

# Sağlık Sistemlerini İdeoloji ve Kurumlar Üzerinden Okumak: Refah Rejimleri ve Sağlık Yönetimi Perspektifi

Tuğba Kasımoğlu<sup>1</sup>

## Özet

Bu çalışma, sağlık sistemlerini yalnızca teknik bir hizmet alanı olarak değil, ideolojik tercihler, kurumsal yapılar ve toplumsal beklentiler tarafından şekillenen bir kamu politikası tasarımı olarak ele almaktadır. Refah rejimi ve sosyal politika literatürü ile kurumsalcı yaklaşımlar birlikte kullanılarak, sağlık politikasında devlet–piyasa dengesi, dayanışma anlayışı ve meşruiyet arayışının politika tercihlerini nasıl çerçevelediği tartışılmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sisteminin dört temel tasarım boyutu önerilmektedir: (i) finansman ve risk havuzu, (ii) hizmet sunumunun örgütlenmesi, (iii) yönetim ve düzenleme, (iv) erişim ve eşitlik mekanizmaları. Bu çerçeve, sağlık kurumlarının yönetimi açısından üç süregelen gerilim ekseninde somutlaştırılmaktadır: maliyet kontrolü ile erişim, performans ve standardizasyon ile mesleki özerklik, merkezileşme ile yerelleşme. Son bölümde ise COVID-19 salgını sonrasında daha görünür hale gelen sağlık güvenliği, dijitalleşme ve göç dinamiklerinin; hizmete erişim, hak sahipliği, veri yönetimi ve kurumsal kapasite tartışmalarını sağlık yönetimi açısından nasıl yeniden şekillendirdiği değerlendirilmektedir. Çalışma, sağlık yöneticileri ve politika analistleri için iddiası sınırlı, fakat bütüncül ve açıklayıcı bir kavramsal çerçeve sunmayı amaçlamaktadır.

## 1. Giriş

Sağlık sistemi, bir ülkede “kimlerin hangi hizmete hangi koşullarda erişeceği” sorusuna verilen yanıtların kurumsallaştığı bir alandır. Bu yanıtlar; kamu bütçesinin hangi önceliklere göre dağıtılacağı, risklerin toplum içinde nasıl paylaşılacağı, piyasa aktörlerinin hangi sınırlar içinde çalışacağı ve kamunun hangi durumlarda doğrudan müdahil olacağı gibi temel siyasal tercihleri içerir.

1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Nişantaşı Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi, tesendemir@hotmail.com, ORCID ID 0009-0005-3708-1769

Bu nedenle sağlık sistemi tasarımı, tıbbi olduğu kadar siyasal ve sosyolojik bir mesele olarak da ele alınmalıdır (Moran, 2000). Siyasal akımlar, çıkar grupları ve toplumsal uzlaşmalar bu tercihlerin arka planını oluşturur; yönetim kararları da çoğu zaman bu zemin üzerinde şekillenir.

Bu yönüyle sağlık sistemi, 21. yüzyılda siyasal düzen tartışmalarının somutlaştığı başlıca alanlardan biridir. Siyasal düzen yalnızca seçim süreçleriyle değil; kamu hizmetlerinin sürekliliği, krizlere yanıt verme kapasitesi, kaynak dağıtım kararlarının meşruiyeti ve kurumların hesap verebilirliği üzerinden de kurulur. Modern devletin güçlü ve güvenilir kurumlar geliştirebilmesi, yurttaşların devlete yönelik güveninin korunması bakımından belirleyicidir; sağlık sistemi ise bu ilişkinin gündelik hayatta en görünür olduğu alanlardan biridir (Fukuyama, 2023; Rosanvallon, 2008). Sağlık hizmeti olağan dönemlerde çoğu zaman fark edilmezken, salgınlar, afetler veya ekonomik daralma gibi kriz anlarında kamusal beklentiler hızla yükselir ve sistemin güçlü ve zayıf yönleri daha açık biçimde ortaya çıkar. Bu nedenle sağlık yönetimi, yalnızca operasyonel verimlilik açısından değil, kurumsal güven ve meşruiyet üretme kapasitesi bakımından da değerlendirilmelidir.

Sağlık kurumlarını yönetenler açısından bu makro tasarım kararları günlük işleyişe doğrudan yansır. Finansman modeli, hastanelerin bütçe mantığını, insan kaynağı planlamasını ve performans baskılarını etkiler; hizmet sunumunun örgütlenmesi, birinci basamağın rolünü, sevk zincirini ve kurumlar arası iş birliği ile rekabet dengesini şekillendirir. Yönetişim ve düzenleme tercihleri ise hesap verebilirlik, denetim ve kalite güvencesi mekanizmalarının çerçevesini çizer. Bu nedenle sağlık yöneticileri, yalnızca kurum içi süreçleri değil, bu süreçleri üreten kurumsal ve ideolojik bağlamı da okuyabilmelidir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık sistemini ideolojik ve kurumsal bir tasarım olarak analiz etmeye yardımcı olacak kavramsal bir çerçeve sunmaktır. Metin, refah rejimi literatürü ile kuralları ve yerleşik uygulamaları merkeze alan kurumsalcı yaklaşımları birlikte kullanmakta; ancak açıklamayı tek bir nedene indirgememektedir. Aynı ideolojik gelenek içinde bile tarihsel koşullar, aktör dengeleri ve krizler nedeniyle farklı sağlık politikası bileşimleri ortaya çıkabilir (Hall & Taylor, 1996; Pierson, 2000).

Ayrıca sağlık sistemleri, kimlik ve eşitsizlik tartışmalarının da somutlaştığı bir sahadır. Vatandaşlık statüsü, göçmenlik durumu, sınıfsal konum, toplumsal cinsiyet ve bölgesel eşitsizlikler, sağlık hizmetine fiili erişimi ve hizmet deneyimini etkileyebilir. Bu nedenle sağlık eşitsizliklerini yalnızca hizmet arzı üzerinden değil, bireylerin yaşam koşullarını şekillendiren siyasal ve ekonomik güç ilişkileri üzerinden de değerlendirmek gerekir (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Bu doğrultuda çalışmada önce

ideoloji-kurum ilişkisi tartışılmakta; ardından sağlık sisteminin dört tasarım boyutu tanımlanmakta ve bu çerçevede refah rejimi mantıkları ile Türkiye örneği üzerinden somutlaştırılmaktadır. Son bölümde ise COVID-19 salgını, dijitalleşme ve göç dinamiklerinin sağlık sistemi tasarımına ilişkin gerilimleri nasıl güncellediği ele alınmaktadır.

## 2. Kuramsal Çerçeve: İdeoloji, Kurumlar ve Refah Rejimleri

Sağlık politikası, çoğu zaman teknik bir “hizmet organizasyonu” problemi gibi sunulsa da gerçekte değer tercihleriyle yüklüdür. İdeoloji, bu değer tercihlerini sistemleştiren; neyin adil, neyin etkin, neyin meşru olduğuna ilişkin bir çerçeve sağlar. Kurumlar ise ideolojik hedeflerin somutlaştığı, aynı zamanda yeni tercihleri sınırlandıran kurallar ve örgütlenmeler bütünüdür. Bu iki düzeyi birlikte ele almak, sağlık sistemindeki süreklilikleri ve dönüşümleri daha tutarlı biçimde açıklamaya yardımcı olur.

Refah rejimi yaklaşımı, devletin sosyal riskleri yönetme biçimini (işsizlik, yaşlılık, hastalık vb.) karşılaştırmalı olarak sınıflandırır. Esping-Andersen’in (1990) “üç dünya” tipolojisi, refah devletlerinin piyasa bağımlılığını ne ölçüde azalttığına (yani yurttaşları hangi düzeyde koruduğuna) odaklanır. Sağlık sistemleri ise bu genel refah mimarisinin içinde, finansman ve hizmet sunumunun birlikte kurgulandığı özgül bir kurumsal alandır (Moran, 2000).

Aşağıdaki alt başlıklarda ideoloji–kurum ilişkisi daha ayrıntılı ele alınmakta ve refah rejimi yaklaşımının sağlık sistemlerini okumada sağladığı olanaklar ile sınırlar özetlenmektedir.

