır. Sadece tek bir genelci organizasyonun var olduğu B çevresinde ise, en iyi konum kaynak alanının merkezi olmaktadır. Bu noktada özel anlamda bir takım farklılıklar daha az avantajlı olmakta ve rekabetçi pazara göre bu pazarda genelci stratejiler daha büyük organizasyonların oluşmasına imkân vermektedir. Ancak, toplam pazar payına bakıldığında A çevresindeki daha küçük organizasyonların oluşturduğu pazar payının(F1+F2+F3) B'deki tek genelci organizasyonun sahip olduğu pazar payından (F4) daha büyük olduğu görülmektedir (Carroll,1985:1270-1271)

Şekil 4: Yoğunlaşmamış Pazar



Şekil 5: Yoğunlaşmış Pazar



Carroll,1985

Şekil 4 ve Şekil 5’te görülen dairelerin dışındaki alanlar genelci organizasyonların serbest bıraktıkları ve dolayısıyla özelci organizasyonların kullanabilecekleri kaynak alanlarını temsil etmektedir. B çevresi yoğunlaşmış pazar özelliği taşımasına rağmen buradaki genelci organizasyonun (F4) dışında kalan kaynak alanı, yoğunlaşmamış pazar özelliği taşıyan A çevresindeki genelci organizasyonların (F1+F2+F3) dışında kalan kaynak alanından daha fazladır. Bu noktada, yoğunlaşmış pazarda özelci organizasyonların genelci organizasyonlar ile direk bir rekabete girmeden daha fazla kaynağa sahip olabilecekleri söylenmektedir. Başka bir ifade ile, organizasyon topluluğunda yoğunlaşma arttıkça özelci organizasyonların kullanabilecekleri kaynaklar da bollaşmaktadır. Genelci organizasyonlar arasındaki rekabet kaynak kümesinin merkezi içindir. Ancak bu organizasyonların hedef kaynak tabanları tamamen örtüşmez. Bunun nedeni genelci organizasyonların birbirleri

arasındaki rekabeti azaltmak amacıyla kaynak tabanlarını olabildiğince farklılaştırmaya çalışmalarıdır. Bu durumda genelci organizasyonlardan biri öldüğünde diğer genelci organizasyonlar kendi kaynak tabanları ile örtüşen kaynakları ele geçirmekte ancak örtüşmeyen kısmı özselci örgütlerin için serbest kalmaktadır. Serbest kalan bu kısımlar ise özselci organizasyonların kullanabileceği kaynakları arttırmaktadır. Kaynakların bollaması özselci organizasyonların kurulma oranları arttırmakta, kapanma oranlarını da azaltmaktadır.

1.6. Örgütlerin Demografisi

Popülasyon Ekolojisi kuramının bir alt konusu olan “Örgütlerin Demografisi” konusu popülasyon içinde bulunan örgütlerin kurulma, kapanma, değişim, birleşme ve dağılma oranları üzerinde durmaktadır. Bu bağlamda, kuramsal anlamda kurulan modellerle örgütlerin kurulma ve kapanma oranları, diğer popülasyonların varlıkları ve popülasyonların birbirleri ile nasıl etkileşim içerisinde oldukları incelenmektedir. (Hannan ve Freeman,1989) Bununla birlikte, örgütlerin oluşturdukları popülasyonların gösterdiği büyümedeki değişimler, örgütlerin popülasyona girme ya da çıkma sıklıkları da yine örgütlerin demografisi konusu kapsamında ele alınmaktadır. Bu noktada, örgütlerin doğum ve ölüm oranların belirlenmesi, popülasyonların ve toplulukların zaman içerisindeki seyirinin açıklanmasında belirleyici olmaktadır. (Amburgey ve Rao,1996:1267).

Baum’a göre (1996), örgütlerin yaşamlarına ilişkin özellikler söz konusu olduğunda bazı temel değişkenler önemli rol oynamaktadır. Bu değişkenler, demografik değişkenler (örgütsel büyüklük ve yaş); ekolojik değişkenler (popülasyon yoğunluğu, kurulma ve kapanmalar, popülasyonun taşıma kapasitesi) ve çevresel değişkenler (kurumsal, yasal, politik, teknik çevre) olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır.

Yaş, büyüklük, popülasyonun yoğunluğu (popülasyonda bulunan örgütlerin sayısı), popülasyonun taşıma kapasitesi (popülasyonun taşıyacağı en çok örgüt sayısı), popülasyon içerisinde gerçekleşen doğumlar, ölümler ve değişimler gibi değişkenler örgütlerin kurulma ve kapanma oranlarını azaltıcı veya artırıcı özelliğe sahip

olmaktadır. Ancak, bu değişkenlerin örgütlerin yaşamlarına ne şekilde ve hangi düzeyde etki ettiği örgütten örgüte ve örgütün içinde bulunduğu popülasyona göre farklılık gösterebilmektedir.

Örgütlerin doğumlarından(kurulmalarından) ölümlerine(kapanmalarına) kadar gecen zaman bir süreç olarak kabul edilirse, bu sürecin başlangıcı örgütlerin doğumu, bitişi ise örgütlerin ölümleri olarak tanımlanabilir. Ancak “ölüm” ve “doğum” kavramları Popülasyon Ekolojisi Kuramında farklı yazarlar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır.

Baum (1996), doğumlar için popülasyona giriş (entry), ölümler için ise popülasyondan çıkış (exit) kavramlarını kullanmıştır. Singh ve diğerlerine (1986: 594) göre doğum; örgütün popülasyon içinde biçimsel bir yapıya kavuşması olarak tanımlanırken, ölüm ise örgütün var olan yapısını bırakıp yeni bir yapıya dönüşmesi olarak nitelendirilmektedir.

Freeman, Carroll ve Hannan ise doğum kavramının üç farklı tanım içerebileceğini söylemişlerdir. Buna göre; yeni bir örgütün kurulması, birkaç yerel örgütün birleşerek ulusal bir örgüte dönüşmesi veya var olan bir örgütün yeni bir pazara girişi yapması “doğum” olarak tanımlanabilmektedir. “Ölüm” kavramı ise başarısızlığa uğramış bir örgütün kapanması, ulusal bir örgütün birkaç yerel örgüt olarak ayrışması ve örgütün pazarı terk etme kararı olarak üç farklı şekilde tanımlanmıştır(Freeman, Carroll ve Hannan, 1983: 700).

Ancak, Young (1988)’ a göre kuram tarafından öne sürülen kavramlar yeterince açık değildir ve bu durum anlam karmaşasına yol açmaktadır. Ayrıca Young (1988), bu tanımların sadece bireysel örgüt bazında anlamlı olduğunu, Populasyon Ekolojisinin temel argümanı olan örgüt toplulukları için geçerli olmadığını savunmaktadır. Young (1988)’a göre kuram özellikle “ölüm” kavramını açıklanmada zorluk çekmektedir (Young,1988;7).

Freeman, Carroll ve Hannan (1983) “The Liability of Newness: Age Dependency in Organizational Death Rates” isimli makalelerinde birleşmelerin ölüm olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı konusu da tartışmışlardır. Hannan ve Freeman’a

(1989:139) göre, iki ya da daha fazla örgüt birleştiğinde hangi örgütün ölü, hangi örgütün canlı kabul edeceğini belirlemek zor olmaktadır. Hannan ve Freeman (1989), bu durumu birleşen iki örgütün kapanmaları şeklinde değerlendirmektense baskın olan örgütün yapısal anlamda bir değişikliğe uğraması şeklinde değerlendirmenin daha doğru olduğunu savunmaktadırlar. Ancak bu noktada, hangi örgütün baskın olduğu sorusu gündeme gelmektedir. Ancak, Freeman, Carroll ve Hannan (1983)'in baskın bir örgütün olmadığı durumda gerçekleşen birleşmelerde hangi örgütün ölü, hangisinin yapısını değiştirmiş olarak kabul edileceği konusunda net bir açıklaması bulunmamaktadır. Örgütsel anlamda birleşmeler, başarılı bir örgütün başarısız bir örgütü satın alması yoluyla gerçekleşebileceği gibi, bir veya birden fazla başarılı örgütün bir araya gelerek yeni ve farklı bir örgütsel form meydana getirmesi sonucu da gerçekleşebilmektedir. Bu durumda başarılı bir örgütün ölü olarak kabul edilmesi doğru bir değerlendirme olmayacaktır.

Carroll ve Delacroix (1982: 170-171), örgütlerin birleşmelerinde ölüm kavramının farklılaştığını, örgütsel anlamda başarısızlıklardan doğan sorunların da örgütsel ölüm olarak nitelendirilebileceğini öne sürmüşlerdir. Freeman ve diğerleri'ne (1983: 699) göre iki örgütün birleşmesinin yanı sıra, iki ya da daha fazla örgütün birinin yapısının diğerine kaynaştırılması sonucu, kaynayan örgütün ölü olarak kabul edilebilmesi söz konusu olabilmektedir.

1.6.1. Yeniliğin Zafiyeti

Örgütlerin doğumlarına ve ölümlerine neden olan etkenlerin neler olduğu ve bu etkenlerin örgütsel kurulma ve kapanma oranlarını nasıl etkilediği demografik süreçler için önem taşımaktadır. Bu noktada, Stinchombe (1965) yeni kurulmuş örgütlerin bir takım yenilik sıkıntıları ile karşı karşıya kaldıklarını ileri sürmektedir. Bu anlamda genç örgütlerin, bu süreçte yeni roller öğrenmeleri, çalışanları arasında güven ilişkileri oluşturmaları, müşterileri ve tedarikçileri ile sağlam bağlar kurmaları gerekmektedir. Ayrıca genç örgütler, daha önce kurulmuş örgütlere kıyasla daha düşük etkinlik ve daha

düşük meşruiyet düzeyine sahip olmak gibi pek çok sıkıntıya maruz kalmaktadırlar. Başka bir deyişle, genç örgütler yapısal düzenlerini ve rutinleri yeni yeni oluşturmaya çalıştıkları için bu süreç örgütleri savunmasız ve kolay darbe alır halde olmasına neden olmaktadır. Stinchombe (1965) örgütün popülasyona girdiği ilk evrelerde ortaya çıkan bu durumu, “Yeniliğin Zafiyeti” olarak tanımlamıştır. Genç örgütlerin yaşlı örgütlere kıyasla daha yüksek ölüm riskiyle karşı karşıya olduğunu savunanın Stinchombe (1965) bu tezini dört temel nedene dayandırmaktadır. Öncelikle, yeni kurulmuş örgütlerin sosyal aktörler olarak öğrenmeleri gereken belli roller ve görevler vardır. Buna ek olarak, bazı hallerde yeni roller yaratılması gerekebilir ve bu da sermaye ve yaratıcılık üzerinde kısıtlar oluşturur. Ayrıca, yeni bir organizasyonda sosyal ilişkiler ve etkileşimler zayıf olmaktadır dolayısıyla ortak normatif bir taban ya da informel bir bilgi yapısı oluşturmak güçleşir. Son olarak, yeni kurulmuş bir örgütün müşterilerle ve tedarikçilerle yerleşik, kalıcı ve sağlam ilişkiler kurması zaman alabilir. Stinchombe (1965)’nin bu tezi iki soruyu gündeme getirmiştir: Hangi faktörler örgütün yaşamını ya da ölümünü etkilemektedir? ve “yeniliğin zafiyeti” kavramının zaman, mekan, organizasyon türü açısından genel kabul edilebilirliği var mıdır?

Ancak bu noktada organizasyonel ölümler ile ilgili genel bir model kurgulamak için öncelikle örgütlerin durumlarını tanımlamak gerekmektedir. Freeman ve diğerleri (1983)’ne göre, her örgüt yaşama aynı durumda yani “canlı” olarak başlamakta ve iki nedenle hayattan ayrılmaktadırlar. Bunlar ise, örgütün kapanması ya da başka bir örgütle birleşme durumunda kendi kimliğini kaybetmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Freeman ve diğerlerine (1983)’e göre organizasyonel ölümler ile ilgili kurulan modeller dört faktörle uyum göstermelidir. Bunlar; (1) organizasyonel ölümlerin çok çeşitli nedenlerle olabileceği, (2) ölümlerin herhangi bir yaşta ve zamanda gerçekleşebileceği, (3) kapanmanın, örgütler bağımsız aktörler olarak hayatlarına son vermek istediklerinde seçilebilecek yollardan sadece bir tanesi olabileceği ve (4) aynı çevrede bulunan ve aynı yaşta olan örgütler için ölüm oranlarının farklı olabileceğidir. Bu dört faktör incelendiğinde; ilk faktörün ölüm olayının tesadüfi bir olay olduğunu, ikinci faktörün olayın belli bir zamanda değil devam eden bir süreçte gerçekleştiğini, üçüncü faktörün çoklu ölümlerin açık bir şekilde modele konması gerektiğini öne

sürdüğünü söylemek mümkündür. Bu üç faktör aynı anda ele alındığında organizasyonel ölümün devam eden zamanda örgüt yapısında yaşanan bir durum değişikliği olarak kabul edilmesi mümkündür. Dördüncü faktör ise, popülasyonun heterojenliğinin açık bir şekilde modele konması gerektiğini vurgulamaktadır.

Freeman ve diğerleri (1983) organizasyonel ölüm oranlarının yaş bağımlılığının açıklanmasında Stinchombe'nin (1965) "yeniliğin zafiyeti" tezinin dışında başka mantıklı açıklamaları da olabileceğini iddia etmişlerdir. Örneğin organizasyonel ölümlerin yaş bağımlılığı popülasyonun heterojenliğine bağlı olabilir. Bunun dışında, "yeniliğin zafiyeti" nin etkileri aslında "küçüklüğün zafiyeti"nden kaynaklanan etkiler olabilir. Freeman ve diğerlerine (1983) göre, en yüksek ölüm oranlarına sahip olan örgütler en küçük örgütler olabilir. Dolayısıyla küçük örgütler popülasyondan elendikçe örgüt topluluğunda ölüm oranları yaş ile azalma göstermiş olur.

Bu kapsamda, Freeman (1983) ve diğerleri, Stinchombe (1965)'nin "yeniliğin zafiyeti" tezini ekolojik çerçevede genişletmiş ve dört temel soruya cevap aramışlardır. (1) "yeniliğin zafiyeti" kavramının varlığından söz edilebilir mi? (2) Eğer edilebiliyorsa bu kavram farklı organizasyonel ölüm türlerine göre değişkenlik gösteriyor mu? (3) Örgüt yaşının etkisi ile örgütün doğumu sırasındaki büyüklüğünün etkisi birbirinden ayrılabilir mi? (4) tarihsel etkilerin, organizasyonel ölüm ile yaş bağımlılığı arasındaki ilişkiyi bozucu etkisi var mı?

Freeman ve diğerleri (1983) bu sorulara cevap ararken teknolojileri, büyüklükleri, çalışan popülasyonu ve kurumsal çevreleri farklı olan üç ayrı popülasyon (ulusal işçi sendikası, yarıiletken elektronik üreticileri, yerel gazete yayıncıları) ile çalışmışlardır. Üç farklı popülasyonla çalışmalarının nedeni farklı popülasyonlardaki organizasyonel ölümlerin nedenleri ile ilgili farklılıklar olacağı beklentisinden kaynaklanmaktaydı. Yaptıkları analizlerin sonuçları organizasyonel ölüm oranları ve yaş çeşitliliği ile ilgili sorguladıkları dört soruya da bazı cevaplar bulmuştur. İlk olarak, üç farklı popülasyon için de "yeniliğin zafiyeti" kavramından söz edilebileceği ortaya çıkmıştır. Analiz sonuçları üç popülasyonda da genç örgütlerin ölüm oranlarının yaşlı örgütlere kıyasla daha yüksek olduğunu kanıtlamaktadır. İkinci olarak, yaş bağımlılığının ölüm oranları üzerindeki etkisinin iki tür ölüm türüne göre

(kapanma ve birleşme) farklılık gösterdiğini söylemenin mümkün olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin gazete firmaları için birleşmek yerine kapanma şeklindeki ölümlerde yeniliğin zafiyeti durumu daha güçlü ortaya çıkmıştır. Üçüncü olarak, yeniliğin zafiyeti kurulma sırasındaki büyüklük farklılıkları ile bağlantılı olarak heterojenliğin etkilerini yansıtmaz sonucuna varılmıştır. Son olarak ise, kurulan modelde güçlü tarihsel etkilerin ortaya çıkmadığı tespit edilmiştir.

Hannan ve Freeman (1984) ölüm oranları ve yaş ilişkisini güvenilirlik ve hesap verebilirlik değişkenleri ile de ilişkilendirmişlerdir. Bu teze göre, doğal seçim süreci yüksek hesap verebilirlik ve güvenilirlik düzeyine sahip olan örgütleri korumaktadır. Bununla beraber, yüksek güvenilirlik ve hesap verebilirlik düzeyleri örgütlerin kendini yeniden üretebilme kapasitelerine bağlı olmaktadır. Yeni örgütler genellikle yapılarının yeniden şekillendirirlerken yüksek değişkenlik oranlarına maruz kalmaktadırlar. Başka bir deyişle, örgütün kendini yeniden üretme becerisi yaşı ilerledikçe artmaktadır. Bu noktada, hesap verebilirlik ve güvenilirlik düzeyinin de örgütün yaşı ilerledikçe arttığını söylemek mümkündür. Yapına görgül çalışmalar bu tezi dolaylı yoldan kanıtlamaktadır. Carroll (1983) yeniliğin zafiyeti olayını 52 farklı popülasyonda araştırmıştır. Carroll'un ulaştığı sonuç ölüm oranlarının örgütün yaşı ilerledikçe keskin bir şekilde düşme eğilimi gösterdiği yönündedir. Freeman, Hannan ve Carroll (1983)'un daha zengin bir örneklem üzerinden gerçekleştirdikleri çalışmada ise ölüm oranlarının yaş değişkenine büyüklük değişkenin eklendiği durumda çok keskin bir düşüş gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Hannan, 1988; 102).

Genç örgütlerin başarısızlığa daha yakın olmasının nedenlerinden biri, geçici sosyal koşulların girişimcilere cesaret vermesi olarak değerlendirilmektedir. Örneğin sakin dönemlere kıyasla sosyal ve politik anlamda çalkantılı dönemlerde daha çok gazete işletmesinin doğduğu bununla birlikte çalkantılı dönemlerde kurulan işletmelerin sakin dönemlerde kurulan işletmelere kıyasla daha kısa sürelerde hayatta kaldıkları görülmüştür. (Delacroix ve Carroll, 1982; Carroll ve Huo, 1986)

1.6.2. Küçüklüğün Zafiyeti

Literatürde örgüt yaşı ile ölüm oranı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda, analizlere örgüt büyüklüğünün dahil edilmemesinden ya da dahil edilmiş biçiminden kaynaklanan bir takım sorunların ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Örneğin, örgütlerin yenilik sıkıntılarını destekleyen erken dönem çalışmalarda örgüt büyüklüğü analize dahil edilmemekteydi. Ancak büyüklüğün analize dahil edildiği sonraki dönem çalışmalarda yenilik sıkıntıları fikrinin destek bulmadığı görülmüştür. Bu durum, önceki çalışmalarda örgüt yaşı ile açıklanan etkinin aslında analizlere dahil edilmeyen büyüklük değişkeninin etkisi olabileceği sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Örneğin Bruderl ve Schussler'a (1990) göre organizasyonel ölümlerin yaş bağımlılığını sorgulayan analizlerde organizasyonel büyüklük değişkenini kontrol altında tutmak önem taşımaktadır. Büyük örgütlerin, başarısızlık durumlarında küçük örgütlere kıyasla daha çok maddi kaynağa ve beşeri kaynağa sahip olmaları beklenmektedir. Aynı zamanda büyüklüğün kurumsal yönetim ve kredi verenlerle daha yakın ilişkiler kurulması gibi avantajları da bulunmaktadır. Bütün bu avantajlar, küçük örgütlerin büyük örgütlere kıyasla daha yüksek ölüm riski ile karşı karşıya kaldıklarını savunan "küçüklüğün zafiyeti" tezini desteklemektedir.

Ancak literatürde demografik süreçler içerisinde yaş ve büyüklük bağımlılığı kuramlarının etkilerinden ayrı ayrı söz eden çalışmalar olmasına rağmen bu iki bağımlılığın birbiriyle ilişkili olması da söz konusudur. Bu varsayımın temelinde yaşlı örgütlerin aynı zamanda büyük, yeni kurulmuş ise örgütlerin yanı sıra zamanda küçük olabileceği düşüncesi yatmaktadır. Bu noktada, yaşlı örgütlerin aynı zamanda büyük, yeni kurulmuş ise örgütlerin yanı sıra zamanda küçük oldukları varsayımından hareketle yapılan analizlerde yaş ve büyüklük değişkenlerinin birlikte göz önüne alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Aksi halde küçüklüğün zafiyetinin etkileri gerçek olmayan bir yeniliğin zafiyeti durumu ortaya çıkaracaktır. Bu anlamda, sonraki dönem çalışmalarda bu iki değişken birlikte çalışılmıştır (Starbuk ve Nystorm; 1981, Marple; 1982, Carroll ve Delacroix; 1982, Freeman, Carroll ve Hannan; 1983, Carroll; 1983)

1.6.3. Ergenliğin Zafiyeti

Yaş ve büyüklük bağımlılığı ile ilgili yapılan görgül çalışmalar örgütlerin yaşı ve büyüklükleri ile ölüm oranları arasındaki ilişkinin sözü edilenden daha farklı olabileceğini göstermiştir.(Hannan ve Freeman; 1989, Bruderl ve Schussler;1990 Baum; 1996, Carroll ve Hannan;2000)

Yaş bağımlılığı kuramının, örgüt yaşı ile ölüm oranı arasındaki ilişkinin sadece azalan şekilde olması yönündeki iddiası bunun aksini gösteren bulgular içeren çalışmaların var olması nedeniyle zayıflamıştır. Bu karşıt bulgular, yaş bağımlılığını açıklamak üzere ergenlik sıkıntıları ve yaşlılık sıkıntıları gibi kavramların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Örneğin, Bruderl ve Schussler (1990) batı Alman işletmeleri için geçerli bulmadıkları Stinchombe (1965)'nin “yeniliğin zafiyeti” tezine alternatif olarak “ergenliğin zafiyeti” tezini ortaya atmışlardır. Bu kapsamda bu iki tezi test etmek üzere 1980-1989 dönemleri arasında Batı Almanya’da 171.502 işletmeyi kapsayan bir çalışma yürütmüşlerdir. “Ergenliğin zafiyeti” tezi örgütün karşılaştığı risklerin örgütün doğumundan sonraki ilk dönemlerinde yükseldiğini sonraki dönemlerinde ise düşme eğilimi gösterdiğini savunmaktadır. Başka bir deyişle, ergenlik sıkıntıları ile ölüm oranı arasında ters U şeklinde bir ilişki olduğunu savunan bu düşüncenin temelinde, örgütlerin popülasyona giriş yaptıkları ilk evrelerde yaşamlarına bir kaynak stoku ile başladıkları ancak zamanla bu stokun azaldığını varsayımı yatmaktadır. Bu durumda, ilk evrelerde düşük olan ölüm oranı örgüt ergenlik dönemlerine yaklaştıkça artmaya başlamaktadır. Bu noktada, örgütlerin ergenlik dönemlerinde ayakta kalmaları bu dönemde kaynak bulmaları ile ilişkilidir. Ergenlik dönemlerinde kaynak bulmayı başarabilen örgütlerin daha sonraki dönemlerde daha düşük ölüm riski ile karşı karşıya kalmaları ve dolayısıyla ölüm oranlarının da giderek azalması söz konusudur.

Bruderl ve Schussler (1990) yaptıkları analizler neticesinde kurumsal ticari şirketlerin yükselen ölüm oranlarına, esnaf niteliği taşıyan kişilerce işletilen basit ticaret şirketlerin ise azalan ölüm oranlarına sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca, daha büyük kurumsal şirketlerin ölüm oranları daha yavaş yükselme eğilimi gösterirken, basit

ticarethanelerin büyük çoğunluğunun ölüm oranları ise hızlı azalma eğilimi göstermektedir. Bu noktada iki grup için farklı sonuçlar söz konusu olmaktadır. Bruderl ve Schussler (1990)'a göre bu sonuçlar da “yeniliğin zafiyeti” tezinin geçerliliğini azaltmakta ve ileri sürdükleri “ergenliğin zafiyeti tezini” güçlendirmektedir.

Yaşlılık sıkıntıları açıklamalarıysa yapısal durağanlık kuramının tersine örgüt yaşı ile ölüm oranı arasında doğrusal olarak artan ilişkiler olduğunu savunmaktadır. Bu teze göre örgütler doğdukları dönemde çevreyle uyumludurlar ancak zaman geçtikçe ve çevresel koşullar değiştikçe çevreyle uyum düzeyleri de gerilemiş olur. Çünkü, örgütlerin değişimlerini engelleyen ve örgütleri durağan kılan güçler vardır. Yeni dönemde ise o anki çevre koşulları ile uyumlu örgütlerin kurulması söz konusu olur. Bu örgütler çevreyle uyumlarını yitirmiş örgütlerle rekabet içine girebilir hatta onların yok olmasına neden olabilirler. Yaşlılık sıkıntılarını destekleyen tezin temel argümanı, örgütün yaşı ne kadar ileriye çevreyle uyumun o ölçüde kaybedildiği ve dolayısıyla ölüm olasılığının arttığı şeklindedir.

Bir diğer yaşlılık sıkıntıları açıklamasıysa, örgütlerin yaşlandıkça örgüt içi birtakım düzenlemelerin ve uygulamaların alışılmış ve yerleşik hale geldiğini, bu durumun ise değişen çevre koşullarına uyum sağlamayı güçleştirdiği şeklindedir. Burada çevre değişiklik göstermese bile yaşlılığın rekabette dezavantajlı bir duruma neden olduğu da vurgulanmaktadır. Bu noktada, yaşlılık sıkıntıları ile ilgili her iki açıklamanın da Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nda ileri sürülen yapısal durağanlık tezinin örgüt yaşına atfettiği üstünlüklerle ters düştüğünü söylemek mümkündür (Önder ve Üsdiken; 2007, 180-181).

BÖLÜM 2

TÜRK SAĞLIK ALANININ GENEL PROFİLİ

Örgüt kuramları örgütleri tanımlama biçimleri açısından farklılaşmaktadır(Baum ve Rowley,2002). Koşul Bağımlılık ve İşlem Maliyeti Kuramı, örgütleri çevre ile etkileşim içinde olan, belli amaçlara ve biçimsel yapılara sahip ussal kolektiviteler olarak tanımlarken, Popülasyon Ekolojisi, Kaynak Bağımlılığı ve Kurumsalcı Kuram ise örgütleri yine çevre ile etkileşim içinde olan ancak farklı çıkarları barındıran, biçimsel olmayan yapılara sahip, ussal amaçları olsa bile bunları gerçekleştirmeleri içindeki buldukları çevredeki birçok etmene bağlı olan kolektiviteler olarak tanımlamaktadır.

Tüm örgüt kuramları örgütün çevresi ile ilişkisini dikkate alarak “açık sistem” varsayımını kabul etmekle birlikte “çevre” kavramını tanımlarken farklı yaklaşımlar benimsemektedirler.

Bu kapsamda Popülasyon Ekolojisi Kuramı’nda çevre temelde benzer ürünleri üreten ve bu nedenle benzer kaynakları kullanan ve dolayısıyla bu kaynaklar için rekabet eden birbirlerinden yalıtılmış örgütlerden oluşan ekonomik bir çevredir. Ancak buna ek olarak çevre; teknolojik gelişmelerin yaşandığı, sosyal, politik ve yasal dinamiklerden etkilenen bir çevre olarak kabul edilmektedir(Sargut ve Özen, 2007; 22-23).

Bu bağlamda çalışmanın ikinci bölümü Türk Sağlık Alanı’nın ekonomik, teknolojik, sosyal, politik ve yasal bağlamda değerlendirilmesinden oluşmaktadır.

2.1.Türk Sağlık Alanının Ekonomik Bağlamda Değerlendirilmesi

1970'lerdeki Dünya Ekonomik Krizi sonucunda gelişen neo-liberal politikalar sonucunda devletin kamu gelir ve harcamalarını sınırlandırması yöntemi ile sağlık hizmetinin serbest piyasa koşullarınca arz ve talep edilmesine imkan vermesi sağlanmıştır. Bilindiği gibi liberal iktisatçılara krizin nedeni olarak devletin ekonomiye aşırı müdahalesi ve kamu harcamalarındaki artışı göstermişlerdir. Kamu harcamaları içinde yer alan sağlık harcamaları da bu artışa neden olan kalemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık harcamalarının kamu harcamaları dışına alınmasıyla birlikte devletin üstünden bir yük kalkmış olacaktır. Bu noktada önerilen sistem sağlık hizmetlerinin özel sektöre kaydırılması olmuştur. 1980'li yıllardan sonra güncellik kazanan sağlık sistemi reformu çalışmaları bir yandan toplam harcamalarının, bir yandan da kamu sağlık harcamalarının toplam payının sınırlandırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla sağlık sistemlerinin finansman boyutunda önemli değişiklikler hedeflenmiştir.

Bu hedeflerden hareketle, mevcut kamu kaynakları dışında ek kaynaklar yaratılması, verimliliğin artırılması adına kamu sağlık sektörü içine piyasa kurallarının ve rekabet unsurunun sokulması ve daha genel bir düzlemde Yeni Kamu Yönetimi Modeli'ne geçilmesi, kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ve özel sektörün çeşitli teşviklerle tıbbi bakım hizmetlerine sokulması gibi stratejiler benimsenmiştir. Bu noktada sağlık reformlarındaki yönelimin, sağlık sektörünün gerek finansman, gerekse üretim olarak kamunun dışında yapılandırılması şeklinde olduğu ve asıl amacın özelleştirme yönünde olduğunu söylemek mümkündür (Soyer ve Belek, 1997;340-341)

1970'lerle beraber netleşen küreselleşme kavramıyla beraber kamunun arz ettiği ve anayasal bir hak olan sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına açılması söz konusu olmuştur. Böylece sağlık, kamu tarafından sunulan bir hak olmaktan çıkarak sahip olunan mülkiyet-gelir ölçümünde bir metaya dönüşmüştür. Bu noktada metalaşma; sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerinin gereklilikleri tarafından belirlenmesi süreci olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin metalaşması günlük hayatın piyasada alım

satıma konu olamayacak yanlarının gün geçtikçe artan biçimde, bir ekonomik disiplinle örtüştürülmesi olarak açıklanabilir.

Metalaştırma ve piyasalaştırma sürecinde sağlık hizmetlerinin arz edilen sağlık hizmeti kavramından talep edilen sağlık hizmetine, yani arz ve talep ilişkisine piyasa koşullarında terk edilmiş bir ekonomik aktiviteye dönüşmesi söz konusudur. Sağlığın kamu tarafından arz edilen bir hizmet ve toplumsal bir hak olma işlevini yitirmesinde sağlık hizmetlerinin, gelirine oranla talep edilebilen bir yapıya dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin ve hakkının piyasalaştırma sürecindeki en önemli adımdır. Sağlık hizmetleri, “refah devleti” kavramı içerisinde bir hak ve kamu tarafından arz edilmekte iken, ödeme gücü ve ödeme gücündeki eşitsizlikler dikkate alınmamakta, gereksinim önemli olmaktadır. Ancak kapitalizmin yaşadığı krizleri aşabilmesi için yeni kar alanları olarak piyasalaştırma sürecinde, sağlık hizmetlerinin tanımlanmasında eşitsizlikler ön plana çıkmaktadır.

Ekonominin son 20-30 yılına bakıldığında reel mal üretiminin toplamdaki payının azaldığı görülmektedir. Buna karşılık hizmet sektörünün toplam üretim içindeki payı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Bu artış genelde hizmet sektörünün özelde ise sağlık hizmetlerinin sermaye tarafından yüksek kar marjı sunan bakir alanlar olarak ele alınmasına neden olmaktadır (Aksakoğlu ve Sönmez, 2003; 198).

Bu noktada, neo-liberal politikaların sağlık hizmetlerinin arzı üzerindeki bazı etkilerden bahsetmek mümkündür. Örneğin sağlık hizmetlerinin üretiminde piyasa ilişkilerine tabi olmaya başladığı andan itibaren, büyük kamu hastaneleri karşısında, toplumun belirli bir kesimi için, özel poliklinikler ve muayenahanelerin rolünün arttığını saptamak mümkün olmaktadır. Bu süreç içinde, zaman ile birlikte özel polikliniklerin ve muayenahanelerin yerini özel hastanelerin ve özel tanı merkezlerinin aldığı görülmektedir. İkinci olarak aynı tedavi sürecinin parçaları olan unsurların ayrı ayrı fiyatlandırılmasının söz konusu olması ve ilgili kişinin maddi gücüne bağlı olarak farklı malzemeler ve tekniklerle gerçekleştirilebilmesi genel olarak sermaye ilişkisinin bir sonucu olarak kabul edilebilir. Artık, “tüketicinin” maddi gücüne göre aynı hizmeti

farklı unsurlarla “*talep etmek*” “*hakkından*” bahsedilebilecektir. Bu durum, aynı sağlık probleminde farklı kişiler için farklı tedavinin üretilmesi sonucunu ortaya çıkaracaktır. Sağlık hakkının kolektif bir hak olmaktan çıkışı ile birlikte, en başta hekimler olmak üzere sağlık hizmeti verenlerin sorumluluğu topluma karşı sorumluktan, ilgili hizmeti alan kişiye, yani yeni düzene göre, "tüketiciye" karşı bir sorumluluğa dönüşecektir, Bu kapsamda hizmetin doğasını belirleyen ilişkilerde bir değişim söz konusu olacaktır. Artık, sağlık hizmetlerinde işgücünün yeniden üretimi devletin sorumluluğundan çıkmakta, sağlık hizmetinin satıcısı ile hizmeti alan arasında, açık ya da örtülü olarak bireysel bir sözleşmenin belirlediği karşılıklı bir ilişki egemen olmaya başlamaktadır (Özdemir, 2005; 85-86).

Bu noktada Sağlık hizmetlerinin ticaret potansiyelinin son yıllarda artan bir hızla genişlediğini söylemek mümkündür. Artan maliyetler nedeniyle verimlilik bir amaç olarak görülmeye başlanmış ve bu gibi nedenlerle devletler sağlık hizmetlerinde, özel kesimin rolünün artırılması gerekliliğini savunmaya başlamışlardır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için daha iyi teknolojinin transferi, yeni istihdam alanları yaratma gibi avantajları nedeniyle sağlık hizmetleri alanında dış yatırımların yapılması söz konusu olmuştur. 1970’lerle birlikte Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü bu alana vurgu yaparak sağlığın tanımlanmasından, sağlık hizmetlerinin finansmanına kadar yeni düzenlemelere ortaya atmıştır. Vergi yerine prim esaslı finansman ön plana çıkarılmaya başlanmış, devletin doğrudan sağlık hizmeti arz etmedeki payı azaltılarak, özel sektörde üretilen hizmeti satın alan ve dolayısıyla özel kesime yüksek karlılık oranları ile yeni kaynak aktaran bir yeniden yapılanma oluşturulmuştur. 1980’lerde artan 1990’larla daha görünür hale gelen, çevre ülkelerde kamu harcamalarının azalması ve bu çerçevede sağlık harcamalarına devletin yaptığı payların azaltılmasıyla birlikte kamu yerine ağırlıklı olarak özel sektörün arz ettiği bir sağlık hizmeti uygulaması ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda 1994 yılında Dünya Ticaret Örgütü’nün düzenlemesini yaptığı, hizmet sektöründe gümrük vergilerine ilişkin düzenlemelerin ötesine geçerek kamunun hizmet arz ettiği tüm alanları özellikle de sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler-sigortacılık alanlarını da kapsayacak Hizmet Ticareti Genel Anlaşması(GATS) imzalanmıştır. Anlaşmaya taraf olan ülke sayısı kısa

sürede hızla artarak 2005 yılı sonu itibariyle 146'ya ulaşmıştır. GATS ile birlikte yerli hizmet şirketlerine tanınan ayrıcalıklar yabancı şirketlere de tanınmış olmaktadır.

