

Dönüşüm mü, gelişim mi? Kamu hastanelerinin yönetiminde yeni bir kurumsal mantığa doğru*

Mustafa Özseven

*Çukurova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Balcalı Kampüsü, Sarıçam /Adana
e-posta: mozseven@cu.edu.tr*

Ali Danışman

*Çukurova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Balcalı Kampüsü, Sarıçam /Adana
e-posta: adanis@cu.edu.tr*

Ali Suha Bingöl

*Çukurova Aşkim Tüfekçi Devlet Hastanesi, Hacı Ömer Sabancı Caddesi, Seyhan / Adana
e-posta: alisbingol@hotmail.com*

Özet

Bu çalışma, Türkiye’de son yıllarda kamu hastanelerinin yönetiminde gerçekleşen değişimin kurumsal mantıklar perspektifinden bakıldığında nasıl bir nitelik taşıdığını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışmada spesifik olarak kamu hastanelerinin yönetimini şekillendiren ve geleneksel olarak varlığını sürdüren kamu hizmeti mantığının 2003 sonrası yapılan düzenleme ve uygulamalarla yeni bir kurumsal mantığa mı dönüştüğü, yoksa temel unsurlarını koruyarak bir gelişim seyri mi izlediği anlaşılmaya çalışılmaktadır. Yapılan doküman incelemeleri ve görüşmeler ile bu çerçevede gerçekleştirilen kodlamalar neticesinde, geleneksel olarak Türk sağlık alanında önemli bir yeri olan kamu hizmeti kurumsal mantığının “işletme benzeri kurumsal mantık” olarak ifade edilebilecek yeni bir kurumsal mantığa doğru dönüşüm geçirdiği ortaya çıkmaktadır. Araştırma bulguları, bu dönüşümün, hem geleneksel olarak alanda hakim kamu hizmeti mantığından hem de 2003 sonrası güçlenen piyasa mantığından unsurlar taşınarak gerçekleştiğini, bu şekildeyle Thornton vd. (2012)’nin tanımlamasıyla karışım şeklinde kurumsal mantık oluşumuna uygun nitelik taşıdığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Kurumsal Mantıklar, Kurumsal Teori, Kurumsal Değişim, Türk Sağlık Alanı, Kamu Hastaneleri

* İlk versiyonu IV. Örgüt Kuramı Çalıştayında sunulan bu makalenin geliştirilmesinde sağladığı değerli katkılardan dolayı Yrd. Doç. Dr. Çağrı TOPAL'a ve hakemlere çok teşekkür ederiz.

1. Giriş

Kurumsal mantıklar, örgütsel düzenleme ve uygulamaları şekillendiren dinamikler olarak son yıllarda yönetim ve organizasyon alanında üzerinde en fazla durulan konulardan birisi haline gelmiştir (Battilana ve Dorado, 2010; Lounsbury, 2007; Marquis ve Lounsbury, 2007; Shipilov, Greve ve Rowley, 2010; Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001, 2002; Thornton vd., 2012). Kurumsal mantıkların belirli bir alanda örgütsel düzenleme ve uygulamalar üzerinde belirleyici etkisi yaygın bir şekilde kabul görünürken, diğer tarafta, nasıl oluştuklarına ve değiştiklerine yönelik ilgi ve merakın da arttığı dikkat çekmektedir (Glynn ve Lounsbury, 2005; Nigam ve Ocasio, 2010; Thornton vd., 2012). Başlarda belirli bir örgütsel alanda değişimin toplumsal düzeydeki zihinsel dinamiklerin ve/veya kurumsal girişimcilerin etkisiyle bir kurumsal mantıktan yeni bir kurumsal mantığa geçiş şeklinde olduğu düşünülürken (Scott, Ruef, Mendel ve Caronna, 2000; Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001), son yıllarda örgütsel alandaki süreç ve dinamiklere bağlı olarak daha karmaşık bir nitelik taşıdığı görülmeye başlanmıştır (Goodrick ve Reay, 2011; Marquis ve Lounsbury, 2007; Misangyi, Weaver ve Elms, 2008; Pache ve Santos, 2013; Purdy ve Gray, 2009). Buna göre, kurumsal mantıkların ortaya çıkışı ve değişimi çok da istikrarlı bir örüntü izlemeksizin örgütsel alan dışı ve içi dinamiklere göre dönüşüm ya da gelişim şeklinde çok farklı mekanizmalarla gerçekleşebilmektedir. Dönüşümsel değişim, sembolik temsil ve uygulamaların radikal sayılabilecek nitelikte değişimi sonucu yeni bir kurumsal mantığın ortaya çıkışına işaret ederken; gelişimsel değişim sürecinde baskın sembolik temsil ve uygulamaların çoğu varlığını korur, sadece bazı unsurlarda değişiklikler yapılarak kısmi yenilik ya da pekiştirme sağlanır (Thornton vd., 2012).

Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetiminde, Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren *kamu hizmeti mantığı* olarak ifade edilebilecek kurumsal mantık hakim iken, 2003’te uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı ile önemli değişiklikler yaşanmaya başlamıştır. Özellikle son yıllarda, bir tarafta özel hastanelerin yaygınlaşmasıyla alternatif kurumsal mantık olarak piyasa mantığı daha belirgin bir şekilde kendini gösterirken (Aksoy, 2007; Koç, 2012), diğer tarafta kamu hastanelerinin yönetiminde kapsamlı değişiklikler yapılar hale gelmiştir. Bu çalışmada kamu hastanelerinin yönetiminde gerçekleşen değişimin kurumsal mantık değişimi çerçevesinde nasıl bir nitelik taşıdığı anlaşılmasına çalışılmaktadır. Bu doğrultuda cevap aranan temel soru şudur: Kamu hastanelerinin yönetimini şekillendiren geleneksel kamu hizmeti mantığı son yıllarda yapılan değişikliklerle yeni bir kurumsal mantığa mı dönüşmüştür, yoksa temel unsurlarını koruyarak aynı çerçevede gelişim seyri mi izlemektedir? Bu soruya doküman incelemesi ve birebir mülakatlara dayanılarak cevap aranmaktadır.

Türk sağlık alanında yapılan araştırmalar (Aksoy, 2007; Koç, 2012), genel olarak sağlık alanının kamu hizmeti ve piyasacı mantıktan oluştuğuna ve iki mantığın etkileşim içerisinde hibrid bir nitelik taşımaya başladığına işaret etmekte; ancak, son yıllarda kamu hastanelerinin yönetimine yönelik yapılan değişikliklerle ortaya çıkan uygulamaların geleneksel olarak varlığını koruyan kamu hizmeti mantığında nasıl bir değişimi yansıttığı bilinmemektedir. Diğer yandan, kurumsal mantıkların değişim türleri kuramsal olarak tanımlanmış olmasına karşın, tanımlanan değişimlerin nasıl gerçekleştiğine ilişkin görgül kanıt ihtiyacı bulunmaktadır. Özellikle kurumsal mantıklarda dönüşümsel değişim ile gelişimsel değişim türleri arasında yeterince görgül kanıt olmadığından ayırım yapmak zor olabilmektedir. Bu çalışma ile bu konuda görgül kanıt sunularak hem bu ayırımın netliğe kavuşturulması, hem de Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetimini şekillendiren kurumsal çerçevenin anlaşılması sağlanacaktır. Bu şekilde, çalışmanın bir tarafta Türk sağlık alanında son yıllarda gerçekleşen değişimin kurumsal mantık perpektifinden nasıl bir nitelik taşıdığına bilinmesine, diğer tarafta kurumsal mantıklarda değişim şekillerinin anlaşılmasına yönelik görgül katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışmada öncelikle kurumsal mantıkların ortaya çıkışı ve değişimi hakkında kuramsal bilgiler sunulmaktadır. Daha sonra Türkiye Sağlık Alanı ve bu alandaki baskın kurumsal mantıklar anlatılmaktadır. Bunu Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetiminde geleneksel olarak varlığını sürdüren kamu hizmeti mantığının nasıl bir değişim seyri izlediğini gösteren araştırmanın veri kaynakları ve bulguları izlemektedir. Son olarak araştırmada ortaya çıkan sonuç özetlenmekte ve tartışılmaktadır.

2. Kurumsal mantıkların ortaya çıkışı ve değişimi

Belirli bir örgütsel alanda, kurumsal mantıklar örgütlerin ve bireylerin eylemlerini kısıtlayıcı ve biçimlendirici etkiye sahip olarak örgütsel meşruiyetin temelini oluştururlar (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton 2001; Thornton ve Ocasio, 2008). Kurumsal mantıklar, örgütsel alanda baskın kurallar, yasal düzenlemeler, normlar, değerler, inanışlar ve işleyişler ile kılavuzluk yaparak bir yandan örgütsel ve bireysel aktörler için meşruiyet kaygısı oluştururlarken, diğer yandan örgütlerin eylemlerinde etkili olan araçları ve sonuçları belirlerler (Friedland ve Alford, 1991; Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001). Bu şekilde, örgütler, yaşamlarını devam ettirebilmek için yapısal düzenleme ve uygulamalarını örgütsel alanda kabul gören kurallara, değerlere, inanışlara ve işleyişlere göre oluşturmak zorunda kalırlar (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001, 2002). Belirli bir örgütsel alanda kabul görmüş kural, değer, inanış ve işleyişlerin dışında, farklılarının ortaya çıkmasıyla yeni kurumsal mantıklar oluşur (Battilana ve Dorado, 2010; Lounsbury, 2007; Purdy ve Gray, 2009). Kurumsal

mantıkların ilk çalışıldığı zamanlarda belirli bir örgütsel alanın büyük ölçüde tek bir kurumsal mantığa göre şekil aldığı ve değişimin de genelde baskın kurumsal mantığın yerini yenisine bırakarak gerçekleştiği şeklinde düşünce hakim iken, son yıllarda yapılan çalışmalar, her zaman tek bir kurumsal mantığın baskın olmadığını, rekabetçi veya çoğulcu kurumsal mantıkların varlıklarını birlikte sürdürdüklerini göstermektedir (Purdy ve Gray, 2009; Reay ve Hinings, 2009; Dunn ve Jones, 2010; Glynn ve Lounsbury, 2005; Suddaby ve Greenwood, 2005; Reay ve Hinings, 2009; Shipilov vd., 2010; Thornton vd., 2012; Zajac ve Westphal, 2004). Bu çalışmalara göre, kurumsal mantıkların ortaya çıkışı ve değişimi örgütsel alan düzeyindeki süreç ve mekanizmalara bağlı olarak çok da istikrarlı ve tutarlı bir örüntü izlemeden gerçekleşmektedir.

Thornton vd. (2012), böyle bir durumda örgütsel alan düzeyinde kurumsal mantıkların dönüşüm ya da gelişim yoluyla ortaya çıkacağını/değişeceğini belirtmektedirler. Örgütsel alandaki sembolik temsil ve uygulamalarda kapsamlı bir değişim şeklinde gerçekleşen dönüşümsel değişim, yer değiştirme (replacement), ayrışma (segregation) ve karışım (blending) şeklinde olabilmektedir (Thornton, vd., 2012). Yer değiştirme şeklinde değişim, örgütsel alanda baskın kurumsal mantık uygulamalarının meşruluğunu kaybetmesi ve farklı bir kurumsal mantığın önünü açan yeni uygulamaların meşrulaşması ile gerçekleşir (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001). Örneğin, Thornton ve Ocasio'nun (1999) ortaya koyduğu üzere, Amerikan yayıncılık alanında “editör” mantığından “piyasacı” mantığa doğru gerçekleşen değişim yer değiştirme şeklinde olmuştur.