### 2.1. İdeoloji ve Sağlık Politikasında Değer Tercihleri

İdeoloji, toplumsal sorunları tanımlama ve çözme biçimlerine yön veren değer ve inanç örüntüleridir. Sağlık politikası açısından ideolojiler, en az üç temel soruya farklı yanıtlar üretir: (i) Sağlık hizmeti bir hak mıdır, yoksa ağırlıklı bireysel sorumluluk alanı mıdır? (ii) Kaynak dağıtımında eşitlik mi, hedefleme mi daha önceliklidir? (iii) Devletin rolü doğrudan hizmet sunmak mı, yoksa düzenleyici ve denetleyici bir çerçeve kurmak mıdır? (Esping-Andersen, 1990; Moran, 2000).

Liberal ve neoliberal çizgide, bireysel tercih ve piyasa mekanizmasının verimliliği daha fazla vurgulanır. Bu yaklaşım sağlık alanında kamu rolünü tamamen dışlamaz; ancak kamunun çoğu zaman “asgari güvence” sağlayan ve piyasadaki rekabeti düzenleyen bir konumda kalması beklenir. Sosyal demokrat çizgide ise sağlık, daha açık biçimde yurttaşlık hakkı olarak tanımlanır; evrensel kapsam ve yeniden dağıtım öncelik kazanır. Muhafazakâr–korporatist yaklaşımda sosyal koruma, çoğu zaman istihdam statüsüyle bağlantılı sigorta

mekanizmaları üzerinden şekillenir; aile ve meslek örgütleri gibi ara kurumların rolü daha belirgin olabilir (Esping-Andersen, 1990).

Bu ideolojik ayrımlar, pratikte “tamamen ayrı” sistemlere dönüşmeyebilir. Nitekim birçok ülkede son kırk yılda maliyet baskıları, nüfusun yaşlanması ve teknolojik genişleme gibi nedenlerle karma modeller yaygınlaşmıştır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2023). Yine de ideoloji, sağlık sisteminin hangi araçlara daha yatkın olduğunu; hangi reformların toplumsal meşruiyet bulduğunu ve hangi eşitsizlik türlerinin daha görünmez kaldığını anlamada açıklayıcı bir başlangıç noktası sunar (Bambra, 2007).

Türkiye bağlamında COVID-19 salgını sonrasında refah devleti tartışmalarının yeniden canlanması, ideolojinin güncelliğini bir kez daha göstermiştir. Bu salgın dönemi; sosyal hak, kamusal kapasite ve dayanışma kavramlarını gündeme taşırken, mali sürdürülebilirlik ve bütçe disiplini tartışmalarını da keskinleştirmiştir (Aysan, 2020).

## **2.2. Kurumlar, Yol Bağımlılığı ve Aktör Koalisyonları**

Kurumlar, yalnızca binalar veya kamu kuruluşları değil; aynı zamanda bu kuruluşların nasıl çalışacağını belirleyen kurallar, yetki dağılımları ve yerleşik uygulamalardır. Sağlık alanında kurumlar; finansman havuzlarından ödeme yöntemlerine, sevk mekanizmalarından mesleki yetkilendirmeye kadar geniş bir çerçeveyi kapsar. Bu kurumsal düzenlemeler, zaman içinde “normal” kabul edilen işleyişler üretir ve değişimi hem mümkün kılar hem de sınırlar (Hall & Taylor, 1996).

Kurumları tartışırken sıkça kullanılan “yol bağımlılığı” kavramı, geçmişte alınan kararların bugünkü seçenekleri kısıtlamasını anlatır (Pierson, 2000). Örneğin uzun süre primli sigortaya dayalı bir modelle yürüyen bir sistemde, hizmetlerin genel vergilerle finanse edilip tüm nüfusa aynı düzeyde sunulması hem teknik hem de siyasal olarak daha zorlaşabilir; çünkü hem kurumsal kapasite hem de toplumsal beklentiler bu eski modele göre şekillenmiştir. Bu nedenle reformlar çoğu zaman “tam bir kopuş” yerine, var olan yapının üzerine eklenen ve adım adım ilerleyen düzenlemeler olarak ortaya çıkar.

Kurumların işleyişi, aktör koalisyonlarıyla da yakından ilişkilidir. Sağlık sektöründe merkezi yönetim, sosyal güvenlik kurumları, yerel yönetimler, meslek örgütleri, özel hastane grupları, ilaç/teknoloji şirketleri, sendikalar ve hasta örgütleri gibi çok sayıda aktör bulunur. Bu aktörler, reform süreçlerinde farklı maliyet ve faydalarla karşılaşır; dolayısıyla “ne yapılacağı” kadar “kimin neyi kaybedeceği/kazanacağı” sorusu da belirleyicidir (Ağartan, 2021).

Türkiye’de 2000’ler sonrası reformların geniş kapsamlı olabilmesinde, güçlü siyasi sahiplenmenin yanı sıra, sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve eşitsizlik algısının reformlara toplumsal destek üretmesi önemli bir arka plan sağlamıştır. Bununla birlikte reformların uygulamasında performans baskısı, iş yükü ve mesleki tatmin gibi başlıklarda yeni tartışmalar doğmuştur (Akdağ, 2015; Erdem & Atalay, 2017).

### 2.3. Refah Rejimi Yaklaşımıyla Sağlık Sistemlerini Okumak

Refah rejimi yaklaşımı, sağlık sistemlerini değerlendirirken iki tür katkı sağlar. İlk olarak, sağlık politikasını ekonomik büyüme veya teknik kapasiteye indirgemenin, dayanışma ve yurttaşlık gibi daha geniş siyasal-sosyolojik temalarla ilişkilendirir. İkinci olarak, benzer gelir düzeyindeki ülkeler arasında bile neden farklı sağlık sistemleri ortaya çıktığını açıklamada kurumsal ve ideolojik faktörlerin rolünü görünür kılar (Bambra, 2007; Moran, 2000).

Bununla birlikte refah rejimleri, “ideal tip” niteliği taşır. Gerçek ülkeler çoğu zaman bu tiplerin karışımını sergiler. Ayrıca sağlık sistemi; eğitim, istihdam piyasası ve sosyal yardım mekanizmalarıyla birlikte işlediği için, yalnızca sağlık alanına bakarak rejim sınıflandırması yapmak yanıltıcı olabilir. Bu nedenle refah rejimi çerçevesi, bir “harita” sunar; fakat her ülkede tarihsel bağlam, krizler ve aktör dengeleri ayrıca analiz edilmelidir (Pierson, 2000).

Refah rejimi literatürünün önemli tartışmalarından biri, evrenselciliğin yeniden dağıtım etkisidir. Korpi ve Palme (1998), geniş toplumsal kesimleri kapsayan evrensel sistemlerin, yalnızca hedeflenmiş yoksulluk programlarına kıyasla daha güçlü bir yeniden dağıtım yaratabildiğini ileri sürer. Sağlık alanında bu tartışma, evrensel kapsama yaklaşırken hangi finansman araçlarının ve hizmet paketlerinin tercih edildiği sorusunu da gündeme taşır.

Türkiye üzerine çalışmalar, ülkenin refah mimarisinin melez bir karakter taşıdığını; sosyal sigorta geleneği, aile temelli dayanışma pratikleri ve son dönemde genişleyen kamu güvenceleri arasında bir bileşim bulunduğunu vurgular (Buğra & Keyder, 2003; Kol, 2014). Bu melezlik, sağlık sisteminde hem evrensel kapsama yönelik hamleleri hem de piyasa/performans odaklı araçları aynı anda görmeyi mümkün kılar (Atun vd., 2013; Ökem & Çakar, 2015).

### 2.4. Siyasal Hareketler, Çıkar Grupları ve Sağlık Reformu

Sağlık politikası, siyasal hareketler ve toplumsal çatışmalar açısından “yüksek sembolik değere” sahip bir alandır. Çünkü sağlık hizmeti, doğrudan yaşam kalitesiyle ilişkilidir ve kamuoyu gündeminde hızlı karşılık bulur. Bu nedenle sağlık reformları, yalnızca uzmanların tasarladığı teknik paketler olarak değil;

seçim rekabeti, medya tartışmaları ve örgütlü çıkarların etkisiyle şekillenen siyasal süreçler olarak da değerlendirilmelidir.