GATS diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe özelleştirmeyi mülkiyet boyutundan hizmet boyutuna genişletmenin belgesidir. Sağlık hizmetlerinin, piyasaya çekilmesinin önündeki ulusal hukuk/mevzuatlardaki engeller kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu anlaşma ile sektörde var olmak isteyen ulusal sermaye gruplarının uluslararası hastane ve sigortacılık şirketleri ile küçük paylı sözde ortaklıkları artmaktadır. Esasında sektör uluslararası pazara açılmak istemektedir. Bugüne kadar kamu kaynakları, özel hastaneler, görüntüleme merkezleri, vb aracılığı ile ulusal sermayeye katkı sağlanırken, bundan sonra bunun büyük kısmına uluslararası tekeller el koymaya başlayacaktır. Bu anlaşma ile sağlık kuruluşları tam anlamıyla ticari işletmeler haline gelecek, bu da maliyeti artıracak, tekelci yapı ve ilişkileri ortaya çıkaracak ve sağlık çalışanları arasında rekabet yaratacaktır(Özen, 2002; 187).

Sağlık harcamaları ile ilgili olarak çok çeşitli ölçülerden yararlanılabilir:

- a) Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçenin devlet bütçesine oranı
- b) Toplam sağlık harcaması ve harcamalar içinde kamu/özel sektör payı
- c) Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye (Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya) oranı
- d) Toplam sağlık harcamasının GSMH'ya(Gayrı Safi Milli Hasıla) oranı
- e) Kişi başına sağlık harcaması
- f) Kurumların sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı
- g) Kamu ve özel sektör yatırımlarının gelişimi

Türkiye de Sağlık Sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır.

Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:178). Ülkelerin sağlık harcamalarının tanımlanması ve ölçümü son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe, diğer sektörlerde de olduğu gibi ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle sağlık sektöründeki politika belirleyiciler ve planlamacıların amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için mevcut kaynakların miktarını ve sınırlılıklarını bilmeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım benimsendiği takdirde sağlık sektöründe karar verme konumunda bulunan kişi ve grupların kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü ile şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda doğru bilgiye ihtiyaçları olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:180). Sağlık harcamalarının tahminine yönelik çalışmaların temel amacı bu türde bilgiyi sağlamaktır. Türkiye’de sağlık harcamalarını yapan kurumlar, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve Üniversitelerdir. Bu kuruluşlar esas konsolide (destekli) bütçe kapsamında kaynak kullandığı gibi, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler özelinde bütçe dışından fon kaynaklı harcamalar ve döner sermayeler aracılığı ile sağlık harcaması yapmaktadırlar. Sağlık harcaması yapan ve son dönemde ağırlığı artan bir diğer kurumsal yapı ise Sosyal Güvenlik Kuruluşlarıdır. Üniversitelerin öğrencilerine sunduğu sağlık hizmetleri ile döner sermayeli birer kuruluş olan hastaneler bu kapsamdadır. Bu kuruluşların yanında diğer destekli bütçe kapsamındaki kuruluşlar ve diğer kamu kurumları özellikle personel harcamaları içinde sağlık harcaması yapmaktadırlar. Ayrıca Sosyal Yardım ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ile Mahalli İdareler de sağlık harcaması yapmaktadır (Tokalaş, 2006:26).

Ülkemizde, yeni liberal politikaların etkisiyle devletin sağlık hizmetlerindeki rolü azalmaya başlarken bu alanda özel sektörün rolü artmıştır. Bu değişiklik, sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği arttırmıştır. Ancak, koruyucu sağlık hizmetleri özel sektör tarafından karlı bulunmadığı için yatırım yapılmayan, devlet tarafından

ihmal edildiğinde de dışsallık özelliği nedeniyle ciddi toplumsal sorunlara yol açan hizmetlerdir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetlerinin mutlaka devlet tarafından sunulması ve finanse edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde ise 1992-1998 yılları arasında koruyucu sağlık hizmetleri harcamalarının 55 milyon Dolar azalması dikkat çekicidir.

a) Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı:

Tablo4: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (1923-2009)

| Yıl | Devlet Bütçesi | Bakanlık Bütçesi | Oran(%) |
|-------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| 1923 | 137.333 | 3.038 | 2,21 |
| 1930 | 222.646 | 4.502 | 2,02 |
| 1940 | 268.476 | 8.185 | 3,05 |
| 1950 | 1.487.208 | 60.615 | 4,08 |
| 1960 | 7.266.965 | 382.762 | 5,27 |
| 1970 | 28.860.265 | 888.080 | 3,08 |
| 1980 | 756.687.182 | 31.822.605 | 4,21 |
| 1985 | 5.412.082.049 | 137.462.333 | 2,54 |
| 1990 | 63.925.354.000 | 2.633.217.000 | 4,12 |
| 1995 | 1.335.978.053.000 | 49.417.951.000 | 3,70 |
| 2000 | 46.843.000.000.000 | 1.059.825.001.000 | 2,26 |
| 2001 | 48.060.000.000.000 | 1.280.660.000.000 | 2,66 |
| 2002 | 97.831.000.000.000 | 2.345.447.691.000 | 2,40 |
| 2003 | 146.905.170.000.000 | 3.570.054.000.000 | 2,43 |
| 2004 | 149.858.129.000 | 4.787.751.000 | 3,19 |
| 2005 | 153.928.792.910 | 5.462.974.750 | 3,54 |
| 2006 | 174.156.782.000 | 7.477.471.430 | 4,30 |
| 2007 | 205.625.000.000 | 6.580.000.000 | 3,20 |
| 2008 | 222.680.000.000 | 10.800.000.000 | 4,85 |

Kaynak: TÜİK, 2009

Tablo 4’de görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığı’nın devlet bütçesi içindeki payı som yıllarda artan bir eğilim göstermesine rağmen, % 5,27’lik oranla en yüksek payı 1960’lı yıllarda elde etmiştir. Daha sonraki yıllarda gerileyen bu oranın 1980 sonrası uygulanan yeni liberal politikaların yansımalarının olduğunu söylemek mümkündür. Bu noktada, devletin sağlık hizmetlerindeki aktif rolünün 1980 sonrasında azalmaya başladığı görülmektedir.

b) Toplam Sağlık Harcaması ve Harcamalar İçinde Kamu/Özel Sektör Payı:

Tablo 5’e bakıldığında özel sektör harcamalarının toplam harcamalar içindeki payının giderek arttığı görülmektedir. Örneğin 2006’da %31,66 olan özel sektör payı 2007’de 32,16 çıkmıştır.

Tablo 5: Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları(1999-2007)

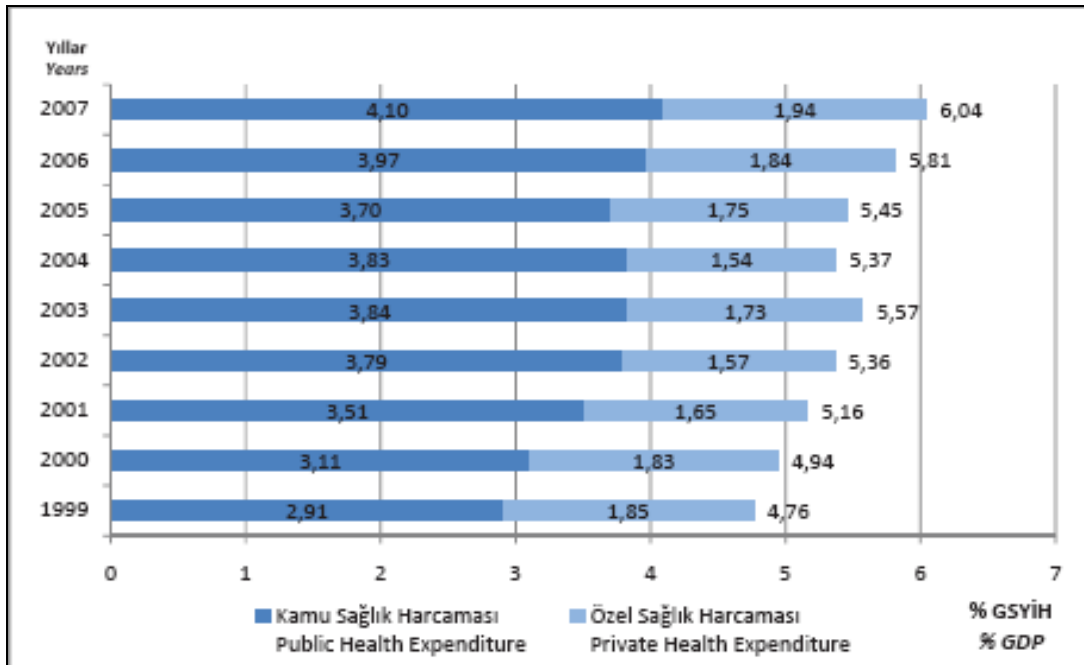
| YILLAR | | Toplam | Genel Devlet | Özel Sektör |
|--------------------------------|------|---------------|---------------|---------------|
| 1999 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 4.786 | 2.872 | 1.914 |
| <i>Yatırım</i> | | 199 | 176 | 23 |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 4.985 | 3.048 | 1.937 |
| | GSYH | 104.596 | | |
| 2000 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 7.888 | 4.865 | 3.023 |
| <i>Yatırım</i> | | 360 | 325 | 35 |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 8.248 | 5.190 | 3.058 |
| | GSYH | 166.658 | | |
| 2001 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 12.086 | 8.128 | 3.958 |
| <i>Yatırım</i> | 2,50 | 310 | 310 | - |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 12.396 | 8.438 | 3.958 |
| | GSYH | 240.224 | | |
| 2002 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 18.331 | 12.827 | 5.504 |
| <i>Yatırım</i> | 2,36 | 443 | 443 | - |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 18.774 | 13.270 | 5.504 |
| | GSYH | 350.476 | | |
| 2003 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 23.676 | 16.859 | 6.817 |
| <i>Yatırım</i> | 2,48 | 603 | 603 | - |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 24.279 | 17.462 | 6.817 |
| | GSYH | 454.781 | | |
| 2004 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 28.616 | 20.519 | 8.098 |
| <i>Yatırım</i> | 4,68 | 1.405 | 871 | 534 |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 30.021 | 21.389 | 8.632 |
| | GSYH | 559.033 | | |
| 2005 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 33.292 | 22.554 | 10.738 |
| <i>Yatırım</i> | 5,85 | 2.067 | 1.433 | 634 |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 35.359 | 23.987 | 11.372 |
| | GSYH | 648.932 | | |
| 2006 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 40.949 | 28.194 | 12.755 |
| <i>Yatırım</i> | 7,08 | 3.120 | 1.922 | 1.198 |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 44.069 | 30.116 | 13.953 |
| | GSYH | 758.391 | | |
| 2007 | | | | |
| Cari Sağlık Harcaması | | 46.495 | 31.981 | 14.514 |
| <i>Yatırım</i> | 8,66 | 4.409 | 2.549 | 1.860 |
| Toplam Sağlık Harcaması | | 50.904 | 34.530 | 16.374 |
| | GSYH | 843.178 | | |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yılığ, 2008

c) Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı

Grafik 1'e bakıldığında toplam sağlık harcamalarının payının 2007 yılı itibariyle % 6 'ya ulaştığı görülmektedir. Ancak bu oran gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında düşük kalmaktadır. Ayrıca, ülkemizde yeni liberal politikaların etkisiyle devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün azaldığını ve bu alanda özel sektörün rolü arttığını söylemek mümkündür. Bu değişiklik, sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği arttırmıştır. Ancak, koruyucu sağlık hizmetleri özel sektör tarafından karlı bulunmadığı için yatırım yapılmayan, devlet tarafından ihmal edildiğinde de dışsallık özelliği nedeniyle ciddi toplumsal sorunlara yol açan hizmetlerdir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetlerinin mutlaka devlet tarafından sunulması ve finanse edilmesi gerektiğini vurgulamakta fayda vardır.

Grafik 1: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (1999-2007)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı,200

d) Toplam Sağlık Harcamasının GSMH'ya oranı:

Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranına bakıldığında yıllar itibariyle bir artış görülmesine rağmen OECD ülkelerinin ortalamasının altında kaldığı görülmektedir.

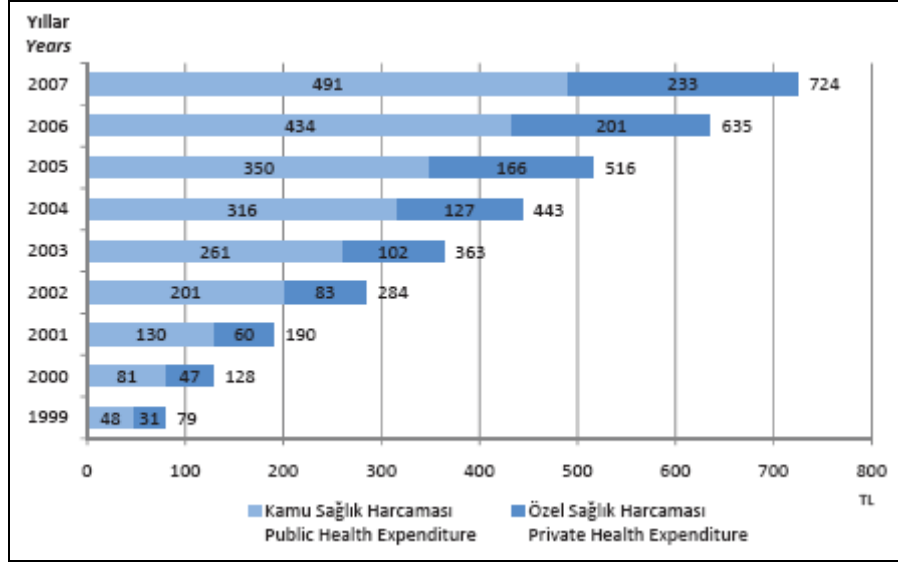
Tablo 6: Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya oranı(2000-2005)

| Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (%) | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Avustralya | 8,8 | 8,9 | 9,1 | 9,2 | 9,5 | |
| Avusturya | 10,0 | 10,0 | 10,1 | 10,2 | 10,3 | 10,2 |
| Belçika | 8,6 | 8,7 | 9,0 | 10,1 | 10,2 | 10,3 |
| Kanada | 8,8 | 9,3 | 9,6 | 9,8 | 9,8 | 9,8 |
| Çek Cumhuriyeti | 6,5 | 6,7 | 7,1 | 7,4 | 7,3 | 7,2 |
| Danimarka | 8,3 | 8,6 | 8,8 | 9,1 | 9,2 | 9,1 |
| Finlandiya | 6,6 | 6,7 | 7,0 | 7,3 | 7,4 | 7,5 |
| Fransa | 9,6 | 9,7 | 10,0 | 10,9 | 11,0 | 11,1 |
| Almanya | 10,3 | 10,4 | 10,6 | 10,8 | 10,6 | 10,7 |
| Yunanistan | 9,3 | 9,8 | 9,7 | 10,0 | 9,6 | 10,1 |
| Macaristan | 6,9 | 7,2 | 7,6 | 8,3 | 8,1 | |
| İzlanda | 9,3 | 9,2 | 10,0 | 10,3 | 10,0 | 9,5 |
| İrlanda | 6,3 | 7,0 | 7,2 | 7,3 | 7,5 | 7,5 |
| İtalya | 8,1 | 8,2 | 8,3 | 8,3 | 8,7 | 8,9 |
| Japonya | 7,7 | 7,9 | 8,0 | 8,1 | 8,0 | |
| Kore | 4,8 | 5,4 | 5,3 | 5,4 | 5,5 | 6,0 |
| Lüksemburg | 5,8 | 6,4 | 6,8 | 7,6 | 7,9 | 7,9 |
| Meksika | 5,6 | 6,0 | 6,2 | 6,3 | 6,5 | 6,4 |
| Hollanda | 8,0 | 8,3 | 8,9 | 9,1 | 9,2 | |
| YeniZellanda | 7,7 | 7,8 | 8,2 | 8,0 | 8,5 | 9,0 |
| Norveç | 8,4 | 8,8 | 9,8 | 10,0 | 9,7 | 9,1 |
| Polonya | 5,5 | 5,9 | 6,3 | 6,2 | 6,2 | 6,2 |
| Portekiz | 8,8 | 8,8 | 9,0 | 9,7 | 10,0 | 10,2 |
| Slovakya | 5,5 | 5,5 | 5,6 | 5,9 | 7,2 | 7,1 |
| İspanya | 7,2 | 7,2 | 7,3 | 7,8 | 8,1 | 8,3 |
| İsveç | 8,4 | 8,7 | 9,1 | 9,3 | 9,1 | 9,1 |
| İsviçre | 10,4 | 10,9 | 11,1 | 11,5 | 11,5 | 11,6 |
| Türkiye | 6,6 | 7,5 | 7,4 | 7,6 | 7,7 | 7,6 |
| İngiltere | 7,3 | 7,5 | 7,7 | 7,8 | 8,1 | 8,3 |
| ABD | 13,2 | 13,9 | 14,7 | 15,2 | 15,2 | 15,3 |
| Ortalama | 7,9 | 8,2 | 8,5 | 8,8 | 8,9 | 9,0 |

Kaynak: OECD

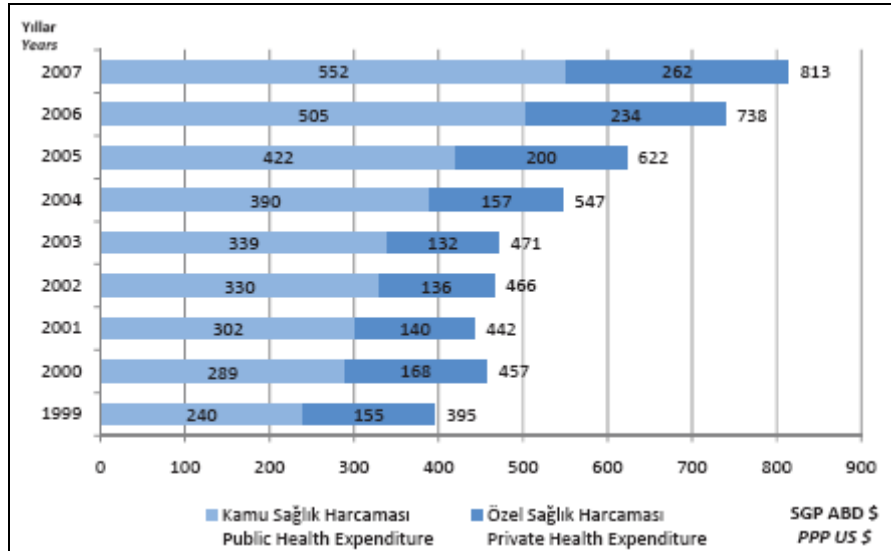
e) Kişi Başı Sağlık Harcamaları:

Grafik 2: Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, TL(1999-2007)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2008

Grafik 3: Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, ABD \$(1999-2007)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2008

Tablo 7: Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2000-2005)

| Kişi Başı Sağlık Harcamaları ABD Doları (SGP) | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Avustralya | 2397 | 2541 | 2724 | 2892 | 3128 | |
| Avusturya | 2825 | 2898 | 3018 | 3236 | 3418 | 3519 |
| Belçika | 2301 | 2452 | 2631 | 3080 | 3290 | 3389 |
| Kanada | 2509 | 2727 | 2867 | 3006 | 3161 | 3326 |
| Çek Cumhuriyeti | 971 | 1055 | 1199 | 1353 | 1413 | 1479 |
| Danimarka | 2381 | 2561 | 2656 | 2793 | 2972 | 3108 |
| Finlandiya | 1717 | 1861 | 2012 | 2045 | 2202 | 2331 |
| Fransa | 2487 | 2649 | 2795 | 3011 | 3191 | 3374 |
| Almanya | 2634 | 2754 | 2886 | 3129 | 3169 | 3287 |
| Yunanistan | 1950 | 2178 | 2364 | 2616 | 2669 | 2981 |
| Macaristan | 857 | 977 | 1115 | 1291 | 1337 | |
| İzlanda | 2697 | 2775 | 3036 | 3161 | 3331 | 3443 |
| İrlanda | 1822 | 2151 | 2368 | 2536 | 2742 | 2926 |
| İtalya | 2078 | 2188 | 2278 | 2281 | 2437 | 2532 |
| Japonya | 1967 | 2080 | 2138 | 2243 | 2358 | |
| Kore | 780 | 932 | 977 | 1051 | 1138 | 1318 |
| Lüksemburg | 2984 | 3270 | 3729 | 4611 | 5095 | 5563 |
| Meksika | 506 | 548 | 578 | 608 | 655 | 675 |
| Hollanda | 2258 | 2525 | 2775 | 2910 | 3094 | |
| Yeni Zellanda | 1605 | 1709 | 1850 | 1911 | 2122 | 2330 |
| Norveç | 3082 | 3293 | 3616 | 3872 | 4103 | 4364 |
| Polonya | 590 | 647 | 734 | 754 | 814 | 867 |
| Portekiz | 1625 | 1685 | 1783 | 1834 | 1935 | 2041 |
| Slovakya | 595 | 642 | | 798 | 1061 | 1137 |
| İspanya | 1520 | 1617 | 1723 | 1951 | 2101 | 2261 |
| İsveç | 2272 | 2409 | 2593 | 2760 | 2827 | 2918 |
| İsviçre | 3181 | 3371 | 3650 | 3861 | 4045 | 4177 |
| Türkiye | 451 | 461 | 484 | 514 | 562 | 586 |
| İngiltere | 1859 | 2034 | 2228 | 2328 | 2560 | 2724 |
| ABD | 4569 | 4917 | 5306 | 5684 | 6037 | 6401 |
| Ortalama | 1982,3 | 2130,2 | 2294,3 | 2470,7 | 2632,2 | 2809,9 |
| Kaynak: OECD | | | | | | |

OECD'nin verilerine bakıldığında Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarının diğer ülkelere göre oldukça düşük bir seviyede kaldığı görülmektedir. Öyle ki; Türkiye'nin sağlık harcamaları OECD ülkelerinin ancak beşte biri kadardır.

f) Kurumların Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı:

Tablo 8: Kurumların Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(1995-2006)

| Kurum / Yıl | 1995-98 | 1999-2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------|---------|-----------|------|------|------|------|
| SSK | 42.4 | 37.0 | 36.4 | 40.2 | 42.1 | 50.1 |
| Bağ-Kur | 11.9 | 21.0 | 23.4 | 22.5 | 19.9 | 15.7 |
| Emekli Sandığı | 17.7 | 18.1 | 18.4 | 16.9 | 16.0 | 11.7 |
| SOS.GÜV. TOPLAM | 72.0 | 76.1 | 78.2 | 79.6 | 78.0 | 77.5 |
| BÜTÇE | 22.7 | 17.5 | 15.0 | 14.0 | 12.0 | 10.4 |
| YK | 5.3 | 6.3 | 6.7 | 6.6 | 9.9 | 12.4 |

Kaynak: TTB,2007

Sağlığa bütçeden ayrılan payın, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki oranını 1/10'a kadar gerilediği buna karşın, sağlığı, üç sosyal güvenlik kurumunun, özellikle de SSK'nın kaynakları ile karşılama yoluna gidildiği görülmektedir.

Ayrıca, sağlık harcamalarının giderek daha fazla döner sermayeye dayandırıldığı görülmektedir. Yataklı tedavi kurumlarında, 1989 yılı sonrası ağırlık kazanmaya başlayan döner sermaye gelirleri, 1993 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin %29'unu oluşturmaktaydı. Bu oran 2003'de %214'e, 2004'de % 177'ye ulaşmıştır. Başka bir değerlendirme çerçevesinde ise, yataklı tedavi kurumlarının döner sermaye gelirlerinin, Sağlık Bakanlığı bütçesini aştığını söyleyebiliriz. Örneğin 2004 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesi 4788 trilyon TL'yken, yataklı tedavi kurumlarının döner sermaye gelirleri 4827 trilyon TL olarak gerçekleşmiştir.

g) Kamu ve Özel Sektör Yatırımlarının Gelişimi

4346 Kamu sağlık yatırımları, 1980-88 yılları arasında, toplam kamu yatırımlarının %1.2 ila %2.0'si arasında seyretmiş, ancak 1992'den sonra nispeten artarak %3'ü aşmış ve 2001'de %5.4'ü bulmuştur. Bunun anlamı, kamu sağlık yatırımlarının 1980-89 arasında 200, 1989-92 arasında 300 milyon doların altında kalması, sadece 1998-1999'da 600 milyon doları aşmasıdır. 2001 yılı miktarı ise, 475 milyon dolar kadardır. Bu yatırımlar, kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesi için yeterli olmamıştır. Üstelik kamu sağlık yatırımlarında, giderek Sağlık Bakanlığı-dışı kaynakların (toplam kamu sağlık yatırımlarının %32'si Sağlık Bakanlığı, %51'i Üniversite)ve yabancı (toplam kamu sağlık yatırımlarını %39'u yabancı) kaynakların ağırlığı artmıştır. Özellikle Sağlık Bakanlığı yatırımları, son 20 yılda o kadar kısılmıştır ki, kamu sağlık hizmetlerinin işlevini yitirmesinde en temel bileşeni olarak öne çıkmıştır. Resmi verilerde, 1983-2000 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yatırımlarının, toplam Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı, %7.9- 19 arasında seyrediyor görünse de, gerçekleşen yatırım harcamaları, son 3 yıl hariç- resmi rakamların altında seyretmiştir. Örneğin, 1983'de %15.8 olarak görünen Sağlık Bakanlığı yatırım payının, gerçek miktarı %2.8'dir. Kamu sağlık yatırımlarının, ihtiyaçların altında kalması, özel sağlık yatırımlarının öne çıkarılması ile ikame edilmeye çalışılmıştır. Bunda, 1982 sonrası verilen özel sağlık teşviklerinin inkar edilemez bir etkisi vardır. 1982-88 yılları arasında 100 milyon doların altında kalan özel sağlık teşvikleri, daha sonraki yıllarda 100 milyon doları aşmış, 1991'de 1 milyar doları aşmış, 1992-2002 yılları arasında ise -kriz yılları hariç- 300-850 milyon dolar arasında seyretmiştir. 1982-2002 yıllarında özel sağlık teşvikleri ile ilgili toplam rakam, 7.5 milyar dolara yakındır. Bu teşviklerle birlikte ele alındığında, özel sağlık yatırımlarının seyri şu şekilde seyretmiştir; 1980-89 yılları arasında kamu sağlık yatırımlarının çok altında seyrederken, 1991'den itibaren kamu sağlık yatırımlarını aşan özel sağlık yatırımları, 1998 sonrası yıllarda kamu sağlık yatırımlarını ikiye katlamıştır ve 9.1 milyar dolara ulaşmıştır (1980-2001). Aynı dönemde kamu sağlık yatırımlarının toplam miktarı, 6.2 milyar dolar civarındadır.

2003 yılında kamu kesiminin sağlık alanına yaptığı sabit sermaye yatırım miktarı 968 milyon YTL iken bu miktar 2006 yılı için 1.733 milyon YTL olarak gerçekleşmiştir. Aynı süreçte özel kesimin sağlık alanına yaptığı sabit sermaye yatırım miktarı ise 2003 yılında bin 592 milyon YTL iken 2006 yılında 3 kattan fazla bir artış göstererek 5 bin 310 milyon YTL olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de izlenen liberal politikalar sonucunda, özel kesime verilen teşvikler ile birlikte, sağlık alanında yapılan toplam sabit sermaye yatırımlarının oranı kamu aleyhine bozularak özel kesim yatırımlarının toplam içindeki payı artarak devam etmiştir. 1987 yılında sağlık alanına yapılan toplam sabit sermaye yatırımları içinde kamunun payı yüzde 62 iken, bu oran yıllar içinde eriyerek 2007 yılında yüzde 25 seviyesine düşmüştür.

Kamu sağlık yatırımları, yıllar içinde artsa da, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kalmış, yaratılan boşluk, özel teşviklerle yükseltelen özel sağlık yatırımları ile doldurulmuştur. Önceleri özel sağlık yatırımlarının 1/9’u kadar olan kamu sağlık yatırımları, 2001 yılı bittiğinde, toplam özel sağlık yatırımlarının 2/3’ü düzeyinde kalabilmiştir. Bir devlet politikası olarak işlevsizleştirilen kamu sağlık sektörü karşısında, devlet olanaklarıyla özel sağlık sektörü seçenek haline getirilmiştir.

Toplam sağlık harcamasının kamudan özele aktarılan paya baktığımızda ilerleyen yıllarla beraber bir artış gözlenmektedir. Bununla birlikte özel sektörde hızlı bir gelişme başlamış ve özel hastanelerden, özel tıp merkezlerine, özel polikliniklerden özel laboratuarlara kadar hizmet sunan özel sektörde büyüme ve yaygınlaşma söz konusu olmuştur.

Tablo 9: Kamudan Özele Aktarılan Kaynakların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (2000-2005)

| YIL | ORAN(%) |
|-------------|----------------|
| 2000 | 24 |
| 2003 | 37 |
| 2005 | 47 |

Kaynak: TTB,2007

1981 yılında sağlık sektörü teşvik kapsamına alınmış, ilk teşvik 1982 yılında verilmiş ve günümüze dek sağlık sektörüne teşvikler verilmeye devam edilmiştir. Yeni liberal politikalar sonucunda kamu kesiminin sağlık sektöründen tedricen çekildiği ve özel kesimin sağlık sektörüne girişinin desteklendiği bu sürecin en önemli unsurunu teşvikler oluşturmaktadır.

Tablo 10: Sağlık alanındaki sabit sermaye yatırımlarının gelişimi(1987-2008)

| YIL | Kamu | Özel Sektör |
|-------------|-------------|--------------------|
| 1987 | 62 | 38 |
| 1990 | 57 | 43 |
| 1995 | 46 | 54 |
| 2000 | 35 | 65 |
| 2005 | 28 | 72 |
| 2006 | 25 | 75 |
| 2007 | 25 | 75 |
| 2008 | 23 | 77 |

Kaynak: Hazine Müsteşarlığı İstatistik Yıllığı, 2008

Tablo 11: Özel Kesim Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Yatırımları Payının Gelişimi(1980-2008)

| YIL | PAY (%) |
|-------------|----------------|
| 1980 | 0.2 |
| 1985 | 0.5 |
| 1990 | 0.9 |
| 1995 | 1.2 |
| 2000 | 4.2 |
| 2005 | 5.0 |
| 2008 | 5.8 |

Kaynak: DPT, Temel Ekonomik Göstergeler 2008

Özel kesim toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı 1980 yılında yüzde 0.2 iken verilen teşvikler sayesinde özel kesimin sağlık alanına ilgisi artmış ve bu oran 2008 yılı için yüzde 5.8 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık sektörüne verilen yatırım teşvik belgelerinin kamu-özel dağılımına baktığımızda; kamuya 1982 ve 1985 yıllarında 1'er tane, 1991 ve 1992 yıllarında ise 2'şer tane teşvik belgesinin verildiği görülmektedir. 1995-2000 yılları arasında ise verilen yatırım teşvik belgelerinin %44'ünün özel hastanelere, %15'inin görüntüleme merkezlerine, %6'sının diyaliz merkezlerine, %18'inin tıbbi teknoloji yatırımlarına ve %17'sinin de tanı ve tedavi merkezlerine verildiği görülmektedir. Bu bağlamda, ülkemizde yeni liberal politikaların etkisiyle verilmeye başlanan teşviklerin özel sağlık sektörünün gelişiminde önemli bir role sahip olduğu görülmektedir. Türkiye'de 1982-2003 yılları arasında sağlık sektörüne toplam 1469 adet teşvik belgesi verilmiş, bununla 2.115 trilyonluk yatırım teşvik edilmiş ve bu yatırımlarla 2.946 milyon ABD Doları döviz kullanılmıştır.

Bu kapsamda özel hastanelerin gelişimine bakıldığında, 1980 sonrası izlenen liberal politikalarla, kamu kesiminin sağlık alanına yaptığı yatırımların azalması ve aynı süreçte özel sağlık sektörüne verilen teşviklerle birlikte özel hastanelerin geliştiği görülmektedir. 1980'de toplam 75 özel hastane varken, bu sayı 2007 itibariyle 365'e ulaşmıştır.

Tablo 12: Yıllara ve Kurumlara Göre Hastane Sayıları(1995-2008)

| YIL | Üniversite | Özel |
|------|------------|------|
| 2008 | 57 | 400 |
| 2007 | 56 | 365 |
| 2006 | 56 | 305 |
| 2005 | 53 | 269 |
| 2004 | 52 | 278 |
| 2003 | 50 | 272 |
| 2002 | 50 | 270 |
| 2001 | 43 | 267 |
| 2000 | 42 | 261 |
| 1999 | 42 | 260 |
| 1998 | 40 | 237 |
| 1997 | 37 | 210 |
| 1996 | 35 | 184 |
| 1995 | 33 | 166 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistikleri

Özel hastanelerin dağılımına bakıldığında ise özel hastanelerin gelişmişlik düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaştığı görülmektedir. I. Bölgenin (Adana, Ankara, Bursa, Gaziantep, Mersin, İstanbul, İzmir, Kocaeli) nüfusu toplam ülke nüfusunun yüzde 39.4'ünü oluştururken bu bölgedeki özel hastaneler toplam özel hastanelerin yüzde 60.3'ünü ve toplam özel hasta yatağı sayısının ise yüzde 70.1'ini oluşturmaktadır. II. Bölgenin (Aydın, Balıkesir, Çanakkale, Denizli, Edirne, Kayseri, Tekirdağ, Konya, Manisa, Muğla, Sakarya, Antalya, Hatay, Zonguldak, Eskişehir, Yalova) nüfusu toplam ülke nüfusunun yüzde 21.6'sını oluştururken bu bölgedeki özel hastaneler toplam özel hastanelerin yüzde 23.3'ünü ve toplam özel hasta yatağı sayısının ise yüzde 17.9'unu oluşturmaktadır. İlk iki gelişmiş bölgenin toplam nüfus içindeki payı yüzde 61 iken bu ilk iki bölgedeki özel hastane sayısının toplam özel hastaneler içindeki payı yüzde 83.6'sını ve toplam özel hasta yataklarının ise yüzde 88'ini oluşturmaktadır. Bu noktada özel hastanelerin nüfustan çok karlılık prensibi doğrultusunda, ekonomik düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaştığı anlaşılmaktadır.