Ayrışma şeklinde değişim, mevcut kurumsal mantık uygulamalarından farklı yeni kurumsal mantığın eski kurumsal mantığın yerini almadan, ayrı bir kurumsal mantık olarak ortaya çıkması ile gerçekleşir (Battilana ve Dorado, 2010; Haveman ve Rao, 2006; Purdy ve Gray, 2009). Amerika Birleşik Devletleri yatırım fonları alanında, korumacı anlayışa sahip ve Boston'da yerleşik olan “teminat (trustee)” kurumsal mantığına karşın New York'ta büyüme odaklı ve riskli anlayışın yer aldığı “performans” kurumsal mantığının ortaya çıkışı, ayrışma yoluyla kurumsal mantık oluşumu şeklinde değerlendirilmektedir (Lounsbury, 2007).

Karışım şeklinde değişim, örgütsel alanda geçmişte var olan farklı kurumsal mantıkların her birinin belirli unsurlarının taşınması yoluyla gerçekleşir (Glynn ve Lounsbury, 2005; Haveman ve Rao, 2006; Jones, 2001). Karışım yoluyla yeni bir kurumsal mantık oluşurken önceki kurumsal mantıkların etkisi ile hibrid bir yapı ortaya çıkar (Haveman ve Rao, 2006; Lounsbury ve Rao, 2004). Bu yapı içerisinde kurumsal alandaki çelişkilere ve eksikliklere, önceki kurumsal mantıkların izlerini belirli ölçüde taşıyan, ama onlardan çeşitli açılardan nispeten farklılaşan çözümler üretilir (Korczyński ve Ott, 2004). Üretilen çözümler, bir yerde önceki farklı kurumsal mantıkların etkileşimine dayanır (Glynn ve Lounsbury, 2005). Karışım yoluyla kurumsal mantık oluşumunda, ihtiyaçlara paralel biçimde geliştirilen

uygulamaların bazı yönleriyle bir mantığa, bazı yönleriyle de öteki mantığa uygun olduğu ve sonuçta farklı bir mantığı temsil ettiği görülür (Korczyński ve Ott, 2004; Richardson ve Kilfoyle, 2012). Örneğin, California tasarruf örgütsel alanında iki farklı tasarruf örgütsel biçiminin karışımıyla oluşan yeni örgütsel biçimde, “birikim” örgütsel biçiminin unsurları güçlenirken, “mütekabiliyet” örgütsel biçiminin unsurları zayıflamıştır (Haveman ve Rao, 2006: 980). Bolivya finans sektöründe kar odaklı “bankacılık mantığı” ile yoksulluğa karşı faaliyette bulunan “gelişim mantığının” karışımından hem kar odaklı bankacılık anlayışına sahip hem de küçük girişimcileri destekleyen “ticari mikrofinans” mantığının ortaya çıkışı da karışım yoluyla kurumsal mantık oluşumunu göstermektedir (Battilana ve Dorado, 2010).

Hakim kurumsal mantık altında yürütülen yaygın sembolik temsil ve uygulamaların varlığını koruması suretiyle kısmi yeniliklerle gerçekleşen değişimi ifade eden gelişimsel değişim, asimilasyon (assimilation), detaylandırma (elaboration), genişleme (expansion) ve daralma (contraction) şekillerinde olabilmektedir (Thornton, vd., 2012). Asimilasyon yoluyla kurumsal mantık oluşumu/değişimi, bir kurumsal mantığın hakim kurumsal mantığa onu güçlendirecek şekilde katılmasıdır (Thornton, vd., 2012). Örneğin, “akademik mantığın” değişmeden yaşam bilimcilerinin bioteknoloji sektöründe de çalışarak akademisyenlik yapılabileceğini meşrulaştırması ve “akademi mantığı” içinde sektörde çalışma mantığının da gelişmesi asimilasyon yoluyla kurumsal mantığın oluşumudur (Smith-Doerr, 2005). Detaylandırma yoluyla kurumsal mantık oluşumu/değişimi (Thornton vd., 2012), gereksinim duyulan yeni uygulamaların adapte edilmesiyle hakim kurumsal mantığın güçlenmesi şeklinde gerçekleşir (Shipilov vd., 2010: 862). Shipilov vd. (2010: 859) tarafından Kanada Toronto Borsasında 1999-2005 yılları arasında işlem gören şirketler üzerinde yapılan çalışmada gösterildiği üzere, “kurul reformu” yapılarak “yönetim kontrollü kurul” kurumsal mantığın güçlendirilmesi detaylandırma yoluyla kurumsal mantık oluşumunu yansıtmaktadır. Genişleme şeklinde değişim, bir kurumsal alanda meydana gelen kurumsal değişimin, diğer kurumsal alanlara da genişleyerek o alanda yeni bir kurumsal mantığın oluşmasını sağlaması ile gerçekleşir (Nigam ve Ocasio, 2010; Dunn ve Jones, 2010). Amerika sağlık alanında olduğu üzere (Nigam ve Ocasio, 2010), sağlık alanının belirli bir dalında ortaya çıkan kurumsal mantığın o alanda başka dallara da yayılması genişleme yoluyla kurumsal mantık oluşumuna örnek verilebilir. Daralma yoluyla kurumsal mantık oluşumu, çoklu kurumsal mantıkların yer aldığı bir örgütsel alanda, hâkim mantığın uygulamalarının etkisini kaybetmesi ve farklı kurumsal mantığın güçlenerek hâkim kurumsal mantık haline dönüşmesidir (Dunn ve Jones, 2010). Reay ve Hinings’in (2009) çalışmalarında görüldüğü üzere, Kanada’nın Alberta Eyaleti sağlık alanında, “tıp mesleği” kurumsal mantığının hâkimiyet alanının daralması

ve buna karşın “işletme benzeri sağlık” kurumsal mantığının kendine yer bulması daralma yoluyla kurumsal mantık oluşumu olarak değerlendirilebilir.

Bu noktada, Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetiminde son yıllarda ortaya çıkan düzenleme ve uygulamaların açıklanan bu kurumsal mantık değişimlerinden hangisi ile açıklanabileceği merak konusudur. Çalışmanın ilerleyen kısımlarında, bu merakı gidermeye yönelik olarak, Türk sağlık alanı ve bu alanı şekillendiren kurumsal mantıklar ile son yıllarda kamu hastanelerinin yönetiminde gerçekleştirilen değişiklikler anlatılmakta ve bu çerçevede yapılan araştırma bulguları aktarılmaktadır.

3. Türk sağlık alanı

Türk sağlık sistemi, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana değişik evre ve dönemlerden geçerek önemli sayıda düzenlemenin yapıldığı bir alan olmuştur (Akdur, 1999a; Akdur, 1999b: 56). Bu düzenlemeler arasında 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları hakkında kanun ile 2003 yılında sağlıkta dönüşüm için hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (sb.gov.tr, 2012)” Türk Sağlık Sistemindeki kilometre taşlarını oluşturmaktadır. Türk sağlık sistemi, özellikle 2003 yılından sonra, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde yapılan düzenlemelerle, daha önceki döneme göre radikal değişikliklere uğramıştır. Bu bağlamda, Türk Sağlık alanını 2003 öncesi ve 2003 sonrası şeklinde incelemek konuyu daha anlaşılır kılacaktır.

3.1. 2003 öncesi

Türk sağlık alanında 2003 öncesi düzenleme ve uygulamalar, büyük ölçüde kamu hizmeti mantığının egemenliği ve kısmen piyasa mantığının etkisi altında şekillenmiştir (Aksoy, 2007). Kamu hizmeti mantığına göre, sağlık kamu kuruluşları tarafından devletin önceliklerine göre sunulan bir hizmettir (Danışman ve Ocasio, 2012; Danışman, 2013). Bu hizmetten vatandaşlar ücretsiz bir şekilde hak olarak yararlanırlar. Piyasa kurumsal mantığına göre ise, sağlık, rekabet dinamikleri içinde, hastaların büyük ölçüde müşteri olarak görülerek hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti kaygısıyla özel kurum ve kuruluşlar tarafından sağlanan bir hizmettir (Danışman ve Ocasio, 2012; Danışman, 2013). Bu bağlamda, Türk sağlık alanında kamu hizmeti mantığı ile piyasa mantığı, Thornton ve Ocasio (2008:128-129) tarafından farklı kurumsal mantıkları açıklamak üzere belirlenmiş olan ölçütler çerçevesinde Tablo.1’de karşılaştırılmaktadır.

Tablo 1
Kamu Hizmeti ve Piyasa Kurumsal Mantıklarının Özellikleri*

Özellik	Kamu Hizmeti Kurumsal Mantığı	Piyasa Kurumsal Mantığı
Yönetim mekanizması	Devlet	Piyasa
Finans kaynağı	Genel bütçe ve kamu fonları	Özel harcama ve özel sigorta kuruluşları
Meşruiyet kaynakları	Yasal düzenlemelere uygun kamu hizmeti sunumu	Etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu
Otorite kaynakları	Yasal Düzenlemeler	Piyasa kuralları
Misyon temelleri	Sağlık hizmetinin kamu hizmeti olarak sunumu	Kaliteli ve düşük maliyetli hizmet sunumu
Yoğunlaşma	Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması ve sunumu	Kaliteli ve düşük maliyetli hizmet sunumu; müşteri memnuniyeti
Stratejik odak	Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililik	Uzun dönemli sürdürülebilir kar elde etmek
Olay ardışıklığı	Yıl-1920, Sağlık Bakanlığının kuruluşu Yıl-1930, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Yıl-1961, 224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu Yıl-1964, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu Yıl-1982-Anayasanın 56. maddesinde devletin sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenlemesi ve denetlemesi Yıl-1987-3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Yıl-1933, 2219 sayılı kanun ile özel hastane açılmasına izin verilmesi Yıl-1982-Anayasanın 56. maddesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda özel kesimlerden yararlanılacağına ifade edilmesi Yıl-1994, Yataklı tedavi kurumlarının özelleştirilmesinin önünün açılması

* Türkiye sağlık alanındaki özelliklerin tanımlanmasında Aksoy (2007) ve Koç'un (2012) çalışmalarından esinlenilmiştir.

Sağlık harcamalarının kaynağı açısından Türk Sağlık alanına bakıldığında, tarihsel süreçte özellikle sağlık sigortasına ilişkin çeşitli düzenlemeler yapıldığı görülmektedir. Sigorta alanındaki en önemli düzenlemelerden birisi 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunudur. Bu kanun ile devlette çalışanların bağlı olduğu Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı kurulmuştur. 1971 yılında 1425 sayılı kanun ile bu kanuna ek ve geçici maddeler konularak (5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa ek ve geçici maddeler eklenmesine ve bu kanun ile diğer kanunların bazı hükümlerinin değiştirilmesine ve kaldırılmasına dair Kanun), *emekli, adi mallük veya vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlarla bunların kanunen bakmakla mükellef buldukları aile fertleri, dul ve yetim aylığı alanlar, hastalanmaları halinde Sandık tarafından karşılanarak resmi sağlık kurumlarında muayene ve tedavi ettirilme olanağına sahip olmuşlardır*. Bu şekilde kanun ile sağlık harcamalarının finansmanında devlete önemli bir rol yüklenmiştir.

Diğer taraftan, çalışana sağlık yardımlarının verilmesi açısından en kapsamlı düzenleme 1964 yılında çıkarılan 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu (SSK)” olmuştur. Çalışanların sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan kamu hizmeti mantığı, 506 sayılı kanun ile güç kazanmıştır. İlgili kanunun 2. maddesinde tanımlanan “*Bir hizmet akdine dayanarak, bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar...*” şeklinde ifade ile özel sektörde herhangi bir işyerinde çalışan herkes yasal olarak sigorta kapsamına alınmıştır. Aynı kanunun 33. maddesinde sigortalıya, iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklarda *hekime muayene teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve sağlanması, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesine yatırılması ve tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması ile ilgili yardımların verileceği* belirtilmiştir. Böylece, 1961-1980 döneminde kamu hizmeti mantığının güçlenmiş olduğu söylenebilir. 1980’li yıllardan itibaren özel sağlık kurumlarının sayılarının çoğalması ile birlikte (tuik.gov.tr, 2012), sigorta kurumları ile anlaşma yapılan özel hastane sayıları da artış göstermiş (sigortalı çalışanların harcamalarının belli bir oranın kurum tarafından karşılanması için) ve piyasa kurumsal mantığı süreç içerisinde gelişmiştir.