Siyasal akımların sağlık politikası üzerindeki etkisi iki kanaldan okunabilir. Birincisi, refah devletinin kapsamına ilişkin genel yaklaşım (evrensel haklar mı, hedeflenmiş yardımlar mı?) sağlık hizmetinin paketini ve finansmanını etkiler. İkincisi, kamu yönetimine ilişkin yaklaşım (kamunun doğrudan sunumu mu, sözleşme ve rekabet mi?) hizmet sunumunun örgütlenmesini etkiler. Bu çerçevede “yeni sağ” ile anılan piyasa/performans vurgusu birçok ülkede sağlık yönetiminde ölçüm, hizmetlerin sözleşmelerle yürütülmesi ve rekabetçi araçların genişlemesiyle ilişkilendirilmiştir (Hood, 1991). Türkiye’de de sağlıkta dönüşüm sürecinin bir ayağı, performans ve yönetsel araçların yaygınlaşması olmuştur (Akdağ, 2015; Ekinci, 2021).

Politik sosyoloji açısından ayrıca şu nokta önemlidir: Sağlık alanı, farklı toplumsal grupların taleplerini aynı anda taşır. Çalışanların ücret ve çalışma koşulları talepleri, hastaların erişim ve memnuniyet beklentileri, özel sektörün yatırım ve sözleşme talepleri ve kamunun bütçe disiplini hedefi, aynı politika alanında karşı karşıya gelir. Bu nedenle reformların sürdürülebilirliği, yalnızca tasarımın “doğru” olmasına değil; farklı grupların sürece nasıl dâhil edildiğine ve meşruiyetin nasıl kurulduğuna da bağlıdır (Ağartan, 2021).

Son yıllarda göç, kimlik siyaseti ve popülist söylemler de sağlık politikasının toplumsal boyutunu güçlendirmiştir. Özellikle refah hizmetlerinin “kime” ait olduğu tartışmaları, sağlık hizmetine erişim konusunda dışlayıcı tutumları besleyebilir. Bamba ve Lynch’in (2021) tartıştığı refah şovenizmi, bu tür dışlayıcı tutumların sağlık eşitsizliklerini derinleştirme riskine işaret eder. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin de yalnızca örgütsel verimlilik değil, hizmetin kapsayıcılığı ve toplumsal gerilimlerin kurumlara yansımaları konusunda duyarlı olması beklenir.

## 2.5. Siyasal Düzen, Kurumsal Güven ve Sağlıkta Meşruiyet

Sağlık sistemi, siyasal düzenin yalnızca hukuki ve idari çerçevesini değil, bu düzenin gündelik hayatta nasıl deneyimlendiğini de görünür kılan bir alandır. Sağlık hizmetinin sürekliliği, kaynakların hangi ilkelere göre dağıtıldığı ve olağanüstü dönemlerde alınan kararların nasıl gerekçelendirildiği, yurttaşların devlete ve kurumlara yönelik güvenini doğrudan etkiler. Bu yönüyle sağlık alanı, devlet kapasitesi ile kurumsal meşruiyet arasındaki ilişkinin somut biçimde izlenebildiği başlıca kamusal sahalardan biridir (Fukuyama, 2023).

Sağlıkta meşruiyet yalnızca hizmet sunumunun varlığıyla kurulmaz; aynı zamanda karar alma süreçlerinin açıklanabilir, denetlenebilir ve toplumsal olarak kabul edilebilir olmasıyla da ilişkilidir. Sağlık harcamalarının büyüklüğü,

hizmete erişimin yaşamsal niteliği ve kararların farklı toplumsal gruplar üzerindeki dağıtım etkisi düşünüldüğünde, denetim, şeffaflık, değerlendirme ve şikâyet mekanizmaları teknik araçlar olmanın ötesine geçer. Rosanvallon'un (2008) tartıştığı gözetim, değerlendirme ve kamusal yargı pratikleri, sağlık alanında güven ve meşruiyetin nasıl üretildiğini anlamak açısından açıklayıcı bir çerçeveye sunar.

Kriz dönemleri bu ilişkiyi daha görünür hale getirir. Olağanüstü dönemlerde alınan kararların nasıl gerekçelendirildiği, önceliklendirme ölçütlerinin ne kadar açık olduğu ve risk iletişiminin nasıl yürütüldüğü; sistemin teknik yeterliliği kadar kurumsal güven ve meşruiyet kapasitesini de sınar. Bu nedenle sağlık krizleri, siyasal düzenin dayanıklılığını ve kurumların toplumsal kabul üretme gücünü görünür kılan süreçler olarak okunabilir. Bu çerçevede sağlıkta meşruiyet, yalnızca kararların nasıl alındığı ve nasıl gerekçelendirildiğiyle değil, sağlık risklerinin hangi bilgi rejimleri ve izleme araçları üzerinden tanımlandığıyla da ilişkilidir.

Sağlık sistemi bu yönüyle, yalnızca finansman ve hizmet sunumu kararlarının alındığı bir alan değil; aynı zamanda riskin tanımlanması, kayıt altına alınması ve izlenmesi gibi süreçlerin kurumsallaştığı bir sahadır. Özellikle dijitalleşme ve veri temelli yönetim araçlarının yaygınlaşması, sağlıkta meşruiyet tartışmasını veri yönetişimi, mahremiyet ve hesap verebilirlik başlıklarıyla daha görünür hale getirmiştir. Bu nedenle dijital sağlık, çalışmada ayrı bir teknoloji başlığı olarak değil; sağlıkta kurumsal güven, hesap verebilirlik ve meşruiyet tartışmalarının güncel bir uzantısı olarak ilerleyen bölümlerde ele alınmaktadır.

### 3. Sağlık Sisteminin Kurumsal Tasarımı: Dört Boyutlu Bir Analiz

Sağlık sistemini ideoloji ve kurumlar üzerinden, bir "kurumsal tasarım" alanı olarak okumak için sistemi oluşturan bileşenlerin ayrıştırılması gerekir. Bu çerçeveye, sağlık sistemini dört tasarım boyutunda ele alır: (i) finansman ve risk havuzu, (ii) hizmet sunumu örgütlenmesi, (iii) yönetim ve düzenleme, (iv) erişim ve eşitlik mekanizmaları. Bu boyutlar birbirinden bağımsız değildir; birinde yapılan bir değişiklik diğerlerinde zincirleme etkiler yaratır. Örneğin finansmanın prim ağırlıklı veya vergi ağırlıklı olması, hizmet paketinin kapsamını ve sağlayıcıların ödeme yöntemlerini etkiler. Benzer biçimde hizmet sunumunda özel sektör payının artması, düzenleme kapasitesinin güçlendirilmesini daha kritik hale getirir.

Aşağıdaki alt başlıklarda her boyut kısaca açıklanmakta ve sağlık yönetimi açısından ne tür sonuçlar üretebileceği belirtilmektedir.

### 3.1. Finansman ve Risk Havuzu

Finansman boyutu, sağlık hizmetinin “kim tarafından ve nasıl ödeneceği” sorusunu içerir. Kamu vergileri, sosyal sigorta primleri ve cepten ödemeler, sistemin temel gelir kaynaklarıdır. Bu kaynakların nasıl birleştirildiği (risk havuzu), toplumun farklı grupları arasındaki dayanışma düzeyini doğrudan etkiler. Geniş ve bütünleşik havuzlar, riskin daha fazla paylaşılmasına; parçalı yapılar ise farklı gruplar arasında kapsam ve kalite farklarının sürmesine yol açabilir (Kutzin, 2013).

Finansmanda cepten ödemenin yüksek olduğu sistemlerde, hizmete erişim daha çok hane gelirine bağlı hale gelir ve sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisi artabilir. Buna karşılık kamu güvencesinin genişlediği, katkı paylarının sınırlı tutulduğu modellerde finansal koruma güçlenir; ancak mali sürdürülebilirlik ve bütçe disiplini daha görünür bir tartışma alanı haline gelir (OECD, 2023).