Devletin sağlık alanındaki temel rolünün, hizmet sunumundan düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmesi sonucu sağlık hizmetlerinin sunumunda özel kesimden yararlanma ve bu doğrultuda özel sağlık sektörüne verilen teşviklerle birlikte özel hastanelerin geliştiği bir süreç yaşanmıştır. Ancak, özel hastanelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek olan bölgelerde yoğunlaşması sonucunda, sağlık hizmetleri sunucularının nüfusa göre bölgelerde eşitsiz bir şekilde geliştiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesinin sağlanması için, özel sağlık sektörüne verilen teşviklerin ekonomik gelişmişlik düzeyi düşük bölgelere aktarılması ve sağlık sunucularının yoğunlaştığı bölgelerin teşvik kapsamından çıkarılması gerektiği söylemek mümkündür.

2.2. Türk Sağlık Alanının Sosyal Bağlamda Değerlendirilmesi:

Küreselleşmenin etkileriyle beraber giderek büyüyen bir kitlenin yaşam koşulları bozulmakta ve yoksulluk küresel bir hal almaktadır. Artan işsizlik ve yoksulluk sebebiyle sosyal güvenceye olan gereksinim artarken, paradoksal olarak bu güvenceye en fazla gereksinimi olan grupların güvence sisteminin dışında kaldığı görülmektedir. Bu sosyal dışlanmışlık durumu, gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan toplumlarda sosyal hizmetlere olan ihtiyacı arttırmaktadır. Ancak burada da küreselleşme, bu hizmetleri karşılayacak olan sosyal devletin finansal kaynaklarını eritmekte ve meşruiyetine saldırıda bulunmaktadır. Küreselleşme ve beraberinde getirdiği eşitsizlikler, en belirgin ve öncelikli etkisini insan ve toplum sağlığı üzerinde göstermektedir. Dolayısıyla, artan eşitsizliklere karşı çözüm üretilmesinde, sosyal sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi öncelik kazanmaktadır(Fişek ve Gökbayrak, 2004;1-2).

Günümüzde sosyal hizmetlerin bireylerin yaşam koşullarının iyileştirilmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Özellikle batı toplumlarında, sosyal hizmetlere olan gereksinim önemli ölçüde artmaktadır. Ancak sosyal devletin finansal ve politik baskılar karşısında etkinliği azaltılmak istenmektedir. Dolayısıyla, sosyal hizmet sistemleri artan talep ve bu talebi karşılayacak sınırlı kaynaklar arasında sıkışmış durumdadır. Bu sorunlara nasıl bir çözüm geliştirilmek istendiği, çözümlerin farklı ya da benzer eğilimler mi taşıdığı, bu noktada sosyal hizmetlerin kurumsallaşmasının nasıl bir değişim içinde olduğu yanıt aranması gerekli önemli sorular olarak karşımızda durmaktadır(Gökbayrak, 2004;1).

Avrupa Birliği ülkeleri düzeyinde, ilk bakışta sorunların benzerliği, sosyal hizmet politikalarının değişiminde de bir benzerliğe işaret etmektedir. Bu gelişmelerin bir yorumu, sosyal devletin sosyal hizmetler alanından “geri çekilmesi”, bir başka deyişle özelleştirme, dezentralizasyon ve sosyal devlet karması yani farklı aktörlerin bu alanda yer alması olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, sosyal hizmetlerin kurumsallaşmasının daha düşük düzeyde gerçekleşme eğiliminde olduğu gibi bir yoruma gidildiği belirtilmektedir(Finn,2000; Bahle,2003).

Bu noktada, öncelikli olarak tartışılması gerekli unsur, sosyal hizmetlerin kurumsallaşmasının ne anlama geldiğidir. Kurumsallaşmayı en genel anlamda, sosyal hizmetin sosyal olarak düzenlenme ve kontrol biçimi şeklinde tanımlamak mümkündür. Kurumsallaşma; sosyal alana ilişkin bir sorunun tanımı, bu soruna çözüm üretebilecek aktörlerin sisteme entegrasyonun, rollerinin ve birbirleri ile olan ilişkilerinin tanımlanması, finansman kaynaklarının dağılımı, yasal temelin ve denetim mekanizmalarının oluşturulması adımlarını içermektedir (Bahle,2003).

Bu kurumsallaşma çerçevesi içinde, sosyal devletin geri çekilmesi tezini savunanların işaret ettikleri değişimler, kendini en fazla aktörlerin sisteme entegrasyonu, rolleri, finansman kaynakları ve kontrol mekanizmalarında göstermektedir. Çeşitli AB üyesi ülkelerde gerçekleştirilen değişimler, ilk bakışta bu yöndeki bir yorumu haklı çıkarmakla birlikte, farklı tarihsel gelişim ve sosyal yapılara sahip olan ülkelerde, ortaya çıkan uygulamaların istenenin aksine daha yüksek bir kurumsallaşma ve hizmetlerde standartlaşmaya yol açtığı görülmektedir. Bu durumun en belirgin örneklerini, Batı Avrupa’da, sosyal devlet geleneği açısından üç farklı iklimi temsil eden İngiltere, Fransa ve Almanya uygulamalarında görmek mümkündür. En radikal dezantralizasyon ve beraberinde özelleştirmenin gerçekleştirildiği İngiltere’de bile, sosyal hizmetlerin finansman ve kontrolünün merkezi yönetimde kaldığı, bu alandaki gücün merkezileştirildiği görülmektedir. Burada olan, hizmetin sadece sunumunun özel ve gönüllü kuruluşlara bırakılması, sistemin temel belirleyicileri olan finansman ve kontrol mekanizmalarının kamunun elinde kalmasıdır. İngiltere dışında, Fransa ve Almanya’da da gerçekleştirilen düzenlemelerde de, sosyal devletin bu alandan geri çekilmesi değil, tam aksine daha fazla belirleyiciliğe sahip olması durumu söz konusudur(Fin,2000; Bahle,2003).

Gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde sosyal güvence sistemlerinde yaşanan kurumsallaşmaya karşı, gelişmekte olan ülkelerde, bu hizmetlere gereksinim duyan nüfusun daha fazla olmasına karşın, önerilen ve uygulamaya konulan modellerin tam tersi yönde bir gelişim gösterdiği görülmektedir. Bu modellerin ortak özelliklerine bakıldığında, kurumsal alt yapıdan yoksun, en fazla gereksinim olanlara, en temel gereksinimlerini karşılamak üzere, yerel düzeyde örgütlenmiş, sosyal devletin

boşluğunu kapatacak şekilde çok farklı aktörün uygulamada yer alması istenilen, hizmetin sosyal niteliği itibariyle tartışılması gerekli model çalışmalar olduğu görülmektedir(Lund ve Srivinas, 2001; Barrientos,2002).

Yaşanan sorunların gelişmekte olan ülkelerdeki etkilerine karşın, gerçekleştirilmeye çalışılan uygulamaların kurumsallaşma açısından, Batılı ülkelerin tersine çok daha düşük kurumsallaşma düzeylerinde, adeta hizmete gereksinimi olanların kendi kaderi ile baş başa bırakacak şekilde olması, üzerinde dikkatle düşünülmesi gerekli bir konudur. Bu noktada, sosyal hizmetlere gereksinimi fazla olan ülkelerin çok daha bütüncül ve kurumsallaşma düzeyi yüksek modellere ve bu modellerin teorik alt yapısını sağlamlaştıracak yaklaşımlara gereksinimi bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası, sağlığı; “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak” tanımlamaktadır. Bu tanımın sağlığı bir hak olarak tanımlanması çağdaş olarak nitelendirilmesini sağlamaktadır. Yirminci yüzyılın benimsediği sağlık anlayışı, bireyi sosyal çevresi ile bir bütün olarak ele almakta ve sağlığı etkileyen etmenlere karşı çok boyutlu bir bakış açısı geliştirmektedir. Bu noktada, sağlığın sosyal boyutunu iki yönlü düşünmek mümkündür. Birincisi, toplumun tüm bireylerine sağlıklı yaşam hakkı sunmak yani “Herkesin Sağlık” boyutudur. Bu anlayış doğrultusunda, sağlık düzeyini koruyucu ve geliştirici nitelikteki politika ve uygulamalarda, hastalığı yalnızca hasta olan kişinin sorunu olmadığını anlayarak, sağlam-hasta ayrımı yapmaksızın tüm topluma yönelmek gerekmektedir. Sağlığa sosyal yönünü veren ikinci boyut ise, bir bireyin ya da toplumun sağlık düzeyini belirleyen etmenleri, sosyo-kültürel ve ekonomik çevreden bağımsız olarak ele alma olanağının olmamasıdır. Bu çok boyutluluk, toplum sağlığını etkileyen temel faktörleri çok yönlü düşünmeyi gerektirmektedir. Bu faktörleri biyolojik faktörler, yaşam tarzı, fiziksel çevre, sosyal çevre, kamu hizmetleri ve kamu politikası olarak sıralamak mümkündür (Samuel-Scott, A,2001:141).

İnsan sağlığını belirleyen unsurlar sadece biyolojik ve fiziksel çevrenin sonucu olarak değil sosyal yaşamın niteliğine bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır. Hastalıkların ortaya çıkışları, biyolojik ve fiziksel etmenlerin yanı sıra ekonomik ve sosyal koşullara,

kültüre ve diğer çevresel faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir. Bu noktada günümüzde çağdaş sağlık anlayışı çerçevesinde sağlığa, tıbbın ötesine geçerek bakıldığını ve tıp bilimleri ile sosyal bilimler arasındaki ayrım çizgilerinin giderek azaldığını söylemek mümkündür. Bunun temel nedeni olarak küreselleşme ile birlikte artan ekonomik, sosyal adaletsizlik ve yoksulluk ortamında, olumsuz sağlık koşullarında yaşayan insan sayısının hızla artması gösterilmektedir.

Küreselleşmenin etkileriyle birlikte hem sağlık hizmetlerinde, hem de sosyal güvenlikte, “insan” eksenli değil, “para” eksenli bir yaklaşım sergilenmiş, sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma süreci başlatılmıştır. Türkiye’de de özelleştirme uygulamalarıyla kendini gösteren bu durum, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesine ve sağlığın devletin sunduğu bir hizmet olmaktan çıkarılarak serbest piyasa egemenliğine terk edilmesine neden olmaktadır. Ancak, sağlığın temel bir insan hakkı olması ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikleri, sağlık hizmetlerinin serbest piyasa egemenliğine bırakılamaz nitelikte olduğunun göstergesidir. Bu noktada sağlık hizmetlerinin niteliklerinden bahsetmek gerekmektedir(Pala,2007;14-17).

Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır, sağlık hizmetlerine ne nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez. Özel sektör doğası gereği “maksimum kar” için çalışmaktadır. Bu bağlamda sağlık yatırımcısı sağlık hizmetinden öncelikle kar etme amacıyla yatırım yapmayı hedeflemekte ve dolayısıyla sermaye sahipleri yatırım yaparken kar getirisi yüksek olmayan yörelere sağlık yatırımı yapmamaktadır. Bir yöreye sağlık yatırımlarının yapılmaması, o yöreyi sağlık hizmeti almaktan yoksun bırakır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması sağlık mümkün değildir.

Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz. Sağlık hizmetinin özel sektöre bırakılması kişilerin sağlık hizmeti almalarını para ya da sağlıkla ilgili bir güvenceye önkoşuluna bağlamaktadır. Bu durum parası ya da güvencesi olmayan bireye sağlık hizmeti verilememesi sonucu ortaya çıkartır ki bu da sağlığın temel bir insan hakkı olması ilkesi ile ters düşmektedir.

Sağlık hizmetleri ertelenebilir değildir. Gerek acil durumlarda gerekse rutin uygulamalarda sağlık hizmetinin ertelenmesi kişinin sağlığı üzerinde olumsuz ve kalıcı sorunlar oluşturabilir. Bu nedenle kişinin gereksinim duyduğu anda ve hiçbir şarta bağlı olmaksızın sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır. Bu da ancak devletin sağlık hizmeti sunması yolu ile gerçekleştirilebilir.

Sağlık sektöründe hizmetin boyutunu hizmeti alan değil sunan belirler. Başka bir deyişle, sağlık alanında hizmetin ne zaman, nasıl ve ne kadar sunulacağına hasta değil hekim karar verir. Bu durum kar amacı güden bir sağlık kuruluşu için kötüye kullanıma son derece açık bir durum teşkil etmektedir.

Son olarak sağlık hizmetinin çıktısının kara dönüştürülemez olduğundan bahsedilebilir. Sağlık hizmetinin kar amacı güdümlük olarak verilmesi durumunda kişinin alacağı sağlık hizmetinin, ekonomik durumuna göre belirlenmesi söz konusu olacaktır. Bu noktada, kişilere paraları kadar sağlık hizmeti verilmesi gibi kabul edilemez bir durum ortaya çıkacaktır(Pala, 2007;14-17).

Son yıllarda sağlık hizmeti alan kişilere “müşteri” gözüyle bakılmasının yukarıda sözü edilen niteliklerle ters düştüğü açıktır. Sağlık hizmeti alması gereken kişilere “müşteri” dendiğinde iki önemli sonuç ortaya çıkmaktadır. Birincisi parası olmayan sağlık hizmeti alamayacak, ikincisi olarak da parası olan parasının yettiği kadar hizmet alacaktır. Ancak böyle bir tablo sağlığın temel bir insan hakkı olmasını engellemektedir(Pala, 2007;17).

Bir toplumun sosyal sağlık göstergelerinin birbirinden etkilenen ve etkileyen değişkenler çerçevesinde bütüncül bir bakış açısı ile kavranması gerekmektedir. Türkiye’de sağlık sisteminin devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana atılarak, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanıldığı ve özel sektörün hakimi olduğu bir yapıya dönüştürülmek istendiği görülmektedir. Ancak bu tablo, dar gelirli ve dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimlerini bugünkünden daha fazla sınırlayacak bir yapıya işaret etmektedir. Bu noktada sosyal sağlık göstergelerinin ulusal düzeyde olumlu hale getirilmesi için, sosyal

hizmetlerde devlet işlevlerinin yerel düzeyden başlayarak ulusal düzeye kadar yükselen kurumsal mekanizmaların önemi dikkat çekmektedir(Pala, 2007;17).

2.3. Türk Sağlık Alanının Teknolojik Bağlamda Değerlendirilmesi

Türkiye’den önce dünyada yapılan teknolojik çalışmalara bakıldığında gelişmiş ülkelerin 1950’li yıllardan itibaren çalışmalara başlamış teknolojik hedeflerini kendi ülkelerinin önceliklerine göre belirlemiş ve yayınlamış olduğu görülmektedir. Örneğin, ilk teknoloji tahmini 1950’li yılların sonunda ABD’nin savunma sektörü için yapılmıştır. Japonya ise teknoloji tahminini sadece savunma sanayisi için değil ülkenin ihtiyaçları çerçevesinde her alanda yapmaya çalışmıştır. Hollanda’da teknoloji öngörüsü diğer Avrupa ülkelerinden daha farklı bir formda yapılarak mevcut politika süreçleriyle tam olarak bütünleştirilmiş ve tarım, çevre, sağlık, bilim, eğitim gibi alanlara odaklanmıştır. ABD ve Japonya’nın çalışmaları izinde Almanya ve İngiltere de öngörü çalışmalarına başlamıştır (Sağlık Bakanlığı,2007).

Tablo13: Çeşitli Ülkelerin Ulusal Teknoloji Öngörü Programlarına Başlama Tarihleri(1970-2001)

| YIL | BAŞLAYAN ÜLKE |
|------|--|
| 1970 | Japonya |
| 1982 | ABD |
| 1985 | Almanya |
| 1989 | Avustralya |
| 1991 | Kore Cumhuriyeti, Filipinler |
| 1992 | Hollanda, Yeni Zelanda |
| 1994 | İtalya, Fransa, İngiltere |
| 1995 | Hindistan |
| 1996 | Endonezya, Kanada |
| 1997 | Tayland, Finlandiya, Macaristan, Güney Afrika Cumhuriyeti, Nijerya |
| 1998 | Avusturya, İrlanda, İsveç, İspanya |
| 2000 | Bolivya, Brezilya, Meksika, Veneziella |
| 2001 | Çek Cumhuriyeti |

Kaynak: TUBİTAK, Teknoloji Öngörüsü ve Ülke Örnekleri Çalışma Raporu, 200

Türkiye’nin teknoloji ile ilgili uygulamaları incelendiğinde bilim ve teknoloji alanında belirli bir politika izleme amacıyla 1960 yılında çalışmalar yapıldığı ve bu

çalışmaların bir ürünü olarak 1963 yılında Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) kurulduğu görülmektedir. 1980'li yıllarla birlikte ise kalkınma ve teknoloji planları yapılmaya başlandığı söylenebilir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ve TÜBİTAK tarafından yürütülen çalışmada üç yüz kadar bilim adamı ve uzmanın katılımıyla hazırlanan Türk Bilim Politikası: 1983-2003 dokümanı ile ilk kez, ayrıntılı bir bilim ve teknoloji politikası ortaya konmaya çalışılmış ancak uygulamaya konulamamıştır.

Türkiye’de diğer Avrupa ülkelerinin yaptığı gibi önce öngörü çalışması yapılması ve diğer ülkelerdeki öngörü çalışmaların takibi için Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu (BTYK) kurulmuştur. Ülke ihtiyaçları göz önün alınarak bazı planlar yapılmıştır. 1993 yılına gelindiğinde “Türk Bilim ve Teknoloji Politikası: 1993-2003” başlıklı dokümanı hazırlanmıştır. Bu proje, VII. beş yıllık kalkınma plânının (1996-2000) ana başlıklarından birini oluşturmuştur.

2000’li yıllara gelindiğinde sağlık alanını da yakından ilgilendiren iki önemli öngörü çalışması yapılmıştır. Bunlardan ilki TÜBİTAK; ikincisi ise Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) tarafından yürütülmüştür. Ülkemiz için öncelikli teknoloji konularının neler olduğu ve üniversitelerin, özel sektörün teknoloji kullanmadaki yeterliliği gibi konularda paneller düzenlenerek bazı analizler yapılmıştır. Bu panellerde genel olarak devletin gerekli finansmanı sağlarken üniversitelerin ve özel şirketlerin de teşebbüste bulunması gerektiği vurgusu yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007, Sargutan, 2005).

Thompson’a göre teknoloji organizasyon yapısını belirleyen önemli bir unsurdur. Thompson’ın teknoloji tanımının ağırlık noktası teknolojinin öngördüğü karşılıklı bağımlılık ve faaliyetlerin koordinasyonu ile kontrolüdür. Thompson’a göre bir organizasyonun kullandığı teknolojiler üç şekilde olabilir (Koçel, 2005; 287):

- 1) Çözümleyici Teknoloji: Yapılan faaliyetlerin belirli grupları birbirine bağladığı teknolojiler,

- 2) Bağlı Teknolojiler: Yapılan faaliyetlerin birbirine bağlı olduğu teknolojiler,
- 3) Yoğun Teknoloji: bir işin gerçekleştirilmesi için yapılacak olan faaliyetlerin hepsinin karşılıklı olarak birbirine bağlı olduğu teknolojilerdir.

Bu sınıflamada bir sonraki grup bir önceki grubu içermektedir. Başka bir ifade ile, bağlı teknoloji, çözümleyici içerirken, yoğun teknoloji her ikisini de içermektedir.

Hastanelerde hizmet üretim sürecinin her aşamasında kullanılan tıbbi teknolojik cihazlar günümüzde ulaştıkları nicel ve nitel özellikleri nedeniyle sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyebilecek bir indikatör konumundadır. Bu noktada Thompson' un sınıflamasına göre yüksek tıbbi teknoloji yoğun teknolojidir. Bunun anlamı üretim yapılılabilmesi ya da hizmetin yürütülebilmesi çok yönlü karşılıklı bağımlılık ilişkisinin söz konusu olmasıdır. Bu bağımlılık hem hizmetin yürütülüş şeklini, hem de hizmetin kalitesini belirleyici özellik taşır. Bir hekimin birçok teşhisi koyabilmesi bir yandan bu cihazların kullanımını zorunlu kılarken, diğer yandan da bu cihazların verdiği sonuçların doğruluk düzeyi oldukça önemli hale gelmektedir.

Uzun asırlar boyunca doğal ve ucuz teknikler kullanılan sağlık hizmetleri, bilim ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak, önce basit teknolojikli ürünlerin kullanılmıştır. Daha sonra hem kullanılan teknikler hem de yararlanılan teknolojiler açısından hızlı ve sürekli bir değişim içine girerek gelişmiş, çeşitlenmiş ve karmaşıklaşmıştır. Bu durum 15. yüzyıldan itibaren başlayan bilimsel ve teknolojik gelişmeler çerçevesinde “sebeplere yönelik” tedavi geliştirilmesine imkan sağlayacak noktaya gelmiştir. 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren ise sağlık hizmetlerinin teknolojiye bağımlı hale geldiğini söylemek mümkündür. Öyle ki, günümüzde teknolojisinin vardığı boyutlar hekim kimliğini de değiştirmiş ve hem hekimleri hem de hastaları teknolojiye bağımlı hale getirmiştir. Bu noktada söz konusu gelişmelerinin hızlanarak ve yeni uzmanlaşmalara yol açarak yoğunlaştığı, sağlık kuruluşlarının karmaşık teknik donatımlı yerler halini aldığı, sağlık hizmetlerinin bir endüstriye dönüştüğü gözlemlenebilmektedir(Sargutan, 2005; 126).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “teknoloji” kavramını “sağlık teknolojisi” anlamında ele alarak, şu içeriği vermektedir: Teknoloji, bir sağlık probleminin çözümüne önemli katkıda bulunabilen, kullanıcılarıyla birlikte metotların, tekniklerin ve donatımın bir birleşimidir (WHO ,UNICEF 1978:59).

Banta ve Behney, “bireylere ve sistemlere tıbbi bakım sağlanması sırasında sağlık bakım profesyonelleri tarafından kullanılan teknikler, ilaçlar, donatım ve prosedürlerden oluşan grup, takım, set sağlık teknolojisidir” tanımlamasını yapmaktadırlar (Banta ve Behney 1981:74,76).

Bu tanımlardan hareketle sağlık teknolojisini; sadece ileri teknolojilerin kullanıldığı alet ve makinelerle değil, herhangi bir alet kullanmadan sadece konuşma yoluyla veya ellerle uygulananlar da dahil olmak üzere, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti, ürünü üretmek ve arz etmek, vermek amacıyla başvuru, sağlıkla ilgili her türlü felsefe, sistem, düşünce, metot, uygulama ve benzeri teknikler ile, bazı teknikleri sağlık donatımı ve ilaçlar yardımıyla uygulamaya imkan veren teknolojik uyarlamaların tümünü ifade eden bir kavram olarak tanımlamak mümkündür(Sargutan, 2005; 124).

Tıp teknolojisi sektörü, birçok mühendislik disiplinini içermektedir. Bu disiplinler arasında makine, elektrik-elektronik, kimya, metalürji ve bilgisayar mühendislikleri sayılabilir. Bu alanlardaki gelişme ve ilerlemeler, tıbbi teknoloji ürünlerine önemli ölçüde yansımaktadır. Tıp teknolojisi, bir dizi diğer bilimsel ve teknolojik faaliyet alanlarındaki araştırma ve gelişmelerden doğrudan etkilenmektedir. Diğer disiplinlerdeki yenilikler, en hızlı biçimde uygulama olanağı bulmakta ve gelişmeler anlamlı sosyo-ekonomik sonuçlar doğurmaktadır (TÜBİTAK 2003:1).

Bilindiği gibi teknolojik gelişmeler tanı ve tedavi hizmetlerinin sunum şeklini ve kalitesini önemli ölçüde etkilemiş olup, tıp alanını yeniden şekillendirmiştir. Tıp biliminin uzun bir geçmişi olmakla birlikte, özellikle bu yüzyılda görülen tıbbi teknolojideki gelişmeler tanı, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı çok sayıda cihazın

geliştirilmesini ve kullanıma sunulmasını sağlamış, bunun sonucunda da belirli hastalıkların tedavisinde önemli başarılar sağlanmıştır.

Tıbbi teknolojik gelişmelerin sağlık sektörünün hizmet sunumunu etkilediği açıktır. Teknolojik gelişmeler karşısında gerekli yatırımı yapmayan ülkeler ise başka ülkelerin ürettiği teknolojileri almak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum ise sağlık harcamalarının artmasına neden olan önemli faktörlerden biridir.

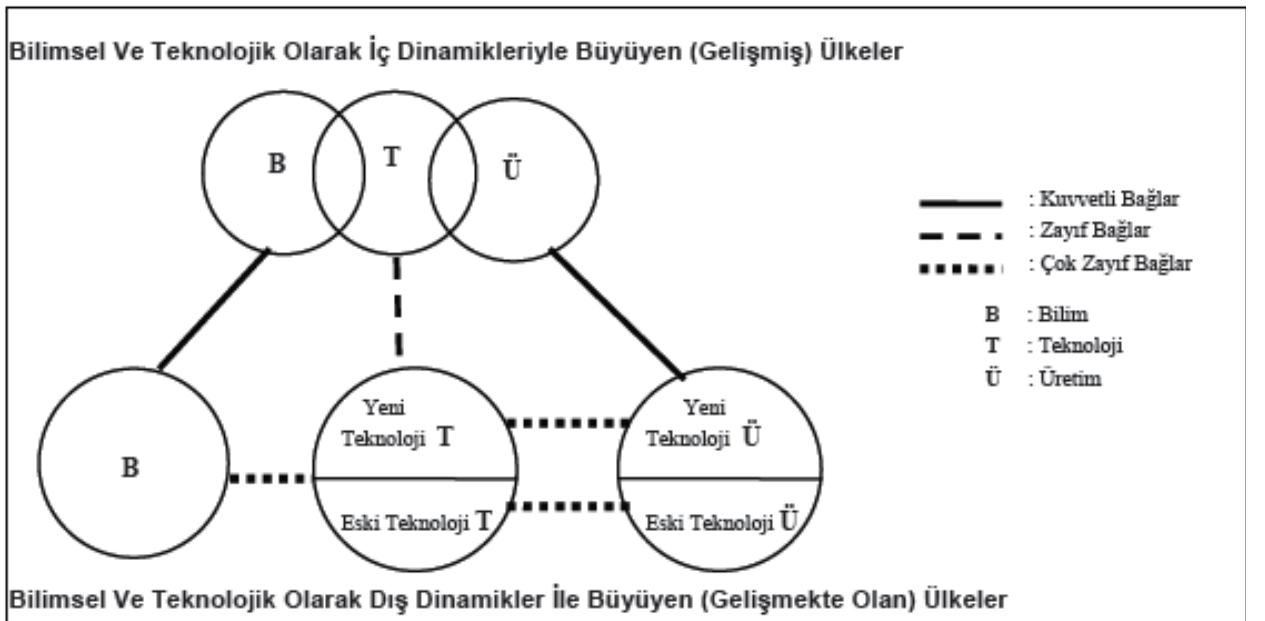
Gelişmiş ve genel olarak ileri teknolojik seviyeye sahip ülkelerin, çoğunlukla, hem bilim ve teknoloji ile ilgili hem de sağlık teknik ve teknolojileri konusunda, kontrollü ve düzenli bir yönetim politikası uygulamakta oldukları görülmektedir. Buna karşılık, gelişmekte ve gelişmemiş olan ülkeler, genel ve sağlık teknik/teknolojileri konusunda, kullanıcıların baskılı talebi, kaynak darboğazları, idarecilerin politikasızlıkları nedeniyle karmaşa içinde görünmektedirler. Ancak, yeni teknik ve teknolojilerin, genel ve hızlı bir artış eğilimi içinde olan sağlık hizmetleri maliyetlerini en fazla etkileyen etmenlerden oldukları kabul edilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde sağlık ve sigorta yatırımları ve harcamalarına ayrılan bütçe payları yüksektir. Bu durum doğal olarak sağlık merkezlerine en son geliştirilmiş tıbbi cihaz, alet ve sarf malzemelerinin satın alımına ve kullanımına yol açmakta ve araştırmacı-üretici firmaların dolaylı olarak desteklenmesini sağlamaktadır. Büyük firmalar inovasyon yapan küçük firmaları ilk fırsatta satın alarak ele geçirmekte ve bu yolla rekabeti azaltmaktadırlar. Sonuç olarak tekelleşme gündeme gelmektedir.

Sağlık teknolojisi ile ilgili dünyadaki duruma bakıldığında; yüksek teknoloji cihazların dünyada sınırlı sayıda firma tarafından üretildiği görülmektedir. Bu firmalar aynı zamanda bilgisayar, elektronik ve diğer alanlarda da yatırımları olduğu için, diğer alanlardaki teknolojilerini tıbbi cihazların geliştirilmesinde de kullanmaktadırlar. Bu büyük firmalar pazarı ellerinde bulundurduklarından fiyatları da kendileri belirlemektedirler. Ayrıca tek uğraş alanları tıbbi cihazlar olmadığından Ar-Ge

çalışmalarına yeterli kaynak ayırabilmekte böylece sürekli Ar-Ge yapmakta ve yeni geliştirdikleri ürünleri uygun buldukları zaman pazara sürmektedirler.

Tablo 14: Sanayileşmiş Ülkelerde Ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Bilim, Teknoloji Ve Üretim Arasındaki İlişkiler



Tıp teknolojisindeki gelişmeler son yıllarda koruyucu ve tedavi edici hekimlikte, toplum ve birey sağlığının ele alınış anlayışını köklü bir biçimde değiştirmiştir. Teknolojideki gelişmeler, yeni cihaz ve aletlerin ortaya çıkmasına yol açmış, tek kullanımlık sarf malzemelerinin çeşitliliği ile birlikte kurum ve bireylere ciddi bir mali yük getirmiştir.

Ülkemizde üretimin yeterli düzeyde olmayışı ve bu anlamda dışa bağımlılık anlamlı bir dış alım maliyetine yol açmaktadır. Konunun, ülkelerin çoğunda olduğu gibi, Türkiye bakımından da, ikili tıkanıklık karakterinde görüldüğü söylenebilir. Bir yandan artan kantite ve kalitede sağlık hizmeti talepleri, öte yandan malî kaynaklarının yetersizliği ve politikasızlık, kamu ve özel sektörün teknoloji kullanımını ve sağlık

hizmetleri üretim, arz ve talep, tüketim sistemlerini baskı altına almakta, verimsiz ve yetersiz kaynak kullanımına ve üretime sebep olmaktadır(Sargutan, 2005,19-21).

Türkiye'deki tıbbi cihaz, alet ve malzeme faaliyet alanının teknolojik, ekonomik ve yapısal durumunun değerlendirilmesi yapıldığında olarak önemli ölçüde dışa bağımlı olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, tıbbi cihaz, malzeme ve aletlerin sağlık merkezlerindeki dağılımı homojen değildir. Bu nedenle bazı yerlerde israf, bazı yerlerde de eksiklik nedeniyle hizmetlerin yeterince verilmeyişi ekonomik kayıplara yol açmaktadır.

TUBİTAK Vizyon 2023 Raporunda Türkiye'nin tıbbi cihaz, alet ve malzeme alanında Türkiye'nin güçlü ve zayıf yanları, tehdit ve fırsatlar şu şekilde sıralanmaktadır (Tübitak, 2003;19-20).

A)Güçlü yanlar

1. Ülkemiz bilişim teknolojisine yatkın ve bunu kullanmaya hevesli genç, kalabalık ve dinamik bir nüfusa sahiptir.
2. Ülkemizde haberleşme altyapısı yeni ve çağdaş düzeydedir.
3. Eğitim kalitesi yüksek üniversitelerimiz bulunmaktadır.
4. Küçük ölçekli de olsa tıbbi cihaz, alet ve malzemeler üreten firmalar mevcuttur.

B)Zayıf yanlar

1. Tıbbi cihaz ve aletler genellikle yurt dışından satın alma yoluyla elde edilmektedir.
2. Mevcut tıbbi cihaz ve aletlerin bakım, onarım ve kalibrasyonunun yapılmasıyla ilgili biyomedikal mühendislik hizmetleri yetersizdir.

3. Yerli tıbbi cihaz, alet ve sarf malzemesi üretimi (%15 civarında) yetersizdir.
4. Mevcut tıbbi cihaz ve aletlerin etkin bir şekilde kullanılamamakta; planlama ve koordinasyon eksikliği nedeniyle gereksiz veya uygun olmayan cihazların edinilmektedir.
5. Tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin üretimleri, satışı, belgelendirilmeleri ve ithalatları üzerinde yeterli ve uygun denetim yoktur.
6. Tek kullanımlık malzemelerin üretimi için Sağlık Bakanlığında gerekli belgenin uzun bir sürede alınabilmektedir. TSE belgelendirmesi süreci de uzundur.
7. Hasta hakları henüz yeterince sorgulayıcı ve denetleyici ölçülere ulaşmamıştır.
8. Üniversite-sanayi ilişkilerinin zayıflığı dolayısıyla sektöre ilişkin Ar-Ge çalışmaları yetersizdir.
9. Kullanıcı personelin istihdam ve özlük hakları yeterli değildir.

C) Tehditler

1. Avrupa Birliği üyesi olma durumunda bağımsız teknolojik gelişmelerin sınırlandırılabilmesi olasılığı vardır.
2. Kullanıcı personelin istihdam ve özlük hakları yetersizdir.
3. Kullanıcılar yerli üreticiye ve yerli mallara güvenmemektedir.
4. Uygun iş ve ücretlendirme olanakları azdır ve belli konularda yetkin, gelişmiş elemanlar yurt dışına gitme olanaklarını araştırmakta veya başka bir alanda çalışmak zorunda kalmaktadırlar.

D) Fırsatlar

1. Avrupa Birliğinin 6. Çerçeve programına Türkiye'nin de bu yıldan itibaren katılmış olması ve bu şekilde araştırma/geliştirme için Avrupa ülkelerindeki şirket ve üniversitelerle ortak çalışma ve parasal kaynak bulma olanağı doğmuştur.

2. Halen yurt dışında çalışan konularında uzman olan vatandaşlarımızın dolaylı veya doğrudan sektöre katkıları sağlanabilir

3. Genç, dinamik ve kalabalık bir nüfus varlığı sürmektedir.

4. Yeni teknolojilerin tasarlanması açısından tıbbi cihaz ve aletlerle ilgili olarak yetişmiş insan gücü vardır.

5. Az da olsa tıbbi cihaz, alet ve malzeme üreten firmalar varlıklarını sürdürebilmektedir.

TUBİTAK'ın "Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi-Sağlık ve İlaç Paneli" isimli çalışmasında Tıbbi Cihaz, Alet ve Sarf Malzemeleri alanındaki vizyonu; başta temel ameliyathane ve yoğun bakım cihazları ile vücut boşluklarının görüntülenmesinde kullanılacak endoskopik görüntüleme sistemlerinin ve ilgili sarf malzemelerinin tümünün tasarlandığı, geliştirildiği, ihraç edilebilecek kalitede üretildiği; yüksek teknolojlili tıbbi görüntüleme ve tedavi sistemleri üreten sınırlı sayıdaki uluslar arası firmalara özellikle yazılım programları hazırlayabilen ve biyoteknoloji konusunda Ar-Ge ve uygulama merkezlerinin var olduğu, bu alanlara ilişkin yeni cihaz ve malzemelerin tasarlandığı, geliştirildiği ve üretildiği, tüm bu konularda bölgesinde güç merkezi haline gelmiş, planlama ve çeşitli birimler arası bilgi akışı, istatistik veri girişi ve verilerin bilgiye dönüştürülmüş hali tamamlanmış, bu bilginin yönetimi sağlanmış ve gelecek dönemleri planlanmış, tıbbi cihaz gereksinimi en küçük sağlık biriminden en büyük hastaneye kadar uzun vadeli planlanmış; neye, ne zaman, nerede gereksinimi olduğunu bilen bir Türkiye olarak belirlenmiştir(Tubitak, 2003; 21-22).