2003 yılında çıkarılan 4905 sayılı kanunun 4. maddesinde “...Genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe kadar, hastalanmaları halinde resmi veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yönetmelikle belirlenecek usul ve esaslara göre muayene ve tedavi ettirilirlir” ifadesine yer verilerek, emekli sandığına bağlı olan hastaların, özel hastanelerden sağlık hizmeti almalarının önü açılmıştır. 2005 yılında çıkarılan, Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliğinin 6.maddesinin 2.fikrasındaki “... Ancak sağlık sigortası uygulaması yapılan mahalde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarının bulunmaması veya bu kurum ve kuruluşlardan yeterli hizmet alınmaması halinde diğer sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alınabilir” ifadesiyle Bağ-Kur’lu hastaların özel sağlık kurum ve kuruluşlarından tedavi hizmetleri alabilmelerinin önü açılmıştır.

2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı kanun ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatıda toplanmıştır. 2006 yılında çıkarılan bir başka düzenleme ile (5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu) tüm vatandaşlar sigorta kapsamına alınmıştır. Bu düzenlemelere dayanılarak 2010 yılında, çıkarılan “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulamaları Tebliği” ile vatandaşların özel ve kamu hastanelerinden aldıkları hizmetin nasıl finanse edileceği ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Buna göre, bu tebliğin “Tedavi Hizmetleri Temini ve Ödeme Esasları” başlığı altında düzenlenen “Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemleri ve Ödeme Kuralları” kısmının 4.maddesinde “...*Finansmanı sağlanan sağlık*

hizmetleri, kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alım sözleşmeleri yapılması veya acil hallerde kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmetleri giderlerinin kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.” ifadesine yer verilerek, sağlık sigortasına sahip tüm vatandaşların, alınan hizmetin türüne ve özel sağlık kurumuyla, SGK arasında yapılan sözleşmeye göre değişen oranlarda, harcamaların belli bir kısmının SGK tarafından karşılanacağı belirtilmiştir. Özetle, Türk sağlık alanında, harcamaların finansmanı bakımından, 1964 yılından 2003 yılına kadar kamu hizmeti mantığı hakimiyetini korumuş, fakat 2003 yılından sonra, özel sağlık sunucularından hizmet alınmasının önünün açılmasıyla piyasa mantığı güçlenmiştir.

Türk sağlık alanında kamu hizmeti kurumsal mantığının ekonomik kimliğini, büyük ölçüde genel bütçe ve kamu fonları oluşturmaktadır (Aksoy, 2007: 68). Kamu hizmeti mantığının bir göstergesi olarak sağlık harcamaları 1980 yılından bu yana sürekli artış göstermiştir. Kamu sağlık harcamalarının (merkezi hükümet bütçesi ve sosyal güvenlik fonu) toplam sağlık harcamalarına oranı, 1979 yılında yüzde 22, 1985 yılında yüzde 51, 1992 yılında yüzde 70 iken, 2009 yılında yüzde 75'e ulaşmıştır (oecd.org, 2013). Öte yandan, piyasa mantığının yansıması olarak özel sektör sağlık harcamalarının (özel sigorta, hane halkının harcamaları ve kar amacı gütmeyen hizmet sunucularının harcamaları) toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 1995 yılında yüzde 30 iken, 2003 yılında yüzde 28 olmuştur (oecd.org, 2013). Piyasa mantığının bir diğer göstergesi olabilecek hane halkı harcamalarının da toplam sağlık harcamaları içindeki oranı düşüş eğilimi sergileyerek 1995 yılında yüzde 30 iken, 2003 yılında yüzde 18 olarak gerçekleşmiştir (oecd.org, 2013). Bu oranlar, sağlık harcamalarının finansmanı bakımından, kamu hizmeti kurumsal mantığının mevcut durumda yerini koruduğunu ve hatta güçlendiğini göstermektedir. Diğer yandan, piyasa mantığının temel göstergelerinden birisi olan özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki oranının göreceli olarak bir artış içinde olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin, TÜİK verilerine göre, özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki oranı 1980 yılında yüzde 10,8 ve 1995'te yüzde 16 iken, 2003 yılında % 23'e yükselmiştir. Bu göstergeler, bir tarafta kamu hizmeti mantığının varlığını sürdürdüğüne işaret ederken, diğer tarafta piyasa mantığının belirli sınırlar içerisinde güçlendiğini göstermektedir.

Türk sağlık alanının kuruluşundan 1960'lı yıllara kadar, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda tamamen koruyucu sağlığa odaklı bir sağlık politikası güdülmüştür (Akdağ, 2011). Bu dönemde baskın kurumsal mantık olan kamu hizmeti mantığının kimliği herkesin sağlık sunumundan eşit şekilde faydalanabilmesine dayanmaktadır. Nitekim 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun ile sağlığın bir hak olarak sosyal adalete uygun şekilde sunulması 1960-1980 döneminde etkisini sürdürmüştür.

ve bu dönemde kamu hizmeti kurumsal mantığı ağırlığını korumuştur. 1982 Anayasasının ardından 1987 yılında çıkarılan, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun temel esaslarının belirlendiği 3.maddesinin a bendinde *“Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathından eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir”* ifadesi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitlik vurgusu yanında kalite ve verimli hizmet ifadeleri de dikkat çekmektedir.

Kamu hizmeti kurumsal mantığı, misyon temelinde, sağlık hizmetlerinin devlet olmanın gereği olarak sunulmasına odaklanmaktadır. Bu durum, Cumhuriyetin kuruluşundan, 1983 yılına kadar ağırlığını korurken, 1983 yılında çıkarılan *“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”* ile piyasa mantığının misyon temeli olan kaliteli ve düşük maliyetli hizmet sunumundan etkilenerek az da olsa değişmeye başlamıştır. 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 5. maddesinde *“...Bu kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler”* ifadesi ile sağlık işletmeciliği kavramı alandaki gücünü arttırmıştır. Nitekim aynı maddede kamu sağlık işletmelerinin gelirleri ve giderleri de tanımlanmıştır. 3359 sayılı kanununun 3.maddesinin b bendinde şu ifadeler yer almaktadır: *“Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır...”* Bu ifadeler kamunun sağlık hizmeti sunumunda kalite ve verimliliği daha fazla düşünmeye başladığını göstermektedir. Buna paralel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının alt bileşenlerinden *“İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri”* bileşeninde de (Sağlık Bakanlığı, 2003: 31): *“Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi...”* ifadesine yer verilerek kamu hastanelerinin yönetiminde verimlilik kaygısı ön plana çıkmaktadır.

Sağlıkta işgücü, sağlık örgütlenmesi ve finansmanından ayrı olarak hekimlerin kamuda çalışmalarının teşvikine göre değişmiştir (Akdur, 1999c). 1928-1980 arasında tam gün yasalarıyla hekimlerin serbestçe çalışabilmeleri çeşitli dönemlerde yasaklanmış, zaman zaman da serbest bırakılmıştır. 1980 yılında çıkarılan ve hekimlere serbestçe çalışabilme hakkı tanıyan 2368 Sayılı *Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanununun 6.maddesi aracılığıyla*, 1978 yılında çıkarılan ve hekimlerin serbestçe çalışmalarını yasaklayan 2162 sayılı *Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 224 sayılı kanunun 3.maddesi yürürlükten kaldırılmıştır. 1980 sonrası,*

hekimlerin serbest çalışabilmeleri 2010 yılına kadar devam etmiştir. Fakat 2010 yılında çıkarılan, 5947 sayılı kanunun 7. maddesi ile üniversite öğretim üyeleri dışında, hekimlerin kamu hastanelerinde çalışmaları durumunda özel sağlık kuruluşlarında çalışmaları yasaklanmıştır. 5947 sayılı kanunun 3. maddesinde de, üniversite öğretim elemanlarının, kendi kurumlarından başka yerlerde ücretli olarak iş göremeyecekleri belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında yürürlüğe konulan 663 sayılı KHK öncesinde, illerdeki sağlık hizmetlerinin sunumunun bir kısmını, il sağlık müdürlüğü aracılığıyla gerçekleştirmekteydi. Bunun yanında, hekimlerin, özel sağlık kurumlarında çalışabilmeleri veya muayenehane açabilmeleri yukarıda belirtildiği gibi serbest idi.

Özetle ifade edilecek olursa, 2003 yılına kadar Türk sağlık alanında, kamu hizmeti kurumsal mantığı baskın kurumsal mantık olarak ön plana çıkmıştır. Kamu hizmeti kurumsal mantığının yanında, 1980'li yıllardan itibaren izlenmeye başlanan neo-liberal politikalar ile piyasa mantığı da gelişmiştir. Bu süreçte özellikle özel hastanelerin toplam hastanelere oranı da artış eğilimi sergilemiştir.

3.2. 2003 sonrası

2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, önceki dönemlerden farklı uygulamalar dikkat çekmeye başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, adem-i merkeziyetçi yönetim ve hizmette rekabet ilkeleri kamu sağlık hizmetinin sunumunda ön plana çıkmaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu ilkeler doğrultusunda, aile hekimliği uygulaması yürürlüğe konmuş, ilaç harcamalarında düşüş sağlanmış, hasta haklarının savunulabilmesinde 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İhbar Merkezi) kurulmuştur (Akdağ, 2011). Bu düzenlemeler, ağırlıklı olarak kamu sağlık hizmeti sunum kalitesinin ve beraberinde hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik olmuştur. Düzenlemeler özel sağlık kuruluşlarının yaygınlaşmasının önünü daha fazla açmak suretiyle kamu hastaneleri ile özel sağlık kuruluşlarını bir nevi rekabet eder hale getirerek arzulanam amaçları gerçekleştirmeye çalıştığından, genel olarak piyasa mantığının yansımaları olarak ifade edilmiştir (Aksoy, 2007). Dolayısıyla, 2003 sonrası dönemde bir tarafta kamu hizmeti mantığı özellikle kamu hastanelerinde varlığını baskın bir şekilde sürdürürken, diğer tarafta hizmet kalitesi odaklı piyasa mantığı, toplam hastaneler içindeki oranı 2003 sonrası artış eğilimi sergileyen özel hastaneler arasında kendine daha fazla yer bulmaya başlamıştır (Bkz. Tablo 3).

Türk Sağlık alanında bu süreçte özellikle son yıllarda yapılan düzenlemeler, kamu hastanelerinin yönetiminde yeni temsil ve uygulamaların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Yapılan değişikliklerle, performans yönetmeliği, 5947 sayılı tam gün

yasası, 663 sayılı KHK, verimlilik değerlendirmesi hakkında yönerge (tkhk.gov.tr, 2012) ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemeler ile kamu hastanelerinin yönetimindeki işleyiş ve uygulamaları şekillendiren ve geleneksel olarak varlığını sürdüren kamu hizmeti mantığında önemli nitelikte değişiklikler gerçekleşmiştir.

Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetiminde 2003 öncesi uzun yıllar varlığını sürdüren *kamu hizmeti mantığı*, 2003 sonrası geleneksel çizgisinden farklı olarak yeni bir mantığa doğru değişim geçirmiş görünmektedir. 2003 sonrası ortaya çıkan uygulamaların 2003 öncesi uygulamalardan farkı, çeşitli özelliklere göre, Tablo 2’de sunulmuştur. Tablo’da da görüldüğü üzere, 2003 sonrası uygulamalarda, 2003 öncesine göre hizmet sürecinin odağı, hastane performansının ölçümü, hasta memnuniyet seviyesine verilen önem, hastanın hekim karşısındaki gücü, personel atama ve terfide kullanılan ölçütler, hastane yöneticilerinin uzmanlıklarında ağırlık, hekim ücretlerinin belirleniş şekli, gelir-hizmet türü ilişkisi, hastanenin finansman kaynağı, hastane için tahsis edilen bütçe, malzeme alımındaki odak, hastane kapasitesinin kullanımına odaklanma düzeyi, verimlilik ve etkinlik ölçümleri için standart kullanılıp kullanılmaması, hastane yöneticilerinin rekabet anlayışı, randevu sistemi uygulama şekli, hastane fiziksel ortamı, hizmet kalitesi standartlarının önemi ve hastane denetimlerinde odaklanılan konular açısından önemli farklılıklar göze çarpmaktadır.

2003 sonrası uygulamaların 2003 öncesine göre farklılık göstermesi, Tablo 3’de görüldüğü üzere, bir taraftan sağlık harcamalarının artışına karşı bir reaksiyon, diğer taraftan özel hastanelerin sayısının artmasıyla güçlenen piyasa mantığının ortaya çıkardığı rekabete dayanıyor gibi durmaktadır. Güçlenen piyasa mekanizması içerisinde kamu hastanelerinin rekabetçi niteliğini arttırmaya yönelik olarak geliştiği görülen yeni kurumsal mantık ile, bir tarafta sağlık hizmetlerinin kamu aracılığıyla sunumu korunurken, diğer tarafta, piyasa kurumsal mantığındaki gibi, hizmette hasta memnuniyetinin sağlanmasına, performans yönetimine ve kaynakların etkili ve verimli kullanılmasına odaklanıldığı görülmektedir.

Tablo 2
2003 Öncesi ve Sonrası Uygulama Farklılıkları

Ölçütler	2003 Öncesi	2003 Sonrası
Hizmet sürecinin yönü	Hekimden hastaya doğru	Hastadan hekime doğru
Hastane performansı	Ölçülüyor	Ölçülüyor
Hasta memnuniyet Seviyesine verilen önem	Düşük	Yüksek
Hastanın hekim karşısındaki gücü	Zayıf	Nispeten yüksek
Personel atama ve terfi ölçütü	Hizmet puanı	Hizmet puanı ve performans göstergesi
Hastane yöneticilerinin uzmanlık alanı	Hekimlik	İşletmecilik/İdarecilik
Hekim ücretleri	Sabit	Sabit ve performansa dayalı
Gelir-hizmet türü ilişkisi	Verilen hizmetlerin hastaneye sağladığı gelir ile ilişkisi yok	Verilen hizmet türü ile sağladığı getiri ilişkili
Hastane finansman kaynağı	Genel bütçe	Genel bütçe ve hastane gelirleri
Bütçe	Performansına bakılmaksızın hastane borç stoğuna göre belirlenir	Performansı yüksek hastanelere daha fazla aktarılır
Malzeme alımında odak	Kalite	Kalite ve maliyet; maliyet daha belirleyici
Hastane kapasitesinin kullanımına odaklanma düzeyi	Düşük	Yüksek
Verimlilik ölçümü için standart	Yok	Var
Etkinlik ölçümü için standart	Yok; yöneticiler hastanenin gelir seviyesi veya hizmet sunumu ne olursa olsun uzun dönem süresince görevde kalabilmektedirler.	Var; hastane yöneticileri ve genel sekreterler dönem başında hedeflenen standartları tutturamadıklarında konumlarını kaybetmektedirler.
Rekabet anlayışı	Yok	Var
Randevu sistemi	Var, ama önemsenmiyordu	Önemsenerek geliştirildi
Hastane fiziksel ortamı	Kamu binası gibi	Özel hastane ve otel gibi
Hizmet kalitesi	Düşük	Yüksek
Standartlarının önemi		
Hastane denetimlerinin odağı	Yasal gereklere uygunluk	Hastane performansı ve hizmet kalitesi ölçütlerine uygunluk

Tablo 3
2003 Sonrası Sağlık Harcamaları ve Kamu-Özel Hastane Dağılımı

Yıl	Toplam Sağlık Harcamaları/ Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)	Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin Toplam Hastaneler İçindeki Oranı	Özel Hastanelerin Toplam Hastaneler İçindeki Oranı
2002	5,40	66,95	23,44
2003	5,30	67,20	23,33
2004	5,40	68,11	22,84
2005	5,40	66,30	24,49
2006	5,80	63,75	27,51
2007	6,00	64,38	27,71
2008	6,10	62,74	29,62
2009	6,10	60,04	32,39
2010	5,60	58,58	33,98
2011	5,30	57,81	34,61
2012	5,40	56,10	36,48

Kaynak: Hastane oranları, Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllıkları, 2012-2013; Türkiye İstatistik Kurumu (tuik.gov.tr, 2013).

Bu değişiklikler kurumsal mantıklardaki değişim türlerinden hangisi ile açıklanabilecektir? Daha spesifik olarak, bu değişiklikler, kamu hizmeti mantığından yeni bir kurumsal mantığa dönüşüm müdür, yoksa mevcut kamu hizmeti mantığının unsurlarını büyük ölçüde koruyarak gerçekleşen gelişimsel değişim midir? Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında bu soruları cevaplandırmak için yapılan araştırma ile ilgili bilgiler sunulmakta ve araştırma sonuçları raporlanmaktadır.

4. Araştırma yöntemi ve veri kaynakları

Türk sağlık alanında kamu hastanelerinin yönetiminde gerçekleşen değişikliklerin nasıl bir kurumsal mantık değişimi olduğunu anlamak amacıyla bir taraftan yasal düzenlemelere ilişkin dokümanlar incelenmiş, diğer taraftan ilgili aktörlerle görüşmeler yapılmıştır. İncelenen dokümanlar arasında özellikle egemen aktör olarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan değerlendirme raporları, muhalif aktör olarak ön plana çıkmış olan Türk Tabipler Birliği yayınları ve Dünya Tabipler Birliği dergisi “World Medical Journal” yer alırken; görüşmeler, 2003 sonrasında

gerçekleştirilen düzenlemelerin hazırlanmasında rol almış ve halen uygulamada aktif olarak çalışan aktörler yanında, bu düzenlemelere karşı olan muhalifler ile özel sektörün bakışını yansıtmaya potansiyeli bulunan Türkiye'nin önde gelen hastane yetkilileriyle gerçekleştirilmiştir. Uygulayıcı olarak Adana İl Sağlık Müdürü ile Adana ve Gaziantep İl Genel Sekreterleri ile görüşülmüştür. Muhalif aktör olarak Türk Tabipler Birliği Merkez Konsey üyesi (2012-2014) ve Adana Tabip Odası Başkanı (2010-2012) ile görüşülmüştür. Piyasa aktörü olarak da Acıbadem Adana Hastanesi direktörü ve Medline Adana Hastanesi işletme direktörünün görüşlerine başvurulmuştur. Her görüşme ortalama 40 dakika sürmüştür. Görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu, ilgili kanun ve yönetmelik, tebliğ ve kanun hükmünde kararnamelerin çıkarılmasında temel kaygı ve amaç ile alanda uygulamanın nasıl olduğuna yönelik çeşitli sorular içermektedir. Kamu hastanelerinin yönetimini şekillendiren kurumsal mantıklardaki değişimin nasıl bir nitelik taşıdığını ve hangi unsurlar etrafında oluştuğunu anlayabilmek için, yapılan görüşme ve doküman incelemelerine dayanılarak, 2003 öncesi ve sonrası uygulamalar kamu hizmeti ve piyasa mantıklarının özellikleri dikkate alınarak kodlanmış ve sonraki değerlendirmelerde bu kodlama sonuçları esas alınmıştır. Kodlamalar, Goodrick ve Reay'in (2011) çalışmalarında olduğu gibi yazarlar tarafından ayrı ayrı yapılmış, kodlama skorları üç yazarın verdiği puanların ortalama değerlerine göre oluşmuştur.

5. Bulgular

Kamu hastanelerinin yönetimine ilişkin değişim büyük ölçüde yasal mevzuatta kendini göstermektedir. Bu doğrultuda, 12.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 25.08.2007 tarihinde değişikliğe uğrayan *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik* ve 2010 yılında çıkarılan 5947 sayılı tam gün yasası ile kamuda uzman hekimlerin çalışmaları teşvik edilmiş, yine 2010 yılında kabul edilen *Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge* (kalite.saglik.gov.tr, 2012) ve daha sonra uygulamada ortaya çıkan eksikliklerden ötürü güncellenerek yerine getirilen *Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge* ile de kamu sağlık kuruluşlarındaki çalışanların performansına göre değerlendirilmelerinin yapılması sağlanmıştır. Bu düzenlemeler, genel olarak sağlıkta insan kaynaklarının yönetiminde etkililik ve verimliliğin artırılmasına yönelik amaç taşımaktadır. Tam gün yasasıyla beraber net performansa dayalı ödeme yapılmasını teşvik eden yönetmelik, kamu sağlık kaynaklarının etkin ve verimli biçimde kullanılmasını ve hasta memnuniyetinin artırılmasını amaçlamaktadır. Görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden birisi konuyla ilgili şunları ifade etmiştir:

“...Performans yönetmeliği ile beraber, hekimler, muayenehaneleri kapatmış ve kamu hastanelerinde istihdam edilmişlerdir. Fakat bu yönetmelikle beraber, hastane kaynaklarının kullanımı artmıştır. Örneğin, ameliyathanelerin kullanım oranları iki katına çıkmıştır... Ayrıca hekimlerin hastalarla ilgilenme oranlarının artması da hasta memnuniyetinin artmasını sağlamıştır...”

Tam gün yasası ve performans yönetmeliğiyle beraber, uzman hekimlerin kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışma oranı, 1995 yılında yüzde 7 iken, 2010 yılında 13,2 kat artarak yüzde 93’e ulaşmıştır (Akdağ, 2011: 250). Görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden bir diğeri, performans yönetmeliği ve tam gün yasasının insan kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması ve hasta memnuniyetinin artırılması ile ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

“.....Tam gün yasasıyla hekimin tüm konsantrasyonunu kamu hastanesine odaklanmıştır...Hekimin hastayla ilgilenme düzeyi değişerek, hastanın tedavisi için ilgilenme düzeyi artmıştır. Tam gün yasasıyla birlikte, ameliyat bakım hizmet noktasında hasta talepte bulunmaktadır. Hekim ise, bunu yapmak için gayret göstermektedir. Çünkü bunu yapacağı başka yer yok. Eskiden olsa muayenehane veya özel hastaneler de bunu yapıyordu. Buna göre de performansla göre de ücret alıyor...”

Muhafif aktörler ise Tam gün yasasına ticarileşmeyi desteklediği için karşı olduklarını belirtmektedirler. Örneğin, Türk Tabipler Birliği Merkez Konsey Başkanı, bu konuyla ilgili olarak Türk Tabipler Birliğinin yayınlamış olduğu Tıp Dünyası dergisinde şu sözleri dile getirmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2010: 6):

“...TTB’nin her zaman ilke olarak tam gün çalışmadan yana olduğunu, ancak tasarıda söz konusu olan durumun tam gün çalışma değil, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ticarileştirilmiş bir ortamda, kölelik koşullarında çalışmasıdır...”

Diğer yandan, 663 sayılı *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname* ile sağlıkta insan kaynaklarının etkili ve verimli biçimde kullanılmasına yönelik değişiklikler yapılmıştır. 663 sayılı KHK ile kamu sağlık örgütlenmesinde il genel sekreterlikleri ve kamu hastane birlikleri kurularak kendi bölgeleri içerisinde hemşireleri ve doktorları ihtiyaç duyulan yerde görevlendirebileceklerdir. Uygulamadaki aktörlerden birisinin konuyla ilgili düşünceleri şunlardır:

“...663 sayılı KHK ile Metropol iller oluşturulmakta ve yatırımlar da o interlanta göre ayarlanmaktadır. İnsan kaynağını da bu interlanta göre ayarlıyoruz. Kamu hastane birliklerinin kurulmasıyla aslında tek bir başhekim ve tek bir yapı bulunmaktadır. Tüm personel, çanak içerisinde bulunmaktadır. Yapının şubesi gibi ihtiyaç olan yerlerde, üst yapı tarafından doktor istenilen yere sevk edilmektedir. Çünkü insan kaynağımız eksik.