Finansman yalnızca “toplama” meselesi değildir; aynı zamanda toplanan kaynağın nasıl harcanacağını belirleyen satın alma ve ödeme mekanizmalarını da içerir. Stratejik satın alma yaklaşımı, hizmet alımının nüfus ihtiyaçları ve performans hedefleriyle uyumlu biçimde planlanmasını; sözleşmelerin ve ödeme yöntemlerinin bu hedeflere göre kurgulanmasını ifade eder (Kutzin, 2013). Bu yaklaşım, verimlilik ve kalite arasında daha dengeli bir ilişki kurma potansiyeli taşır; ancak güçlü veri altyapısı ve kurumsal kapasite gerektirir.

Türkiye örneğinde, 2000’ler sonrası reformlar genel sağlık sigortası ve yeşil kart benzeri mekanizmalar aracılığıyla kapsayıcılığı artırmış; belirli gruplar için cepten harcama yükünü azaltma yönünde etkiler üretmiştir (Atun vd., 2013; Tirgil vd., 2019). Bununla birlikte, ödeme yöntemleri ve teşviklerin hastaneler üzerinde yarattığı performans baskısı, sağlık çalışanlarının iş yükü ve motivasyonu gibi alanlarda yönetimsel sonuçlar doğurmuştur (Ekinci, 2021; Erdem & Atalay, 2017).

Sağlık kurumlarının yönetimi bakımından finansman mimarisi, yalnızca kaynak miktarını değil; ödeme akışının öngörülebilirliğini ve yönetsel esnekliği de belirler. Örneğin küresel bütçe, paket ödeme, hizmet başı ödeme veya performansa dayalı ek ödeme gibi araçlar; kurumların stratejik planlamasını, klinik önceliklendirmesini ve hizmet sunumu davranışlarını etkileyebilir. Bu nedenle finansman tartışmaları, doğrudan sağlık kurumlarının yönetim kapasitesiyle ilişkilidir.

### 3.2. Hizmet Sunumu Örgütlenmesi

Hizmet sunumu boyutu, finansmanla toplanan kaynakların hangi örgütsel yapılarda ve hangi iş bölümüyle hizmete dönüştürüleceğini ifade eder. Sağlık hizmeti; kamu hastaneleri, özel hastaneler, aile hekimliği/birinci basamak birimleri ve üniversite hastaneleri gibi farklı kurumsal formlar üzerinden sunulabilir. İdeolojik tercihlerin etkisi, bu kurumsal formlar arasındaki ağırlık dağılımında görülür: Bazı sistemlerde kamu hizmeti doğrudan sunar; bazılarına ise kamu daha çok satın alan ve düzenleyen bir role çekilir (Moran, 2000).

Hizmet sunumunda kritik bir karar, birinci basamağın sistem içindeki konumudur. Güçlü bir birinci basamak; koruyucu sağlık hizmetleri, kronik hastalık yönetimi ve uygun sevk mekanizmaları açısından önem taşır. Buna karşılık hastane odaklı sistemlerde uzmanlaşma ve teknoloji yatırımları artabilir; ancak koordinasyon maliyetleri ve gereksiz başvuru riski de yükselir. OECD ülkelerinde son yıllarda birinci basamağı güçlendirme ve entegre bakım modellerini yaygınlaştırma yönünde eğilimler dikkat çekmektedir (OECD, 2023).

Hizmet sunumu alanında kamu-özel bileşimi, sağlık yönetimi açısından farklı bir gerilim yaratır. Özel sektörün payı arttıkça kapasite ve erişim kısa vadede genişleyebilir; ancak sözleşme yönetimi, kalite standardizasyonu ve mali denetim ihtiyacı da büyür. Kamu-özel etkileşiminin etkin işlemesi için düzenleyici kurumların hem bilgi hem yaptırım kapasitesinin güçlenmesi gerekir. Bu kapasite zayıf kaldığında, farklı sağlayıcılar arasında fiyat/kalite dengesizliği ve hizmetin parçalanması gibi riskler artabilir (Bambra, 2007; Reibling, 2010).

Türkiye’de aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması, erişimin artması ve birinci basamak hizmetlerin standardizasyonu açısından önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir; ancak sevk zincirinin sınırlı uygulanması ve hastane başvurularının yüksekliği, hizmet sunumunun koordinasyonu açısından tartışma konusu olmaya devam etmektedir (Atun vd., 2013; Ökem & Çakar, 2015). Bu tür yapısal özellikler, hastane yönetiminde kapasite planlaması, randevu sistemleri ve hasta akışı yönetimi gibi alanlarda doğrudan etkiler üretir.

### 3.3. Yönetişim, Düzenleme ve Hesap Verebilirlik

Yönetişim boyutu, sağlık sisteminde karar alma, koordinasyon ve hesap verme mekanizmalarının nasıl kurulduğunu ifade eder. Sağlık sektörü; bilgi asimetrisi yüksek, güven ilişkisine dayalı ve çok sayıda aktörün aynı anda rol aldığı bir alandır. Bu nedenle yalnızca “piyasa” veya yalnızca “hiyerarşi” ile yönetilmesi güçtür; karma düzenleme biçimleri yaygındır (Moran, 2000).

1980'lerden itibaren birçok ülkede kamu yönetimi reformlarıyla performans ölçümü, sözleşmeli hizmet alımı ve rekabet benzeri araçlar öne çıkmıştır. Bu eğilim, literatürde “yeni kamu işletmeciliği” olarak da anılır; kamuda özel sektör benzeri ölçüm ve performans mantığının güçlenmesini ifade eder (Hood, 1991).

Türkiye’de performansa dayalı ödeme uygulamalarının sağlık çalışanlarının tutumlarına etkisini inceleyen çalışmalar, performansın bazı alanlarda üretkenliği artırabildiğini; ancak iş yükü, hizmetin niteliği ve mesleki motivasyon üzerinde karma sonuçlar doğurabildiğini göstermektedir (Ekinci, 2021; Erdem & Atalay, 2017). Bu bulgular, yönetim araçlarının “tek yönlü” sonuçlar üretmediğine; tasarımın bağlama ve uygulama kapasitesine duyarlı olduğuna işaret eder.

Yönetişim aynı zamanda güven ve meşruiyet üretme kapasitesidir. Sağlık kurumları, vatandaşla devlet arasındaki en yoğun temas noktalarından biridir; bu nedenle hasta deneyimi, memnuniyet ve şikâyet mekanizmaları da yönetişimin parçasıdır. Bostan’ın (2013) hastalar açısından dönüşüm algısını irdeleyen çalışması, reformların algısal boyutunun da izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Sağlık yönetimi açısından bu durum, hizmet kalitesinin yalnızca klinik göstergelerle değil, iletişim ve etik standartlarla birlikte değerlendirilmesini gerekli kılar.

Sağlık yöneticileri için yönetişim, yalnızca üst politika tercihleri değil; kurum içi süreçler, denetim pratikleri ve etik standartlar gibi daha gündelik unsurları da kapsar. İdeolojik tartışmalar çoğu zaman makro düzeyde yürür; ancak sonuçları hasta kabulünden veri paylaşımına kadar pek çok somut işleyişe yansır.

### **3.4. Erişim, Eşitlik ve Kapsayıcılık Mekanizmaları**

Erişim ve eşitlik boyutu, sağlık sisteminin toplumsal gruplar arasında ne tür farklılıklar ürettiğini veya azalttığını değerlendirir. Eşitlik tartışması yalnızca “herkese aynı hizmet” meselesi değildir; ihtiyaç düzeyi farklı grupların (kırılgan gruplar, kronik hastalar, yaşlılar, göçmenler vb.) hangi araçlarla desteklendiğiyle ilgilidir. Refah rejimi literatürü, evrensel kapsamın ve kapsamlı sosyal korumanın, uzun vadede eşitsizlikleri azaltma potansiyeline sahip olabileceğini vurgular (Bambra, 2007; Korpi & Palme, 1998).

Erişimde kullanılan araçlar ideolojik tercihleri yansıtır. Örneğin katkı paylarının yüksek tutulması, “kötüye kullanım” riskini azaltma amacıyla savunulabilir; ancak düşük gelirli gruplar için fiili bir engel yaratabilir. Bekleme listeleri ise mali bariyer yaratmadan erişimi sınırlayan bir mekanizmadır; ancak hizmetin zamanında sunulması ve hasta memnuniyeti açısından yeni sorunlar doğurabilir (Reibling, 2010).