Bu bağlamda; tıbbi malzeme üretiminde rekabet şartlarının oluşturulabilmesi, yerli üreticilerin yabancı üreticilerle rekabet edebilir hale gelmesi, ihracatın artırılması, yerli üretim artışı sayesinde sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılması, tıp teknolojisinin her alanında üniversite-sanayi işbirliğinin geliştirilerek, uygulama ve üretime yönelik Ar-Ge altyapısının oluşturulması ve gerekli teşviklerin ve yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi, yerli üretici firmaların, üretim ve pazarlama aşamalarında ithal ürünlerle kolaylıkla rekabet edebilecekleri yasal düzenlemeler yapılması gibi hedefler belirlenmiştir. Ayrıca tıbbi cihaz ve aletleri kullanacak, bakı, onarım ve kontrolünü

yapacak personelin yetiştirilmesi, kamu kuruluşları ve özel sektör tarafından kullanılan tıbbi cihazların envanteri hazırlanması ve düzenli olarak güncellenmesi, tıp teknolojisi konusunda yenilikler ve gelişmeler sağlayabilecek genç araştırmacıları özendirici teşviklerin verilmesi, bu konudaki projelere her aşamasında maddi destek sağlanması gibi hedefler de belirlenmiştir.

Önümüzdeki yirmi yıl içinde kanser, genetik ve moleküler biyoloji, biyoteknoloji, nanoteknoloji, malzeme teknolojileri ve e-sağlık gibi alanların tıp teknolojisini etkileyecek temel eğilimler ve itici güçler olduğu kabul edilmektedir. Bu noktada, gelecekte sağlık teknolojisi ile ilgili ülkelerin üzerinde çalışma yaptığı konuların başlıkları farmakogenomik, gen tedavisi ile ilgili araştırmalar genetik tanı ile ilgili araştırmalar, kök hücre araştırmaları / hücre tedavisi ile ilgili araştırmalar, minimal, invaziv cerrahî araştırmaları, biyoteknoloji ve gen teknolojileri, mekatronik, nanoteknoloji ,e-sağlık telebakım ve tele-tıp olarak belirlenmiştir.

Duruma sağlık yatırımları ve harcamaları yönünde bakıldığında ise Sağlıkta Dönüşüm sürecinde sağlık harcamalarının AKP Hükümetinin işbaşına geldiği 2002 yılının sonundan günümüze toplam sağlık harcamaları bazında önemli bir artış eğilimi içinde olduğu görülmektedir. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti anlayışı yerine büyük ölçüde dışa bağımlı olduğumuz ilaç ve tıbbi teknoloji tüketimine odaklı tedavi edici sağlık hizmeti anlayışını önceleyen Sağlıkta Dönüşüm Programının sonucu olarak toplam sağlık harcamamız 2002 yılında 20 Milyar YTL iken 2007 yılında geri ödeme kurumlarının borçları da göz önüne alındığında 50 milyar YTL'ye sıçramıştır.

Ülkemizde teknolojinin takibi ve yatırımlar son derece önemlidir çünkü başka ülkelerden hazır olarak aldığımız teknolojiler pahalı olmakta ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetinin sunulmasında maliyet artışına sebep olmaktadır. Örneğin; 2004 yılı Dış Ticaret Müsteşarlığı verilerine göre tıbbi cihaz ve malzemeleri sektöründe dış ticaret hacmimiz yaklaşık 815 milyon dolar seviyesindedir. Bunun 54 milyon dolarlık kısmı ihracat, 760 milyon doları ise ithalattır. İhracatın ithalatı karşılama oranı %8 seviyesindedir. Bu ülkemizdeki ihracat ile ithalat

arasındaki dengesizliği de çok fazla aşan bir seviyededir, Sağlık Bakanlığının tıbbi cihaz teknolojilerinin eldesin de hastaneler kendileri döner sermayesinden alabilecekleri gibi Sağlık Bakanlığı Genel Bütçesinden yada Strateji Geliştirme Başkanlığının merkezi döner sermayeden aktarması ile elde etmektedir. Türkiye’de tıbbi cihaz üretiminin daha çok yedek parça ve sarf malzemesi şeklinde olmaktadır.

Tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri ve ilaç alımları için üç değişik kaynaktan yapılan harcamaların toplam tutarı, kullanılan muhasebe yapısı itibariyle tam ve net olarak görülememekte, bunların farklı harcama kalemleri altında ayrıntılı olarak kaydedilmemesi izlemeyi güçleştirmektedir. 2002 yılından sonra harcama kalemlerinin ayrıntılı olarak kaydedilmesi ile birlikte, döner sermaye kaynaklarından ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz alımları için yapılan harcamaların ayrıntılı takibi yapılabilmektedir. 2006 yılında, tıbbi cihaz alımını ve onarımı için döner sermayeden yapılan harcamaların toplam tutarı 1.554 Milyon YTL’ dir. 2006 yılında döner sermayeden tıbbi cihaz ve ilaç için yapılan harcamalar, Tablo 4.2’de özetlenmiştir(Sağlık Bakanlığı, 2007; 176)

Tablo 15: 2006 Yılı Tıbbi Cihaz ve İlaç için Yapılan Harcamalar

| HARCAMA TÜRÜ | Milyon YTL |
|--|-----------------|
| İlaç alımları için yapılan harcamaların toplamı | 384,14 |
| Tıbbi malzeme alımları için yapılan harcamaların toplamı | 1.010,27 |
| Tıbbi cihaz alımları için yapılan harcamaların toplamı | 94,75 |
| Tıbbi cihaz onarımları için yapılan harcamaların toplamı | 65,43 |
| TOPLAM | 1.554,58 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Verileri, 2007

Avrupa’da Gayri Safi Milli Hasıla’nın (GSMH) %8.6’sı genel anlamda sağlığa harcanmaktadır. Bu rakamın %6.4’ü tıbbi teknolojiye aittir. Amerika Birleşik

Devletleri'nde ise sağlığa toplam GSMH içinde ayrılan pay %13.9'dur ve bu rakamın %5.1'i tıbbi teknolojiye harcanmaktadır. Buradan da görüldüğü gibi tıbbi teknoloji yatırımlarına büyük paralar aktarılmakta ve getirisi de bir o kadar fazla olmaktadır. Tıp teknolojisindeki gelişmeler son yıllarda koruyucu ve tedavi edici hekimlikte, toplum ve birey sağlığının ele alınış anlayışını köklü bir biçimde değişirmiştir. Teknolojideki gelişmeler, yeni cihaz ve aletlerin ortaya çıkmasına yol açmış, tek kullanımlık sarf malzemelerinin çeşitliliği ile birlikte kurum ve bireylere ciddi bir mali yük getirmiştir. Toplum sağlığının korunması ve bireylerin tedavisi belli bir maliyete neden olmaktadır. Ülkemizde retim yeterli düzeyde olmayışı ve bu anlamda dışa bağımlılık, anlamlı bir dış alım maliyetine yol açmaktadır. Ülkemizde tıp teknolojisinde teorik alt yapı dışında araştırma-geliştirme konusunda yeterli eğitim görmüş ve sektörün itici güçleri arasında olan mühendislik ve temel bilimlerde yetişmiş elemanlar ve bu eğitimlerin yüksek nitelikte sağlandığı niversiteler bulunmaktadır. Tıbbi alet ve malzemeler konusunda kk ölçekli de olsa bazı kalemlerde yerli üretim söz konusuydu. Sonuçta belirtilen konularda her boyutta maddi destek ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, ulusal tıp teknolojisi sanayisinin gelişmesine ve uluslararası düzeyde etkin bir seviyeye ulaşmasına olanak sağlayacaktır.

2003 yılından başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi Bileşenleri kapsamında ele alınan malzeme yönetimi konusunda elektronik ve plastik sanayinin teşvik edilerek tıbbi teknolojiye yönelik üretim yapılacak yatırımlara yönlendirilmesi vurgusu yapılmıştır. Ayrıca, klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan, ulusal düzeyde düzenleyici, eğitici ve denetleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Ulusal Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu anlamda Sağlık Bakanlığının kuracağı "İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" son derece önemli bir yere sahip olup, tıbbi cihazda ulusal bir politikanın oluşmasına katkısı büyük olacaktır. Bu kurumun kurulmasına ilişkin mevzuat çalışmaları başlatılmış ancak henüz yasalaşmamakla beraber 2010 yılı içinde Ulusal Tıbbi Cihaz Kurumu Kanunu'nun çıkarılması hedeflenmiştir(Sağlık Bakanlığı, 2007; 197).

2.4. Türk Sağlık Sektörünün Politik Bağlamda Değerlendirilmesi

1970'lerde tüm dünyada yaşanan ekonomik kriz sonucunda gelişmiş devletler, az gelişmiş ülkelerin piyasalarını kendi şirketlerine açmak için küreselleşme kavramını yaratmış ve hızla tüm dünyaya yaymışlardır. Küreselleşmeyle birlikte tüm dünyada ve Türkiye'de geleneksel devlet anlayışı değişmiş, kamu sektörünün mal ve hizmet üretimindeki yeri yeniden tanımlanmıştır. Kriz ile birlikte güçlenmeye başlayan yeni liberal ya da muhafazakar akımın öngördüğü politikalar, 1980 yılından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Bu çerçevede, refah devleti-ekonomiye müdahil devlet yapısı kırılmaya ve minimal devlet tasarımı yaşama geçirilmeye çalışılmıştır. Bunun sonucu olarak devletler, refah devleti olma hedeflerinden vazgeçmişler ve kamusal hizmet veren uygulamalardan hızla uzaklaşmaya başlamışlardır. Bu dönemle birlikte daha çok sosyal ve ekonomik alanda devletin rolü hakkında yeni bir anlayış üzerine kurgulanan ekonomik refah devleti, ekonomik krizler sonucu kamu harcamalarının sürdürülebilir olmaktan çıkması ile birlikte, özel sektörün model alındığı devletin yeniden yapılandırıldığı ve küçültüldüğü bir yapıya dönüşmüştür(Balcı,Kırılmaz).

20. yüzyılın son çeyreğinde meydana gelen bu gelişmeler, klasik anlamda devlet yapılanmasını da etkinlik, verimlilik, girişimcilik, esneklik gibi özel sektör temelli hedeflere yöneltmeye ve özelleştirme, rekabet, kalite, müşteri odaklılık gibi bir takım uygulamalara kamu sektöründe de yer verilmesine yol açmıştır. Bu noktada, özel sektöre özgü değer ve ilkelerin kamu sektörüne uyarlanmaya çalışılmasıyla birlikte geleneksel kamu yönetimi anlayışının terk edildiği ve yönetim anlayışının değişerek yeni kamu yönetimi anlayışına geçildiğini söylemek mümkündür. Bu anlayışın temelinde, devletin küçültülmesi, piyasa temelli ekonominin hâkim kılınması ve bir bakıma "kamunun işletmeleştirilmesi" anlayışının yer almaktadır. Bu anlayışla devletin mal ve hizmet üretiminde doğrudan rol alması yerine düzenleyici ve denetleyici rolünün ön plana çıkartılması, hizmet sunumunda özel sektörle işbirliği yapılması savunulmaktadır.

Kazgan'a göre, yeni liberal ekonomik düzen, küresel düzeyde bütünleşmiş serbest bir piyasanın oluşumunu amaçlamaktadır. Bu çerçevede, ithalat ve ihracata yönelik korumacı politikaların azaltılması, desteklemelerin kaldırılması, devlet tekellerinin kaldırılması ve bunların özelleştirilmesi, mal, hizmet ve sermayenin uluslararası dolaşımına engel oluşturacak her türlü kamusal düzenlemelerin kaldırılması söz konusudur. Ayrıca, kısa dönemli sermaye hareketlerinin ve doğrudan yabancı yatırımların her türlü denetimden uzak tutulması ve mali piyasaların bütünleşmesi bu politikaların araçlarıdır (Kazgan,2002;95-96). Bu politikalar, 1980'lerden itibaren "yapısal uyum politikaları" adı altında tüm dünyada uygulanmaya çalışılmakta ve bu bağlamda, IMF ve Dünya Bankası'nın da yapısal uyum programlarının uygulanması için belirli bir işbirliğine gittikleri gözlenmektedir.

Dünya Bankası 1987'de yayınladığı bir raporda gelişmekte olan ülkelerin içinde buldukları finansman krizinden çıkmaları için desantralizasyon, sigorta, özelleştirme ve hükümet kaynaklarının etkin kullanımı kavramlarını içeren dört bileşenli bir model önermiştir.

Bu dönemde kamu hizmetlerinin önemli bir parçası olan sağlık hizmetleri de söz konusu değişimlere paralel olarak benzer bir değişim göstermiştir. Dünya genelinde sağlık politikalarına yön veren temel olgu, özellikle son otuz yılda sağlık hizmetlerinin giderek artan talebe cevap veremez hale gelmiş olmasıdır. Bu noktada hizmet sunumu, finansman ve düzenleme açısından devletin rolündeki değişimler sağlık politikalarının ve reformlarının içeriğini oluşturmaktadır. Sağlık sektörünün yönetsel yapısındaki en önemli sorunun aşırı merkeziyetçi, yetkilerin üst seviyelerde toplanmış olduğu yönetim ve örgüt yapısı olduğu ileri sürülmektedir. Bu noktada Dünya Bankası'nın sağlık sektörü için önerdiği modele göre, bireyler sivil toplum kuruluşları ve özel sektör sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalıdır. Yani; sağlık hizmetlerinde kamu sektörünün rolü sağlığın desteklenmesi ile sınırlandırılmalı, merkezi hükümetin rolü politika belirleme ile sınırlı kalarak hizmetin sunumu yerel yönetime ve özel sektöre bırakılmalıdır. Bu modele göre sağlık hizmetleri devletin tekelinden çıkmakta, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da desantralizasyon kavramı ön plana çıkmaktadır.

Desantralizasyon; devlette planlama, karar verme ve kamuya ait fonksiyonların yönetimi gibi faaliyetleri merkezi yönetimden, daha küçük bölgelere, bir başka deyişle devletin üst düzeylerinden alt düzeylere aktarılması olarak tanımlanmaktadır. (onun taşradaki örgütlerine, hükümetin alt birimlerine, yarı özerk kamu birliklerine, bölgesel kalkınma yönetimlerine, işlevsel kamu kurumlarına, özerk yerel yönetimlere ya da hükümet dışı örgütlere) (Özkal, 2002;2). Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin sunumu yerel yönetimlere bırakılmakta, merkezi yönetimin rolü politika belirleme, planlama, koordinasyon ve denetimle sınırlandırılmaktadır. Bu anlayışla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri politika üreten ve denetleyen bir düzeyde sınırlandırılacak ve bakanlık kendi üzerinde bulunan uygulamaya yönelik sorumluluklarını oluşturulacak bölge yönetimlerine devredecektir. Desantralizasyon uygulamaları küreselleşme akımıyla birlikte güncelleşmiş ve Sağlık Bakanlığı da bu çabanın içerisine girmiştir. Desantralizasyon konusu özellikle kaynakların ve bir bütün olarak sağlık hizmeti üretiminin gereksinmelerle uyum içinde olması çabaları olarak ele alınmıştır. Sağlıkta desantralizasyonun tüm ülkeler için gerekli olduğu görüşü savunulmuş hatta İngiltere'de bu konu sağlık reformunun ana fikri olarak benimsenmiştir.

Dünya Bankası'nın önerdiği modelin dört bileşeninden biri olan desantralizasyon kavramı, modelin bir diğer bileşeni olan özelleştirme kavramının önünü açacak bir yol olarak tanımlanmıştır. Bilindiği gibi 1973-74 Dünya İktisadi Krizi, pek çok ülkede ekonomilerin daralmasına, işsizliğin artmasına ve fiyatların yükselmesine neden olmuştur. Bu olumsuz konjonktür, ekonomilerde özel kesimi olduğu kadar kamu kesimini de önemli ölçüde etkilemiştir. Krizin olumsuz etkilerinin giderilmesi ve ekonomilerin yeniden canlandırılması kapsamında, kamu iktisadi kuruluşlarının birer araç olarak kullanılması ve bu kuruluşlara verilen görevlerin giderek ağırlaşması, bu kuruluşların mali durumlarının ciddi şekilde bozulmasına yol açmıştır.

Diğer yandan, 1973-74 krizi ile birlikte güçlenmeye başlayan yeni liberal ya da muhafazakâr akım krizin nedeni olarak devletin ekonomideki aktif rol alışı göstermiş bir yandan devletin ekonomideki yerini ve etkinliğini sorgularken, krizin aşılması amacıyla diğer yandan da serbest piyasa ekonomisinin ve özelleştirmenin ön plana

çıkmasına neden olmuştur. Devletin ekonomideki yeri daraltılarak, iktisadi alandaki liberalleşmenin sağlanması, rekabete dayalı piyasaların oluşturulması ve sermayenin tabana yayılması gibi hedeflerin gerçekleştirilmesinde özelleştirme politikası hem gelişmiş hem de az gelişmiş ülkelerin gündeminde yer tutmuştur (Acar, 1987;12-13).

Özelleştirme politikaları, dar anlamda, kamu iktisadi teşebbüslerinin mülkiyetinin özel kişi veya kuruluşlara devredilmesini kapsarken geniş anlamda ise devletin ekonomik faaliyetlerinin en aza indirilmesi veya tümüyle ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Özelleştirmenin gerekçesi olarak, kamu sektörünün verimliliğinin düşük olması sebebiyle kaynak israfına yol açması gösterilmektedir. Kamu sektörünün verimsizlik nedenleri olarak, bu kuruluşların piyasa kurallarına uymayan amaçlara yönlendirilmiş olmaları yani kar amacı dışında sosyal faydayı amaç edinmeleri, teknolojik gelişmeleri yakından izleyememeleri, siyasal tercihli istihdam politikalarının uygulanması ve rasyonel yatırım programlarının uygulanmaması gösterilmektedir. Kısaca, özelleştirme ile kamu sektörünün sınırlarının daraltılarak verimsizliğin önüne geçilmesi ve ulusal anlamda verimlilik düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır(Cevizoğlu,1998;18).

1980'li yıllardan itibaren uluslararası finans çevreleri (Dünya Bankası ve IMF), diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de yeniden şekillenmesinde etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme getirmişlerdir. Bu kapsamda, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de özelleştirme politikasının etkilerini görmek mümkündür

Sağlık sektöründeki özelleştirmeler üç başlık altında toplanabilir.

- Kamunun elindeki sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devredilmesi,
- Klinik ve Klinik olmayan hizmetlerin ihale yoluyla ve imzalanan sözleşmelerle özel şirket kuruluşlarına ya da hastane vakıflarının kurdukları şirketlere gördürülmesi,

- Sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi ve çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti..) desteklenmesi.

Bu bağlamda, Dünya Bankası 1987 yılında çıkardığı “Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” ve 1990 yılında çıkardığı “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” raporları ile gelişmekte olan ülkelere ne yapacaklarını belirtmiştir. Buna göre Dünya Bankası gelişmekte olan ülkelere şu önerileri yapmaktadır:

- 1.Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- 2.Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,
- 3.Genel sağlık sigortasına geçilmesi.

Bu noktada; Türkiye’deki sağlık politikalarına bakıldığında, 1980 yılına kadar uygulanan sağlık politikalarının 224 Sayılı Kanun çerçevesinde şekillendiği görülmektedir. Ancak, 1980’lere gelindiğinde yeni liberal politikaların etkisiyle devletlerin sağlık sektöründeki rollerini ve sorumluluklarını azaltmaya başlamalarına paralel olarak Türkiye’de de, 24 Ocak 1980 kararları ile birlikte ekonomik politikalarda bir dönüşüm yaşanmış ve yeni liberal dönem başlamıştır. Bu dönemde, Türkiye’de devletin ekonomik yaşam içindeki girişimci rolü azalmış, sermaye kesimine hareket serbestliği tanıyan yapısal dönüşümler gerçekleşmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasanın 56. Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini” düzenlemekle görevlendirilmiştir. Bu değişiklikle, devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştüğü görülmektedir.

Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980 askeri darbesinden sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim, hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli yer açılmasının sağlanması şeklinde olmuştur. İlk zamanlarda reform adıyla anılan bu değişim geçtiğimiz 20 yıl içinde devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir özelleştirme döneminin de habercisi olmuş, özellikle 2002 yılından sonra özelleştirme girişimleri daha güçlü bir şekilde hayata geçirilmeye başlanmıştır.

Bu kapsamdaki gelişmeler incelendiğinde, 1981 yılı ile birlikte sağlık yatırımlarının bakanlar kurulu kararı ile teşvik kapsamına sokulduğu görülmektedir. Ayrıca 1983 yılında iktidarda bulunan ANAP Hükümeti özel sağlık kuruluşlarının kurulmasını teşvik etmiştir. Bu bağlamda, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin kurulmasının teşvik edileceği, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılacağı ve herkesin katkıda bulunacağı Genel Sağlık Sigortası’nın çıkarılacağına yer verilmiştir. Plan kapsamında ayrıca, sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışı getirilmesi, özel sağlık kurumlarının ücretlerinin serbest bırakılması ve kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet satın alması gibi görüşler de yer almıştır.

Türkiye’de sağlık sektörünü pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk adım 1987’de kabul edilen “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” ile atılmıştır. Bu yasa ile birlikte, kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış ve devletin her ikisine de aynı mesafede olması esas alınmıştır. Aynı zamanda, bu yasayla birlikte kamu sağlık kuruluşları birer işletme haline getirilmiş, hizmetleri fiyatlandırılmıştır. Kanun çerçevesinden kamu hastanelerinin kendi işletme -personel politikalarının belirlenmesi ve genel bir sağlık sigortası oluşturulması ile ilgili düzenlemeler belirlenmiştir. Ayrıca sosyal güvencesi olan herkese istediği sağlık kuruluşundan hizmet alma imkanı tanınmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolundaki önemli adımlardan biri de 1989 yılında serbest piyasa ekonomisine dayanan bir sağlık politikası geliştirilme

düşüncesidir. Bu bağlamda DPT, 1989 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” çalışmasını başlatmıştır. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1991 yılında tamamlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarından hareketle, sağlık hizmetlerinde kamunun payının azaltılması ve özel sektörün bu hizmetlere teşvik edilmesi amacıyla yeni politikalar geliştirilmiştir (Sevim,2006).

WHO’ya göre de 1990’lar Türkiye’de özel sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının sayısında hızlı bir artış yaşandığı ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir “pazar” olarak değerlendirildiği yıllar olmuştur (Pala,2007;13-17).

1992-93 yıllarında, DYP-SHP Hükümeti, 1980 sonrası uygulanan piyasa yönelimli sağlık anlayışına sadık kalarak “sağlık reformu” çalışmalarını başlatmıştır. Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetleri aracı olarak aile hekimliği, kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortasına geçiş, personelin sözleşmeli hale getirilmesi gibi konular ele alınmıştır.

DYP-SHP hükümetinin reform çalışmaları kapsamında attığı adımlardan biri de Dünya Bankası politikaları doğrultusunda “Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü”nün kurulması ve bu yapı aracılığıyla sağlık projelerinin hayata geçirilmesi olmuştur. Bu noktada bu konudaki ilk adımın 1990 yılında ANAP Hükümetinin Dünya Bankası ile imzaladığı “Sağlık Projesi Kredi Anlaşması” ile olduğunu söylemekte fayda vardır. Bu kredinin amacı; Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemektir.

Anlaşma, devletin sağlık hizmetlerindeki rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlandırmakta, tedavi edici hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Anlaşmaya göre, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. İlk olarak, hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek yerelleşme sağlanacaktır. İkinci olarak, kamu kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması istenmektedir. Üçüncü ve sonuncu adım ise doğrudan özelleştirme olacaktır.

Yine bu dönemde hazırlanan ve 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda devletin sağlık hizmetlerindeki rolü, koruyucu sağlık hizmetleri ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlandırılmış ve bunun dışındaki hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması öngörülmüştür. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlık Reformları Projesi, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da yer almış ve şu ilkeleri içermiştir;

1. Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi,
- 2.Hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması,
- 3.Hastanelerin özertleştirilmesi,
- 4.Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Sistemine geçilmesi,
- 5.Sağlık Bakanlığının ülke genelinde sağlık politikalarını belirleyen ve destekleyen bir yapıya dönüştürülmesi.

Son dönemde gündeme gelen ve sağlık sektörünü de etkileyen bir başka önemli adım da "Uluslararası Tahkim Yasası'nın kabulü olmuştur. Bu yasa ile birlikte uluslararası sermayenin sağlık sektörüne yapacağı yatırımların önü açılmaktadır. Yine bu dönemde, Dünya Ticaret Örgütü'nün düzenlemesini yaptığı, hizmet sektöründe gümrük vergilerine ilişkin düzenlemelerin ötesine geçerek kamunun hizmet arz ettiği tüm alanları özellikle de sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler-sigortacılık alanlarını da kapsayacak şekilde 1994 yılında Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'dır (General Agreement on Trade in Services-GATS) imzalanmıştır. GATS diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe özelleştirmeyi mülkiyet boyutundan hizmet boyutuna genişletmenin belgesidir. Sağlık hizmetlerinin, piyasaya çekilmesinin önündeki ulusal hukuk/mevzuatlardaki engeller kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu anlaşma ile sektörde var olmak isteyen ulusal sermaye gruplarının uluslararası hastane ve sigortacılık şirketleri ile küçük paylı sözde ortaklıkları artmaktadır. Esasında sektör uluslararası pazara açılmak istemektedir. Bugüne kadar kamu kaynakları, özel hastaneler, görüntüleme merkezleri, vb aracılığı ile ulusal sermayeye katkı sağlanırken, bundan sonra bunun büyük kısmına uluslararası tekeller el koymaya başlayacaktır. Bu anlaşma

ile sağlık kuruluşları tam anlamıyla ticari işletmeler haline gelecek, bu da maliyeti artıracak, tekelci yapı ve ilişkileri ortaya çıkaracak ve sağlık çalışanları arasında rekabet yaratacaktır. Türkiye, DT'ye yeliği ile birlikte, GATS yükümlülüğünü resmen kabul etmiştir. GATS Anlaşmasıyla Türkiye şu yüklenimlerde bulunmuştur:

- Kamu hizmetleri serbest piyasa ticaretine açılacak; bunun için;
- Kamusal alanlar tasfiye edilecek
- KİT'ler zelleştirilecek
- Devlet her türlü hizmet alanından elini çekecek
- Bu alanlar, Ulus tesi şirketlerin ticaretine terk edilecektir.

GATS ile birlikte Türkiye yabancı sermayenin sağlık alanına yatırım yapmasına izin vermiştir. 57. hükümet 2005 yılında yaptığı değişikle yabancı merkezli hastanelerin Türkiye'de açılışına ışık yakmış ve bu çerçevede özel sağlık hizmetleri sunumu için özellikle Amerika kökenli ilk girişimler başlamıştır. Bu gelişmelerin ardından 2006'nın başlarında ise hükümet tarafından yabancı doktorların Türkiye'de çalıştırılması tartışması gündeme alınmıştır.

Sonuç olarak; 1980 sonrasında iktidara gelen bütün hükümetlerin yapmaya çalıştıkları devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamak ve özel sektörü boşalan bu alana kanalize etmek olmuştur. Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geirilmış olmasıdır. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce temelde birbirinden farklı olmayan çeşitli modeller nerilmış ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur.

Son olarak, Kasım 2002 tarihindeki genel seçimlerden tek parti hükümeti olarak çıkan ve AB katılım süreci dinamiğini, Dünya Bankası ve IMF'i arkasına alan AKP hükümeti, iktidara geldiği andan itibaren sağlık alanında radikal bir değişiklik yapılması

gerekliliğini savunmuş ve bununla ilgili çalışmaları başlatmıştır. Bu amaçla öncelikle kısa vadede gerçekleştirilebilecek olan değişimlerle harekete geçmiştir. Bu kapsamda; kamu sağlık hizmetleri sunumunun tek bir çatı altında toplanması amacıyla; askeri ve üniversite hastaneleri hariç SSK hastaneleri, diğer hizmet sunum olanakları ve diğer bazı kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK mensuplarının serbest eczanelerden ilaç almalarının önü açılmıştır. Hastanın seçim olanaklarını artırmak için farklı grupların farklı hizmet sunum olanaklarından yararlanması ayırımı kaldırılmıştır. Birinci basamak ile ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında sevk sistemi uygulaması başlatılmıştır. Referans fiyatlama ve pozitif ilaç listesi ilaç sektöründe ön plana çıkan yenilikler arasında yer almıştır. Ülkenin hekim yoksunu bölgeleri için “zorunlu hizmet uygulaması” bu dönemde tekrar başlatılmıştır(Kaya, 2008;75-76).

Bu gelişmelerin yanında uzun vadeli yapısal reform kanalı olarak da adlandırılabilir de gidilmiştir. Bu kapsamda, salık reformlarının iki ana unsuru sayılan “Aile Hekimliği uygulaması” ve “Genel Sağlık Sigortası” da kanunlaşmaya gidilmiştir. AKP Hükümeti genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Planı’nda sağlığa ilişkin reform çerçevesini ise Acil Eylem Planı’nın sektörel bir ürünü olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile gerçekleştirmiştir. Bu gelişmeler Türkiye’nin liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edilmekte, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın ve “Kamu Yönetimi Temel Kanunu” ile sağlık sektörünün liberalleşme süreci tamamlanmak istenmektedir.

58 ve 59. Hükümet programında yer alan “Acil Eylem Planı”nda tanımlanan kamu yönetimi reformu kapsamında; “Herkesin Sağlık” başlığı altında, sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirlenmiştir (Acil Eylem Planı, 2000). Bu noktada Acil Eylem Planı ile sağlık sisteminin ana unsurlarına (finansman, hizmet sunumu, yönetim ve organizasyon gibi) ilişkin radikal değişiklikler yapılması amaçlanmıştır. Reformlarının temel unsurları arasında; daha iyi kaynak tahsisi ve kullanmayı sağlamak üzere hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti ve erişimi sağlamak üzere genel sağlık sigortasının kurulması; verimliliği sağlamak ve yönetimi güçlendirmek üzere kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik verilmesi; birinci basamağın güçlendirilmesi ve tedavide

sürekliliği sağlamak üzere aile hekimliği uygulamasına geçilmesi yer almaktadır(Kaya, 2008;75-76).

Bu hedeflerden yola çıkılarak Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı tasarlanmış ve programın hayata geçirilebilmesi için “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” hazırlanmıştır. Projede, sistem yönetimi geliştirilerek finansman ve hizmet sunumunun verimlileştirilmesi, sağlık sigortası kapsamını finansal açıdan sürdürülebilir şekilde tüm nüfusa yaymak için, kurumsal kapasitenin oluşturulması projenin uygulanabilmesi için Türkiye'nin kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır (World Bank Loan Agreement, 2004). Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlanmıştır (SB, 2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile: planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık Sigortası Sistemi'ne geçilmesi, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmesi hedeflenmektedir.

2.5. Türk Sağlık Alanının Yasal Bağlamda Değerlendirilmesi

Türk Sağlık Sektörünün yasal bağlamda gelişiminin incelendiği bu bölümde, Sağlık Bakanlığının kurulması ile başlayan faaliyetler ve gerçekleştirilen yasal düzenlemeler 1920-1938, 1939-1960, 1961-1980 ve 1980 sonrası olmak üzere dört dönemde ele alınmıştır. (Değerlendirme yapılırken Sağlık Bakanlığının yayınlarından yararlanılmıştır.)

2.5.1. 1920-1938 Dönemi

Osmanlı döneminde, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran “Hekim Başı” kurumundan başka resmi bir örgüt oluşmamıştır. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır. 19 yüzyılın sonlarına gelinceye kadar yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile olmuştur(Sağlık Bakanlığı, 2003; 8-9,Akdur,1999; 49-50).

Sistemin kurumsallaşması Sağlık Bakanlığı'nın (ilk kurulduğunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak adlandırılmaktaydı) kurulmasına dayanmaktadır. Bu şekilde sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline gelmiştir. 2 Mayıs 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı 1920-1938 yılları arasında birçok alanda yasal düzenlemeler gerçekleştirmiştir. Bu düzenlemelerin öncelikli hedefleri; savaş sonrası baş gösteren sorunların çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezlerden köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması olarak belirlenmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili halen geçerliliğini devam ettiren dikey örgütlenmeler

gerçekleştirilmiştir. Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Okulu, Sağlık Merkezi ve Sağlık Ocağı, Dispanser gibi yapılanmalar günümüze kadar uygulama alanı bulmuştur.

TBMM'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar olmuştur. O dönemki örgüt ve alt yapı eksiklikleri düşünüldüğünde, günümüze kadar gelen sağlık altyapısının başlangıcının bu dönem olduğunu söylemek mümkündür. Daha sonra 1921 yılında bakanlığa Dr. Refik Saydam atanmıştır. Saydam, kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Refik Saydam dönemi olarak da adlandırılan bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü dönem olmuştur.

Bu dönemde, illerde kurulan Sağlık Müdürlükleri ve ilçelerde kurulan Hükümet Tabiplikleri ile sağlık örgütü tüm yurt düzeyine yayılmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin yine kamu eliyle ancak yerel idareler tarafından (belediyeler, il özel idareleri) yürütülmesi politikası benimsenerek, bu alanda, merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu amaçla bir yandan yerel idarelerin hastane açması özendirilirken diğer yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

Ayrıca, 1926 yılında çıkarılan bir kanunla, özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelinin atama ve yükseltmelerinin Sağlık Bakanlığı'na yapılması ve bütçelerinin sağlık harcamalarıyla ilgili bölümünün hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi kabul edilmiştir. Böylece kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin yönetimini tek elde toplanması söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı, koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek amacıyla devlet memurlarına verdiği maaştan çok yüksek bir ücret sistemi kabul etmiştir. Ayrıca hekimlerin serbest çalışması yasaklanmıştır(Dirican ve Bilgel, 1993; 544-546).

1923'ü izleyen on üç yıl içinde sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi amacıyla 50 yasa çıkarılmış ve yürürlüğe konulmuştur. Bu kapsamda bu yasaların ilk, kurucu ve kapsamlı yasalar olduğunu söylemek mümkündür.