Buna göre, mevcut insan kaynağını doğru kullanmak istiyoruz. Hemşire ve doktorların on bin kişiye düşen sayısı, Avrupa ortalamasının altında. Doktor ihtiyacımız var. Bunun merkezden koordinasyonu ile bu sorun çözülecektir. Doktorlar bir havuzun içinde... Doktorlar tek bir başhekime bağlı yani genel sekreterliğe bağlı... Hakkaniyete göre, hizmet puanına göre, sıraya göre, duruma göre müsait olan arkadaşlar sıralı ilan edilecektir. Herkes de artık ihtiyaç olduğunda nereye nasıl gideceğini bilir. Kimse de artık ben niye demez. Yer değişimi yok. Malzeme ihtiyaç olan yerde kullanılarak insan kaynağının etkili ve verimli kullanılması sağlanacaktır. Doğrusu da bu! Gitmek istemeyen doktor ihtiyaç olan yerlere gitmek zorunda kalıyor...”

Performans yönetmeliği, tam gün yasası ve 663 sayılı KHK, kamuda insan kaynakları etkililik ve verimliliğini geliştirme yanında hasta memnuniyetini de artırmayı amaçlamaktadır.

Yapılan değişikliklerden bazıları sağlık alanının örgütlenmesine yöneliktir. Bu alanda en kapsamlı değişikliklerden birisi 11.10.2011 tarihinde kabul edilen 663 sayılı *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname* ile gerçekleşmiştir. *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemeyi amaçlayan* bu kararname ile mevcut kurumların yetki, görev ve sorumlulukları değişirken, yeni kurumlar da ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Birlikleri, İl Genel Sekreterlikleri ve hastane yöneticilikleri bu kararneme ile kurulmuştur. Bu şekilde esasen kamu sağlık örgütlenmesinde radikal değişiklikler olmuştur. Genel sekreterlerin, oluşturulan bölgelerde kurulan kamu hastane birliklerinin başkanı olarak görev yapmaları öngörülürken, kamu hastane birliklerine bağlanan hastane yöneticilerine, tıbbi, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetlerine ilişkin görev ve sorumluluklar yüklenmiştir.

Daha sonra, *Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge çıkarılarak* kamu hastane birlikleri başkan ve hastane yöneticilerinin performanslarının değerlendirilmesine yönelik adım atılmıştır. Yönergeyle il genel sekreterlikleri ve kamu hastane birliklerinde görevli idari ve mali, tıbbi hizmetler ve sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin, kendi alanlarının etki oranı %70 olan karne puanlarıyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yönergeye göre, hastane yöneticileri ve il genel sekreterlerinin performansları, belirlenen hedefler doğrultusunda puanlama yapılarak gözlemlenecek; istenilen hedefe ulaşamayan yöneticiler görevinden alınacaktır. Uygulayıcı aktörlerden birisi yönergenin işleyişiyle ilgili şunları belirtmektedir:

“...6 aylık dönemlerle yılda iki defa kontrol edilecek olan personelin ilk başta asgari ulaşması istenen hedefi ne kadar ölçüde yakaladığı tespit

edilecektir. Bu kırmızı çizgiye ulaşamayan yönetici görevinden alınacaktır...”

Uygulamadaki diğer görüşmeci de durumu şu ifadelerle açıklamaktadır:

“...Yöneticinin göreve başladığı mevcut durum, mali, kalite, hasta memnuniyeti parametreleri dâhil birçok parametreyi içeren parametreler ile ortaya konulmaktadır. Daha sonra bu parametrelerde ulaşılması istenen asgari hedefler belirlenmektedir. Altı ay sonra denetleme yapılacaktır... Çan eğrisi oluşturulacaktır. Türkiye ortalamasının altında kalanlarla çalışılmayacaktır. Eskiden atama olurdu ve adamı olan orada kalırdı. Ama artık şimdi öyle değil. Şimdi yönetici sözleşmeli yapılmıştır...”

Bu görüşe karşı çıkan muhalif aktörler, performansa göre yönetmeliğin hastanelerin bir ticari işletme gibi yönetilmesine sebep olacağını ileri sürmektedirler. Muhalif aktörlerle yapılan görüşmede, konuyla ilgili şu sözler dikkat çekmektedir:

“...Kamu hastane birlikleri için bir A,B,C,D ve E gibi bir sınıflamaya gidildi... Sizin hastanenin gelir seviyesini artırmanız gerekiyor. Yani, bu kamu hastanesinin hizmetinin kalitesinden ziyade, hastanenin teknolojik veya gelir seviyesi olarak üst sınıfa atılması esas alınmaktadır. Böyle olunca gelirlerin artırılması gerektiği için bu durum çalışmalara da yansıyor hastanelerde ne gelir getirir, bunlar yapılacak. En fazla gelir nasıl getirilir. Bunun içinde bir şey düşünülmüş ve doktorların üstüne bir işletmeci ve ekonomist getirilmiştir ve bu yöneticiler doğrudan genel sekretere bağlanmıştır. İdari ve Mali işlerden sorumlu hastane yöneticisi olabilmek için 6 yıllık tıp eğitim şartı yok. Doktor olmasın! 4 yıl eğitim yeterli. Genel sekreter (CEO) olabilmek için; 8 yıllık hastane müdürü, idari ve mali hizmetler müdürü olabilmek içinse herhangi bir işletmede (kamu da veya özelde) 4 yıl görev almak yeterli... CEO'ya kurtarmazsa, kamu hastanelerine satma yetkisi veriliyor...663 sayılı KHK, “kamu hastaneler kurumu kurulur ve kamu hastaneler kurumu illerde kamu hastane birlikleri kurarak işletir” diyor. Bakın. İşletme! İşletme mantığı! Ama bu işletmenin kamu işletmesi mi yoksa farklı bir şey mi onu önümüzdeki süreçte göreceğiz!”

663 sayılı KHK ile kurulan kamu hastane birlikleri ile bölge düzeyinde sağlıkla ilgili tek sorumlu olarak genel sekreterlik görülmekte; bu uygulamanın, mali yönden kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını sağlayacağı öngörülmektedir. Kamuda uygulayıcı olarak görevli aktörlerden birisi bu konuyla ilgili şu sözleri dile getirmiştir:

“...Birincisi, tüm hastanelerin tek havuzda toplanması mali bir avantaj sağlayacaktır. Neden? Eğer, bir hastane enjektör ihtiyacı olursa, ihaleye çıkarsa, bunu 5'e alıyorsa, kamu hastane birliği bunu tüm hastaneler adına alırsa, bunu 1'e satın alır. Elinde güç vardır. Yani alım gücü vardır. İkinci

olarak, talep etmenin doğruluğunu tek başına öğrenmiş olacak.. Çünkü etkin ellerde değilse talep yanlış yapılabilir... Doğru ihtiyaç, doğru malzeme uygun maliyette alımı ve doğru yerde kullanımını tek elden yönetiyorsunuz... İl tamamı için bu çok önemlidir. Bu yöntem doğru kullanılırsa giderlerimizi yüzde 30 azaltacaktır. 5 trilyonluk bir tutarı göz önünde bulundurursanız bu rakam çok büyük bir meblağdır. Bu çok önemli mevzu çünkü para yoksa yönetemezsiniz...”

Muhalef aktörler ise, kamu hastane birlikleri uygulamasına başından karşı çıkarak, daha kanun tasarı halindeyken, uygulamanın yasalaşması halinde olabilecekleri kendi bakış açılarına göre Tıp Dünyası dergisinde şu ifadelerle dile getirmişlerdir (Türk Tabipler Birliği, 2007: 4):

“...Birlikler halinde örgütlenecek olan kamu hastanelerinin tümüyle kendi gelirleri ile ayakta duran kurumlar olmaya zorlanmaktadır... Bu arada çalışma ve ücretlendirme rejimi de değiştirilmektedir... Kısacası kamu hastaneleri işletme haline dönüştürülerek, piyasaya açılmaktadır...”

Yeni uygulamaları savunanların belirtmiş oldukları ortak nokta, sağlık hizmetlerinin bölgelere ayrılmasıyla birlikte mali avantajın yakalanacağı ile ilgilidir. Bu durum, Sağlık Bakanı Akdağ’ın açıklamalarında şu şekilde yer almaktadır (2011: 215):

“...Özerk yönetim birimlerinin yetkileri ile birlikte sorumluluğu da artacak, bu yönetimler kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini, buldukları sorumluluk alanındaki stratejik iş yükünü dikkate alarak planlamaya yönlendirilecektir. Bu sorumlu otonominin, kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımına yol açacağını beklemekteyiz...”

663 sayılı KHK sağlık alanında adem-i merkeziyetçi örgütlemeyi de getirmiştir. Sağlık Bakanlığı il bazında sağlık uygulamalarında yetkilerini kamu hastane birliklerine devrederken, merkezde sadece politika yapıcı olarak görev yapacaktır. Bu konu uygulayıcı aktörlerden birisi tarafından şu şekilde belirtilmektedir:

“...663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı politika yapıcı olarak kalacak ama yerel kademeler, bölge bazında hastane yönetiminden veya o ildeki sağlık uygulamalarından sorumlu olacaktır...”

Sağlıkta dönüşüm programının ilkelerinden bir diğeri olan sürekli kalite gelişimi ilkesinin uygun maliyetle yerine getirilmesi de, 663 sayılı KHK’nın bir diğer amacıdır. Uygulayıcı aktörlerden birisi, bu durumu aşağıdaki ifadelerle ortaya koymaktadır:

“...Bu maliyetle en kaliteli hizmetin sunulması noktasında bir sıkıntı vardı. Çünkü biz işletmeci değiliz. Kalite bir süreçtir... Mali kontrole göre kalitede

daha fazla yol kat ettik. Çünkü, en kaliteli hizmeti en pahalıya vermen önemli değil... En kaliteli hizmeti uygun maliyete vermen önemli. Çünkü bizim bütçemizde olan para ortada. Kaliteyi belli ölçüde yakaladık... Kalite sürecinde maliyete fazla odaklanamadık... Kaliteyi zaten artırdık... Bundan sonra da maliyete biraz odaklanalım...”

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yüksek kalitenin yakalanmasının yanında maliyetlerin aşağıya çekilmesi temel gayelerden birisi olmuştur. Ancak, muhalif aktörler, buna eleştirel yaklaşarak böyle bir uygulamanın hasta haklarını müşteri haklarına dönüştürdüğünü ileri sürmektedirler. Örneğin, Türk Tabipler Birliği Başkanı Bilaloğlu (2012: 29) uygulamayı şu şekilde eleştirmektedir:

“...Hükümetin verimliliği artırmaya yönelik olarak sahip olduğu bakış açısı, hasta hakları, müşteri haklarına, sağlık talebi ise müşteri talebine denk gelmektedir...”

2003 sonrası çıkarılan düzenlemeler ile kamu hastanelerinin özel sektör karşısında rekabet avantajı kazanmayı amaçladığı da görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının alt bileşenlerinden “İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri” bileşeninde bununla ilgili şu ifadeler yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 31):

“...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 gerekmektedir...”