Eşitlik tartışmasının bir başka boyutu, sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgilidir. Gelir dağılımı, güvencesiz istihdam, barınma ve eğitim gibi alanlardaki eşitsizlikler, sağlık sonuçlarına yansır ve sağlık hizmeti bu etkileri yalnızca kısmen telafi edebilir. Bu nedenle sağlık sistemi, daha geniş bir sosyal politika mimarisinin parçası olarak düşünülmelidir. Türkiye’de sağlık hizmetinin ekonomi politikasına odaklanan çalışmalar da, sağlık alanındaki dönüşümlerin emek piyasası ve sosyal devlet tartışmalarından bağımsız ele alınamayacağını vurgulamaktadır (Belek, 2001).

Türkiye’de kapsayıcılığın artması, özellikle düşük gelirli gruplar için finansal korumanın güçlenmesiyle ilişkilendirilmiştir (Atun vd., 2013; Turgil vd., 2019). Bununla birlikte eşitlik tartışması, yalnızca sigorta kapsamıyla sınırlı değildir. Hizmetin bölgesel dağılımı, insan kaynağının dengesizliği, özel sektörün büyümesi ve göç gibi dinamikler; erişim ve kalite açısından yeni eşitsizlik biçimleri üretebilmektedir (Ökem & Çakar, 2015).

Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında, erişim ve eşitlik hedefleri; randevu sistemleri, yönlendirme mekanizmaları, hizmet hattı tasarımı, dil ve kültür aracılığı gibi uygulama araçlarıyla somutlaşır. Bu nedenle eşitlik, yalnızca politika metinlerinde kalan bir ilke değil; kurumların günlük yönetim kararlarıyla üretilen bir sonuç alanıdır.

Erişim ve eşitlik tartışması, yalnızca hizmet paketinin varlığıyla sınırlı değildir; aynı zamanda farklı toplumsal grupların bu hizmete hangi koşullarda fiilen ulaşabildiğiyle de ilgilidir. Vatandaşlık statüsü, kayıtlılık durumu, göç deneyimi ve sosyal dışlanma biçimleri, aynı yasal çerçeve içinde bile erişim farkları doğurabilir. Bu nedenle kapsayıcılık, yalnızca etik bir ilke değil; sağlık sisteminin erişim performansını ve koruyucu hizmet kapasitesini etkileyen bir yönetim meselesidir. Sağlık yöneticilerinin yalnızca formel hak sahipliğine değil, fiili erişimi kolaylaştıran uygulama araçlarına da odaklanması gerekir.

#### 4. Refah Rejimi Mantıkları ve Sağlık Politikası

Aşağıda, refah rejimi literatüründeki üç ideal tipin sağlık sistemi tasarımına nasıl yansyabileceği özetlenir. Amaç, ülkeleri “etiketlemek” değil; ideolojik ve kurumsal mantıkların sağlık politikasında hangi araçlara daha fazla alan açabildiğini görünür kılmaktır. Aynı ülkede dönemler arasında da önemli farklılıklar olabileceği unutulmamalıdır (Pierson, 2000).

##### 4.1. Liberal/Neoliberal Mantık

Liberal/neoliberal mantıkta sağlık politikası, kamunun temel ve asgari bir güvence sunduğu; bunun ötesinde finansmanın özel sigorta, bireysel ödeme ve hedeflenmiş kamu destekleriyle çeşitlendiği bir yapıya eğilim gösterir. Bu

çerçevede risk havuzu daha parçalı olabilir; cepten ödeme ve poliçe farklılıkları sistem içinde tabakalaşmayı artırabilir. Hizmet sunumu çoğu zaman çok aktörlüdür; kamu, özel hastaneler, özel sigortacılar ve sözleşmeli sağlayıcılar birlikte yer alır. Yönetişim tarafında düzenleme, sözleşme ilişkileri, performans ölçümü ve denetim araçları ön plana çıkar; kamunun rolü doğrudan üretimden çok çerçeve koyma ve gözetme yönünde şekillenebilir (Esping-Andersen, 1990; Moran, 2000). Bu yapının en önemli sonucu, erişim ve eşitlik bakımından farklılaşma riskinin artmasıdır. Düzenleyici kapasite zayıf kaldığında ödeme gücü, sigorta kapsamı ve sağlayıcı çeşitliliği hizmete fiili erişimi belirleyen başlıca etkenlere dönüşebilir (Bambra, 2007; Reibling, 2010).

Sağlık yönetimi açısından liberal mantığın belirgin gerilimi, mali sürdürülebilirlik ile hizmet bütünlüğü arasında ortaya çıkar. Parçalı finansman ve çok aktörlü hizmet yapısı, sözleşme yönetimi, veri izleme, kalite standardizasyonu ve kurumlar arası eşgüdümü daha kritik hale getirir. Bu model bazı durumlarda esneklik ve hizmet çeşitliliği üretebilse de, yalnızca maliyet ve performans göstergelerine dayalı bir yönetim çizgisi kaliteyi, sürekliliği ve kapsayıcılığı zorlayabilir. Bu nedenle liberal mantığın baskın olduğu sistemlerde yönetsel başarı, rekabetçi araçlarla kamusal eşitlik hedefleri arasında kurulacak dengeye bağlıdır.

#### 4.2. Sosyal Demokrat Mantık

Sosyal demokrat mantıkta sağlık, yurttaşlık temelinde tanımlanan bir sosyal hak olarak ele alınır. Bu nedenle finansman çoğu zaman genel vergiler veya bütünlük kamu havuzları üzerinden kurulur; riskin toplum ölçeğinde paylaşılması ve güçlü finansal koruma öncelik kazanır. Hizmet sunumunda kamusal kapasite ve güçlü birinci basamak belirleyici bir rol oynar; sistemin farklı parçaları arasındaki koordinasyon, eşitlik hedefinin kurumsal dayanaklarından biri haline gelir. Yönetişim boyutunda planlama, bütüncül düzenleme ve kamusal hesap verebilirlik öne çıkar. Bu yapı, erişim ve eşitliği yalnızca bir sonuç değil, aynı zamanda siyasal meşruiyetin kurucu unsurlarından biri olarak konumlandırır (Esping-Andersen, 1990; Bambra, 2007). Korpi ve Palme'nin (1998) vurguladığı üzere, geniş toplumsal kesimleri kapsayan evrensel düzenlemeler, yalnızca yoksullara yönelik hedefli programlara kıyasla daha güçlü bir toplumsal destek ve daha kalıcı bir yeniden dağıtım etkisi üretebilir.

Bununla birlikte sosyal demokrat mantık, yüksek kamu harcaması, vergi yükü, bekleme süreleri ve kapasite planlaması gibi tartışmaları daha görünür kılar. Sağlık yönetimi açısından temel mesele, evrensel kapsama hedefini sürdürülebilir finansman, hizmet sürekliliği ve talep yönetimiyle uyumlu

biçimde sürdürebilmektir. Güçlü kamusal kapasite, ancak sevk mekanizmaları, insan kaynağı planlaması, kalite yönetimi ve veri temelli koordinasyonla desteklendiğinde etkili sonuç üretebilir. Dolayısıyla bu rejimlerde yönetsel başarı, yalnızca daha fazla kaynak ayırmaktan değil, kapsamlı bir hizmet modelini istikrarlı ve eşgüdümlü biçimde işletebilmekten geçer (OECD, 2023).

### 4.3. Muhafazakâr–Korporatist Mantık

Muhafazakâr–korporatist mantıkta sağlık sisteminin finansmanı çoğu zaman çalışma hayatı ve statü temelli sosyal sigorta düzenekleri üzerinden kurulur. Bu nedenle risk havuzları, meslek grupları ya da kurumsal aidyetler temelinde parçalanabilir; kamu güvencesi güçlü olsa bile sistem tek bir bütünlük yapı olarak işlemeyebilir. Hizmet sunumu alanında kamu kurumları, sosyal sigorta yapıları ve kimi durumlarda özel ya da yarı-kamusal sağlayıcılar birlikte yer alır. Yönetişim boyutunda meslek örgütleri, sigorta kurumları ve diğer aracı aktörler karar süreçlerinde daha görünürdür; bu da müzakereyi, kurumsal pazarlığı ve uzlaşmayı sistemin merkezine yerleştirir (Esping-Andersen, 1990; Moran, 2000). Erişim ve eşitlik bakımından temel mesele, güçlü güvencenin farklı statüler arasında eşit sonuçlar üretip üretmediğidir. Parçalı yapı korunduğunda kapsam, kalite ve erişim koşulları arasında farklılaşmalar oluşabilir; bu da eşgüdüm ve bütünlleştirme reformlarını gündeme taşıyabilir (Reibling, 2010).