Bahsedilen yıllar arasında çeşitli değişikliklere uğramakla beraber halen geçerliliğini koruyan yasalardan bazıları aşağıdaki gibidir:

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuarları Kanunu
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sihat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun

1928 yılında sağlık mesleklerinin nasıl yürütüleceğine açıklık ve disiplin getiren "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" Cumhuriyetin bu alandaki en büyük eserlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu kanunla birlikte sağlık personelinin yetki ve sorumluluktan belirlenmiş ve hizmet disiplinize edilmiştir.

Benzer şekilde, 1930 yılında çıkarılan "1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu" o dönemin en ileri sağlık yasalarından biri olmuştur. Sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan bu kanun ile sağlık hizmetleri politikasının esasları belirlenmiştir. Yasanın bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15'i "koruyucu sağlık hizmetleri" ile ilgili olması ne denli toplumsal bir içerik taşıdığına da göstergesi olmuştur. Ayrıca, o dönemde uluslararası alanda da, -Sovyetler Birliği hariç- ne Türkiye'ye komşu ülkelerde ne de Yakın Asya, Orta Doğu ve birçok Avrupa ülkesinde benzer genel bir sağlık yasasının olmaması da söz konusu yasanın sağlık alanındaki önemini vurgulamaktadır.

1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılarak sağlık örgütünün temel çatısı kurulmuştur. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve politikalarının temelleri oluşturulmuş ve günümüzde de hizmetler hala bu temeller üzerinde yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bu koşulun yerine getirilmesi doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. Bu dizden olmak üzere; hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Öğrenci Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplinize edilmiştir. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları çekici hale getirilmiştir. Bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi'nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Devletin çeşitli organları arasındaki görev dağılımı ve bunların denetimi yetkisi Sağlık Bakanlığında toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir(Sağlık Bakanlığı, 2003; Akdur,1999;49)

2.5.2. 1939-1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı güçlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirilmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar gerçekleştirilmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar ile mücadele etmeyi amaç edinen Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu çıkarılmış ve hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgütlenmeler yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun ilk adımını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş, böylece Sağlık Bakanlığının ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli ortadan kaldırılmıştır. Aynı dönem içinde

Emekli Sandığının oluşumuyla ilgili çalışmalar da yürütülmüş böylece sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye çalışılmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığına aktarılmıştır. Bölge Numune Hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. Ayrıca bu dönemde, bölgesel örgüt yapılanmaları ve köylerden başlayarak sağlık ocaklarının yaygınlaştırılmaları hız kazanmıştır.

Bu dönemde çıkarılan ve halen yürürlükte olan başlıca kanunlar aşağıdaki gibidir:

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun,
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki dönem içindeki önemli faaliyetlerden biri, 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" olmuştur. Bu planın temel amacı tüm sağlık hizmetlerini entegre etmek ve yurt içine yaymak olmuş, böylece hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmesi hedeflenmiştir.

Behçet Uz Planı olarak da anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmış ve her bölge örgütlenmesinin kendine yeterli hale gelmesi amaçlanmıştır. Bu bölgelerde, her kırk köy için on yataklı bir Sağlık Merkezi kurulması ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunması öngörülmüştür. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru olması planlanmıştır. Kurulan bu merkezlerin koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütmeleri öngörülmüş, bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştür.

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak

nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk edilmiş sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş olmaktadır. Böylece, geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması hedeflenmiştir.

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin yönetimi tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç). Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler ikinci planda kalmıştır. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir.

Tüm bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir. Bir bakıma, esas gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bu durum bazı hükümetlerde ikili bir tavra neden olmuş, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan da özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikili yapı, 1950'lerden sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde,

hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır.

Sağlık politikasına hakim olan bu ikili yapı sonucunda, başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle karşılamak da olanaksız hale gelmiştir. Bunun bir sonucu olarak, kurum ve kuruluşlar kendi sağlık sorunlarına kendi olanakları ile çare aramaya başlamışlar, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneği yasası 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Sonuçta, sağlık sektörüne çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hakim olmuştur.

Böyle bir ortamda yönetimi devralan, İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuştur. Bu doğrultuda hazırlanan, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, bu olumsuz gelişmenin önü kesilmek istenmiştir.

2.5.3. 1961-1980 Dönemi

1960'lara gelindiğinde Türk politik ve ekonomik sisteminin 1960'daki askeri darbe ile birlikte değişim sürecine girdiği görülmektedir. Bu dönemi şekillendiren en önemli gelişmelerden biri, temelde ulusal ve uluslararası eğilimlerden etkilenen "yaygın devlet müdahalesi" olmuştur. Bu ekonomik politikaya paralel olarak devletin sağlık alanındaki müdahalesi de artış eğilimi göstermiştir. Bu dönemi şekillendiren diğer bir unsur ise, Devlet Planlama Teşkilatı'nın himayesinde başlatılan Beş Yıllık Kalkınma Planıdır.

27 Mayıs 1960 tarihinden sonra Türkiye Planlı Kalkınma Dönemi'ne geçmiş ve 1963 yılından itibaren sağlık politikaları Beş Yıllık Kalkınma Planları ile belirlenmiştir.

Beş Yıllık Kalkınma Planı diğer alanlarda olduğu gibi sağlık politikalarının belirlenmesinde ön plana çıkan unsurlardan biri olmuştur(Yıldırım, 2007).

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. Türkiye'nin çağdaş hekimlik uygulamalarına geçişindeki en önemli adım, 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun"un yürürlüğe girmesi ile olmuştur. 224 sayılı kanun Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış ve ülke yönetimini elinde bulunduran Milli Birlik Komitesi tarafından 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. 1963 yılından itibaren uygulanmaya başlanan kanun ile birlikte Türkiye'nin bugünkü sağlık sistemi kurulmuş olmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu kanun çerçevesinde şekillenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde reformu öngören 224 sayılı kanunun 2. Maddesinde sosyalleştirme şu şekilde tanımlanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961 tarih ve 224 sayılı);

"vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır"

224 Sayılı Kanun, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren kanun olmuştur. Bu Kanun ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden ülkeye yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Bu kapsamda, birinci basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlanmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamuda çalışan hekimlerin tam süre çalışmasını, nüfusa göre örgütlenmeyi, halk ile bütünleşmeyi, toplum katılımını, ekip hizmetini ilke edinen 224 sayılı Kanun, planlı döneme geçilen 1963 yılından beri uygulanmaya çalışılan ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması konusunda önemli bir adım olarak kabul edilmiştir (Yenimahalleli,1998:25; Fişek, 1985:170; Akdur, 1998:1988-1989; Öztekin, 2001:62-63).

Sosyalizasyon özet olarak; sağlık idaresi, tüm toplumun sağlık ve demografik hareketlerinin devamlı gözlenmesi ve değerlendirilmesi, koruyucu hekimlik ve bu diziden olmak üzere, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi ve geliştirilmesini içerir. Ayrıca sosyalizasyon, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, ayrıca tedavi edici hizmetler, adli tabiplik hizmetleri, ana çocuk sağlığı ve nüfus planlaması gibi tüm çağdaş sağlık hizmetlerini içeren bir sistemdir. Bu noktada amaç; tüm bu hizmetleri en küçük birimlere kadar götürmek ve halkın sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaçla sosyalizasyon örgütlenmesinde temel olarak ele alınan kesim nüfusun çoğunluğunu oluşturan kırsal kesim olmuştur. Nüfusa göre hizmet dağılımı ilkesi kabul edilerek hizmetin tüm ülkeye yayılması amaçlanmıştır.

224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun”un bazı maddeleri şöyle sıralanabilir (Pala, 2007; 11-12):

- Sağlık hizmetleri ücretsizdir (Madde 1 ve 14).
- Kamuda çalışan hekimler özel hasta bakamazlar(Madde 3 ve 4).
- Sağlık örgütü il içinde genel yönetimden bağımsız olacaktır(Madde 2).
- Sağlık Hizmetleri (Kamu) Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı olanlar dışında tek elde toplanacaktır (Madde 8 ve 30).
- Hekimlere ödenecek ücret sözleşme ile saptanacaktır (Madde 26).
- Yansız ve adil bir atama, yer değiştirme ve yükselme yöntemi uygulanacaktır (Madde 24).
- Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken altyapı ve personel sağlanmadan, o bölgede sosyalleştirme planının uygulamasına başlanmayacaktır (madde 17).

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 15 yıllık bir süre içinde tüm ülkeye yayılması planlanmasına rağmen, ancak 1983 yılında tüm ülkenin kapsama alındığı bilinmektedir. Türkiye’deki sağlık politikası pratiklerinin 1980’lere kadar Sosyalizasyon Kanunu’na göre şekillendiği belirtilebilir. Bu bağlamda bir temel sağlık

hizmetleri yapısının tüm Türkiye'ye yaygınlaştırıldığı da ifade edilebilir (Yenimahalleli,1998:25; Fişek, 1985:170; Akdur, 1998:1988-1989; Öztekin, 2001:62-63).

Sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon reformunun iki ana ayağa sahip olduğu belirtilebilir:

1) Finansman ayağı

2) Örgütlenme ayağı.

Sosyalizasyonun finansman modeli karma bir yapı öngörmekte ve bu karma yapının da primler, kullanıcı katkıları ve kamu kurumları bütçesinden oluşması öngörülmüştür. Diğer taraftan Sosyalizasyon'un öngördüğü örgütlenme yapısı ise; kamu sağlık çalışanları için tam gün çalışma, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, sevk sistemi, entegre hizmetler, nüfusun ihtiyaçları ile orantılı hizmetler, ekip temelli sağlık hizmetleri, sürekli eğitim, alt yapı sağlama, planlama ve değerlendirme için üst konsey oluşturma, toplum katılımı ve sektörler arası işbirliği unsurlarını içermektedir. Sosyalizasyon politikalarına dayalı programlar aynı zamanda kendisi de 1960 askeri müdahalenin bir sonucu olan birinci Beş Yıllık Kalkınma planında da yer almıştır. 1963-1965 yıllarında başarıyla uygulanan Sosyalleştirme Yasası, 1966 yılından günümüze kadar başarısız bir uygulama haline dönüşmüştür. Bu bağlamda, sosyalizasyon kanununun ağırlıklı olarak kâğıt üstünde kaldığı ve sağlık hizmetlerine evrensel erişimi sağlamada başarısız olduğu belirtilebilir. Her ne kadar ulusal sağlık hizmetleri zamanla ülkeye yaygınlaştırmaya çalışılmışsa da, sistem planlandığı gibi kurgulanamamış ve işletilememiştir. Sistemin iki ana ayağından birisi olan finansman bileşeni hayata geçirilemediği gibi, örgütlenme ayağı ile ilgili amaçlar ve gerekler de tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Sosyalizasyon kanununun uygulanmasındaki başarısızlıklar pek çok faktörün sonucudur. Bu başarısızlıkların temel nedenlerini şöyle sıralamak mümkündür (Fişek,1983):

- Üst yönetim kanunun uygulanması gereğine inanmamış ve personelin güvenini sarsmıştır.

- Başta sağlık ocakları olmak üzere sağlık evleri ve hastaneler donanım ve insan gücü açısından desteklenmemiştir.
- Nüfusa göre sağlık evi, sağlık ocağı ve hastane açma ilkesine uyulmamıştır.
- Sağlıktaki insan gücü hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilememiştir.
- Sevk zinciri kurulamamıştır.
- İl düzeyinde sağlık sistemi kurulamamıştır.
- 1960'lı yıllarda nüfusun çoğunluğunun kırsal alanda olması nedeniyle sosyalleştirme yasası kırsal alanda yaşayanların sağlık sorunlarını önceleyen bir anlayışla hazırlanmıştır. Yıllar içinde bu oran tersine şekilde değişmiş ancak sosyalleştirme yasasında kentsel alanda yaşayanların gereksinmelerini karşılayacak şekilde düzenlemeler yapılamamıştır.

Sosyalizasyon Kanunu 1960'daki askeri müdahalenin bir sonucu olması nedeniyle (yani olağan üstü koşullarda şekillenen bir kanun olduğundan) doğal olarak tepeden inme politika oluşturma sürecinin bir ürünü olmuştur. Dolayısıyla politika oluşturma sürecinde sivil otoritenin ve tarafların katılımı çok sınırlı kalmıştır. Hazırlık sürecinde, katılım sağlanamamış, o günkü ülke koşulları dikkate alınmamış ve kanun derinlemesine uygunluğu değerlendirilmeden aceleci bir şekilde kabul edilmiştir. Uygulama sürecinde ise; hükümetler ve diğer sivil aktörler hiçbir zaman yeterli desteği sağlamamışlar, hekimler yasanın öngördüğu tam gün çalışmaya karşı çıkmışlardır ve ülke kaynakları başta yasanın öngördüğu sağlık merkezleri olmak üzere altyapının oluşturulması ve bunların sürdürülebilir kılınması konusunda yeterli olamamıştır. Bunların yanı sıra, mevcut kaynakların büyük bir kısmının büyük sermaye yatırımlarına ayrılması nedeniyle, araç-gereç için gerekli kaynaklar yetersiz kalmıştır. İşletim bütçesinin büyük bir çoğunluğunu maaşlar oluşturmuştur. Sevk sistemi işletilememiş ve dolayısıyla hedeflenen örgütlenme düzeyine de ulaşılamamıştır. Böylece, sınırlı düzeyde finansman, insan kaynakları ve düşük politik destek nedeniyle program amaçlarına ulaşmada başarısız olmuştur.

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderek her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür. Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapmaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında çıkarılan. Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile, personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir.

Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir. Sosyalleştirme pilot uygulamalarla başlamış ve bu kapsamda doktorların serbest olarak çalışması yasayla engellenmiştir. Sosyalleştirmenin on beş yılda tüm ülke geneline yayılması öngörülmesine rağmen başarılı olunamamıştır.

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve 5 yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuştur.

Genel Sağlık Sigortası kavramı ile ilgili tartışmalar da bu yıllarda başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş ancak görüşülememiştir.

Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmenin ana temeline dayanan düzenlemeleri hedeflemiştir.

2.5.4. 1980 -2002 Dönemi

Türkiye, 1980 yılında bir askeri darbeyle daha karşı karşıya kalmıştır. Bu müdahale ve eşzamanlı olarak global ölçekteki değişim dinamikleri Türkiye'nin ekonomik ve politik sisteminde yeni bir döneme girmesine neden olmuş, ağırlıklı olarak da liberalizasyon ve deregülasyonca karakterize edilen bir sürece girilmesi yönünde etkileri olmuştur. Devletin temel rolü hizmet sunumundan, hizmetlerin düzenlenmesi veya kolaylaştırılmasına kaymıştır. Bu noktada, özel sektörün rolünün ise özellikle hizmet sunumu anlamında artmaya başladığı söylenebilir.

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. Anayasanın 60. Maddesi herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” ifadesini içermektedir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 56. maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır. 1980’li yıllar sosyalleştirme politikalarının uygulanmasına devam edildiği ve hatta genişletilme çalışmalarının gerçekleştirildiği yıllar olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini için gerekli düzenlemeler gerektiği şekilde hazırlanamamıştır.

Bunun sonucu olarak, hem dünya ölçeğinde görülen sağlık reformu hareketi hem de Türk sağlık sistemini geliştirmeyi amaçlayan çeşitli girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması ile birlikte otoriteler sağlık reformları için yeni girişimlerde bulunmuşlardır. Çeşitli politika düzeylerinde reform hazırlıklarına ilişkin tartışmalar tarafların göreceli katılımıyla ve katkısıyla yapılmış olup, bu tartışmalara dayalı olarak

sağlık reformları için öneriler geliştirilmiştir. Bu kapsamda, 1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili master planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresinde “Ulusal Sağlık Politikası” belirlenmiş diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan düşük gelirli bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.

1993 yılında toplanan 2. Sağlık kongresinde alınan kararlar paralelinde günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler yapılmış ancak istenilen sonuçlara ulaşılamamıştır. Hastanelerin özerkleşmesi ve özelleşmesi konusunda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır.

2. Ulusal Sağlık Kongresi’nden sonra, Sağlık Bakanlığı tarafından 1.Sağlık Projesi kapsamında başlatılan ve sektörde ilk defa yapılan sağlık hizmetleri araştırmaları sonuçlanmış ve “Yapısal Uyum Programı”yla Sağlık Reformu bağlantısı gerçekleştirilmiştir. 1995-1996 yıllarında Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde yürütülerek, sosyal güvenlik ve sağlık alanında yapılacak yapısal değişikliklerin uyumunun sağlanması kapsamında hazırlanan “Yapısal Uyum Programı” şu ana başlıkları içermektedir (Özsarı, 2000):

1. Sosyal Güvenlik Reformu: Emeklilik Planlarının Sağlık Planlarından Ayrılması, Emeklilik ve Sağlık Güvencesi Sistemlerinin Nüfusun Tamamını Kapsaması, Sağlık Finansmanının Yönetiminde Kamu Ağırlıklı Kontrol (Genel Sağlık Sigortası).
2. Vergi Reformu: Ortak/Uniform Prim Toplama Sistemi, Ortak/Uniform Veri Tabanı / Tek Tanımlayıcı Numara Sistemi.
3. Kamu Yönetimi Reformu: Yerinden Yönetim
4. Kamu Finansmanı Reformu
5. Özelleştirme

Sağlık reform önerileri; genel sağlık sigortasına geçme, verimliliği sağlama, sağlık hizmetlerine olan hakkaniyetli erişimi artırma ana unsurlarını içermektedir. Söz konusu reformların bu amaçlarına; sağlık finansmanında, hizmet sunumunda ve örgütsel yapıda gerçekleştirilecek reformlar aracılığıyla erişilebileceği umuluyordu. Ancak gerekçeleri 2000’li yılların başlarına kadar söz konusu sağlık reformları ile gündeme gelen hiçbir ana sağlık reform bileşeni bağlamında istenilen sonuca ulaşılamamıştır. Yasalaşma aşaması dahi tamamlanamayan reform girişimlerinin hemen hemen hiçbiri uygulanamamıştır. Başka bir ifade ile son zamanlara kadar bu reform girişimleri tartışmalardan öteye geçememiştir. Ancak bu reformların bir bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası’na (GSS) geçiş uygulaması olarak kabul edilen Yeşil Kart uygulamasına bu dönemde başlanmıştır. Bu programdan başka, örneğin aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası gibi sistematik ve stratejik bileşenlere dair bir reform gerçekleştirilememiştir.

Genel olarak 1990’lardaki sağlık hizmetleri reformunun hedefleri şunlardan oluşmaktaydı (Özsarı, 2000):

- Tüm toplumu sosyal sağlık sigortası kapsamına alarak tüm nüfusun sağlık durumunun geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması,
- Koruyucu hizmetler, sağlığı geliştirmeye ve birinci basamak tedavi hizmetlerine gereken önemin verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin artırılması,
- Sağlık hizmetini tedarik eden ve sunanların birbirinden ayrılması,
- Hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının yaratılması,
- Teknolojinin uygun kullanımının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi,

- Bilgiye dayalı karar verme süreçlerini geliştirmek için etkin, zamanında ve doğru bilginin toplanması,
- İnsan kaynakları için uygun yönetim biçimlerinin güçlendirilmesi,
- Karar verme yetkisinin hizmetin sunulduğu birimlere aktarılması.

Politika oluşturma sürecinde; ilgili kurumlar, sektörler, üniversiteler ve profesyonel örgütlerin göreceli desteğini aldığından ve böylece göreceli toplum katılımını sağladığından önceki dönem sağlık reformlarının aksine sonraki dönem sağlık reformlarının hazırlık sürecinin daha demokratik olduğu, uzlaşa temeline dayandığı ve göreceli olarak daha iyi hazırlandığı belirtilebilir. Ancak bu göreceli başarılı politika oluşturma sürecine karşılık reform stratejileri kanunlaşmamış, dolayısıyla da uygulanamamıştır. Politika oluşturma girişimleri ile uygulama arasındaki bu açığın sebepleri birçok nedene bağlanmaktadır: Politik (örneğin koalisyon hükümetleri) ve ekonomik istikrarsızlık (örneğin ekonomik krizler), demokratik kültür eksikliği, çıkar gruplarının muhalefeti, toplumsal destek yetersizliği ve entellektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemlerdir. Bu durumlar bu dönemde sağlık reformlarının kanunlaşması ve uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır. Kısmen belirtilen faktörler ve kısmen de hükümet kaynaklı hazırlıkların eksikliği nedeniyle, bu dönemde Türk Sağlık Reformları kendisini aynı noktada bir sonraki aşamaya geçmeden bir kısır döngü şeklinde tekrar eder hale gelmiştir.

Ancak, her ne kadar sonraki dönem sağlık reform girişimleri ana reform unsurları açısından kanunlaşmış uygulama ile sonuçlanmamış olsa da, bu reform girişimlerinin ana sürece katkısı olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu kapsamda, bu girişimlerin belli bir düzeye kadar bilimsel veri ve bilgi birikimi, kapasite ve uzlaşa oluşturmaya sağlamış olduğunu söylemek mümkündür. Bu açıdan bakıldığında, bu dönemde ortaya konulan çabaların istenilen sonuca ulaşılmasını sağlamış olmasalar da tam anlamıyla boşuna çabalar olmadıkları söylenebilir. Başka bir deyişle, bu dönemdeki Türk sağlık reform çalışmalarında 10-12 yıllık bir sürede tam bir tur atılmıştır. Dönemin sonunda gelinen nokta, reform çalışmalarının ilk başladığı günlerdeki nokta olmuş olsa da farklı bir izdüşümde olmuştur. Aradan geçen zamanın ve harcanan tüm kaynakların

tümden bir israf anlamına gelmeyeceğini, 1990'la aynı noktada olunmasına karşın farklı bir izdüşümde olunmasının Türkiye açısından bir kazanım olduğunu belirtmek mümkündür.

2.5.5. 2002-Günümüze Kadar Olan Dönem

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56. Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini” düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980 askeri darbesinden sonra Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim, hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli yer açılmasının sağlanması şeklinde olmuştur. İlk zamanlarda reform adıyla anılan bu değişim geçtiğimiz 20 yıl içinde devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir özelleştirme döneminin de habercisi olmuş, özellikle 2002 yılından sonra özelleştirme girişimleri daha güçlü bir şekilde hayata geçirilmeye başlanmıştır.

Türkiye'de sağlık sektörünü Pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk adım 1987'de kabul edilen “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” ile gerçekleşmiştir. Kanun çerçevesinden genel bir sağlık sigortası oluşturulması ve kamu hastanelerinin kendi işletme -personel politikalarının belirlenmesi ile ilgili düzenlemeler belirlenmiştir. WHO'ya göre de 1990'lar Türkiye'de özel sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının sayısında hızlı bir artış yaşandığı ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir “pazar” olarak değerlendirildiği yıllar olmuştur (Pala,2007;13-17).

Kasım 2002 tarihindeki genel seçimlerden tek parti hükümeti olarak çıkan ve AB katılım süreci dinamiğini, Dünya Bankası ve IMF'i arkasına alan AKP hükümeti, genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Program'nda (AEP) sağlığa ilişkin reform çerçevesini ise AEP'nin bir ürünü olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ortaya koymuştur. Bu bağlamda 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"ni başlatmıştır.

2.6. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

58 ve 59. Hükümet programında yer alan "Acil Eylem Planı"nda tanımlanan kamu yönetimi reformu kapsamında; sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirlenmiştir (Acil Eylem Planı, 2000). Bu hedeflerden yola çıkılarak Sağlık ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı tasarlanmış ve programın hayata geçirilebilmesi için "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" hazırlanmıştır. Projede, sistem yönetimi geliştirilerek finansman ve hizmet sunumunun verimliliştirilmesi, sağlık sigortası kapsamını finansal açıdan sürdürülebilir şekilde tüm nüfusa yaymak için, kurumsal kapasitenin oluşturulması projenin uygulanabilmesi için Türkiye'nin kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır (World Bank Loan Agreement, 2004).

2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin İlkeleri:

Proje, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlanmıştır. Bu kapsamda etkililik, verimlilik ve hakkaniyete uygunluk kavramları şöyle açıklanmıştır(Sağlık Bakanlığı, 2003; 24).

Etkililik, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacını ifade eder. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesidir.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında verimlilik ön planda olmalıdır.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması ilkesidir.

Bu çerçevede hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” 2003 yılında uygulamaya konmuştur. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel ilkelerini şöyle açıklamaktadır(Sağlık Bakanlığı, 2003: 25)

1.İnsan merkezlilik: Bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır.

2.Sürdürülebilirlik: Sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olarak kendini finanse etmesi ve hizmet sürekliliğinin sağlanmasıdır.

3.Sürekli kalite gelişimi: Sistemin sürekli kendini değerlendirerek, hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasıdır.

4.Katılımcılık: İlgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması, ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasıdır.

5.Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterak ortak noktalarda buluşma arayışıdır.

6.Gönüllülük: Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarıdır.

Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

7.Desentralizasyon: Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesidir.

8.Hizmette Rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının, belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşması hedeflenmiştir. Ayrıca, Dünya Sağlık Teşkilatının "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı'nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alınmaktadır.

2.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Bileşenleri aşağıdaki gibidir (SB, 2003):

1.Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının oluşturulması gereklidir. Bu anlayış ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır.

1.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Doktorluğu

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşım başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesine imkân sağlayacaktır. Koruyucu dış hekimliği uygulamaları birinci basamakta yer alacaktır.

1.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği uygulaması" sistemin esasını oluşturmaktadır.

Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın probleminin çözülmesini sağlayacaktır.

1.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulacaktır.

Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması gereklidir.

Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Ancak ülkemizdeki kaynak dağılımı dengesizliği göz önünde bulundurularak sosyal devlet ilkesi gereği yetersiz bölgelerdeki sağlık kurumları desteklenecektir.

1.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalarla sağlayacaktır. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılmış isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

1.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkâr edilemez. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık

yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurumu kazandırmak vardır. Cumhuriyetimizin ilk yılları ile var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzısıhha Okulu'na çağdaş bir anlayışla ve bu ihtiyaçlara cevap verecek tarzda yeniden islerlik kazandırılmıştır.

Tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.

1.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin kalite ve standardizasyonunun sağlanması, sağlık hizmetinden yararlananların memnuniyetleri ve sağlık hizmet sunucularının performans göstergelerinin oluşturulması açısından değerlidir.

Sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmalara hız verilerek ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilecektir.

1.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbî cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır.

1.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Ülkemizde ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar oransal olarak çok yüksektir. Sosyal güvenlik kurumlarının mevcut politikaları yüzünden nüfusun çok büyük bir bölümü ilaç fiyatlarına karşı duyarsızdır. İlaç fiyat artışlarının da bilimsel bir temeli olmalıdır.

İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumu"nun oluşturulması sağlanacaktır.

1.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi temini daha çok ithalata dayalıdır. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu, tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır. Tıbbî sarf malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetim vazgeçilmez öneme sahiptir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbî Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmaktadır.

1.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde

eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Bu sistem, verilerin sağlıklı analizi ile karar vericiler ve sağlık politika yapıcılar için büyük bir destek sağlayacaktır.

Sağlık Bakanlığı Dönüşüm Programını uygulama sürecini dört aşamaya ayırmıştır. İlk aşamada kavramsallaştırmadan bahsedilerek her bir ilkenin kavramsal açıdan açıklaması yapılmıştır. İkinci aşamayı yasalama süreci oluşturmuştur. Üçüncü aşamada kontrollü yerel uygulamalar ile projenin işleyen ve işlemeyen yönleri görülmeye çalışılmış son aşamada ise projenin tüm ülkeye yayılması hedeflenmiştir.

2.6.3.Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Değerlendirilmesi

Bilindiği gibi Türkiye’de sağlık sisteminin liberal bir model çerçevesinde yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmalar Dünya Bankası ile ortak projeler temelinde 1980’lerin başlarından beri uygulanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi de Dünya Bankası’yla 2001 ve 2004 yıllarında imzalanan anlaşmalara dayanmakta ve Dünya Bankası’nın kredi desteğiyle gerçekleşmektedir. Bu süreçte, Dünya Bankası ve Türk uzmanlardan oluşan bir komisyonca 2003 yılında tamamlanan “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” (Dünya Bankası, 2003) başlıklı rapor da reform çalışmalarının kuramsal temelini oluşturmaktadır. Bu çerçevede, reform projesi, hem kurumsal yapılanmayı hem kurumlar arası görev paylaşımını hem de kurumların işlevlerini köklü bir biçimde değiştirmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi temelde dört ana başlık altında toplanmaktadır (Dünya Bankası, 2003). Reform projesinin ilk başlığı sosyal güvenlik sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu çerçevede, üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) ile Yeşil Kart olarak adlandırılan sosyal yardım yapılanması Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilerek bir Genel

Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmaktadır. Reform projesinin ikinci başlığını, “sağlık ocakları” çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” sistemi altında yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. Reform projesinin üçüncü başlığını, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin uygulamaya geçirilmesi, dördüncü başlığını da Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak “düzenleyici” işlevlerle sınırlandırılması oluşturmaktadır. Böylece, sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlayan mevcut kamu örgütlenmesi köklü bir değişime uğratılmaktadır.

GSS sistemi üzerine genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, sisteminin en temel özelliğinin, sağlık hizmetlerini yurttaşlık hakkı olarak gören ve bu çerçevede hizmeti genel bütçeden finanse ederek tüm yurttaşlara ücretsiz olarak sunan kapsayıcı bir sistemden farklı olduğunu söylemek mümkündür. Bu sistemde prim ödeyenlerin belirli standart sağlık hizmetlerinden yararlanması, prim ödeyemeyecek durumda olan “yoksul” kesimlerin bu standart hizmetlerden yararlanabilmesi için “sosyal yardım” mekanizmalarının öngörülmesi söz konusudur. Sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde bulunanların da özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruluşlarına yöneltildiği “liberal” bir model olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu düzenleme, sağlık hizmetini, kamu tarafından genel bütçeden finanse edilerek bütün vatandaşlara ücretsiz olarak sunulan bir hizmet olmak yerine, sosyal boyutu “muhtaçlara yardım”dan ibaret olan bir faaliyet statüsüne sokmaktadır. Bu sistemde, prim ödeyemeyecek kadar yoksul sayılan kesimler ile prim ödeyebilen kesimler standart sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken, prim ödeyemeyen ancak yoksul da sayılmayan oldukça geniş bir kesimin bu standart hizmetlerden mahrum kalması olasılığı bulunmaktadır. Buna karşılık, orta ve üst gelir gruplarının da özel sağlık sigortacılığı ve özel sağlık kuruluşlarına yöneleceği öngörülebilmektedir(Ataay, 2007; 20-21).

Aile hekimliği uygulamasının ise sağlık reformunun en hızlı biçimde uygulamaya konan başlığı olduğunu söylemek mümkündür. Aile hekimliği sisteminin tanıtılmasında “kişilere hekim seçme özgürlüğü tanınması” ve “her ailenin bir hekiminin olacak olması” gibi özelliklerinin vurgulandığı görülmektedir. Ancak, sisteme genel olarak bakıldığında, sağlık ocağı temelinde örgütlenmiş bir hizmetin özel

hekim muayenehanesi temelinde yeniden yapılandırıldığı görülmektedir (TTB, 2003; ATO, 2005; Ergüder vd., 2000). Bu özellikleriyle, aile hekimliği sisteminin, asıl olarak sağlık hizmetlerinde kurumsallaşmanın ağır bastığı modern anlayış yerine, hekim muayenehanesine dayalı eski bir anlayışı canlandırdığı ortaya çıkmaktadır(Ataay,2007).

2.6.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Kurumsalcı Kuram (Eşbiçimlilik) Bağlamında Değerlendirilmesi

Kurum, çeşitli aktörler tarafından alışkanlık haline getirilmiş eylemlerin, karşılıklı etkileşimlerle kendilerinin dışında somut bir dışsal gerçeklik haline gelmesidir(Berger ve Luckmann, 1967;54). Painter(2002)'a göre ise kurum, kurallara bağlı ve standartları olan sosyal uygulamaları içeren kurulu bir düzendir. Kavramsal olarak kurum, devamlı sürekli yeniden üretilen, varlığını, nispeten kendi kendine harekete geçiren veya otomatik sosyal süreçlere borçlu olan, sosyal bir düzen olarak da tanımlanmaktadır (Boons ve Strannegard, 2000). Kurumsallaşma kurumdan daha kapsamlı bir kavramdır ve çeşitli sosyal ortamlarda beklenen pratiklerin geliştirilmesi sürecidir. Kurumsallık kuramları öncelikle, bir örgütün, kurumsal çevre, sosyal beklentilerin örgüt üzerindeki etkileri ve bu beklentilerin birleşimi ve etkileşimi ile ilgilidir. Çünkü örgütler, devamlılıklarını sağlamak için çevrelerindeki çeşitli paydaşlarca kabul edilebilir yollarla, çevreleri ile etkileşimde bulunurlar (Erçen 2010;3-4). Meyer ve Rowan (1977) kurumsallaşmayı, çeşitli sosyal süreçlerin, yükümlülüklerin veya gerçekliklerin toplumsal düşünce ve davranışta kural benzeri bir statü kazanması süreci olarak tanımlamışlardır(Özen,2007; 255). Selznick, kurumsal yapıyı dış çevre ile etkileşim içerisinde olan ve çevredeki örgütlerin özelliklerine göre şekil alan, onlarla uyum içerisinde olan örgütler olarak tanımlamıştır. Peters ve Waterman'a göre kurumsallaşma; yapılan işin gereklerinin ötesinde, örgütü sektörün değerleri ile kaynaştırmaktır (Erçen, 2010; 4). DiMaggio ve Powell (1983) ise, kurumsallaşmayı, örgütlerin yapısal öğelerinin dış öğelere sahip oldukları, meşruluk için özel yapıları benimsedikleri bir süreç olarak tanımlamaktadır.

Örgütsel analiz anlamında kurumsallık teorisinin kökleri, Merton'un 1940'larda bürokrasi ve bürokratikleşme üzerine yaptığı çalışmasına dayanmaktadır (Painter, 2002). Merton'un çalışmasını Philip Selznick'in 1948'de geliştirdiği "doğal sistem modeli" takip etmektedir. Selznick'in doğal sistem modeline göre örgütler için en önemli amaç hayatta kalmaları yani sürdürülebilirlikleridir (Selznick, 1996). Selznick'in görüşleri 30 yıl sonra kurumsallık kuramları olarak belirlenmiş ve örgütlerin analizinde kullanılmıştır. Kurumsallaşma kuramları Selznick'in modeline dayanmasına rağmen, kuramın şekillenmesinde 1977'de Meyer ve Rowan'ın "bir ritüel ve merasim olarak formal yapı" adlı çalışması önemli bir yere sahiptir. Meyer ve Rowan'ın 1977'deki önemli çalışmalarının ardından, kurumsallaşma kuramı ile ilgili pek çok araştırma yapılmıştır (DiMaggio ve Powell, 1983). Bu yaklaşımların hepsinin ortak noktası örgütlerin diğer örgütlerle benzeşmeleri ve örgütlerin birbirinden etkilenmesidir.