Esasen, son yıllarda çıkarılan düzenlemeler ile özel hastanelerin kamu hastanelerini rakip işletme olarak algılamaya başladığı görülmektedir. Görüşme yapılan özel hastane yetkililerinden birisi bunu şöyle ifade etmiştir:

“...Yapılanma sonuçlarını henüz vermeye başlamadı. Eğer verirse SGK çalışan hastaneler için ciddi bir rakip olacak. SGK anlaşması yapmış hasta kitlesi aynı olan, ikisi aynı havuza hitap ediyorsa rakiptir her zaman. Kamu hastaneleri ile SGK anlaşmasıyla çalışan özel hastaneler rakip olacak. Bu tartışmasız...”

Yasal düzenlemeler ile bunlara ilişkin görüş ve yorumların yansıttığı üzere, Türk sağlık alanında kamu hizmeti ve piyasa kurumsal mantıklarının etkileşimine dayalı olarak yeni bir kurumsal mantık ortaya çıkmış görünmektedir. Yeni ortaya çıkan kurumsal mantığın nasıl bir şekilde oluştuğunu, diğer bir deyişle, Thorton vd.’nin tanımıyla dönüşümsel değişim mi, yoksa gelişimsel değişim sonucu mu olduğunu anlamak için kamu hastanelerinin yönetiminde 2003 öncesi baskın olan kamu hizmeti kurumsal mantığı ile ideal bir piyasa mantığının taşıyabileceği tipik özelliklere göre kodlamalar yapılmıştır. Tablo 4a, kamu hastanelerinin yönetiminde 2003 öncesi baskın olan kamu hizmeti mantığı ile ideal bir piyasa kurumsal mantığının tipik özelliklerini gösterirken, Tablo 4b ve Tablo 4c sırasıyla, bunlara

göre kamu hastanelerinin yöntemindeki uygulamalara ilişkin 3 yazarın ayrı ayrı yapmış oldukları kodlamaların ortalama değerlerini yansıtmaktadır. Belirlenen özelliklerin uygulamaya yansımaya derecesini gösteren kodlamalar, *0-hiç yok, 1-düşük düzeyde, 2-orta düzeyde ve 3-yüksek düzeyde* şeklinde ifade edilen kategorilere göre yapılmıştır. Yazarların kendi başlarına bağımsız olarak yapmış oldukları kodlamalar arasındaki uyumluluk % 88 düzeyinde olmuştur.

Tablo 4a

2003 Öncesi Kamu Hizmeti Mantiğı ile İdeal Piyasa Mantiğının Özellikleri

2003 Öncesi Kamu Hizmeti Mantiğının Tipik Özellikleri	İdeal Piyasa Mantiğının Tipik Özellikleri
1. Sağlığı kamu hizmeti, hastayı vatandaş olarak görme	1. Sağlığı ticari ürün, hastayı müşteri olarak görme
2. Genel bütçeye dayalı hastane finansmanı	2. Sermaye ve gelire dayalı hastane finansmanı
3. Yasal çerçevede ücretsiz sağlık hizmeti	3. Mali güce göre sağlık hizmeti sunumu
4. Bürokratik kurallara göre sağlık hizmeti sunumu	4. Kalite, etkililik ve verimlilik temelli sağlık hizmeti sunumu
5. Kamu otoritesinin önceliklerine göre personel atama ve terfi	5. Performansa dayalı atama ve terfi
6. Daimi statüde çalışma	6. Sözleşmeli istihdam
7. Sabit maaşa dayalı hekim ücreti	7. Performansa dayalı ücret sistemi
8. Hastaneyi kamu kuruluşu gibi görme	8. Hastaneyi ticari işletme olarak görme
9. Hekim önceliklerine dayalı hizmet standardı	9. Hasta memnuniyeti ve rekabete dayalı hizmet standardı

Tablo 4a'da görüldüğü üzere, sağlığı salt kamu hizmeti, hastayı vatandaş olarak görme anlayışı, genel bütçeye dayalı hastane finansmanı, yasal çerçevede ücretsiz sağlık hizmeti, bürokratik kurallara göre sağlık hizmeti sunumu, kamu otoritesinin önceliklerine göre personel atama ve terfi, daimi statüde personel istihdamı, sabit maaşlı hekim ücreti, kamu kuruluşu gibi hastane yönetimi ve hekim önceliklerine dayalı hizmet standardı gibi uygulamalar, 2003 öncesi baskın olan kamu hizmeti kurumsal mantığının tipik özellikleri olarak ön plana çıkmıştır. Diğer yandan, yine Tablo 4a'da görüldüğü gibi, ideal piyasa koşullarının geçerli olduğu bir örgütsel alanda, sağlık ticari bir ürün, hasta müşteri olarak görülür, hastane sermaye ve gelire bağlı olarak finanse edilir, sağlık hizmeti mali güce göre alınır ve hizmet sunumu kalite, etkililik ve verimlilik esaslarına göre şekillenir, personel sözleşmeli alınır ve atama ve terfisi ile ücretlerinde performans

esas alınır, hastane ticari bir işletme gibi görülerek hizmet standardı hasta memnuniyeti ve rekabete dayalı olarak gerçekleştirilir (Danışman ve Ocasio, 2012; Danışman, 2013).

Tablo 4b

Kamu Hizmeti Mantığının Özelliklerine Göre Kamu Hastanelerinin Yönetiminde
2003 Öncesi ve Sonrası Uygulamalar

	Puan*	
	2003 Öncesi Uygulama	2003 Sonrası Uygulama
Sağlığı kamu hizmeti, hastayı vatandaş olarak görme	3,00	1,67
Genel bütçeye dayalı hastane finansmanı	3,00	1,67
Yasal çerçevede ücretsiz sağlık hizmeti	3,00	0,67
Bürokratik kurallara göre sağlık hizmet sunumu	3,00	1,67
Kamu otoritesinin önceliklerine göre personel atama ve terfi	3,00	1,33
Daimi statüde istihdam	3,00	1,67
Sabit maaşa dayalı hekim ücreti	3,00	1,67
Hastaneyi kamu kuruluşu gibi görme	3,00	1,67
Hekim önceliklerine dayalı hizmet standardı	3,00	1,00
Toplam	27,00	13,02

*: 0: Hiç yok; 1: Düşük düzeyde; 2: Orta düzeyde; 3: Yüksek düzeyde

Tablo 4c
İdeal Piyasa Mantığının Özelliklerine Göre Kamu Hastanelerinin Yönetiminde
2003 Öncesi ve Sonrası Uygulamalar

	Puan*		
	İdeal Piyasa Mantığı	2003 Öncesi Uygulama	2003 Sonrası Uygulama
1. Sağlığı ticari ürün, hastayı müşteri olarak görme	3,00	0,33	1,33
2. Sermaye ve gelire dayalı hastane finansmanı	3,00	0,33	1,67
3. Mali güce göre sağlık hizmeti sunumu	3,00	0,67	1,33
4. Kalite, etkililik ve verimlilik temelli sağlık hizmeti sunumu	3,00	0,00	2,00
5. Performansa dayalı atama ve terfi	3,00	0,00	1,67
6. Sözleşmeli istihdam	3,00	0,00	1,67
7. Performansa dayalı ücret sistemi	3,00	0,00	1,67
8. Hastaneyi ticari işletme olarak görme	3,00	0,00	1,67
9. Hasta memnuniyeti ve rekabete dayalı hizmet standardı	3,00	0,00	1,67
Toplam	27,00	1,33	14,68

*: 0: Hiç yok; 1: Düşük düzeyde; 2: Orta düzeyde; 3: Yüksek düzeyde

2003 öncesi kamu hizmeti mantığı ile ideal piyasa mantığının özellikleri dikkate alınarak yapılan kodlama sonuçlarına göre, yeni ortaya çıkan kurumsal mantığın her iki mantıktan da birbirine yakın düzeyde izler taşıdığı görülmektedir. Örneğin, kamu hizmeti kurumsal mantığının 9 özelliğinin tamamı 2003 öncesinde çok yüksek düzeyde uygulamaya yansiyarak toplamda 27 puana denk gelirken, 2003 sonrasındaki uygulamalarda ortaya çıkan skor 13,02 olmuştur. Benzer şekilde ideal piyasa mantığının belirlenen 9 özelliği 2003 piyasa mantığı açısından toplamda yine 27 puana denk gelirken, 2003 öncesindeki uygulamalarda ilginç bir şekilde sadece 1,33 puan, buna karşın 2003 sonrasındaki uygulamalarda ise 14,68 puan oluşturmuştur. Bu sonuçlara göre, 2003 sonrası uygulamalarda, özellikle son yıllarda gerçekleştirilen *performans yönetmeliği*, *genel sağlık sigortası kanunu*, *tam gün yasası*, *663 sayılı kanun hükmünde kararname*, ve *kamu hastane birlikleri verimlilik değerlendirmesi hakkında yönerge* gibi düzenlemelerle, kamu hastanelerinin yönetiminde yeni ortaya çıkan kurumsal mantık hem geçmişteki

kamu hizmeti mantığının hem de piyasa mantığının izlerini birlikte taşıyarak oluşmuş görünmektedir. Bu haliyle geleneksel kamu hizmeti mantığından önemli ölçüde farklılaşmaktadır. İşletme benzeri kurumsal mantık olarak ifade edilebilecek yeni kurumsal mantık, bazı yönleriyle kamu hizmeti mantığına, bazı yönleriyle de piyasa mantığına benzemektedir.

Tablo 5

2003 Sonrası Ortaya Çıkan “İşletme Benzeri” Kurumsal Mantığın Nitelikleri ve Kaynakları

Nitelikler	Uygulamanın Derecesi	Uygulamanın Kaynağı*
1. Sağlığı kamu hizmeti yanında kısmen ticari bir ürün, hastayı da vatandaşlık dışında kısmen müşteri olarak görme	Orta	KH+P
2. Genel bütçe ve hastane gelirlerine dayalı finansman	Orta	KH+P
3. Yasal çerçevede cepten kısmi ödeme	Düşük	KH+P
4. Bürokratik kurallar yanında hasta memnuniyeti ve rekabete dayalı hizmet sunumu	Orta	KH+P
5. Kamu otoritesi ile hizmet puanı ve performansına göre personel atama ve terfi	Orta	KH+P
6. Daimi ve sözleşmeli statüde personel istihdamı	Orta	KH+P
7. Sabit maaş ve performansına dayalı hekim ücreti	Orta	KH+P
8. Hastanenin sadece kamu kuruluşu gibi değil, aynı zamanda işletme gibi görülmesi	Orta	KH+P
9. Hekim önceliklerinden çok kalite, etkililik ve verimlilik temelli sağlık hizmeti standardı	Orta	KH+P

***KH:** Kamu Hizmeti Mantığı; **P:** Piyasa Mantığı.

Peki, bu dönüşümsel değişim mi, yoksa gelişimsel değişim midir? Daha önce de belirtildiği üzere, yeni kurumsal mantık altında önceki kurumsal mantığın uygulamaları büyük ölçüde varlığını koruyorsa, bu gelişimsel değişim, kapsamlı bir şekilde farklılaştı ise dönüşümsel değişimdir. Kamu hastanelerinin yönetimindeki uygulamalara ve bunlara ilişkin kodlama skorlarına bakıldığında, işletme benzeri kurumsal mantık altındaki uygulamaların önceki kamu hizmeti mantığındaki uygulamalardan yaklaşık % 50 (13,02/27) oranında farklılaştığı görülmektedir. Ayrıca, yeni kurumsal mantığın unsurlarının % 50’den az da olsa daha fazla bir oranda (14,68/27) ideal piyasa mantığının unsurlarını taşıdığı dikkat çekmektedir. Bu durumda, kamu hastanelerinin yönetimindeki değişimin, gelişimsel değişimden çok dönüşümsel değişim olarak ifade edilmesi daha isabetli olacaktır. Dönüşümsel değişim içinde gerçekleşen değişim de Thornton vd. (2012)

tarafından karışım, ayrışma ve yer değiştirme olarak tanımlanan 3 değişim türü içinde daha çok karışım şeklinde kurumsal mantık oluşumuna uygun nitelik taşımaktadır. Daha önce de belirtildiği üzere, karışım yoluyla kurumsal mantık ortaya çıkışı, farklı kurumsal mantıkların uygulamalarının tek kurumsal mantıkta içselleştirilerek devam etmesi sonucu gerçekleşmektedir (Richardson ve Kilfoyle, 2012). Tablo 5’te görüldüğü üzere, işletme benzeri kurumsal mantığın hemen hemen bütün özellikleri, hem geleneksel kamu hizmeti mantığının hem de ideal piyasa mantığının birleşiminden oluşmaktadır. Dönüşümsel değişim yer değiştirme şeklinde olsaydı, yeni kurumsal mantığın, önceki kamu hizmeti mantığının izlerini taşımadan tamamıyla alternatif kurumsal mantık olan piyasa unsurları ile donanması gerekirdi. Diğer yandan, ayrışma şeklinde dönüşümden bahsedebilmek için yeni ortaya çıkan işletme benzeri kurumsal mantığın başka bir örgütsel alandan etkilenecek oluşması gerekirdi (Thornton vd., 2012). Burada böyle bir durum da söz konusu görünmemektedir.