Sağlık yönetimi açısından muhafazakâr–korporatist mantık, paydaş yönetimi ve müzakere kapasitesini öne çıkarır. Karar alma süreçlerine çok sayıda kurumsal aktörün dâhil olması, değişim yönetimini yavaşlatabilir; buna karşılık iyi tasarlandığında reformların sahiplenilmesini ve meşruiyet üretmesini de kolaylaştırabilir. Bu nedenle bu rejimlerde yönetsel etkinlik, yalnızca merkezi karar alma gücüne değil, parçalı yapılar arasında koordinasyon kurabilmeye, standartları uyumlaştırabilmeye ve kurumsal uzlaşmayı sürdürebilmeye bağlıdır.

### 4.4. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Melez Karakteri

Türkiye, sosyal sigorta geleneği, kamusal hizmet sunumu ve piyasa temelli yönetsel araçların bir arada bulunması nedeniyle, refah rejimi mantıklarının iç içe geçtiği açıklayıcı bir örnek sunmaktadır. Türkiye’de sağlık sistemi, tarihsel olarak parçalı sosyal sigorta yapıları ile kamusal hizmet sunumunun bir aradalığı üzerinden şekillenmiştir. 2000’ler öncesinde farklı sigorta kurumları, kamu hastanelerinin çeşitli idari bağları ve sınırlı kapsayıcılık, sistemin temel sorun alanları arasında sayılmaktadır. 2003 sonrası reform süreci ise genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve hizmet sunumunda yeniden yapılanma gibi başlıklarla, kapsayıcılığı ve erişimi artırmayı hedeflemiştir (Akdağ, 2015; Atun vd., 2013).

Türkiye deneyimi, refah rejimi tartışmalarında “melezlik” kavramını görünür kılan örneklerden biridir. Bir yandan kapsayıcılık hedefi (geniş sigorta kapsamı, temel hizmet paketleri) öne çıkarken; diğer yandan sözleşmeye dayalı hizmet alımı, performans odaklılık ve özel sektörün büyümesi gibi piyasa araçları da devreye girmiştir. Bu dönüşüm, kimi çalışmalarda sağlık hizmetinin metalaşması ve kamu-özel sınırının yeniden çizilmesi üzerinden tartışılmıştır (Ağartan, 2011). Dolayısıyla sağlık reformlarının sadece teknik tasarım değil; siyasal sahiplenme ve meşruiyet üretme süreçleriyle de ilişkili olduğu görülmektedir (Ağartan, 2021).

Nitekim bazı çalışmalar, reformların finansal koruma ve eşitlik alanında iyileşmeler yarattığını; özellikle düşük gelirli gruplar için cepten harcama baskısını azaltabildiğini göstermektedir (Atun vd., 2013; Tırgil vd., 2019). Buna karşılık performans dayalı ek ödeme, iş yükü ve hizmetin niteliği gibi başlıklarda eleştirel değerlendirmeler de bulunmaktadır (Ekinci, 2021; Erdem & Atalay, 2017).

Bu tablo, sağlık sisteminin ideolojik ve kurumsal bir tasarım olarak okunması gerektiğini gösterir. Aynı sistem içinde sosyal politika gerekçeleri ile piyasa gerekçeleri birlikte yer alabilir; hatta aynı dönemde farklı kurumlarda farklı ağırlıklar kazanabilir. Kurum yöneticileri için bu melez yapı, bir yandan mali disiplin ve performans baskısı üretirken, diğer yandan kapsayıcılık ve hizmet sürekliliği beklentilerini karşılamayı gerektirir. Bu nedenle sağlık yönetimi eğitiminde ve kurumsal performans değerlendirmelerinde, yalnızca mali göstergelere değil; erişim, eşitlik, hasta deneyimi ve hizmet bütünlüğü gibi göstergelere de yer verilmesi önerilebilir.

## 5. Sağlık Yönetimi Açısından Üç Gerilim Eksenini

Sağlık sistemi tasarımı, çoğu zaman “tek seferlik” bir tercih değil; süreklilik gösteren gerilimleri yönetme sürecidir. Aşağıda, sağlık yönetimi literatüründe sık karşılaşılan üç gerilim eksenini ideoloji ve kurumlar perspektifiyle yeniden okunur.

### 5.1. Maliyet Kontrolü ve Erişim Dengesini Kurmak

Sağlık hizmetlerinde maliyet artışı, birçok ülkede ortak bir baskı kaynağıdır. Nüfusun yaşlanması, kronik hastalık yükü ve teknoloji kullanımının genişlemesi, sağlık harcamalarını yukarı çekerken; bütçe kısıtları politika yapımcıları maliyet kontrol araçlarına yöneltir (OECD, 2023). Bu noktada temel gerilim şudur: Maliyetleri sınırlamak, erişimi ve hizmet kalitesini zedelemekten nasıl mümkün olabilir?

İdeolojik yaklaşımlar, bu dengeyi kurarken hangi araçların “meşru” görüldüğünü etkiler. Liberal mantıkta katkı payları, özel sigorta ve hizmet çeşitliliği daha fazla gündeme gelirken; sosyal demokrat mantıkta vergilendirme, küresel bütçe ve talep yönetimi gibi araçlar öne çıkabilir. Korporatist yapılarda ise sigorta fonları arasındaki pazarlıklar, paket kapsamı ve ödeme yöntemleri üzerinden maliyet kontrolü sağlanmaya çalışılır (Esping-Andersen, 1990; Moran, 2000).

Sağlık yönetimi düzeyinde maliyet–erişim dengesini kurmak; bütçeleme kapasitesi, doğru veri üretimi ve klinik süreçlerin iyileştirilmesiyle yakından ilişkilidir. Kurumsal düzeyde yalın süreçler, uygun sevk mekanizmaları ve gereksiz tetkiklerin azaltılması gibi uygulamalar, maliyet kontrolüne katkı sağlayabilir. Ancak bu uygulamalar, çalışanların katılımı ve hasta güvenliği kültürüyle desteklenmediğinde, “tasarruf” algısı üzerinden meşruiyet sorunu doğurabilir.

Bu nedenle maliyet kontrolü tartışmalarında “kısıtlama” ile “akılcı kullanım” arasındaki ayrımın açık tutulması önemlidir. Kaynakların daha akılcı kullanılmasına yönelik girişimler, klinik kalitenin izlenmesi ve hasta deneyimiyle birlikte ele alındığında daha sürdürülebilir sonuçlar üretme potansiyeline sahiptir.

## 5.2. Performans/Standardizasyon ve Mesleki Özerklik

Sağlık hizmeti, yüksek uzmanlık gerektiren ve etik boyutu güçlü bir emek alanıdır. Bu nedenle sağlık kurumları yalnızca çıktı üretmez; aynı zamanda mesleki normlar, klinik karar süreçleri ve hasta güvenliğiyle ilgili değerler üretir. Son dönemde performans göstergeleri, kalite akreditasyonları ve standart klinik rehberler, hizmetin ölçülebilirliğini artırmayı hedefleyen araçlar olarak yaygınlaşmıştır (Hood, 1991).

Bununla birlikte performans ve standardizasyon araçları, mesleki özerklikle gerilim yaratabilir. Ölçüm baskısının artması; “kolay ölçülen” hizmetlerin öne çıkması, karmaşık vakaların geri plana itilmesi veya çalışanların iş yükünün artması gibi istenmeyen sonuçlar üretebilir. Türkiye’de performansa dayalı ek ödeme uygulamalarına ilişkin çalışmalar, çalışanların deneyimlerinin bu açıdan farklılaştığını; bazı alanlarda üretkenlik artışı görülürken, bazı alanlarda iş doyumu ve mesleki motivasyon üzerinde olumsuz etkiler hissedilebildiğini göstermektedir (Ekinçi, 2021; Erdem & Atalay, 2017).