DiMaggio ve Powell(1983), modern yaşamla birlikte örgütlerin gittikçe daha fazla biçimselleştiklerini ve birbirlerine benzediklerini savunmaktadır. Devlet ve mesleklerin biçimlendirdiği bu yapısal değişim süreci, örgütleri daha verimli hale getirmeksizin birbirine benzeştirmektedir(Özen, 2007: 263). Bu noktadan hareketle Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nın temel sorusu olan "neden bu kadar çok çeşit örgüt var? (Hannan ve Freeman,1977) sorusunun aksine Kurumsal Kuram'ın temel sorusu "neden örgütler birbirlerine bu kadar çok benzeşmektedir?" şeklinde ifade edilmektedir.

Selznick, örgütlerin sosyal yapının içinde yeterince bağımsız olmadıklarını ve diğerlerine hızlıca benzeyerek hayatta kalma ihtimalini arttırma eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Özellikle yenilik bağlamında düşünüldüğünde, kurumsallaşma yazını, firmaların yenilikleri taklitçi bir süreç olarak benimsediklerini ve böylece meşruluğu yakaladıklarını varsaymaktadır (DiMaggio ve Powell, 1983; Westphal ve diğerleri, 1997; Abrahamson, 1991). DiMaggio ve Powell (1983) kurumsal izomorfizm kavramı ile aynı sektördeki benzerlikleri ve bu benzeşmelerin nedenlerini açıklamaya çalışmışlardır. Örgütler sistem içinde daha kurumsallaşmış olarak değerlendirdikleri örgütlerle benzeşme yoluna giderek meşruluk kazanmaya çalışmakta, bu durum da beraberinde taklitçiliği getirmektedir. Yani örgütler meşruluk adına taklitçiliğe giderken yenilikten ve etkinlikten uzaklaşmaktadırlar. Ancak meşruluk ve sürdürülebilirlik

uğruna girilen benzeşme s¼reci ¼rg¼tleri kısır bir d¼ng¼ye itmektedir. Bu kısır d¼ng¼ onları meşrulaştırırken rasyonellikten yavaş yavaş uzaklaştırıp ¼rg¼tsel sorunlara karşı k¼rleřtirmekte ve sonunda ¼rg¼tleri yok olmaya itmektedir.

Kurumsallaşmanın temel arg¼manı olan “eşbiçimlilik” (taklitçilik); belirli bir çevrede faaliyet gösteren ¼rg¼tlerin yapı ve işleyiş özellikleri ile çevrelerine benzediğini ileri sürer ve aynı alanda çalışan ¼rg¼tlerin benzer çevresel baskılara maruz kalacaklarından hareketle, çevrelerini taklit ederek çevresel baskıdan kaçınabileceklerini ifade eder. Kurumsalcı Kuram, ¼rg¼tlerin davranışlarının yalnızca pazar koşulları tarafından değil aynı zamanda kurumsal beklentiler ve baskılar ile de şekillendiğini savunmaktadır. Bu noktada, belirli bir çevrede faaliyet gösteren ¼rg¼tlerin yapı ve işleyiş mekanizmaları ve faaliyette buldukları çevre arasında bir benzeşme söz konusu olmaktadır. Başka bir deyişle, aynı alanda faaliyet gösteren ¼rg¼tler yapı ve işleyiş açasından birbirlerine benzemektedirler. Kurama göre bu durum kurumsal “eşbiçimlilik” olarak tanımlanmaktadır(Selznick,1996).

Kurumsallaşmanın temel mekanizması olan eşbiçimlilik; kurumsal uygulamaların tekrarlanması sürecidir. DiMaggio ve Powell (1991) eş biçimlilik kavramını zorlayıcı, ¼yk¼nmeçi(taklitçi) ve normatif(kuralcı) şeklinde sınıflandırmıştır.

Zorlayıcı Eşbiçimlilik:

Zorlayıcı eşbiçimlilik ¼rg¼t¼n kendi inisiyatifi dışında bir benzeşme durumunun olması halidir. Genellikle ¼rg¼t¼n bağımlı olduğu diğer ¼rg¼tler tarafından ya da toplum geneli tarafından yapılan resmi ya da gayri resmi baskılar sonucu ¼rg¼tlerin belli normları benimsemeleri sonucu ortaya çıkarmaktadır(Dimaggio ve Powell, 1991;67). ¼rneđin, ortak yasalara tabi olan ¼rg¼tlerin bu yasaların ¼ngörd¼đ¼ yapı ve uygulamaları benimseyerek eşbiçimli hale gelmeleri zorlayıcı eşbiçimlilik olarak ifade edilmektedir (¼zen;2007: 265).

Öykünmeci(Taklitçi) Eşbiçimlilik:

Dimaggio ve Powell (1991), öykünmeci eşbiçimlilik kavramını, belirsizlik karşısında örgütlerin standart davranışlar göstermeleri olarak tanımlamaktadırlar. Bu kapsamda öykünmeci eşbiçimlilik, çevresel belirsizliğin yüksek olduğu ortamlarda örgütlerin birbirlerini faaliyetlerini, sistemlerini veya yapılarını model alarak kopyalamaları anlamına gelmektedir. Dimaggio ve Powell (1991)' a göre belirsizlik örgütleri taklitçiliğe itmektir. Kurumlar da insanlar gibi bilmediği bir çevrede diğerine benzeme eğilimi göstermektedir(Erçen; 2010).

Normatif(Kuralcı) Eşbiçimlilik:

Normatif eşbiçimlilik meslekleşmeden kaynaklanan eşbiçimlilik türüdür. DiMaggio ve Powell (1991), normatif eşbiçimliliği, meslek uzmanları tarafından üretilen zorlayıcı bir taban üzerinde firmaların benzeşmesi olarak tanımlamaktadırlar. Normatif eşbiçimlilik, çeşitli meslek gruplarının eğitim ve mesleki etkileşim yoluyla ussal modeller ve uygulamalar yaratarak örgütlere taşınmaları ve böylece örgütleri eşbiçimli hale getirmeleri şeklinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin üniversiteler, örgütler için profesyonel normlar ve değerlerin gelişmesini etkileyen bilgi merkezleri gibi işlemektedirler(Greenwood ve diğerleri, 2002).

DiMaggio ve Powell (1991) örgütsel bağımlılık arttıkça eşbiçimlilik düzeyinin artacağı, belirsizlik arttıkça taklitçiliğin çoğalacağı, yöneticilerin mesleki örgütlenmelere katılmaları oranında birbirlerine benzeyecekleri, örgütsel alanda devletin ve mesleki kuruluşların etkisi ne kadar yüksekse, kurumsal eşbiçimliliğin o kadar yüksek olacağı şeklinde önermeler getirmişlerdir (Özen, 2007:266). Bu sınıflandırma incelendiğinde her sınıflandırmanın kendine özgü bir mantığı ve mekanizması olduğu görülmektedir. Ancak hepsinin ortak özelliği, kurumların çevrelerinden gelen beklentilere cevap vererek kabul edilebilir olmalarını sağlamalarıdır.

Ancak, eşbiçimliliğin örgütlerin benzeşmek uğruna yeniliği görememesi, taklitçilikten dolayı daha etkin yol ve yöntemlerden uzaklaşması, değişime

adaptasyonun zorlaşması ve rasyonellikten uzaklaşması gibi sonuçlarının olabileceğini de söylemek mümkündür (Erçen, 2010).

Önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi 1970'lerde yaşanan dünya krizinin nedeni olarak devletlerin ekonomilere aşırı müdahalesi ve kamu harcamalarının yüksek olması gösterilmiştir. 1980'lerle beraber güçlenmeye başlayan neo liberal politikalarla birlikte kamu harcamaları içinde önemli bir paya sahip olan sağlık hizmetlerinin de sermaye yatırımları içine çekilerek devletin üzerindeki yükün kaldırılması hedeflenmiştir. Bu noktada 1980'li ve 1990'lı yıllar itibariyle tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sektöründe neo liberal politikaların etkisiyle bir dönüşüm süreci başlamıştır. Özellikle 1980 kararlarıyla birlikte özelleştirme Türkiye'nin gündemine girmiştir. Özelleştirme politikalarının nedeni olarak Türkiye'nin kamu açıklarını kapatılmasında uzun vadeli kaynaklar yerine kısa vadeli iç ve dış borçlanmaya gidilmesi gösterilmiştir(SES,1998). Ancak, Türkiye'de sağlık politikalarının herhangi bir sistematige bağlı olmaksızın o günkü ekonomik ve politik koşullar çerçevesinde belirlendiğini söylemek mümkündür(Yıldırım ve Yıldırım,2004).

Bu noktada, Dünya Bankası'nın sağlık reformları kapsamında Türkiye'ye önerdiği sağlık hizmetleri modelinden bahsetmek gerekmektedir. Bu modele göre, koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör aktörleri tarafından yerine getirilmesi önerilmiştir. Ancak belirtilmelidir ki, yapısı gereği sağlık, özel sektöre devredilmesi sonucu dar gelirli nüfusun sağlık hizmetinden yararlanamaması tehlikesini doğurmaktadır.

Bu hedeflerle hazırlanan ve köklü değişimler içeren Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği gibi uygulamaların-Türkiye'de sağlık reformlarının hedefi verimlilik ve etkinlik artışı olmasına rağmen- verimlilik ve etkinlik konusunda tartışmaya açık olduğu görülmektedir. Bu noktada, eşbiçimlilik ile birlikte işletmelerin yenilik körlüğü yaşamakta olduğunu ve bu sürecin onları rasyonellikten uzaklaştırabileceğini söylemek mümkündür(Erçen,2010).

Bu noktada, devletin uyguladığı politikalar ve mevzuatlar bağlamında, sağlık hizmeti veren işletmelerin zorlayıcı ve öykünmeci eşbiçimlilik mekanizmalarından

etkilendiğini söylemek mümkündür. Mevzuatlarla birlikte, klinik hizmetlerini özel şirketlere devretme, sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere mesai saatleri dışında kendi adına ücretli sağlık hizmeti verme ve özel kuruluşlardan hizmet satın alma mümkün hale gelmiştir. Bilindiği gibi Kurumsallaşma teorisine göre örgütler belirsizlik altında taklitçiliğe gitmektedirler. Türkiye’de de özel sağlık sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin gerek mali nedenlerle gerekse yasal zorunluluklarla sektörde hali hazırda faaliyet gösteren işletmeler taklit etme yoluna gitmekte ve böylece hayatta kalmaya çalışmaktadırlar. Bu noktada, Türkiye sağlık hizmetlerinin Dünya Bankası’nın önerileri çerçevesinde yeniden yapılanmaya girdiğini görülmektedir. Aslında, politikalarında etkinlik sorgulaması yapılmayan, Dünya Bankası ve IMF gibi kurumların önerilerinin kabul edilmesinin kendisinin de aslında eşbiçimliliğin tipik bir örneği olduğunu söylemek mümkündür. Oysaki sağlık sektörü temelinde insan olan bir sektördür ve bu nedenle bu konuda hazırlanacak kanun, yönetmelik, tüzük gibi tüm yasal süreçlerde ilgili tarafların tamamının önerilerinin alınması gerekmektedir. Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılanması sürecinde kuramsal açıdan eşbiçimliliğin getirdiği risklerin sorgulanması gerekmektedir. Fişek(1991)’ e göre; sağlık sektöründe gelişme sağlanabilmesi için politikacıların ve hükümetlerin sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini kabul etmeleri gerekmektedir. Oysaki Dünya Bankası ve IMF’in desteğiyle başlatılan özelleştirme hedefli sağlık reformlarının verimliliği ve kar maksimizasyonunu öncelediği açıktır.

Sonuç olarak, sağlıkta yaşanan dönüşümler sonucu sağlık hizmeti veren kurumların sistemi iyileştirmek ya da ülke genelinde daha verimli hizmetler vermek yerine kar odaklı çalışan, insan sağlığının ikinci plana atıldığı sistemlere dönüşebileceğini ve sektöre yeni giren örgütlerin de zorlayıcı ve öykünmecî baskılar sonucu var olan bu zihniyeti taklit ederek hayatta kalmaya çalışacaklarını söylemek mümkündür(Erçen,2010).

2.3.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Kaynak Bağımlılığı Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi

Açık sistem anlayışını temel alarak örgüt ve çevre ilişkisini açıklayan kuramlardan bir diğeri olan “Kaynak Bağımlılığı Kuramı”na göre, örgütler kendi kendilerine yeterli değildirler ve gereksinim duydukları kaynakları tümüyle içsel olarak sağlayamazlar. Dolayısıyla ihtiyaç duydukları bazı kaynakları çevrelerinden elde etmek zorundadırlar. Bu durum örgütlerin çevredeki unsurlarla ilişki içinde olmalarını gerektirmektedir. Örgütün ihtiyaç duyduğu kaynakların önemi ve kıtlık derecesi, bu örgütün çevresine bağımlılığının nitelik ve kapsamını belirler. Bu noktada Emerson (1962) ve Blau (1964)’nun sosyal ortamlardaki alışverişlerden doğan bağımlılık ve güç ilişkileri üzerine ileri sürdükları fikirler Kaynak Bağımlılığı Kuramı için temel bir hareket noktası oluşturmuştur.

Emerson(1962) söz konusu güç ilişkilerini “B’nin A’ya bağımlılığı A’nın B üzerindeki gücüne eşittir” şeklinde açıklamıştır. Yani güç, bağımlılık ile ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla bir sosyal aktörün diğeri üzerindeki görece gücü, aralarındaki bağımlılık ilişkisinin bir sonucudur. Bağımlılığa dayandırılan güç yaklaşımında, kaynağın ne derece öneme sahip olduğu ve kaynağın elde edilebileceği seçeneklerin sayısı, bağımlılık ilişkisinin belirleyicisi olarak tanımlanmıştır.

Kaynak Bağımlılığı Kuramı kapsamında, örgütlerin çevreleri ile ilişkilerini yönetme konusunda izleyebilecekleri bir yol, çevreyi veri olarak alıp kendilerini bu duruma uydurmaya çalışmaktır. İkinci bir yolsa, çevreyi örgütün çıkarlarına ve imkânlarına uyduracak şekilde değiştirmeye yöneltmektir. Diğer bir uyum sağlama yolu ise, örgütün kaynak alışverişinde bulunduğu başka örgüt veya grupların taleplerine boyun eğmesidir. Dışsal baskılara itaat, başka çarenin olmadığının düşünöldüğü hallerde kabullenilmekle beraber, örgütlerin kaçınmak isteyecekleri bir durumdur (Pfeffer ve Salancik,1978:236).

Bu noktada, Türk sağlık alanının “Kaynak Bağımlılığı Kuramı” kapsamında incelenmesi m¼mk¼nd¼r. Bilindiği gibi, sağlık sekt¼r¼nde ana kaynak sağlayıcısı Sosyal G¼venlik Kurumu’dur. Dolayısıyla hastaneler ve SGK arasında bir bağımlılık ilişkisi olduğunu s¼ylemek m¼mk¼nd¼r. Başka bir deyişle, örg¼tler, Sosyal G¼venlik Kurumu tarafından sunulan kaynaklara ulaşmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlıklı D¼n¼ř¼m Projesi ve onu destekleyen kalite ve performans artırımına ilişkin yasal d¼zenlemelere uyma davranışı g¼stermektedirler.

BÖLÜM 3

ARAŞTIRMANIN TASARIMI, YÖNTEM ve BULGULAR

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın sorunsalı; Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin sağlık kuruluşlarının davranışlarını etkileyip etkilemediğinin analiz edilmesidir.

Bu bağlamda “Popülasyon Ekolojisi Kuramı” temel alınarak 2003 yılında uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin kamu hastanelerinin ölüm (kapanma) ve özel hastanelerin doğum (kurulma) oranları üzerindeki etkilerinin incelenmesi araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında kuramın temel argümanlarından biri olan “Yoğunluk Bağımlılığı”nın devlet müdahalelerinin söz konusu olduğu popülasyonlarda geçerli olup olmadığı sınıanmaktadır.

Böylece ülkemize özgü bir yasal düzenlemenin örgütler üzerindeki etkilerinin analiz edilmesi ve ayrıca evrensel perspektiften ulusal bir bağlamın incelenmesi hedeflenmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın verileri Sağlık Bakanlığı Bilgi Edinme Birimi’ne başvurulması ve Sağlık Bakanlığı’nın istenilen veri setini hazırlaması şeklinde elde edilmiştir. Bu bağlamda 2001-2009 yılları arasında ölen kamu hastaneleri ve doğan özel hastanelerin birim bazında açılış ve kapanış tarihlerine ulaşılmıştır.

Söz konusu yıllar arasında ölen kamu hastane sayısı 308, doğan özel hastane sayısı 309 olarak belirlenmiştir. Bu noktada araştırmanın örnekleme 308 kamu hastanesi ile 309 özel hastaneden oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın Kısıtları

Popülasyon Ekolojisi Kuramı kapsamında popülasyonda bulunan örgütlerin kurulma veya kapanma oranlarının hangi sosyal süreçlerden etkilendiği modellenmeye çalışılmıştır. Ayrıca, evrimsel süreçlerin açıklanmasında popülasyonların zaman içerisindeki yaşam süreçleri de ele alınmıştır. Popülasyonların ilk oluşmaya başladığı andan itibaren incelenmesi, kendi gelişimlerinin ve yaşam süreçlerinin izlenmesini daha mümkün kılan bir durum olarak ortaya çıkmıştır. Bu duruma yönelik olarak, yapılan çalışmalarda kesitsel analizlerin aksine uzun süreli gözleme (boylamsal) ve veriye dayalı analizler tercih edilmiştir.

Bu çalışma kapsamında elde edilen veriler ise sadece 2001-2009 yılları arasındaki dönemi içermektedir. Bu dönem, evrimsel süreçlerin açıklanmasında popülasyonların zaman içindeki yaşam süreçlerinin analiz edilebilmesi için yeterli bir süreyi kapsamamaktadır. Bu noktada, elde edilen verilerin dokuz yıl gibi kısa bir süreyi içermesi araştırmanın ilk kısıtı olarak kabul edilebilir.

Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nın analizlerinde önemli olan konulardan biri popülasyona ilk giriş ve bu ilk girişten sonra birbirini takip eden diğer örgütlerin popülasyona girişleridir. Ancak Sağlık Bakanlığının veritabanından popülasyona ilk giren hastane(ler) kapsamında bilgi sağlanamamıştır. Bu durum araştırmanın ikinci kısıtı olarak kabul edilebilir.

3.4. Araştırmanın Metodolojisi

Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nın, örgütlerin popülasyona giriş ve çıkışları, yani doğumları ve ölümleri üzerine yoğunlaşması, demografik yaklaşımların ön plana çıkmasına neden olmuştur. Demografik yaklaşımlar, örgütlerin canlı varlıklar gibi ele alınmasına da olanak sağlamıştır. Bu durum doğum ve ölümlerin açıklanmasında iki önemli noktaya işaret etmektedir. Birincisi, doğum ve ölüm kavramlarının birer "olay(event)" olarak ele alınması, ikincisi ise, söz konusu olayların ne zaman oluştuğudur. İstatistiksel olarak bu iki noktanın açıklanmasında kullanılan yöntem, "Olay Tarihi Analizi (Event History Analysis)" yöntemidir.

Olay tarihi analizi, olayların oluşumundaki ilişkileri ve örüntüleri ile ilgilenmektedir. Ayrıca, ortaya çıkan olayın süresi (duration of event) analizin incelediği önemli konulardan biridir (Yamaguchi, 1991). Bununla birlikte, olayların ortaya çıkma durumları gözlemlendiğinde, ardı ardına gerçekleşen iki olayın arasındaki zaman aralığı (time interval) olay tarihi analizinin araştırma kapsamına aldığı diğer bir konudur. Süre ve zaman aralığı bu analiz yönteminde bağımlı değişken olarak kabul edilmektedir. Bu iki tip değişkenin, stokastik (olasılıksal) bir yapıda olması, yani geçen zamanlarda durumlara göre farklılıklar gösterme olasılıklarının olması, yapılan analizlerde doğrusallık yaklaşımının her zaman geçerli olmayacağını da vurgulamaktadır.

Olay tarihi analizinde kritik olan konu, bağımlı değişken süre veya zaman aralığı alındığında, bağımsız veya açıklayıcı değişkenlerin bu bağımlı değişkene ne yönde etki ettiğinin belirlenmesidir. Analize dahil olan bağımsız değişkenler zamana göre değişkenlik gösterdiklerinden zaman bağımlı ortak değişkenler (time dependent covariates) olarak kabul edilmektedirler (Hobcraft ve Murphy, 1986: 8-9). İncelenen değişkenlerin zaman geçtikçe sahip oldukları değerler farklılık gösterecektir. Bununla birlikte, ele alınan zaman içerisinde ortaya çıkan olay bir süre sonra kendiliğinden bitebilir veya incelenen zaman diliminin en sonunda farklı ve yeni bir olay ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda, olayın süresi incelenen zaman diliminin dışına taşmış olacaktır. Analizde bu türden veriler sansürlü (censored data) veriler olarak kabul

edilmektedir. Olay tarihi analizinde kullanılan regresyon modellerinin diğer istatistiksel modellerden temel farkı da sansürlü veri için tasarlanmış olmalarıdır. Gözlem süresi boyunca çalışmada yer alan birimlerin bir bölümü için başarısızlık, ölüm vb. gerçekleşirken diğer bölümü için başarısızlık ya da ölüm ile gerçekleşmemiş olabilir. Söz konusu bu birimler olay tarihi analizinde sansürlü olarak nitelendirilmektedir.

Olay tarihi analizinin amacı başarısızlık süresinin tanımlamaktır. Başarısızlık süresini tanımlamak için kullanılan hazard fonksiyonu;

Denklem 1:

$$h(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{P(t \leq T < t + \Delta t / T > t)}{\Delta t}$$

t zamanına kadar yaşayan birimin $[t, t+\Delta t]$ aralığında yaşamının sona ermesi riskini gösterir.

İstatistik literatüründe, yaşam süresini etkileyen açıklayıcı değişkenleri parametrik regresyon modelleri ile modellemek amacıyla kullanılan iki yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşım, klasik doğrusal regresyon yaklaşımına benzemekte ve bu yaklaşımda, yaşam süresinin doğal logaritması $Y = \ln(T)$ modellenmektedir. Y için doğrusal model,

Denklem 2:

$$Y = \mu + \beta'X + \sigma W$$

biçimindedir. Burada $\beta' = (\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p)$ regresyon katsayıları vektörü ve W hata dağılımıdır. Hata dağılımı için en sık kullanılan seçenekler log-normal regresyon modelini veren standart normal dağılım, Weibull regresyon modelini veren uçdeğer dağılımı (extreme value) ya da log-lojistik regresyon modelini veren lojistik dağılımdır. Ancak bu yaklaşım hata dağılımları için varsayım içerdiğinden kullanım alanları daha sınırlıdır. Bu durumda ikinci yaklaşımın kullanılması daha uygun olabilir. Açıklayıcı değişkenlerin yaşam fonksiyonu üzerindeki etkilerini modellemek için kullanılan ikinci

yaklaşım, açıklayıcı değişkenlerin bir fonksiyonu olarak koşullu hazard fonksiyonunu modellemektir. Buna göre koşullu hazard fonksiyonu;

Denklem 3:

$$h(t / x) = h_0(t) \varphi(\beta'x)$$

biçimindedir. (Karabey, Ata: 2008)Eğer eldeki veri kümesi için bir olasılık dağılımı varsayımı geçerli ise parametrik modelleri kullanmak daha güçlü sonuçlar verecektir. Ancak yaşam sürelerinin olasılık dağılımının belirli bir biçimi olmadığından Cox regresyon modeli parametrik regresyon modellerine göre esnek ve yaygın kullanıma sahiptir.

Değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisini incelemeye yönelik regresyon analizinde değişkenlerin sahip olması gereken bazı koşullar vardır. Ancak yaşam süresi verilerinde değişkenlerin dağılımı normale uymamakta aralarında orantısız ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle regresyon analizinin kullanılması doğru olmazken, bu durumda cox regresyonu uygun analiz tekniği olarak görünmektedir . Cox Regresyon yöntemi aşağıdaki üstünlüklere sahiptir.(Sümülüoğlu ,Akdağ ,2007):

- Cox regresyon modeli için herhangi bir dağılıma uygunluk zorunluluğu yoktur. Bu anlamda parametrik olmayan bir yöntem olarak kabul edilebilir.
- Model, kontrol edilen ve edilemeyen değişkenlerin etkisini ayrıştırabilir.
- Güven aralıklarını daraltarak daha iyi kestirim olanağı sağlar
- Varsayımlar yerine getirildiğinde yığılımlı yaşam olasılığı ya da riskini en iyi biçimde tahmin edebilir.
- Model, parametrik olmayan bir yöntem olmasına rağmen parametrik modeller kadar doğru tahminler yapabilecek kadar güçlüdür.

- Model, başlangıç riski ve üstel kısımdaki bağımsız değişkenler ve katsayıları olmak üzere iki kısımdan oluştuğundan riskin negatif olmaması gibi bir üstünlüğe sahiptir.
- Model de sürekli değişkenlerin yanı sıra kategorik değişkenler ile de çalışılabilir.
- Doğrusal regresyon ile modellenen her şey cox regresyon yöntemi ile de modellenebilir.
- Diğer değişkenlerin etkileri kontrol edilerek bir değişkenin etkisi incelenebilir.
- Ortak değişkenlerin değerleri interpolasyon yapılarak yaşam olasılığı tahmin edilebilir.
- Parametrelerin tahmini en çok olabilirlik kestirim yöntemi kullanılarak yapılmaktadır.

Cox regresyonunda, bir riske maruz kalan organizasyonun izlendiği zaman aralığının herhangi bir zamanında, ölümlerle karşılaşacağı varsayılır. Böylece ister herhangi bir sebepten, isterse bağımsız değişkenlerden dolayı organizasyonların başlangıçtaki yaşam süreleri, logaritmik olarak azalan bir fonksiyona sahip olur .Cox regresyon modelinde iki temel varsayım vardır. Bunlar:

- Bağımsız değişkenlerin risk fonksiyonu üzerine etkileri loglinear'dir.
- Bağımsız değişkenlerin loglinear fonksiyonu ile risk fonksiyonu arasında çarpımsal bir ilişki vardır.

Bu varsayımlar doğrultusunda, farklı bağımsız değişken setlerine sahip olan iki birimin risk fonksiyonları oranı zamandan bağımsız ve ölüm riskleri orantısaldır. (Özdamar, 2003).

Yaşam süresi verileri için Cox tarafından önerilen model,

Denklem 4:

$$h(t, x) = h_0(t) e^{(\beta x)}$$

Çok değişkenli Cox regresyon modeli ise;

Denklem 5:

$$h(t) = [h_0(t)].e^{\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p}$$

biçimindedir. Yukarıdaki eşitlikte yer alan $\chi_1, \chi_2, \dots, \chi_p$ bağımsız değişkenler: sürekli ya da kategorik olabilir.

Modeldeki β Katsayılarının Hesaplanması

β bilinmeyen katsayılar vektörünün tahmini için kısmi olabilirlik fonksiyonundan faydalanılır. Cox regresyon analizinde kullanılan kısmi olabilirlik fonksiyonu için öncelikle gözlenen n tane yaşam süresi içinden k tanesinin $t_1 (t_2 (t_3 (\dots (t_k$ şeklinde sıralanmış başarısızlık süreleri ise .i. olayın meydana gelme zamanında başarısızlığa uğrama riski altında bulunan bireylerin oluşturduğu küm e risk kümesi olarak isimlendirilir ve $R(t_i)$ ile gösterilir Bütün bu tanımlar ve açıklamalar çerçevesinde Cox tarafından β 'nın tahmin edilmesinde kullanılmak üzere önerilen kısmi olabilirlik fonksiyonu :

Denklem 6:

$$L(\beta) = \prod_{k=1}^n \frac{\exp(\beta' x_k)}{\sum_{j \in R(t_i)} \exp(\beta' x_j)}$$

iken bu fonksiyonun logaritmik formu;

Denklem 6:

$$\log L(\beta) = \sum_{k=1}^n \left\{ \beta x_k - \log \left[\sum_{j \in R_k} \exp(\beta x_j) \right] \right\}$$

biçimindedir.

β katsayılarının en çok olabilirlik tahminleri, yukarıdaki logaritmik kısmi olabilirlik fonksiyonunun en büyüklenmesiyle elde edilir (Yay, Çoker ve Uysal, 2007;139-141)

Modeldeki β Katsayılarının Anlamlılık Testleri

β katsayılarının anlamlılık testleri için sıfır hipotezi

$H_0: \beta = 0$ şeklinde ifade edilir.

Cox modelindeki β katsayılarının anlamlılığını test etmek amacıyla kullanılan üç yöntem vardır. Bunlar:

- Wald testi
- Olabilirlik oran testi ve
- Skor testidir.

β 'ların anlamlılığını test etmede kullanılan Wald test istatistiği, t veya z istatistiğinin genelleştirilmiş şekli olup, en çok olabilirlik tahmini (MLE) ve hipotezlenen değer arasındaki farkın bir fonksiyonudur. Bu fark, en çok olabilirlik tahmininin standart hatasının tahmini değeri ile normalleştirilmiştir. Tek bir değişken için test istatistiği,

Denklem 7:

$$W = (\beta / se\beta)^2$$

biçimindedir. Burada wald test istatistiği n 'nin büyük değerleri için, 1 serbestlik dereceli χ^2 dağılımı gösterir. Karar için, hesaplanan W değerinin, χ^2 tablo değeri ile karşılaştırılması gerekir.

Olabilirlik oran testi, hipotezlenen parametre değerleri içinde maksimum olan değer olabildiğinin oranına dayanır. Test istatistiği (LR) şöyledir:

Denklem 8:

$$LR = -2 (\log (l_0) / \log (l_v))$$

Çok sayıda örnek için LR istatistiği, tahmin edilecek parametre sayısına eşit serbestlik derecesi ile χ^2 dağılımı gösterir. Burada da karar için hesaplanan LR değerinin, χ^2

tablo değeri ile karşılaştırılması yeterlidir.

Skor testi ile iki grubu karşılaştırmada kullanılan Mantel-Haenszel Log-rank testi sonuçları benzerdir. Skor testi, birden fazla değişken ve sürekli değişkenler için log rank testinin genelleştirilmiş şeklidir. İki değerli değişkenin gözlenme oranı “p” iken bu orana göre ilgilenilen değişkenin r kez gözlenme olasılığını kullanarak maksimum olabilirlik fonksiyonu:

Denklem 9:

$$L = \log(l) = r \log p + (n - r) \log (1 - p)$$

biçimindedir. Test istatistiğini elde etmek için L 'nin p 'ye göre alınan 1. ve 2. Kısmi türevlerinin sıfıra eşitlenmesiyle skor test istatistiği :

Denklem 10:

$$S = (L')_2 / (L'')$$

elde edilir. Skor test istatistiği, serbestlik derecesi tahmin edilen parametre sayısı olmak üzere χ^2 dağılımına uyduğundan hesaplanan değer, χ^2 tablo değerine ile karşılaştırılarak anlamlılığı test edilir (Yay, oker ve Uysal, 2007;139-141).

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri, kurulan bütün hipotezler ve oluşturulan bütün modeller aşağıda açıklanmıştır. Modeller öncelikle kamu hastaneleri, daha sonra ise özel hastaneler için kurulmuştur. Modellerde ilk olarak popülasyon dinamiklerinin (popülasyon yoğunlukları ve önceki doğumlar ile önceki ölümlerin) kamu hastaneleri ölüm ve özel hastaneler doğum oranlarına etkisine, daha sonra ise yasal ve politik değişikliklerin (Sağlıkta Dönüşüm Programı ve hükümet değişikliği) kamu hastanelerinin ölümleri ve özel hastanelerin doğumları üzerindeki etkileri llmştir.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri ve Kurulan Modeller

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin sağlık kuruluşlarının davranışlarını etkileyip etkilemediğini ve olası etkilerin Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nın argümanları ile açıklanıp açıklanamayacağını sınamak üzere öncelikle kamu hastaneleri için daha sonra ise özel hastaneler için hipotezler kurulmuş ve modeller oluşturulmuştur.

Bu kapsamda kamu hastaneleri için ilk olarak, Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nın temel argümanlarından biri olan "Yoğunluk Bağımlılığı" sınanmıştır. Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı popülasyon yoğunluğu ile ölüm oranları arasındaki ilişkiyi önce azalan daha sonra ise artan biçimde (-U- ilişkisi) tanımlamaktadır. Bu noktada kamu hastaneleri için söz konusu ilişkiyi sınamak üzere Hipotez 1 oluşturulmuştur.

H1: Kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğu ile bu hastanelerin ölüm oranları arasında eğrisel bir ilişki vardır.

İkinci olarak, kuramın bir diğerk argümanı olan önceki ölümlerin etkisi araştırılmıştır. Kuramın söz konusu ilişki için öngördüğü negatif ilişkiyi sınamak üzere kamu hastaneleri için Hipotez 2 oluşturulmuştur.

H2: Kamu hastanelerinin önceki ölümleri ile ölüm oranları arasında negatif bir ilişki vardır.

Üçüncü olarak, Türk sağlık alanında yaşanan gelişmelerin kamu hastaneleri üzerindeki etkilerinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda yasal ve politik değişikliklerin kamu hastanelerinin ölüm oranları üzerindeki etkilerini sınamak üzere sırasıyla Hipotez 3 ve Hipotez 4 oluşturulmuştur.

H3: Evrimsel süreç içerisinde sağlıkta dönüşüm projesi kamu hastaneleri ölüm oranlarını pozitif yönde etkiler.

H4: Evrimsel süreç içerisinde hükümet değişiklikleri ile kamu hastaneleri ölüm oranları arasında pozitif ilişki vardır.

Araştırmanın ikinci kısmında özel hastaneler için hipotezler oluşturulmuştur. Bu kapsamda ilk olarak “Yoğunluk Bağımlılığı” ile doğum oranları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı’nın, “popülasyon yoğunluğu, doğum oranlarını önce artan daha sonra ise azalan yönde (ters -U-ilişkisi) etkiler” argümanından hareketle özel hastaneler için Hipotez 5 oluşturulmuştur.

H5: Özel hastanelerin popülasyon yoğunluğu ile bu hastanelerin doğum oranları arasında eğrisel bir ilişki vardır.

Özel hastaneler için kurulan Hipotez 6, kuramın diğerk bir inceleme alanı olan önceki doğumlar ile doğum oranları arasındaki ilişkiyi sınamak üzere kurulmuştur. Özel hastanelerin önceki doğumlarının doğum oranları üzerinde önce arttırıcı, daha sonra ise

azalan ve bir noktada sabit kalan şekilde bir etkisi olacağı varsayımından hareketle Hipotez 6 oluşturulmuştur.

H6: Özel hastanelerin önceki doğumları ile doğum oranları arasında eğrisel bir ilişki vardır.

Araştırma kapsamında Türk sağlık alanında yaşanan gelişmelerin özel hastaneler üzerindeki etkileri de araştırılmıştır. Bu kapsamda yasal ve politik değişikliklerin özel hastanelerin doğum oranları üzerindeki etkilerini sınamak üzere sırasıyla Hipotez 7 ve Hipotez 8 oluşturulmuştur.