6. Sonuç

Araştırma kapsamında yapılan doküman incelemeleri ve gerçekleştirilen görüşmeler, Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetiminde varlığını uzun süredir devam ettiren kamu hizmeti kurumsal mantığının “işletme benzeri kurumsal mantık” olarak ifade edilebilecek yeni bir kurumsal mantığa doğru değişim seyri izlediğini göstermektedir. 2003’te başlayan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde gerçekleşen uygulamalarla piyasa kurumsal mantığı kendine daha geniş yer bulurken sağlık harcamaları yükselişe geçmiş, bu süreçte kamu hastanelerinin yönetiminde karşılaşılan sorunlar ve çelişkiler, temel aktör olarak Sağlık Bakanlığını yeni arayışlara itmiş ve bu doğrultuda özellikle 2006’dan itibaren gerçekleştirilen performans yönetmeliği, genel sağlık sigortası kanunu, tam gün yasası, 663 sayılı kanun hükmünde kararname, kamu hastane birlikleri verimlilik değerlendirmesi hakkında yönerge gibi düzenleme ve uygulamalar geleneksel çizgideki kamu hizmeti mantığının izlerini taşımakla birlikte piyasa mantığının unsurlarını da içererek öncekinden farklılaşan yeni bir kurumsal mantığın önünü aralamıştır. Bu çalışmada, bu değişimin Thornton vd. (2012)’nin tanımlamasıyla dönüşüm mü, yoksa gelişim mi olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma bulguları, bu değişimin kamu hizmeti mantığı içerisinde bir gelişimden çok, yeni bir kurumsal mantığa doğru dönüşüm niteliğinde olduğuna işaret etmektedir. Peki, bu değişim neden gelişim değil de, dönüşümdür? Kurumsal mantık dönüşümünde, yeni uygulamalar ağır basarken, gelişimde baskın mantığın uygulamaları daha belirgin nitelik taşır. Bu çalışmanın bulgularına göre, kamu hastanelerinin yönetiminde daha önce var olan kamu hizmeti mantığının temel unsurları varlığını korurken, etkinlik, verimlilik ve rekabet kaygısıyla piyasa mantığının uygulamaları da önemli oranda kendilerine yer bulmaya başlamışlardır.

2003 öncesinde kamu hastanelerinin yönetiminde etkili olan özelliklerin piyasa kurumsal mantığı ile etkileşim içinde 2003 sonrası farklı bir niteliğe büründükleri gözlenmektedir. 2003 sonrası gerçekleşen sembolik temsil, düzenleme ve uygulamalar ile kamu hastaneleri bir nevi işletme şeklinde yönetilmeye başlanmıştır. Bu gelişimden çok dönüşüm olarak ifade edilecek bir göstergedir. Çünkü eski kamu hizmeti mantığından tamamıyla olmasa da büyük ölçüde bir farklılaşma göze çarpmaktadır. Bu farklılaşmada kamu hizmeti mantığının bazı özellikleri korunurken, özel sektör hastanelerinin güçlenmesi sonucu piyasa unsurlarının da kamu hastane yönetimine adapte edildiği görülmektedir. Peki, bu dönüşümsel değişimin hangi türüne girmektedir? Thornton vd. (2012)'nin tanımlamalarından yer değiştirme mi, karışım mı, yoksa ayrışma mıdır? Thornton vd. (2012) tarafından da belirtildiği üzere, kurumsal mantık oluşumunun yer değiştirme olarak ifade edilebilmesi için yeni oluşan kurumsal mantığın, eski kurumsal mantığın hemen hemen hiçbir özelliğine sahip olmaması gerekir. Tablo 5'te nitelikleri gösterilen yeni kurumsal mantığın önceki kamu hizmeti kurumsal mantığının izleri ile birlikte piyasa kurumsal mantığının unsurlarını da taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle yeni kurumsal mantığın ortaya çıkışı yer değiştirme yolu ile kurumsal mantık oluşumu olarak nitelendirilemez. Ayrışma yolu dönüşümde yeni kurumsal mantığın özellikleri, farklı bir örgütsel alana ait bir kurumsal mantığın uygulamalarından etkilenerek ortaya çıkar (Thornton vd., 2012: 164-165). Burada böyle bir durum da yoktur. Türk sağlık alanında kamu hastanelerinin yönetiminde ortaya çıkan yeni kurumsal mantık hem kamu hizmeti hem de piyasa kurumsal mantıklarının özelliklerinin birleşiminden oluşmuş görünmektedir. Bu şekilde gerçekleşen kurumsal mantık değişimi, Thornton vd. (2012) tarafından belirtilen karışım şeklinde kurumsal mantık değişimine uygun nitelik taşımaktadır.

Kamu hastanelerinin yönetiminde karışım yoluyla ortaya çıkan işletme benzeri kurumsal mantık, esasen sağlık alanındaki kurumsal çoğulculuğun yol açtığı paradoksal çatışmaya karşı ortaya çıkan bir çözüm olarak görülebilir (Kraatz ve Block, 2008; Jay, 2013; Smith ve Lewis, 2011: 390). Kamu hastanelerinin yönetimini şekillendiren işletme benzeri kurumsal mantık, piyasa mantığı içerisinde faaliyette bulunan özel hastanelere karşı kalite, maliyet ve verimlilik odaklı bir reaksiyon olarak kendini göstermektedir.

Bu çalışmada kamu hastanelerine odaklanılarak, bunların yönetimini şekillendiren kurumsal mantıkların nasıl değiştiği anlaşılmaya çalışılmıştır. Türkiye sağlık alanında sayıları belirgin bir şekilde artış eğilimi sergileyen özel hastanelerin de önemli bir yer tuttuğu açıktır. Bu çalışmanın bulgularından sonra, özel hastanelerin yönetimini şekillendiren kurumsal mantıklarda da nasıl bir değişim olduğu merak konusudur. Bu merak gelecekte yapılacak çalışmalarla giderilebilecektir. Ayrıca, hem kamu hastanelerinin hem de özel hastanelerin

yönetimini şekillendiren kurumsal mantıklardaki değişimin, bu çalışmada odaklanılmayan örgütsel alan dışı toplumsal düzeydeki mantıklarla ilişkilendirilerek ele alınması da değişime ilişkin mekanizmaların daha iyi anlaşılmasını sağlayabilecektir.

Kaynaklar

- AKDAĞ, R. (Ed.), (2011), “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (Değerlendirme Raporu: 2003-2010)” T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839
- AKDUR, R. (1999a), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması” Ankara, www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf-Erişim Tarihi: 25.05.2012
- (1999b), “Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. yılında Türkiye’de sağlık politikaları. *Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilim, Bilânço 1923–1998 Ulusal Toplantısı*: 47-60.”, *Türkiye Bilimler Akademisi*, Ankara.
- (1999c), “Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsan Gücü Politikaları”, *Hekim ve İnsan*, Cilt 1, Sayı Ocak, s.17–22.
- AKSOY, B. (2007), “Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği (The Role of a Professional Association in Institutional Change: The case of Turkish Health Field)” Yayınlanmamış Doktora Tezi. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- BATTILANA, J. ve DORADO, S. (2010), “Building Sustainable Hybrid Organizations: The Case of Commercial Microfinance Organizations.”, *Academy of Management Journal*, Vol. 53, No: 6, s.1419-1440
- BİLAĞLU, E.. (2012), World Medical Association. 2012. “Turkish Medical Association (TTB).” *World Medical Journal*, Cilt 58, Sayı 1 Şubat, s.27-29
- DANIŞMAN, A. (2013), “Institutional Logics and National Politics: A Comparative Study in the Health Care Field”, 13. European Academy of Management (EURAM) Konferansı, İstanbul, 26-29 Haziran
- DANIŞMAN, A. ve OCASIO, W. (2012), “Globalization vs. Societal Sectors: A Comparative Institutional Analysis of Health Care Financing in OECD Countries”, 28th European Group for Organizational Studies (EGOS) Colloquium, Helsinki, July 5-7
- DUNN, M.B. ve JONES, C. (2010), “Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967-2005”, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 55, No: 1, s.114-149
- FRIEDLAND, R. ve ALFORD, R.R. (1991), “Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions”, W.W. Powell - P.J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*: Chicago: University of Chicago Press s.232-263.
- GLYNN, M.A. ve LOUNSBURY, M. (2005), “From the Critics’ Corner: Logic Blending, Discursive Change and Authenticity in a Cultural Production System”, *Journal of Management Studies*, Vol. 42, No: 5 s.1031-1055
- GOODRICK, E., ve REAY, T., (2011), “Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists”, *Work and Occupations*, Vol: 38, No: 3, s.372-416
- HAVEMAN, H.A. ve RAO, H. (2006), “Hybrid Forms and the Evolution of Thrifts” *American Behavioral Scientists*, Vol. 49, No: 7, s.974-986

- JAY, J. (2013). “Navigating Paradox as a Mechanism of Change and Innovation in Hybrid Organizations”, *Academy of Management Journal*, Vol.56, No: 1, s.137-159
- JONES, C. (2001), “Co-Evolution of Entrepreneurial Careers, Institutional Rules and Competitive Dynamics in American Film, 1985-1920”, *Organization Studies*, Vol. 22, No: 6, s.911-944
- KOÇ, O. (2012), “Kurumsal Mantıklar Arasındaki Rekabetin Yönetimi: Türk Sağlık Alanı Kapsamında Karşılaştırmalı Bir Analiz” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, İşletme Bölümü 3. Örgüt Kuramları Çalıştayı (3-4 Şubat 2012), *Ankara Bildiriler Kitabı*, s.71-103
- KORCZYNSKI, M. ve OTT, U. (2004), “When Production and Consumption Meet: Cultural Contradictions and the Enchanting Myth of Customer Sovereignty”, *Journal of Management Studies*, Vol. 41, No: 4, s.575-599
- KRAATZ, M.S. ve BLOCK, E.S. (2008), “Organizational Implications of Institutional Pluralism”, R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Los Angeles: Sage s.243-275
- LOUNSBURY, M. (2007), “A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds”, *Academy of Management Journal*, Vol. 50, No: 2, s. 289-307
- LOUNSBURY, M. ve RAO, H., (2004), “Sources of Durability and Change in Market Classifications: A Study of the Reconstitution of Product Categories in the American Mutual Fund Industry, 1944-1985”, *Social Forces*, Vol. 82 No: 3, s.969-999
- MARQUIS, C. ve LOUNSBURY, M. (2007), “Vive La Resistance: Competing Logics and the Consolidation of U.S. Community Banking”, *Academy of Management Journal*, Vol. 50, No: 4, s.799-820
- MISANGYI, V.F., WEAVER, G.R., ve ELMS, H., (2008), “Ending Corruption: The Interplay Among Institutional Logics, Resources, and Institutional Entrepreneurs”, *Academy of Management Review*, Vol: 33, No: 3, s.750-770
- NIGAM, A. ve OCASIO, W. (2010), “Event Attention, Environmental Sensemaking, and Change in Institutional Logics: An Inductive Analysis of the Effects of Public Attention to Clinton’s Health Care Reform Initiative”, *Organization Science*, Vol. 21, No: 4, s.823-841
- PACHE, A-C. ve SANTOS, F. (2013), “Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics”, *Academy of Management Journal*, Vol: 56, No: 4, s.972-1001
- PURDY, J.M. ve GRAY, B., (2009), “Conflicting Logics, Mechanisms of Diffusion, and Multilevel Dynamics in Emerging Institutional Fields”, *Academy of Management Journal*, Vol. 52, No: 2, s.355-380.
- REAY, T. ve HININGS, C.R. (2009), “Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics”, *Organization Studies*, Vol. 30, No: 6, s.629-652.
- RICHARDSON, A.J. ve KILFOYLE, E. (2012), “Merging the Profession: A Historical Perspective on Accounting Association Mergers in Canada”, *Accounting Perspectives*, Vol.11, No: 2, s.77-109
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003), “Sağlıkta Dönüşüm Programı” Aralık. 2003. Ankara
- (2012). “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 885, Ankara
- (2013). “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012”, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 917, Ankara
- SCOTT, W.R., RUEF, M., MENDEL, P.J. ve CARONNA, C.A. 2000. “Institutional Change and Healthcare Organizations”. Chicago ve London. The University of Chicago Press.
- SHIPLOV, A.V., GREVE, H.R., ROWLEY, T.J. (2010), “When do Interlocks Matter? Institutional Logics and the Diffusion of Multiple Corporate Governance Practices”, *Academy of Management Journal*, Vol. 53, No: 4, s.846-864.