Yönetim açısından kritik nokta, performans araçlarının klinik kalite ve etik değerlerle uyumlu tasarlanmasıdır. Ölçüm ve hedefler yalnızca sayısal çıktı odaklı kurulduğunda; hasta güvenliği, ekip çalışması ve uzun vadeli kalite

hedefleri geri planda kalabilir. Bu nedenle performans yönetimi, klinik rehberler, sürekli eğitim ve geri bildirim mekanizmalarıyla birlikte düşünülmelidir.

Bu nedenle ölçüm sistemlerinin, sahadaki profesyonellerle birlikte geliştirilmesi; geribildirim döngülerinin kurulması ve etik risklerin görünür kılınması önem taşır. Ölçümün, öğrenme ve iyileştirme amacıyla kullanıldığı ortamlarda standardizasyon, mesleki özerklikle daha uyumlu hale gelebilir. Sağlık yöneticilerinin rolü, bu uyumu sağlayacak kurumsal iklimi desteklemektir.

### **5.3. Merkezileşme ve Yerelleşme**

Sağlık sistemlerinde yönetim ölçüğü hem verimlilik hem de adalet açısından kritik bir tasarım kararına karşılık gelir. Merkezileşme; standartların belirlenmesi, kaynakların eşit dağıtımı ve kriz anlarında koordinasyon sağlama açısından avantajlı olabilir. Yerelleşme ise yerel ihtiyaçlara duyarlılık, yenilikçilik ve paydaş katılımı açısından fırsatlar sunar. Uygulamada birçok ülke, bu iki uç arasında hibrit çözümler geliştirmektedir (OECD, 2023).

Merkez–yerel dengesinin ideolojik boyutu da vardır. Sosyal demokrat gelenek, kamusal planlama ve eşit dağılım hedefiyle merkezileşmeye daha fazla meşruiyet atfedebilirken; liberal yaklaşım yerel yönetimler veya piyasa aktörleri üzerinden çeşitliliği artırmayı savunabilir. Korporatist yapılarda ise yerelleşme, çoğu zaman meslek örgütleri ve sigorta fonlarının özerkliği üzerinden tartışılır (Esping-Andersen, 1990; Moran, 2000).

Bu gerilim, sağlık krizleri ve olağanüstü dönemlerde daha görünür hale gelir. Bu nedenle merkezileşme–yerelleşme tartışması, yalnızca idari yetki paylaşımı değil; veri paylaşımı, risk iletişimi ve hesap verebilirlik mekanizmalarının hangi ölçekte kurulacağı sorusu üzerinden de değerlendirilmelidir.

Sağlık yönetimi düzeyinde ise ölçek tartışması, özellikle hastane birlikleri, il düzeyi planlama, satın alma ve insan kaynağı dağılımı gibi konularda somutlaşır. Yerel esnekliği artıran modeller, kurumsal kapasite zayıfsa eşitsizlikleri büyütebilir; aşırı merkezileşme ise sahadaki sorun çözme kabiliyetini daraltabilir. Bu nedenle yöneticilerin, kurumsal kapasite ve veri altyapısını güçlendirmeyi önceliklendirmesi beklenir.

## **6. Güncel Tartışmalar: COVID-19, Dijitalleşme ve Göç**

Son yıllarda sağlık sistemleri, yalnızca “refah” değil, aynı zamanda “güvenlik”, “teknoloji” ve “toplumsal bütünleşme” başlıklarıyla daha doğrudan ilişkilendirilmeye başlanmıştır. Bu kısım, covid salgını, dijital sağlık ve göç alanlarında öne çıkan tartışmaların sağlık sistemi tasarımına nasıl yansıldığını özetler.

## 6.1. COVID Salgını Sonrası Sağlık Güvenliği ve Devlet Kapasitesi

COVID-19 salgını, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını (şoklara karşı hizmeti sürdürebilme kapasitesini) görünür kılmıştır. Covid salgını yönetimi; yoğun bakım kapasitesi, tedarik zincirleri ve insan kaynağı kadar, karar alma süreçlerinin şeffaflığı ve toplumsal güven gibi unsurlara da bağlıdır (Greer vd., 2020).

Covid salgını, sağlık sisteminin “kurumsal tasarım” niteliğini iki yönden güçlendirmiştir. Birincisi, sağlık hizmetinin sürekliliği ile ekonomik/sosyal kısıtlamalar arasındaki denge, doğrudan siyasal bir tercih alanı haline gelmiştir. İkincisi, kriz döneminde hangi grupların önceliklendirildiği (yaşlılar, kronik hastalar, yoksullar, göçmenler vb.) eşitlik tartışmasını daha görünür kılmıştır (Aysan, 2020).

Covid salgını dönemi, sağlık çalışanlarının iş yükünü ve çalışma koşullarını daha görünür kılmış; bu da “insan kaynağı” konusunun yalnızca idari bir başlık olmadığını, aynı zamanda siyasal ve etik boyutları olduğunu göstermiştir. Kriz anlarında çalışan güvenliği, adil iş bölümü ve toplumsal takdir gibi unsurların da yönetim gündemine girmesi kaçınılmaz hale gelmiştir.

Kurum yönetimi bakımından covid salgını deneyimi, kriz hazırlığı kapasitesinin (stok yönetimi, tedarik zinciri, esnek işgücü planlaması) ne kadar kritik olduğunu göstermiştir. Ancak bu alanlarda başarı, yalnızca teknik planlara değil; açık iletişime, güvene ve hesap verebilirlik mekanizmalarına da bağlıdır.

## 6.2. Dijital Sağlık, Veri Yönetimi ve Mahremiyet

Dijital sağlık uygulamaları (tele-sağlık, elektronik kayıt sistemleri, klinik karar destek araçları vb.), erişimi kolaylaştırma ve verimlilik sağlama potansiyeline sahiptir. Ancak dijitalleşme, sağlık sisteminin yönetim boyutuna yeni sorular ekler: Veri kime aittir? Mahremiyet nasıl korunacaktır? Dijital araçlar eşitsizlikleri azaltacak mı, yoksa dijital uçurum nedeniyle yeni eşitsizlikler mi üretecektir?

Dünya Sağlık Örgütü'nün dijital müdahalelere ilişkin rehberi, dijital araçların “mucize çözüm” olarak görülmemesi gerektiğini; altyapı, insan kaynağı ve etik çerçeveye birlikte düşünülmesinin önemini vurgular (World Health Organization [WHO], 2019). Labrique ve arkadaşları (2020) da dijital sağlık rehberlerinin, sağlık sistemi güçlendirme hedefleriyle uyumlu biçimde uygulanması gerektiğine dikkat çeker. Bu tartışma, bir yandan dijitalleşmenin erişim ve koordinasyonu güçlendirme potansiyeline işaret ederken, diğer yandan sağlık verisinin ekonomik ve siyasal güç ilişkilerinden bağımsız

düşünülemeyeceğini de hatırlatır (World Health Organization [WHO], 2019; Zuboff, 2021).

Dijitalleşmenin siyasal boyutu, verinin yönetimi ve hesap verebilirlik tartışmalarında ortaya çıkar. Sağlık verisinin güvenli biçimde paylaşılması, hizmet koordinasyonunu güçlendirebilir; ancak mahremiyet ihlali riski, toplumda güvensizlik yaratabilir. Bu nedenle veri yönetişimi, teknik bir siber güvenlik meselesi kadar, toplumsal meşruiyet meselesidir.

Dijital dönüşüm yönetim açısından; yalnızca yazılım ve donanım yatırımı değil, veri güvenliği, çalışanların dijital yeterliliği, hasta deneyimi ve siber riskler gibi başlıkları da kapsar. Bu noktada yöneticiler için kritik mesele, teknoloji edinmekten çok, veri yönetişimini kurumsal bir çerçeveye oturtabilmektir. Veri paylaşımının amaç sınırları, yetkilendirme, güvenlik, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri açık biçimde tanımlanmadığında, dijital araçlar kurumlar arası koordinasyonu güçlendirmek yerine güvensizlik de üretebilir. OECD'nin sağlık verisi yönetişimine ilişkin yaklaşımı, kamu yararı amacıyla veri kullanımını mahremiyet ve güvenlik korumalarıyla birlikte ele alan ulusal çerçevelerin önemine işaret etmektedir (OECD, 2022). Bu nedenle dijital projelerin planlanmasında, teknik ekiplerin yanı sıra hukuk, etik, klinik birimler ve hasta temsilcilerinin sürece dâhil edilmesi önem taşır.