H7: Evrimsel süreç içerisinde sağlıkta dönüşüm projesi özel hastanelerin doğum oranlarını pozitif yönde etkiler.

H8: Evrimsel süreç içerisinde hükümet değişiklikleri ile özel hastane doğum oranları arasında pozitif ilişki vardır.

Araştırma kapsamında son olarak, kamu hastaneleri popülasyon yoğunluğunun özel hastaneler popülasyonundaki örgüt doğum oranlarını ne yönde etkileyeceği araştırılmıştır. Bu kapsamda Hipotez 9 oluşturulmuştur.

H9: Kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğu ile özel hastanelerin doğum oranları arasında negatif bir ilişki vardır.

Araştırma kapsamında kurulan hipotezleri sınamak üzere oluşturulan modeller, modellerde kullanılan kısaltmalar, tanımlayıcı istatistikler ve modellere ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

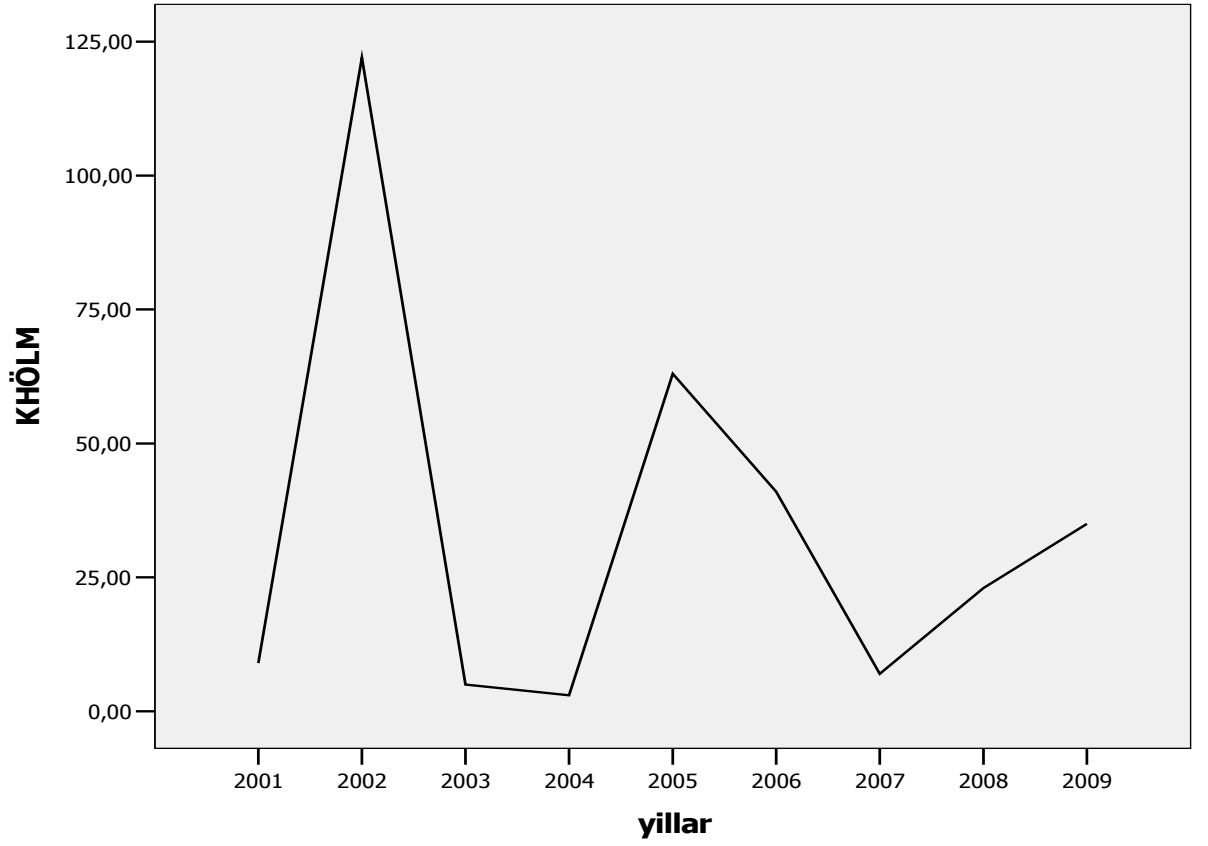
Tablo 16: Analizlerde Yer Alan Bağımsız Değişkenlerin Kısaltmaları ve Açıklamaları

| | |
|---------------------|--|
| KHN | Kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğu |
| KHN ² | Kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğunun karesi |
| KHÖÖLM | Kamu hastanelerinin önceki ölümleri |
| ÖHN | Özel hastanelerin popülasyon yoğunluğu |
| ÖHN ² | Özel hastanelerin popülasyon yoğunluğunun karesi |
| ÖHÖDGM | Özel hastanelerin önceki doğumları |
| ÖHÖDGM ² | Özel hastanelerin önceki doğumlarının karesi |
| HÜKDEG | Hükümet değişikliği |
| SAGDÖN | Sağlıkta Dönüşüm Projesi |

Tablo 17: Kamu Hastaneleri ve Özel Hastanelerin Doğum ve Ölümlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

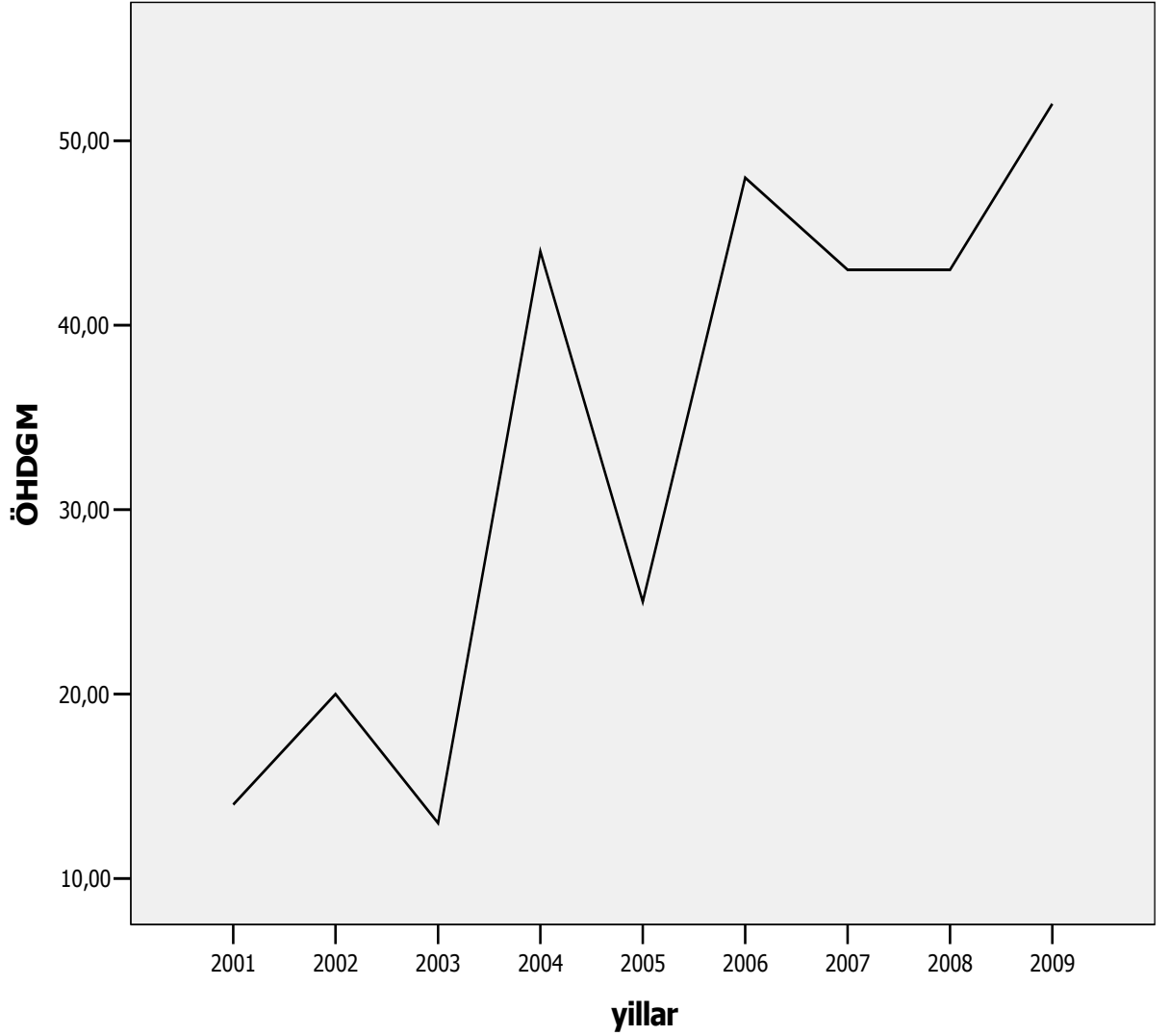
| | MİNİMUM | MAKSİMUM | ORTALAMA | S.SAPMA |
|---------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| KHDGM | 16,00 | 52,0 | 27,67 | 13,39 |
| KHÖDGM | 0,00 | 52,00 | 28,59 | 14,95 |
| KHÖLM | 3,00 | 122,00 | 34,22 | 38,59 |
| KHÖÖLM | 0,00 | 122,00 | 18,75 | 23,63 |
| ÖHDGM | 13,00 | 52,00 | 33,55 | 15,40 |
| ÖHÖDGM | 0,00 | 48,00 | 31,70 | 14,88 |
| ÖHÖLM | 1,00 | 21,00 | 9,67 | 5,63 |
| ÖHÖÖLM | 0,00 | 21,00 | 9,28 | 5,36 |

Grafik 4: Yıllar Bazında Kamu Hastaneleri Ölümleri



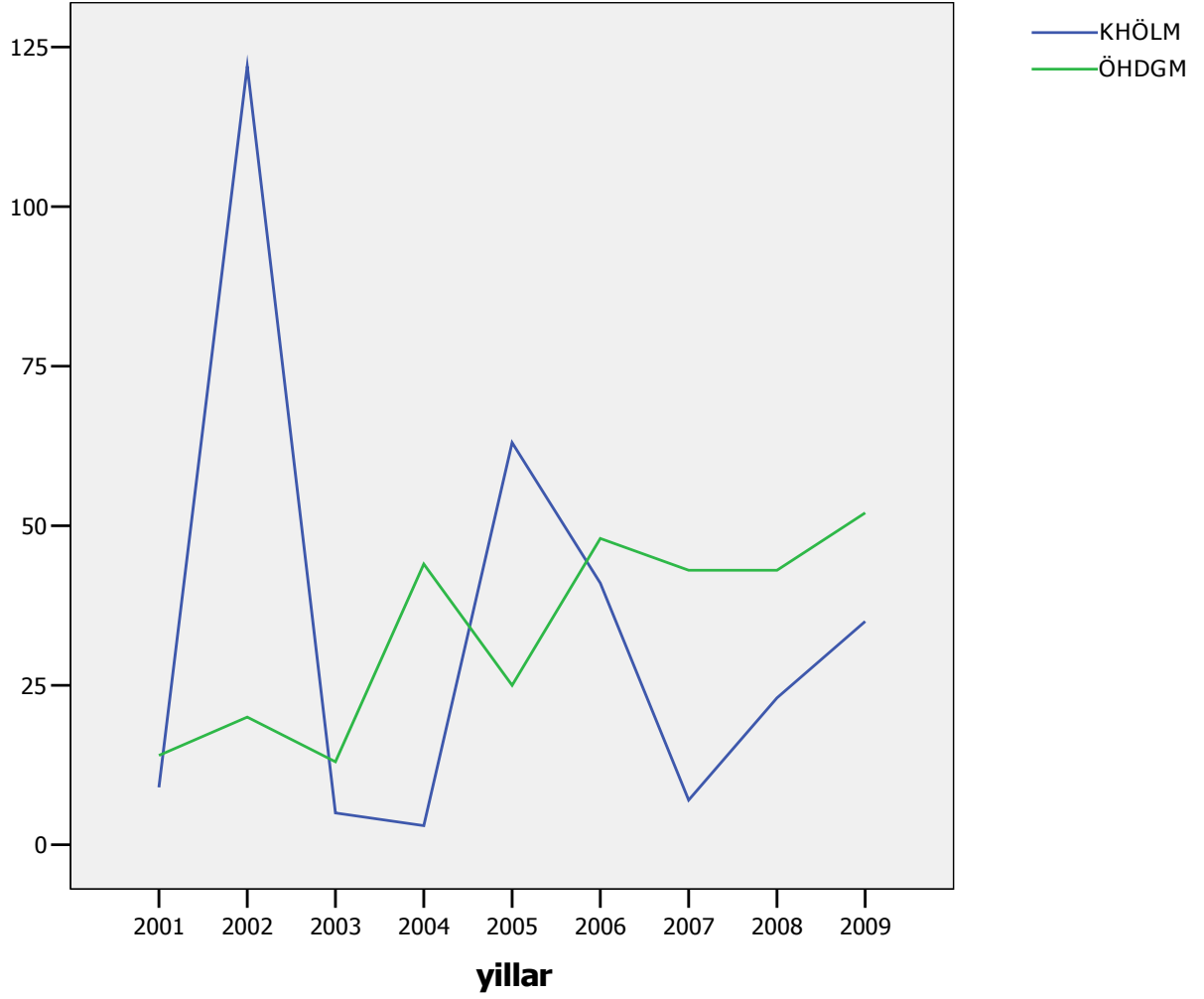
Grafik 4 incelendiğinde, kamu hastanelerinin ölümlerinde 2001 yılında ciddi bir artış olduğu gözlenmektedir. 2002-2007 yılları arasında dalgalanmalar olmakla beraber 2007 yılı itibariyle ölüm oranlarının yeniden artışa geçtiği görülmektedir.

Grafik 5: Yıllar Bazında Özel Hastane Doğumları



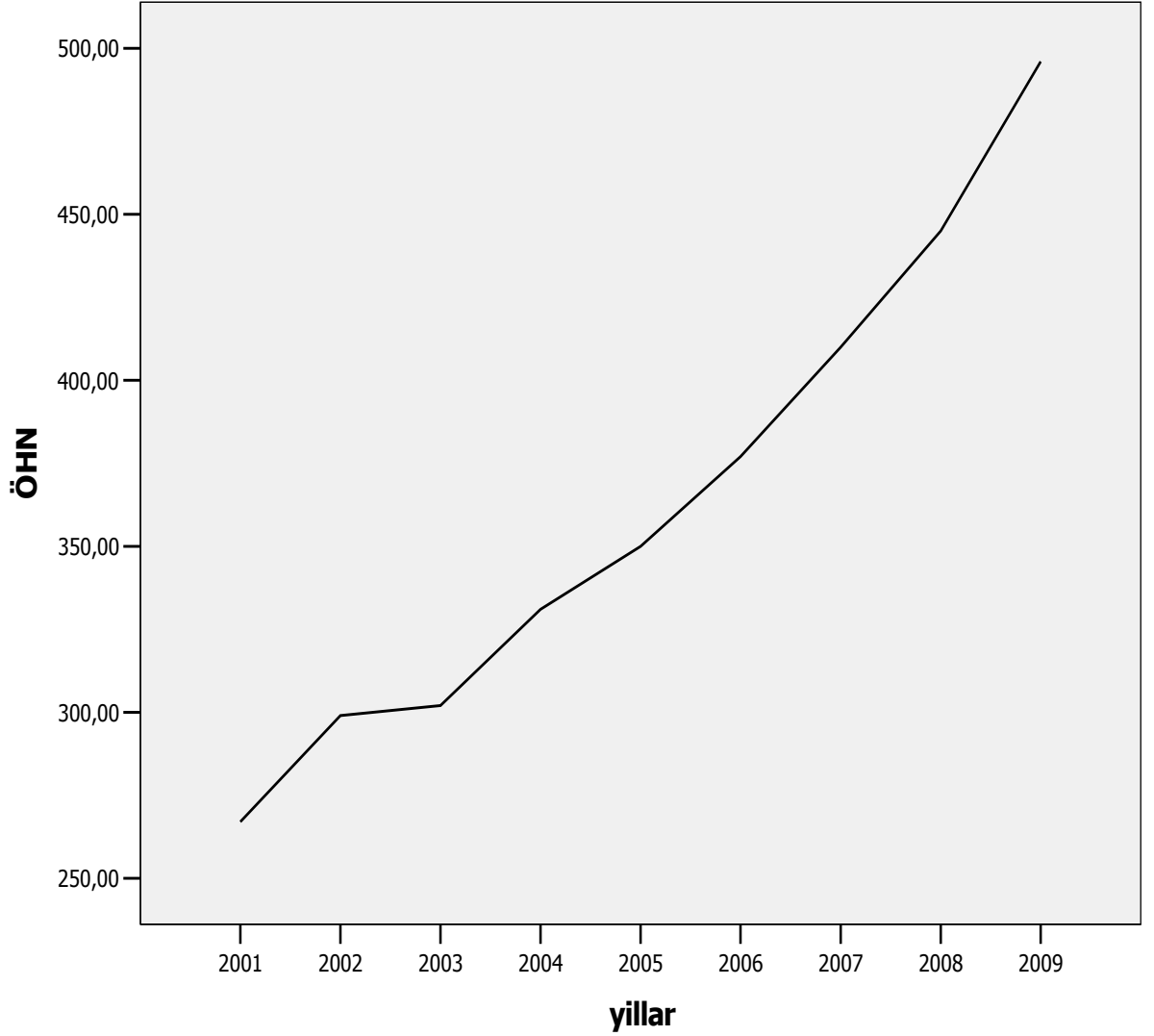
Grafik 5 incelendiğinde, özellikle 2003 yılı ile birlikte özel hastanelerin doğumlarındaki artış açıkça gözlenmektedir. 2003-2009 yılları arasında dalgalanmalar olmakla birlikte gelen trend özel hastanelerin sayısındaki artışa işaret etmektedir.

Grafik 6: Yıllar Bazıda Kamu Hastaneleri Ölümleri ile Özel Hastane Doğumlarının Karşılaştırması



Grafik 6'da kamu hastaneleri ölümleri ile özel hastane doğumları karşılaştırılmıştır. Söz konusu yıllar arasında genel trend kamu hastaneleri için ölümlerin artışı şeklinde olurken, özel hastaneler için doğumları artışı şeklinde olmuştur.

Grafik 7: Yıllar Bazında Özel Hastane Popülasyonundaki Değişim



Grafik 7 incelendiğinde, 2001-2009 yılları arasında özel hastaneler popülasyonundaki artış görülmektedir.

Tablo 18: Kamu Hastanelerine İlişkin Modeller

| | MODEL1 | MODEL2 | MODEL3 | MODEL4 |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| KHN | $\beta=-,016$ SE=,031 p=,613 | | | |
| KHN² | $\beta=,000$ SE=,000 p=,937 | | | |
| KHÖÖLM | | $\beta=-,011$ SE=,003 p=,001 | | |
| SAĞDÖN | | | $\beta=5,043$ SE=,732 p=,000 | |
| HÜKDEG | | | | $\beta=1,279$ SE=,195 p=,000 |
| S.D | 2 | 1 | 1 | 1 |

Tablo 19: Özel Hastanelere İlişkin Modeller

| | MODEL5 | MODEL6 | MODEL7 | MODEL8 | MODEL9 |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ÖHN | $\beta=-,371$ SE=,062 p=,000 | | | | |
| ÖHN² | $\beta=,000$ SE=,000 p=,000 | | | | |
| ÖHÖDGM | | $\beta=-,539$ SE=,071 p=,000 | | | |
| ÖHÖDGM² | | $\beta=,007$ SE=,001 p=,000 | | | |
| SAĞDÖN | | | $\beta=6,204$ SE=1,004 p=,000 | | |
| HÜKDEG | | | | $\beta=4,343$ SE=,381 p=,000 | |
| KHN | | | | | $\beta=-,027$ SE=,003 p=,000 |
| S.D | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |

3.6. Araştırmanın Bulguları

Tablo 18’de yer alan modellerde bağımsız değişkenlerin kamu hastanelerinin ölüm oranlarına olan etkileri Hipotez 1, Hipotez 2, Hipotez 3 ve Hipotez 4 ile sınanmıştır.

Tablo 19’da yer alan modellerde bağımsız değişkenlerin özel hastanelerin doğum oranlarına olan etkileri Hipotez 5, Hipotez 6, Hipotez 7, Hipotez 8 ve Hipotez 9 ile sınanmıştır.

3.6.1. Kamu Hastanelerine İlişkin Modellerin Bulguları:

Model 1, kamu hastanelerinin ölüm oranları üzerinde etkili olan değişkenlerin etkilerinin ne yönde olduğunun ortaya konması amacıyla oluşturulmuştur. Söz konusu modelde kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğunun ölüm oranlarına etkisi araştırılmıştır. Birinci bölümde de söz edildiği üzere, Popülasyon Ekolojisi Kuramı’nda popülasyon yoğunluğu ile ölüm oranları arasındaki ilişki Yoğunluk Bağımlılığı Kuramından hareketle -U- şeklinde tanımlanmaktadır (Hannan ve Freeman,1992). Kuramın bu argümanından yola çıkarak, Kamu Hastanelerinin popülasyon yoğunluğu ile ölüm oranları arasında -U- ilişkisinin olup olmadığı sınanmıştır. Bu amaçla birinci ve ikinci derecen etki, bir başka deyişle, kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğu ve yoğunluğun karesi birlikte modele dahil edilmiştir. Popülasyon yoğunluğunun birinci dereceden etkisinin ölüm oranını azaltıcı, ikinci dereceden etkisinin ise ölüm oranını arttırıcı etkisi olması beklenmiştir. Elde edilen sonuçlar (KHN için $\beta = -,016$, ve KHN^2 için $\beta = ,000$) incelendiğinde katsayıların işaretleri -U- ilişkisini göstermekle beraber istatistiksel olarak anlamlı değildir (KHN için $p = ,613$ ve KHN^2 için $p = ,937$). Bu durumda Hipotez 1’in kabul edilememiştir.

Model 2, Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı’nın bir başka öngörüsü olan önceki örgüt ölümleri (bir önceki yıldaki ölümler) ile ölüm oranları arasındaki negatif ilişki

argümanından hareketle geliştirilen Hipotez 2'yi (Kamu hastanelerinin önceki ölümleri ile ölüm oranları arasında negatif bir ilişki vardır) sınamak üzere kurulmuştur. Elde edilen sonuçlar ($\beta = -.011$) incelendiğinde söz konusu ilişkinin doğrulandığı görülmektedir. Sonuç aynı zamanda istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p = .001$). Bu durumda Hipotez 2'i kabul edilmiştir.

Model 3'te yasal değişikliklerin kamu hastanelerinin ölüm oranları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda 2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin kamu hastanelerinin kapanmasına yönelik bir etkisi olabileceği öngörüsünden hareketle geliştirilen Hipotez 3 (Evrimsel süreç içerisinde Sağlıkta Dönüşüm Projesi kamu hastaneleri ölüm oranlarını pozitif yönde etkiler) sınanmıştır. Modelde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin etkisini araştırmak üzere kukla değişken kullanılmıştır. Bulgular incelendiğinde, söz konusu ilişkinin pozitif yönlü olduğu ($\beta = 5,043$) tespit edilmiştir. Sonucun aynı zamanda istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p = ,000$) görülmektedir. Başka bir deyişle Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin kamu hastanelerinin kapanmaları üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu noktada Hipotez 3 kabul edilmiştir.

Model 4'te politik değişikliklerin örgüt ölüm oranları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda 2002 yılında yaşanan hükümet değişikliğinin kamu hastaneleri ölüm oranları üzerindeki etkisini incelemek üzere kurulan Hipotez 4 (Evrimsel süreç içerisinde hükümet değişiklikleri ile kamu hastaneleri ölüm oranları arasında pozitif ilişki vardır) sınanmıştır. Hükümet değişikliğinin etkisini araştırmak üzere Model 3'te olduğu gibi Model 4'te de kukla değişken kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, söz konusu ilişkinin pozitif yönlü olduğu görülmektedir ($\beta = 1,279$), aynı zamanda sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p = ,000$). Başka bir deyişle hükümet değişikliklerinin kamu hastanelerinin ölümleri üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu durumda Hipotez 4 doğrulanmış ve kabul edilmiştir.

3.6.2. Özel Hastanelere İlişkin Modellerin Bulguları:

Model 5, özel hastanelerin popülasyon yoğunluğu ile bu hastanelerin doğum oranları arasında eğrisel bir ilişki olup olmadığının sınamak üzere geliştirilmiştir. Birinci bölümde de söz edildiği üzere, Popülasyon Ekolojisi Kuramı'nda yoğunluk ile doğum oranları arasındaki ilişki Yoğunluk Bağımlılığı Kuramından hareketle - ters U-şeklinde tanımlanmaktadır (Hannan ve Freeman,1992). Kuramın bu argümanından yola çıkarak, özel hastanelerin popülasyon yoğunluğu ile doğum oranları arasında -ters U-ilişkinin olup olmadığı sınanmıştır. Bu amaçla birinci ve ikinci derecen etki, bir başka deyişle, özel hastanelerin popülasyon yoğunluğu ve yoğunluğun karesi birlikte modele dahil edilmiştir. Popülasyon yoğunluğunun birinci dereceden etkisinin doğum oranını arttırıcı, ikinci dereceden etkisinin ise doğum oranını azaltıcı etkisi olması beklenmiştir. Bulgular (OHN için $\beta = -,759$ ve OHN^2 için $\beta = ,001$) incelendiğinde sonucun -ters U-ilişkinini göstermediği görülmektedir. Bu durumda Hipotez 5'in kabul edilememiştir.

Model 6, Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı'nın bir başka öngörüsü olan önceki örgüt doğumları (bir önceki yıldaki doğumlar) ile doğum oranları arasındaki eğrisel ilişki argümanından hareketle geliştirilen Hipotez 6'yı (özel hastanelerin önceki doğumları ile doğum oranları arasında eğrisel bir ilişki vardır) sınamak üzere geliştirilmiştir. Bu amaçla birinci ve ikinci derecen etki, bir başka deyişle, özel hastanelerinin önceki doğumları ve önceki doğumların karesi birlikte modele dahil edilmiştir. Bu noktada önceki doğumların birinci dereceden etkisinin doğum oranını arttırıcı, ikinci dereceden etkisinin ise doğum oranını azaltıcı etkisi olması beklenmiştir. Ancak elde edilen sonuçlar (ÖHÖDGM için $\beta = -,249$ ve ÖHÖDGM^2 için $\beta = ,001$) incelendiğinde söz konusu etkinin beklenenin tam tersi yönünde olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda Hipotez 6 kabul edilememiştir.

Model 7, yasal değişikliklerin özel hastanelerin doğum oranları üzerindeki etkisini incelemek üzere geliştirilmiştir. Bu kapsamda 2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin özel hastanelerin açılmasına yönelik bir etkisi olabileceği

öngörüsünden hareketle geliştirilen Hipotez 7 (Evrimsel süreç içerisinde Sağlıkta Dönüşüm Projesi özel hastanelerin doğum oranlarını pozitif yönde etkiler) sınanmıştır. Modelde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin etkisini araştırmak üzere kukla değişken kullanılmıştır. Bulgular incelendiğinde, söz konusu ilişkinin pozitif yönlü olduğu ($\beta=2,641$) tespit edilmiştir. Sonucun aynı zamanda istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p=,000$) görülmektedir. Başka bir deyişle Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin özel hastanelerin kurulmaları üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu durumda Hipotez 7 kabul edilmiştir.

Model 8'de politik değişikliklerin özel hastanelerin doğum oranları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda 2002 yılında yaşanan hükümet değişikliğinin özel hastanelerin doğum oranları üzerindeki etkisini incelemek üzere kurulan Hipotez 4 (Evrimsel süreç içerisinde hükümet değişiklikleri ile özel hastanelerin doğum oranları arasında pozitif ilişki vardır) sınanmıştır. Hükümet değişikliğinin etkisini araştırmak üzere Model 7'te olduğu gibi Model 8'te de kukla değişken kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, söz konusu ilişkinin pozitif yönlü olduğu görülmektedir ($\beta=4,343$), aynı zamanda sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=,000$). Başka bir deyişle hükümet değişikliklerinin özel hastanelerin kurulmaları üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu durumda Hipotez 8 doğrulanmış ve kabul edilmiştir.

Son model olan Model 9'da kamu hastaneleri popülasyon yoğunluğunun özel hastaneler popülasyonundaki örgüt doğum oranlarını ne yönde etkileyeceği araştırılmıştır. Bu bağlamda Hipotez 9(Kamu hastanelerinin popülasyon yoğunluğu ile özel hastanelerin doğum oranları arasında negatif bir ilişki vardır) oluşturulmuştur. Elde edilen sonuçlar ($\beta= -,020$) bu ilişkiyi doğrular niteliktedir. Sonuçlar aynı zamanda istatistiksel olarak da ($p=,000$) anlamlıdır.

Popülasyon Ekolojisi Kuramı ile ilgili yapılan görgül çalışmalar incelendiğinde, "Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı"nın geliştirilmesinden hemen sonra çok sayıda örgüt topluluğu üzerinde sınındığı görülmektedir(Carroll ve Hannan, 1989; Hannan ve Carroll,1992; Hannan ve Freeman, 1987,1988,1989). Yapılan bu erken dönem çalışmalar, bir topluluktaki yoğunluk artışının, yoğunluğun bir noktasına kadar yeni

örgüt doğumlarını olumlu, var olanların ölümlerini olumsuz, bu noktadan sonra da yeni doğumları olumsuz, ölümleri ise olumlu yönde etkilediğini (U ve ters U ilişkileri) ortaya koymuştur(Önder ve Üsdiken,2007;167). Söz konusu ilişkiler meşrulaşma ve rekabet süreçleriyle açıklanmıştır.

Sonraki dönem çalışmalarda ise yoğunlukla doğum ve ölüm oranları arasındaki ilişkiyi açıklamak için farklı süreç ve etkenler üzerinde durulmuştur(Zucker, 1989; Delacroix ve Rao, 1994). Bu çalışmaların çıkış noktasını meşrulaşma sürecinin, doğrudan ölçülemiyor olması ve yoğunluk üzerindeki etkisinin doğrudan bir kanıtının bulunmaması oluşturmuştur. Zucker (1989), örgüt topluluklarının ilk dönemlerinde yaşadıkları hızlı büyümenin kademeli bir meşrulaşma sürecinin değil, dışsal bir şokun, örneğin bir buluşun ya da siyasi bir değişimin sonucunda ortaya çıkabileceğini ileri sürmektedir.

Bazı çalışmalarda bilişsel meşrulaşmadan çok sosyopolitik meşrulaşmaya vurgu yapmışlardır(Baum ve Oliver, 1992; Baum ve Powell, 1995). Sosyopolitik meşrulaşmadan kastedilen bir örgütsel biçimin devlet veya mesleki örgütler gibi güçlü kurumlarla ilişkisinin niteliği ve onlar tarafından kabul görüp görmediğidir. Baum ve Oliver (1992) bu fikri “kurumsal ortama gömülülük” olarak tanımlamışlar ve sosyopolitik meşrulaşmayı, çevredeki önemli kurumlarla kurulan resmi ilişkilerin yoğunluğu olarak ölçülebilir hale getirmişlerdir. Çalışmalarında ilişki yoğunluğu analize dahil edilmediğinde “Yoğunluk Bağımlılığı Kuramı” destek bulurken, ilişki yoğunluğu analize dahil edildiğinde ise, yoğunluktaki artışları, yoğunluğun hem düşük hem de yüksek olduğu dönemlerde doğum oranını azalttığı, ölüm oranlarını ise arttırdığı tespit edilmiştir(Önder ve Üsdiken, 2007; 170).

Hannan ve Carroll’ın (1995) sosyopolitik faktörleri ikinci derecede öneme sahip olarak değerlendirmelerine rağmen, bazı görgül çalışmalar (Dobbin ve Dowd,1997; Ingram ve Simons,2000; Russo, 2001; Wade, Swaminathan ve Saxon,1998) bu faktörlerin önemine vurgu yapmaktadır. Söz konusu çalışmalarda özellikle devlet eliyle gerçekleştirilen düzenlemelerin örgüt toplulukları üzerinde beklenmedik etkileri şekillendiriyor olması ön plana çıkarılmaktadır.

Bu çalışmada da, popülasyon yoğunluğunun ölüm ve doğum oranları üzerindeki etkisini sınamak üzere kurulan hipotezlerin (Hipotez 1 ve Hipotez 5) “Yoğunluk Bağımlılığı” kuramını destekler nitelikte olmadığı görülmektedir. Bu durumla ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı’nın Türk sağlık alanında gerçekleştirdiği yasal düzenlemelerin yansımalarının, yoğunluk bağımlılığının etkilerini tersine çevirecek güçte olduğu yorumu yapılabilir. Bu bulgu, devlet eliyle gerçekleştirilen düzenlemelerin örgüt toplulukları üzerinde beklenmedik etkiler yaratabileceğinin vurgulandığı çalışmaların bulgularıyla da (Dobbin ve Dowd,1997; Ingram ve Simons,2000; Russo, 2001; Wade, Swaminathan ve Saxon,1998) paralellik göstermektedir.

Literatürde önceki doğumlar ile doğum oranları arasındaki ilişkiyi sınavan görgül çalışmalarda mevcuttur (Delacroix ve Carroll, 1983; Carroll ve Huo, 1986; Carroll ve Hannan, 1987,1989; Delacroix ve Solt,1988; Barnett ve Amburgey, 1990). Söz konusu çalışmalarda, önceki doğumların doğum oranlarını önce arttırdığı, daha sonra ise doğumlar üzerinde giderek azalan bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgular, kuramın; önceki doğumlar ile doğum oranları arasında eğrisel ilişki argümanını da destekler niteliktedir.

Önceki ölümler ile ölüm oranları arasındaki ilişkinin sınıandığı görgül çalışmalarda ise söz konusu ilişki, pozitif yönlü olarak bulunmuştur (Delacroix ve Carroll, 1983; Carroll ve Huo, 1986; Carroll ve Hannan, 1987,1989; Delacroix ve Solt,1988; Barnett ve Amburgey, 1990). Bu bulgular da, kuramın; önceki ölümler ile ölüm oranları arasındaki negatif ilişki argümanını destekler nitelikte olmuştur.

Söz konusu çalışmaların örneklemleri incelendiğinde, araştırmaların gazete kuruluşları, yerel işçi sendikaları, şarap üreticileri, kooperatif ve telefon sektörü gibi sektörler üzerinde yürütüldüğü görülmektedir. Sayılan örgüt toplulukları devlet müdahalelerin sıkça ve güçlü olarak geçerli olmadığı topluluklardır. Bu çalışmada ise bizzat devletin gerçekleştirdiği bir yasal düzenlemenin etkileri araştırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin sağlık kuruluşlarının davranışlarını nasıl şekillendirdiğini anlamaya yönelik yapılan araştırma da önceki doğumların doğum oranlarına ve önceki ölümlerin ölüm oranlarına etkileri

Hipotez 2 ve Hipotez 6 ile sınınmış ancak kuramın öngördüğü şekilde sonuçlanmamıştır. Bu durumun nedeni irdelendiğinde, yoğunluk bağımlılığı ilişkisinde olduğu gibi, devlet eliyle gerçekleştirilen müdahalelerin örgüt toplulukları üzerinde son derece güçlü etkilere sahip olduğu ve söz konusu etkilerin popülasyon dinamiklerini tersine çevirdiği yorumu yapılabilir.