- SMITH-DOERR, L. (2005), "Institutionalizing the Network Form: How Life Scientists Legitimate Work in the Biotechnology Industry". *Sociological Forum*. Vol.20, No: 2, s.271-299.
- SMITH, W.K., ve LEWIS, M.W. (2011), "Toward a Theory of Paradox: A Dynamic Equilibrium Model of Organizing", *Academy of Management Review*, Vol: 36, No: 2, s.381-403.
- SUDDABY, R. ve GREENWOOD, R. (2005), "Rhetorical Strategies of Legitimacy", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 50, No: 1, s.35-67
- THORNTON, P.H. (2001), "Personal versus Market Logics of Control: A Historically Contingent Theory of the Risk of Acquisition", *Organization Science*, Vol. 12, No: 3, s.294-311
- (2002), "The Rise of the Corporation in a Craft Industry: Conflict and Conformity in Institutional Logics", *Academy of Management Journal*, Vol. 45, No: 1, s.81-101
- THORNTON, P.H. ve OCASIO, W. (1999), "Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990", *American Journal of Sociology*, Vol. 105, No: 3, s.801-843
- THORNTON, P.H. ve OCASIO, W. (2008), "Institutional Logics", R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Los Angeles: Sage s.99-129
- THORNTON, P.H., OCASIO, W., LOUNSBURY, M. (2012), *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford. Oxford University Press.
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ, (2007), *Tıp Dünyası Dergisi*. "Hastanelerin Şirketleştirilmesi Yeniden Gündemde" Ekim, Sayı.155. s.4
- (2010), *Tıp Dünyası Dergisi*. "İş Gücü Bıraktık" Şubat. Sayı.172 s.6.
- ZAJAC, E.J. ve WESTPHAL, J.D., (2004), "The Social Construction of Market Value: Institutionalization and Learning Perspectives on Stock Market Reactions", *American Sociological Review*, Vol. 69, No: 3(Haziran), s.433-457

Yasal Metinler

- RESMİ GAZETE (1928), Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. RG Sayı: 863 Kanun No.1219. 14 Nisan 1928. Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-460/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html> Erişim Tarihi: 17.08.2012
- (1930), Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. RG Sayı: 1489 Kanun No.1593. 6 Mayıs 1930. Ankara
- (1933), Hususi Hastaneler Hakkında Kanun. RG Sayı: 2419. Kanun No.2219. 5 Haziran 1933. Ankara
- Resmi Gazete (1949), Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu. RG Sayı: 7235. Kanun No: 5434. 17 Haziran 1949. Ankara
- Resmi Gazete (1961), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. RG Sayı: 10705. Kanun No.224. 12 Ocak 1961. Ankara
- Resmi Gazete (1964), Sosyal Sigortalar Kanunu. RG Sayı:11766. Kanun No: 506. 29 Temmuz 1964. Ankara
- Resmi Gazete (1971), 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa ek ve geçici maddeler eklenmesine ve bu kanun ile diğer kanunların bazı hükümlerinin değiştirilmesine ve kaldırılmasına dair kanun. RG Sayı: 13892. Kanun No:1425. 11 Temmuz 1971. Ankara
- Resmi Gazete (1978), Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun. RG Sayı: 16341 Kanun No. 2162. 09 Temmuz 1978. Ankara
- Resmi Gazete (1980), Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. RG Sayı: 17207. Kanun No. 2368. 31 Aralık 1980. Ankara.

- Resmi Gazete (1982), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. RG Sayı: 17863 (Mükerrer). Kanun No.2709. 9 Kasım 1982.Ankara http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf.Erişim Tarihi: 05.03.2013
- Resmi Gazete (1983), Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. RG Sayı: 17927 (Mükerrer). 13 Ocak 1983. Ankara
- Resmi Gazete (1987), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. RG Sayı: 19461. Kanun No: 3359. 15 Mayıs 1987. Ankara
- Resmi Gazete (1994), Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun. RG Sayı: 22124. Kanun No. 4046 27 Kasım 1994 Ankara.
- Resmi Gazete (2003), Devlet Memurları Kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. RG Sayı: 25155. Kanun No: 4905. 1 Temmuz 2003
- Resmi Gazete (2005), Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği. RG Sayı: 25895. 03 Ağustos 2005
- Resmi Gazete (2006), Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. RG Sayı: 26166 12 Mayıs 2006. Ankara.
- Resmi Gazete (2006), Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu. RG Sayı: 26173 Kanun No: 5502 20 Mayıs 2006. Ankara.
- Resmi Gazete (2006), Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. RG Sayı: 26200 Kanun No: 5510 16 Haziran 2006. Ankara.
- Resmi Gazete (2007), Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik. RG Sayı: 26624. 25 Ağustos 2007.Ankara.
- Resmi Gazete (2010), Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. RG Sayı: 27478 Kanun No. 5947. 30 Ocak 2010. Ankara.
- Resmi Gazete (2010), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulamaları Tebliği. RG Sayı:27532 (Mükerrer). 25 Mart 2010. Ankara.
- Resmi Gazete (2011), Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. RG Sayı: 28103 (Mükerrer).KHK/663. 2 Kasım 2011

İnternet Kaynakları

- (<http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/310,kamu-hastane-birlikleri-verimlilik-degerlendirmesi-hakk-.pdf?0>, 19.11.2012)
- (<http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-2858/saglikta-donusum-programi.html>., 14.06.2012)
- (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/performansa_dayali_ek_odeme_sistemi/05yoneticiislen.pdf, 17.08.2012)
- (http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6, 10.10.2012)
- (<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>., 08.01.2013)
- (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, 30.12.2013).

Extended Summary

Transformation or Development?

Towards a New Institutional Logic in the Management of Public Hospitals

Abstract

This study aims to find out how the recent changes in the management of public hospitals in Turkey can be characterized when looking at from the institutional logics perspective. Specifically, the study tries to understand whether the public service logic that was shaping the management of public hospitals through its traditional presence over years has been transformed into a new institutional logic, by the arrangements and practices occurred post 2003, or display a developmental change while maintaining its basic elements. The results of the document examinations and interviews as well as the coding based on them demonstrated that the public service logic having a traditionally considerable place in the Turkish health care field has been recognized to display a transformation into a new institutional logic that can be labeled as “business-like logic”. According to the research results, this transformation occurred by carrying elements both from traditionally dominant public institutional logic and the market logic growing after 2003, and in this way, showed conformity with the emergence of institutional logic in the form of “blending” identified by Thornton et al. (2012).

Key Words: Institutional Logics, Institutional Theory, Institutional Change, Turkish Health Care Field, Public Hospitals.

As institutional logics are recognized to have substantial impact on organizational arrangements and practices (Marquis and Lounsbury, 2007; Shipilov, Greve, and Rowley, 2010; Thornton, 2001, 2002; Thornton and Ocasio, 1999), there becomes an increasing interest and curiosity on how they emerge and change (Glynn and Lounsbury, 2005; Nigam and Ocasio, 2010; Thornton, Ocasio, and Lounsbury, 2012). While, in the early studies, institutional change in a given organizational field was thought to be from one institutional logic to another through the influence of societal level mental dynamics and/or institutional entrepreneurs (Scott, Ruef, Mendel, and Caronna, 2000; Thornton and Ocasio, 1999; Thornton, 2001), more recent studies have tended to indicate that it displays a more complicated nature based on organizational field-level processes and dynamics (Goodrick and Reay, 2011; Marquis and Lounsbury, 2007; Misangyi, Weaver, and Elms, 2008; Pache and Santos, 2013; Purdy and Gray, 2009). Accordingly, the emergence and change of institutional logics may occur in the form of transformation or development through the influence of different mechanisms rather than following a steady pattern (Thornton et al., 2012). Transformational change refers to the emergence of a new institutional logic based on a radical changes in symbolic represents and practices and can be categorized as replacement, blending, and segregation (Thornton et al., 2012). On the other hand, in the developmental change, only some parts of the symbolic elements and practices of the existing institutional logics change; the dominant symbolic elements and practices keep their existence (Thornton et al., 2012). Developmental change in institutional logics can take forms of assimilation, elaboration, expansion, and contraction

(Thornton et al., 2012). Following this framework, this study aims to find out how the recent changes in management of the public hospitals in Turkey can be characterized.

In Turkey, while an institutional logic that is labeled as public service logic was dominating the health care field since the establishment of the Republic, the implementation of Health Transformation Program in 2003 has led to significant changes in its various aspects. Particularly in recent years, on the one hand, an increasing appearance of the market logic has been noticeable as an alternative to public service logic; on the other hand, the management of public hospitals has been exposed to comprehensive changes. This study specifically tries to figure out the nature of the recent changes in the management of public hospitals in relation to the typology of changes in institutional logics. The study specifically tries to make clear whether the traditionally dominant public service logic has been transformed into a new logic through a substantial change in its major aspects or display a developmental course keeping its major elements and practices. This question is sought to be answered through document examinations and interviews. In this way, the study is expected to provide empirical evidence to identify differences in types of changes in institutional logics as well as to understand the nature of the recent changes in the Turkish Health Care Field from the institutional logics perspective.

The results of the document examinations and interviews as well as the coding based on them demonstrated that the traditional public service logic has been recognized to display a transformation into a new institutional logic that can be labeled as “business-like logic”. According to the research results, this transformation occurred based on the combination of both traditionally dominant public institutional logic and the market logic growing after 2003, and in this way, showed conformity with the emergence of institutional logic in the form of “blending” identified by Thornton et al. (2012).

It appears that through the arrangements and implementations occurred as part of health transformation program starting in 2003, on the one hand, market logic found itself more place leading to a salient increase in health care expenditures; on the other hand, in this process, the problems and contradictions in the management of public hospitals led the Health Ministry as a principal actor in the field to new searches. The amendments and practices such as performance regulation, general health insurance law, full-day law, Governmental Decree in Force of *Law* numbered 663, the instruction regarding Public Hospital Unions efficiency evaluation, implemented as part of the new searches particularly since 2006 by the Health Ministries post 2003, have paved the way towards a new institutional logic carrying the traces of the traditional public service logic while also containing the elements of the market logic. This new logic has clearly been recognized to be identical and differentiated from the other two logics.