Sonuç olarak; bu çalışmada popülasyon dinamiklerinin sınındığı hipotezler kabul edilememiştir. Bunun nedeni olarak, yukarıda da bahsedildiği gibi, devlet müdahalelerinin sağlık kuruluşları üzerindeki güçlü etkileri gösterilebilir. Politik ve yasal değişimlerin etkilerinin sınındığı modellerde; hükümet değişikliği ve akabindeki “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin sağlık kuruluşları üzerindeki etkilerinin hipotezlerin (Hipotez 3, Hipotez 4, Hipotez 7 ve Hipotez 8) öngördüğü şekilde gerçekleştiği görülmüştür.

SONUÇ

Bu çalışmada, Popülasyon Ekolojisi Kuramı temel alınarak, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin sağlık kuruluşlarının davranışlarını ne yönde etkilediği tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bu bağlamda çalışmanın birinci bölümünde Popülasyon Ekolojisi Kuramı kuramsal açıdan incelenmiş ve temel argümanları açıklanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde Türk sağlık alanının genel profilini ortaya koymak amacıyla; ekonomik, sosyal, teknolojik, politik ve yasal bağlamda incelemeler ve tespitler yapılmıştır. Bu bölümde ayrıca, 1980’li yıllardan itibaren sağlık alanında da etkili olan neo-liberal politikaların bir uzantısı olarak kabul edilen ve 2003 yılında uygulanmaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”ne geniş yer verilmiş, projenin sağlık kuruluşları üzerindeki etkilerinden bahsedilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise; yürütülen araştırma ile ilgili açıklamalar yapılmıştır. Bu kapsamda, çalışmanın tasarımı, yöntemi ve sınırlılıkları hakkında bilgiler verilmiş, kurulan hipotezler ve modeller açıklanmış ve elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin sağlık kuruluşlarının davranışları üzerindeki etkileri kamu ve özel sektör kuruluşları bazında incelenmiştir. Söz konusu yasal değişimlerin, kamu kuruluşları üzerindeki etkilerini tespit etmek amacıyla dört, özel kuruluşlar üzerindeki etkilerini tespit etmek amacıyla ise beş hipotez kurulmuş ve bu hipotezler oluşturulan modellerle sınanmıştır.

Modellerde, Popülasyon Ekolojisi Kuramı’nın temel argümanı olan Yoğunluk Bağımlılığı Kuramını sınamak üzere literatürde kullanılan yaklaşımlardan hareketle

popülasyon dinamiklerinin kurulma oranlarına olan etkileri, (popülasyon yoğunlukları ve bir önceki yıldaki gerçekleşen kurulmalar) birinci düzey ve ikinci düzey olmak üzere incelenmiştir. Birinci düzeydeki etkiler doğrusallığı ikinci düzey etkiler ise eğriselliği ölçmek için kullanılmıştır. Çalışmada ayrıca 2002 yılında yaşanan hükümet değişikliği ve bu değişiklikle beraber gündeme gelen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin özel ve kamu sağlık kuruluşları üzerindeki etkileri sınamak üzere modeller oluşturulmuştur.

Bulgular incelendiğinde, Yoğunluk Bağımlılığı Kuramını sınamak üzere oluşturulan hipotezlerin doğrulanmadığı ancak, politik ve yasal değişimlerin sağlık kuruluşlarının davranışları üzerindeki etkilerinin, kurulan hipotezleri doğrular nitelikte olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, “ Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin kamu sağlık kuruluşlarının ölüm oranlarını arttırıcı yönde etkileri görülürken, özel sektör sağlık kuruluşlarının ise doğum oranları üzerinde arttırıcı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Acar, Y. 1987. Ülkemizde KİT'ler ve Özelleştirme, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Kasım, Cilt: VIII Sayı 1-2
- Akdur, Recep. 1999, Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, Türkiye Bilimler Akademisi, Aralık, Ankara
- Aksakoğlu, G. ve Sönmez, Y. 2003. Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı, Toplum ve Hekim, Cilt:18, Sayı 3, 198.
- Alto, CA: Annual Reviews. Baum, J. A. C. 1996. Organizational ecology. In S. Clegg, C. Hardy, ve W. Nord (Eds.), Handbook of organization studies: 77-114. London: Sage.
- Aldrich, H. 1990. Using an ecological perspective to study organizational founding rates. Entrepreneurship Theory and Practice, 14(3): 7-24.
- Aldrich, H. 1999. Organizations Evolving, Sage Publications.
- Amburgey, T. L., Kelly, D., ve Barnett, W. P. 1993. Resetting the clock: The dynamics of organizational change and failure. Administrative Science Quarterly, 38: 51-73.
- Amburgey, T. ve Rao, H. 1996. Organizational ecology: Past, present and future directions. The Academy of Management Journal, 39(5): 1265-1286.
- Bahle, 2003. The Changing Intitutilization of Social Services in England and Wales, France and Germany: Is Welfare State on retreat?, Journal of European Social Policy, Vol:13, No:1
- Balcı, Asım ve Kırılmaz, Harun. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları, <http://performans.saglik.gov.tr/content/files/performans.../ykyssy.pdf>
- Barnett, W. 1990. The organizational ecology of a technological system. Administrative Science Quarterly, 35: 31-60.
- Barnett P., Carroll G. 1987. Competition and mutualism among early telephone companies. Administrative Science Quarterly, 32: 400-421.

- Barnett, P. ve Carroll, G. 1995. Modeling internal organizational change. *Annual Review of Sociology*, 21:217-236.
- Barnett, W.P. ve Amburgey, T.L., 1990. Do larger organizations generate stronger competition? Singh, J.V., (Der) *Organizational Evolution: New directions*, Sage , Newbury Park, CA, 78-102
- Barron, D. N., West, E. ve Hannan, M.T. 1998. Deregulation and competition in the financial industry. *Industrial and Corporate Change*, 7(1):1-32.
- Barron, D., West E. ve Hannan M. 1994. A time to grow and a time to die: Growth and mortality of credit unions in New York City, 1914-1990. *American Journal of Sociology*, 100: 381-421.
- Barron, D.N ve Hannan, M.T. 1991. Autocorrelation and density dependent in organizational founding rates. *Sociological Methods and Research*, 20(2): 218:241.
- Barnett, W. P. 1990. The organizational ecology of a technological system. *Administrative Science Quarterly*, 35: 31-60.
- Barnett, W. P., ve Amburgey, T. L. 1990. Do larger organizations generate stronger competition? In J. Singh (Ed.), *Organizational evolution: New directions*: 78-102. Newbury Park, CA: Sage.
- Barnett, W. P. ve Carroll, G. R. 1995. Organizational ecology. In J. Hagan ve K. S. Cook (Eds.), *Annual review of sociology*, vol. 21: 217-236.
- Barrinientos, A. 2002. Social Protection and Informal Employment in Latin America: From the Weak to Strong, Cornell Conference on Rethinking Labour Market and Informalization: Precarious Jobs, Poverty and Social Protection, 18-19 October.
- Baum, J. C. A 1996. Organizational ecology. S. Clegg, C. Hardy ve W. Nord (Der.) *Handbook of Organization Studies*, London: Sage, 77-114.
- Baum, J. A. C., ve Oliver, C. 1991. Institutional linkages and organizational mortality. *Administrative Science Quarterly*, 36: 187-218.
- Baum, J. A. C., ve Oliver, C. 1992. Institutional embeddedness and the dynamics of organizational populations. *American Sociological Review*, 57: 540-549.
- Baum, J. A. C., ve Rowley, T.J. 2002. Companion to Organizations: An Introduction, *The Blackwell Companion to Organizations*. 1-34, Oxford, Blackwell

Baum, J. A. C., ve Powell, W. A. 1995. Cultivating an institutional ecology of organizations: Comment on Hannan, Carroll, Dundon, and Torres. *American Sociological Review*, 60: 529-538.

Baum, J. A. C., ve Singh, J. V. 1994a. Organizational niche overlap and the dynamics of organizational founding. *Organization Science*, 5: 483-502.

Baum, J. A. C., ve Singh, J. V. 1994b. Organizational niche overlap and the dynamics of organizational mortality. *American Journal of Sociology*, 100: 346-380.

Baum, J. A. C., ve Singh, J. V. 1994c. Evolutionary dynamics of organizations. New York: Oxford University Press. Bowman, E. H. 1984. Content analysis of annual reports for corporate strategy and risk. *Interfaces*, 14: 61-71.

Berger, P. ve Luckmann, T. 1967. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Newyork: Doubleday

Brittain, J. W., ve Wholey, D. R. 1989. Assessing organizational ecology as sociological theory: Comment on Young. *American Journal of Sociology*, 95: 439-444.

Bromiley, P. 1991. Testing a model of corporate risk taking and performance. *Academy of Management Journal*, 34: 37-59.

Boons, F. ve Strannegard, L. 2000. Organizations Coping with Their Natural Environment, *International Studies of Management and Organization*, 30(3): 7-17

Carroll, G. R. 1984. Organizational ecology. In R. H. Turner ve J. F. Short, Jr. (Eds.), *Annual review of sociology*, vol. 10: 71-93. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Carroll, G. R. 1985. Concentration and specialization: Dynamics of niche width in populations of organizations. *American Journal of Sociology*, 90: 1262-1283.

Carroll, G. R. 1988. *Ecological models of organizations*. Cambridge, MA: Ballinger.

Carroll, G. R., ve Hannan, M. T. 1989. On using institutional theory in studying organizational populations: Reply to Zucker. *American Sociological Review*, 54: 545-548.

Carroll, G. ve Hannan, M. 1989. Density dependence in the evolution of populations of newspaper organizations. *American Sociological Review*, 54: 524-541.

Carroll, G. ve Hannan, M. 2000. *The demography of organizations and industries*. Princeton Press.

Carroll, G. ve Harrison R. 1994. On the historical efficiency of competition between organizational populations. *The American Journal of Sociology*, 100(3): 720-749.

Carroll, G., ve Hannan M. 1995. Organizations in Industry: Strategy, Structure and Selection, Oxford.

Carroll, G. ve Huo, P.Y. 1986. Organizational task and institutional environments in ecological perspective: findings from the local newspaper industry. The American Journal of Sociology, 91(4): 838-873.

Carroll, G., ve Swaminathan, A. 1991 Density dependent evolution in the American brewing industry from 1633 to 1988. Acta Sociologica, 34: 155-175

Carroll, G. R., Haveman, H. A., ve Swaminathan, A. 1992. Careers in organizations: An ecological perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, ve M. Perlmutter (Eds.). Life-span development and behavior, vol. 11: 112-144.

Cox, R.D. 1972. Regression models and life tables. Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological), 34(2): 187-220.

Delacroix, J., ve Carroll, G. R. 1983. Organizational founding: An ecological study of the newspaper industries in Argentina and Ireland. Administrative Science Quarterly, 28: 274- 291.

Delacroix, J., ve Rao, H. 1994. Externalities and ecological theory: Unbundling density dependence. In J. A. C. Baum ve J. V. Singh (Eds.), Evolutionary dynamics of organizations: 255-268. New York: Oxford University Press.

Dimaggio, p. J. ve Powell, w. W. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, American Sociological Review, 48: 146-160

Dirican Rahmi ve Bilgel Nazan. 1993.Halk Sağlığı: Toplum Hekimliği, Uludağ Üniversitesi Basımevi,2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayın No: 70, s. 544-546.

Erçen, A.E. 2010. Kurumsal Taklitçilik-Izomorfizm: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program Hedeflerinin Ulaşılabilirliği, Akademik Bakış Dergisi, Sayı 19, Ocak – Şubat – Mart – 2010 <http://www.akademikbakis.org>

Finn, D. 2000. Welfare to Work: The Local Dimension, Kournal of European Social Policy, Vol:10, No:1

Fişek, G. ve Gökbayrak, Ş.2004. Küreselleşme ve Sosyal Sağlık, sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=56 Erişim Tarihi: 11.04.2010

Freeman, J. H. 1990. Ecological analysis of semiconductor firm mortality. In J. V. Singh (Ed.), *Organizational evolution: New directions*: 53-77. Newbury Park, CA: Sage.

Freeman, J. H., ve Hannan, M. T. 1983. Niche width and the dynamics of organizational populations. *American Journal of Sociology*, 88: 116-145. Granovetter, M. 1985. Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91: 481-510.

Freeman, J., Carroll, G. ve Hannan M. 1983. The liability of newness: age dependence in organizational death rates. *American Sociological Review*, 48(5): 692-710.

Gökbayrak, Şenay.2004. Çağdaş Hekimlik Yaklaşımında Sosyal Hizmet ve Toplum Katılımının Önemi, [link](#) Erişim Tarihi: 17.04.2010

Hannan, M. T. 1988, Organizational population dynamics and social change. *European Sociological Review*, 4(2): 95-109.

Hannan, M. T. 1991. Theoretical and methodological issues in analysis of densitydependent legitimation in organizational evolution. *Sociological Methodology*, 21: 1- 42.

Hannan, M. T., ve Carroll, G. R. 1992. *Dynamics of organizational populations*. New York: Oxford University Press.

Hannan, M. T., ve Carroll, G. R. 1995. Theory building and cheap talk about legitimation: Reply to Baum and Powell. *American Sociological Review*, 60: 539-544.

Hannan, M. T., ve Freeman, J. H. 1977. The population ecology of organizations. *American Journal of Sociology*, 82: 929-964.

Hannan, M. T., ve Freeman, J. H. 1984. Structural inertia and organizational change. *American Sociological Review*, 49: 149-164.

Hannan, M. T., ve Freeman, J. H. 1989. *Organizational ecology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hannan, M. T. ve Freeman J. 1987. The ecology of organizational founding: American labor unions. 1836-1985. *American Journal of Sociology*, 92: 910-943.

Hannan, M. T. ve Freeman J. 1988. The ecology of organizational mortality: American labor unions. 1836-1985. *American Journal of Sociology*, 94(1): 25-952.

Kaya, Neval.2008. Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Kazgan, G. 2002 Tanzimat'tan 21. Yüzyıla Türkiye Ekonomisi Birinci Küreselleşmeden İkinci Küreselleşmeye, 2002, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, [ISBN 9756857315](#)

Koçel,T. 2005. İşletme Yöneticiliği, Arıkan Basım, 10. Baskı, İstanbul

Lund,F. Ve Srinivas, S. 2000 Learning from experience: A Gendered Approach to Social Protection for Workers in the Informal Economy, Geneva

Lomi, A. 1995a. The Population ecology of organizational founding: Location dependence and unobserved heterogeneity. Administrative Science Quarterly, 40(1): 111-144.

Lomi, A. 1995b. The population and community ecology of organizational founding: Italian co-operative banks, 1936-1989. European Sociological Review, 11(1): 75-98.

Lomi, A. ve Larsen, E.R. 1996. Interacting locally and evolving globally: a computational approach to the dynamics of organizational populations, Academy of Management Journal, 39(5): 1287-1321.

Meyer ve Rowan. 1977. Institutional organizations: Formal structure as myth and ceremony. The American Journal of Sociology [AJS], 83, 340 - 363.

Orhan, Ö.2006. Küreselleşme süreci ve Türkiye’de sağlık politikaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Özdemir, A.M. 2005.Sağlığın Ekonomi Politikası: Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma Süreci Üzerine Bir Deneme, Ekonomik Yaklaşım, Cilt:16, Sayı:56, 85-86

Özen, M.“Hizmet Ticareti Anlaşması’nın (GATS) Sağlık Alanına Etkileri, Toplum ve Hekim, Cilt:17, Sayı:3, Mayıs Haziran, 182-187.

Özen. Ş. 2007. Yeni Kurumsal Kuram: Örgütleri Çözümlemede Yeni Ufuklar ve Yeni Sorunlar, Örgüt Kuramları, Ankara, İmge Kitabevi

Painter, C. N. 2002. Early Leader Effects on the Process of Institutionalization Through Cultural Embedding: The Cases of William J. Donovan, Allen W. Dulles, and J. Edgar, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Virginia: Polytechnic Institute and State University Publications

Pfeffer, J. ve Salancik, G.R. 1978(2003). The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective. Stanford Business Classics, Stanford University Press

- Rao, H. 2002. Interorganizational Ecology. J. A .C. Baum (Der.), Companion to organizations, Oxford: Blackwell.
- Sağlık Bakanlığı, 2007. Türkiye’de Sağlık Bakış 2007. Refik Saydam Hıfzıssıhha Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- Sağlık Bakanlığı, 2007.Strateji Geliştirme Başkanlığı Verileri
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961 tarih ve 224 sayılı), Erişim: 12.05.2010, <http://www.istabip.org.tr/yasa/sosyalk.html>.Erişim Tarihi: 10.04.2010
- Samuel Scott, A. 2001. Health İmpact Assessment, Working for Health,(eds:Tom Heller, Rosemary Muston, Mayra Sidelland, Caty Lloyd) Sage Publications
- Sargut, S. Ve Özen, Ş. 2007. Örgüt Kuramlarına Genel Bakış: Karşılaştırmalı Bir Çözümleme, Örgüt Kuramları, Ankara, İmge Kitabevi
- Sargutan, E. 2005. Sağlık Teknolojisi Yönetimi. www.sid.hacettepe.edu.tr/Esargutan.shtml Erişim Tarihi: 17.05.2010
- Selznick, P. 1996 Institutionalism "Old" and "New", Administrative Science Quarterly, 41:270-277
- SES, 1998. Dünya’da ve Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları. Türkiye İşçi Sendikası Yayınları
- Singh, J. (Der). 1990. Organizational Evolution: New Directions. Newbury Park, CA: Sage.
- Singh, J.V., House, R.J. ve Tucker, D.J. 1986. Organizational Change and Organizational Mortality. Administrative Science Quarterly, 31(4): 587-611.
- Singh, V. J., ve Lumsden, J.C. 1990. Theory and research in organizational ecology. Annual Review of Sociology, 16: 161-195.
- Soyer,A. ve Belek, İ. 1997. Türkiye’de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları, Dünyada ve Türkiye’de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu, Sempozyum Bildirileri Kitabı, Cilt 1, İstanbul
- TUBİTAK, 2001.Teknoloji Öngörüsü ve Ülke Örnekleri Çalışma Raporu
- Üsdiken, B. 2007. Çevresel Baskı ve Talepler Karşısında Örgütler: Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı, Örgüt Kuramları, Ankara, İmge Kitabevi
- Üzmez, O. 2006. Küreselleşmenin Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli

Yay,M., Çoker, E. ve Uysal, Ö. 2007. Yaşam Analizinde Cox Regresyon Modeli ve Artıkların İncelenmesi, Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 38:139-145.

Yeloğlu, O.H. 2007. Örgütsel Ekoloji ve Popülasyonlar Arası Etkileşimler: Türkiye Sermaye Piyasasındaki Aracı Kurumlar Örneği, Doktora tezi, Ankara

Young, R. 1988. Is population ecology a useful paradigm for the study of organizations?. American Journal of Sociology, 94(1): 1-24.

EKLER:

MODEL1

Omnibus Tests of Model Coefficients(a,b)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Step | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|---------------------------|----|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df |
| 2388,691 | 67,451 | 2 | ,000 | 67,140 | 2 | ,000 | 67,140 | 2 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 2455,832

b Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|------|-------|------|------|----|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| KHN | -,016 | ,031 | ,257 | 1 | ,613 | ,984 | ,926 | 1,046 |
| KHN2 | ,000 | ,000 | ,006 | 1 | ,937 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |

Correlation Matrix of Regression Coefficients

| | |
|------|-------|
| | KHN |
| KHN2 | -,997 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | 3710,416 | ,978 | ,008 | ,022 |
| 2002 | 128796,231 | ,468 | ,021 | ,759 |
| 2003 | 140232,419 | ,437 | ,022 | ,827 |
| 2004 | 147507,511 | ,419 | ,023 | ,870 |
| 2005 | 397710,248 | ,096 | ,013 | 2,345 |
| 2006 | 930097,537 | ,004 | ,001 | 5,484 |
| 2007 | 1363055,573 | ,000 | ,000 | 8,037 |
| 2008 | . | ,000 | . | . |

Covariate Means

| | Mean |
|------|------------|
| KHN | 707,841 |
| KHN2 | 503637,450 |

MODEL2

Omnibus Tests of Model Coefficients(a,b)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Step | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|---------------------------|----|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df |
| 3088,715 | 11,115 | 1 | ,001 | 12,410 | 1 | ,000 | 12,410 | 1 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3101,125

b Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|--------|-------|------|--------|----|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| KHÖÖLM | -,011 | ,003 | 10,998 | 1 | ,001 | ,989 | ,983 | ,996 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | ,027 | ,978 | ,008 | ,022 |
| 2002 | ,665 | ,580 | ,022 | ,545 |
| 2003 | ,700 | ,563 | ,022 | ,574 |
| 2004 | ,722 | ,553 | ,023 | ,592 |
| 2005 | 1,343 | ,333 | ,021 | 1,101 |
| 2006 | 1,984 | ,197 | ,019 | 1,626 |
| 2007 | 2,119 | ,176 | ,018 | 1,737 |
| 2008 | 2,726 | ,107 | ,014 | 2,234 |
| 2009 | . | ,000 | . | . |

Covariate Means

| | Mean |
|--------|--------|
| KHÖÖLM | 18,747 |

MODEL3

Categorical Variable Codings(c)

| | Frequency | (1)(a) |
|---------------|-----------|--------|
| SAGDÖN(b ,00) | 134 | 1 |
|) 1,00 | 174 | 0 |

a The (0,1) variable has been recoded, so its coefficients will not be the same as for indicator (0,1) coding.

b Indicator Parameter Coding

c Category variable: SAGDÖN

Iteration History(b)

| | -2 Log Likelihood(a) | Coefficient SAGDÖN |
|---|----------------------|--------------------|
| 1 | 2883,736 | 2,510 |
| 2 | 2856,315 | 3,829 |
| 3 | 2847,431 | 5,043 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3101,125

b At least one coefficient is tending to infinity after 3 iterations

Omnibus Tests of Model Coefficients(a)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Step | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|---------------------------|----|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df |
| 2847,431 | 199,123 | 1 | ,000 | 253,694 | 1 | ,000 | 253,694 | 1 |

a Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|--------|-------|------|--------|----|------|---------|---------------------|---------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| SAGDÖN | 5,043 | ,732 | 47,467 | 1 | ,000 | 154,961 | 36,910 | 650,578 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | ,000 | ,997 | ,002 | ,003 |
| 2002 | ,020 | ,836 | ,020 | ,179 |
| 2003 | ,031 | ,758 | ,032 | ,277 |
| 2004 | ,048 | ,648 | ,060 | ,433 |
| 2005 | ,517 | ,010 | ,011 | 4,640 |
| 2006 | 1,000 | ,000 | ,000 | 8,975 |
| 2007 | 1,112 | ,000 | ,000 | 9,981 |
| 2008 | 1,606 | ,000 | ,000 | 14,413 |
| 2009 | . | ,000 | . | . |

MODEL4

Categorical Variable Codings(c)

| | Frequency | (1)(a) |
|-------------|-----------|--------|
| HÜKDEG(,00 | 37 | 1 |
| b) 1,00 | 271 | 0 |

a The (0,1) variable has been recoded, so its coefficients will not be the same as for indicator (0,1) coding.

b Indicator Parameter Coding

c Category variable: HÜKDEG

Iteration History(b)

| | -2 Log Likelihood(a) | Coefficient HÜKDEG |
|---|----------------------|--------------------|
| 1 | 3083,705 | 2,053 |
| 2 | 3066,444 | 1,333 |
| 3 | 3066,365 | 1,279 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3101,125

b At least one coefficient is tending to infinity after 3 iterations

Omnibus Tests of Model Coefficients(a)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Step | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|---------------------------|----|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df |
| 3066,365 | 49,282 | 1 | ,000 | 34,760 | 1 | ,000 | 34,760 | 1 |

a Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|--------|-------|------|--------|----|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| HÜKDEG | 1,279 | ,195 | 43,143 | 1 | ,000 | 3,592 | 2,453 | 5,261 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | ,018 | ,979 | ,008 | ,021 |
| 2002 | ,486 | ,568 | ,021 | ,566 |
| 2003 | ,514 | ,549 | ,022 | ,599 |
| 2004 | ,531 | ,538 | ,022 | ,619 |
| 2005 | 1,000 | ,312 | ,021 | 1,166 |
| 2006 | 1,483 | ,177 | ,017 | 1,730 |
| 2007 | 1,595 | ,156 | ,017 | 1,860 |
| 2008 | 2,089 | ,087 | ,013 | 2,436 |
| 2009 | . | ,000 | . | . |

MODEL 5:

Iteration History(b)

| | -2 Log Likelihood(a) | Coefficient | |
|---|----------------------|-------------|------|
| | | ÖHN | ÖHN2 |
| 1 | 2483,341 | -,259 | ,000 |
| 2 | 2351,727 | -,298 | ,000 |
| 3 | 2295,968 | -,371 | ,000 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3098,728

b At least one coefficient is tending to infinity after 3 iterations

Omnibus Tests of Model Coefficients(a)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Step | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|---------------------------|----|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df |
| 2295,968 | 622,704 | 2 | ,000 | 802,760 | 2 | ,000 | 802,760 | 2 |

a Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|------|-------|------|--------|----|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| ÖHN | -,371 | ,062 | 35,972 | 1 | ,000 | ,690 | ,612 | ,779 |
| ÖHN2 | ,000 | ,000 | 24,650 | 1 | ,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |

Covariate Means

| | Mean |
|------|------------|
| ÖHN | 389,392 |
| ÖHN2 | 156281,023 |

MODEL6

Omnibus Tests of Model Coefficients(a,b)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Step | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|---------------------------|----|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df |
| 2758,307 | 481,451 | 2 | ,000 | 340,421 | 2 | ,000 | 340,421 | 2 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3098,728

b Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|---------|-------|------|--------|----|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| ÖHÖDGM | -,539 | ,071 | 56,943 | 1 | ,000 | ,583 | ,507 | ,671 |
| ÖHÖDGM2 | ,007 | ,001 | 40,547 | 1 | ,000 | 1,007 | 1,005 | 1,009 |

Correlation Matrix of Regression Coefficients

| | ÖHÖDGM |
|---------|--------|
| ÖHÖDGM2 | -,990 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | 4,381 | ,999 | ,000 | ,001 |
| 2002 | 131,679 | ,982 | ,005 | ,018 |
| 2003 | 234,432 | ,968 | ,009 | ,032 |
| 2004 | 1233,325 | ,845 | ,018 | ,168 |
| 2005 | 4517,467 | ,540 | ,052 | ,617 |
| 2006 | 14153,410 | ,145 | ,032 | 1,932 |
| 2007 | 31752,174 | ,013 | ,007 | 4,335 |
| 2008 | 62095,805 | ,000 | ,000 | 8,478 |
| 2009 | . | ,000 | . | . |

Covariate Means

| | Mean |
|---------|----------|
| ÖHÖDGM | 31,706 |
| ÖHÖDGM2 | 1225,939 |

MODEL7

Categorical Variable Codings(c)

| | Frequency | (1)(a) |
|-------------|-----------|--------|
| SAGDÖN(,00 | 47 | 1 |
| b) 1,00 | 262 | 0 |

a The (0,1) variable has been recoded, so its coefficients will not be the same as for indicator (0,1) coding.

b Indicator Parameter Coding

c Category variable: SAGDÖN

Iteration History(b)

| | -2 Log Likelihood(a) | Coefficient SAGDÖN |
|---|----------------------|--------------------|
| 1 | 2891,986 | 9,489 |
| 2 | 2887,442 | 6,424 |
| 3 | 2887,406 | 6,204 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3098,728

b At least one coefficient is tending to infinity after 3 iterations

Omnibus Tests of Model Coefficients(a)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Block | | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|----------------------------|----|------|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. |
| 2887,406 | 398,273 | 1 | ,000 | 211,323 | 1 | ,000 | 211,323 | 1 | ,000 |

a Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|--------|-------|-------|--------|----|------|---------|---------------------|----------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| SAGDÖN | 6,204 | 1,004 | 38,173 | 1 | ,000 | 494,671 | 69,121 | 3540,177 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | ,001 | ,998 | ,001 | ,002 |
| 2002 | ,003 | ,993 | ,004 | ,007 |
| 2003 | ,010 | ,974 | ,008 | ,027 |
| 2004 | ,200 | ,599 | ,053 | ,513 |
| 2005 | ,328 | ,431 | ,060 | ,842 |
| 2006 | ,626 | ,200 | ,049 | 1,609 |
| 2007 | 1,000 | ,077 | ,029 | 2,570 |
| 2008 | 1,605 | ,016 | ,009 | 4,123 |
| 2009 | . | ,000 | . | . |

MODEL8

Categorical Variable Codings(c)

| | Frequency | (1)(a) |
|-------------|-----------|--------|
| HÜKDEG(,00 | 37 | 1 |
| b) 1,00 | 271 | 0 |

a The (0,1) variable has been recoded, so its coefficients will not be the same as for indicator (0,1) coding.

b Indicator Parameter Coding

c Category variable: HÜKDEG

Iteration History(b)

| | -2 Log Likelihood(a) | Coefficient |
|---|----------------------|-------------|
| | | HÜKDEG |
| 1 | 3038,727 | 10,932 |
| 2 | 2925,439 | 4,934 |
| 3 | 2923,706 | 4,343 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 3085,836

b At least one coefficient is tending to infinity after 3 iterations

Omnibus Tests of Model Coefficients(a)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Block | | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|----------------------------|----|------|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. |
| 2923,706 | 367,313 | 1 | ,000 | 162,130 | 1 | ,000 | 162,130 | 1 | ,000 |

a Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|--------|-------|------|---------|----|------|--------|---------------------|---------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| HÜKDEG | 4,343 | ,381 | 129,999 | 1 | ,000 | 76,955 | 36,475 | 162,360 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | ,006 | ,991 | ,003 | ,009 |
| 2002 | ,024 | ,961 | ,008 | ,040 |
| 2003 | ,067 | ,894 | ,017 | ,112 |
| 2004 | ,257 | ,649 | ,029 | ,432 |
| 2005 | ,386 | ,522 | ,032 | ,650 |
| 2006 | ,686 | ,315 | ,029 | 1,155 |
| 2007 | 1,063 | ,167 | ,022 | 1,791 |
| 2008 | 1,676 | ,059 | ,011 | 2,824 |
| 2009 | . | ,000 | . | . |

MODEL 9

Omnibus Tests of Model Coefficients(a,b)

| -2 Log Likelihood | Overall (score) | | | Change From Previous Step | | | Change From Previous Block | | |
|-------------------|-----------------|----|------|---------------------------|----|------|----------------------------|----|------|
| | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. | Chi-square | df | Sig. |
| 2289,012 | 134,583 | 1 | ,000 | 129,634 | 1 | ,000 | 129,634 | 1 | ,000 |

a Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 2418,646

b Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

| | B | SE | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% CI for Exp(B) | |
|-----|-------|------|---------|----|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| KHN | -,027 | ,003 | 110,618 | 1 | ,000 | ,973 | ,968 | ,978 |

Survival Table

| Time | Baseline Cum Hazard | At mean of covariates | | |
|------|---------------------|-----------------------|------|------------|
| | | Survival | SE | Cum Hazard |
| 2001 | 9267502,998 | ,968 | ,009 | ,033 |
| 2002 | 23838738,958 | ,919 | ,014 | ,084 |
| 2003 | 35953068,799 | ,881 | ,018 | ,127 |
| 2004 | 92718124,616 | ,721 | ,026 | ,327 |
| 2005 | 158813679,336 | ,572 | ,030 | ,559 |
| 2006 | 448410077,987 | ,206 | ,021 | 1,579 |
| 2007 | 1026120144,645 | ,027 | ,008 | 3,614 |
| 2008 | . | ,000 | . | . |

Covariate Means

| | Mean |
|-----|---------|
| KHN | 707,841 |

ÖZGEÇMİŞ

(Duygu ACAR)

Doğum Yeri ve Yılı : Bursa - 1985

| Öğr.Gördüğü Kurumlar : | Başlama Yılı | Bitirme Yılı | Kurum Adı |
|------------------------|--------------|--------------|-------------------------------|
| Lise : | 1997 | 2003 | Bursa Anadolu Lisesi |
| Lisans : | 2003 | 2007 | Uludağ Üniversitesi |
| Yüksek Lisans : | 2007 | - | U.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü |

Doktora :

Medeni Durum : Bekar

Bildiği Yabancı Diller ve Düzeyi : İngilizce / İleri düzey

| Çalıştığı Kurum (lar) : | Başlama ve Ayrılma Tarihleri | Çalışılan Kurumun Adı |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | 2009 - | Uludağ Üniversitesi SBE İşletme ABD |

Katıldığı Yurt İçi ve Yurt Dışı Bilimsel Toplantılar:

- 17. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi, 2009, Eskişehir
- Üniversite-Sanayi İşbirliği Ulusal Kongresi, 2009, Eskişehir
- 1.Uluslararası Girişimcilik Kongresi,2009,İzmir
- 8. kalite ve Başarı Sempozyumu, 2010 Bursa

Yayımlanan Çalışmalar:

Bilçin Tak, Aydem Çiftçioğlu, **Duygu Acar**, Aylin Bağrıncı, “Yabancı Yazın Bağımlı Olma” Üzerine Bir Tartışma: Türkçe Örgütsel Bağlılık Yazınının Genel Profili” 17. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi, 2009, Eskişehir

Bilçin Tak, **Duygu Acar**, Umut Eroğlu, “The Strategic Responce of The Turkish Bus Passenger Transportation Companies to Threats of Domestic Airlines: A Field Study”, International Knowledge, Economy & Management Congress, 2009, Yalova

Bilçin Tak, **Duygu Acar**, Umut Eroğlu, “Are Turkish Bus Passenger Transportation Companies Aware of Strategic Therats and Opportunities Coming from Turkish Airline Sector: A Field Study” Entrepreneurship Congress, 2009, İzmir.

Bilçin Tak, Umut Eroğlu, **Duygu Acar**, “Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin Stratejik Bir Yaklaşım ile Yönetilip- Yönetilmediğini Tespit Etmeye Yönelik Bir Saha Çalışması” 16-17 Nisan 2010, İstanbul.

Bilçin Tak, Umut Eroğlu, **Duygu Acar**, “İşletmenin Stratejik Konumu Ve Rekabetçi Üstünlüklerine İlişkin Bilginin Örgüt İçindeki Yayılımı: Sondajlama Tekniği İle Yürütülen Bir Saha Çalışması” 9. Ulusal İşletmecilik Kongresi, 6-8 Mayıs 2010, Zonguldak

Kurtuluş Kaymaz, Aydem Çiftçioğlu, **Duygu Acar**, “ Bursa’ da Faaliyet Gösteren İşletmelerin Üniversite-Sanayi İşbirliği Algıları ve Yönetim Organizasyon Konuları Kapsamında Bir İnceleme, 18.Yönetim Organizasyon Kongresi 20-22 Mayıs 2010, Adana

Duygu ACAR