### 6.3. Göç, Dayanışma Sınırları ve “Hak” Tartışması

Göç ve zorunlu yerinden edilme, sağlık sistemlerinin kapsayıcılık boyutunu doğrudan test eden bir olgudur. Büyük göç hareketleri hem hizmet talebini artırır hem de “kimin hak sahibi olduğu” tartışmalarını gündeme getirir. Bu tartışmalar, refah rejimlerinin dayanışma sınırlarını ve ideolojik gerilimlerini görünür kılar.

Avrupa bağlamında popülist radikal sağın yükselişiyle birlikte “refah şovenizmi” (refahın yalnızca belirli gruplara ait olduğu düşüncesi) tartışmaları sağlık alanına da yansımaktadır. Bamba ve Lynch (2021), göçmen karşıtı refah söylemlerinin sağlık eşitsizlikleri üzerinde olumsuz etkiler üretebileceğini; sosyal korumanın daralmasının kırılğan grupları daha fazla etkilediğini vurgular.

Türkiye’de göç ve sağlık ilişkisi hem hizmet sunumunda kapasite planlaması hem de toplumsal uyum açısından yönetilmesi gereken bir alan olarak öne çıkmaktadır. Mülteci ve göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda yürütülen çalışmalar, hizmete erişimde dil bariyeri, kayıtlılık durumu, ayrımcılık algısı ve bilgi eksikliği gibi faktörlerin önemine dikkat çekmektedir (Tengilimoğlu vd., 2021).

Sağlık yönetimi düzeyinde bu konu; tercümanlık ve kültürel arabuluculuk hizmetleri, birinci basamakta yönlendirme, koruyucu hizmetlere erişim ve

yerel düzeyde kapasite artırımı gibi araçlarla somutlaşır. Burada kritik olan, kısa vadeli “kriz yönetimi” ile uzun vadeli “kurumsal entegrasyon” hedeflerini birlikte düşünebilmektir. Kapsayıcı hizmet tasarımı, yalnızca göçmen sağlığını iyileştirmekle kalmaz; toplumun genelinde bulaşıcı hastalık kontrolü ve koruyucu hizmetlere erişim gibi alanlarda da dolaylı faydalar üretebilir.

## 7. Sonuç

Bu çalışma, sağlık sistemlerini ideoloji ve kurumlar üzerinden, bir “kurumsal tasarım” alanı olarak okumayı önermiştir. İdeoloji; sağlık hizmetinin hak, sorumluluk, eşitlik ve verimlilik eksenlerinde nasıl anlamlandırıldığı etkiler. Kurumlar ise bu anlamlandırmanın somutlaştığı ve zaman içinde yerleşik hale geldiği mekanizmaları üretir. Bu nedenle sağlık reformlarını değerlendirmek için yalnızca teknik hedeflere değil, tasarımın arkasındaki değer tercihleri ve aktör dengelerine de bakmak gerekir (Hall & Taylor, 1996; Pierson, 2000).

Sunulan dört boyutlu çerçeve (finansman, hizmet sunumu, yönetim, erişim-eşitlik), sağlık yönetimi açısından bir “analitik kontrol listesi” olarak kullanılabilir. Örneğin bir reform önerisi gündeme geldiğinde yöneticiler şu soruları sistematik biçimde tartışabilir: Reform, risk havuzlarını genişletiyor mu daraltıyor mu? Birinci basamağın rolünü güçlendiriyor mu zayıflatıyor mu? Hesap verebilirlik araçları çalışan motivasyonu ve hizmet niteliğiyle uyumlu mu? Erişim ve kapsayıcılık hangi gruplar için artıyor, hangi gruplar için fiilen azalıyor?

Türkiye örneği, aynı reform sürecinde kapsayıcılık hedefleri ile performans/rekabet araçlarının birlikte yer alabildiğini göstermiştir. Bu melezlik, sağlık yöneticilerinin birden fazla hedefi aynı anda yönetmesini gerektirir. Performans baskısı, etik ikilemler ve iş yükü gibi sorunlar; yalnızca mikro düzeyde değil, tasarım düzeyinde de ele alınmalıdır (Ekinci, 2021; Erdem & Atalay, 2017).

Son olarak covid salgını, dijitalleşme ve göç gibi güncel dinamikler, sağlık sistemini yalnızca “hizmet” değil; aynı zamanda “güven”, “veri” ve “toplumsal bütünleşme” eksenlerinde yeniden tartışılır hale getirmiştir. Bu tartışmaların verimli olabilmesi için aşırı iddialı genellemelerden kaçınan; bağlamı, kurumları ve aktörleri birlikte gören disiplinler arası bir yaklaşımın sürdürülmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın sınırlılığı, ayrıntılı ülke verisi ve nicel karşılaştırmalar yerine kavramsal bir çerçeve sunmasıdır. Buna karşın amaç, farklı disiplinlerden okurların ortak bir kavram seti etrafında tartışabilmesine katkı vermektir. İleride yapılacak çalışmalarda, bu çerçevenin belirli politika araçları üzerinden ampirik olarak sınanması ve farklı ülkelerle karşılaştırmalı biçimde geliştirilmesi mümkündür.

## Kaynakça

- Ağartan, T. I. (2011). Metalaşma ve sağlıkta dönüşümün sınırları: Türkiye örneği. In C. Özbay, A. Terzioğlu, & Y. Yasin (Eds.), *Neoliberalizm ve mahremiyet: Türkiye’de beden, sağlık ve cinsellik* (pp. 31-44). İstanbul, Türkiye: Metis Yayınları.
- Ağartan, T. I. (2021). Politics of success stories in the path towards universal health coverage: The case of Turkey. *Development Policy Review*, 39(2), 283-302. <https://doi.org/10.1111/dpr.12489>
- Akdağ, R. (2015). Lessons from health transformation in Turkey: Leadership and challenges. *Health Systems & Reform*, 1(1), 3-8. <https://doi.org/10.1080/23288604.2014.956017>
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, Ş., Aydoğan, Ü., Ayar, B., Dilmen, U., & Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X)
- Aysan, M. F. (2020). Bildiğimiz refah devletini yeniden düşünmek: COVID-19 pandemisi ve sonrasında sosyal politikalar. In M. Şeker, A. Özer, & C. Korkut (Eds.), *Küresel salgının anatomisi: İnsan ve toplumun geleceği* (pp. 669-687). Ankara, Türkiye: Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA).
- Bambra, C. (2007). Going beyond the three worlds of welfare capitalism: Regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1098-1102. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.064295>
- Bambra, C., & Lynch, J. (2021). Welfare chauvinism, populist radical right parties and health inequalities; Comment on “A scoping review of populist radical right parties’ influence on welfare policy and its implications for population health in Europe”. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(9), 581-584. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.149>
- Belek, İ. (2001). Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politiği (3. bs.). İstanbul, Türkiye: Sorun Yayınları.
- Bostan, S. (2013). What has the health transformation program in Turkey changed for patients? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 91-103.
- Buğra, A., & Keyder, Ç. (2003). Yeni yoksulluk ve Türkiye’nin değişen refah rejimi. Ankara, Türkiye: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP).
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- Ekinci, N. (2021). Türkiye’deki sağlık çalışanlarının performans dayalı ücret uygulaması hakkında görüşlerine dayalı araştırmaların değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, 1(2), 111-125. <https://doi.org/10.51551/verimlilik.602060>

- Erdem, F., & Atalay, M. (2017). The effect of health transformation policies on the resident physicians' perception of the medical profession in Turkey. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(2), 189-216. <https://doi.org/10.1002/hpm.2340>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Fukuyama, F. (2023). Siyasi düzen ve siyasi çürüme: Sanayi Devrimi'nden demokrasinin küreselleşmesine (M. M. Özeren, Çev.). Panama Yayıncılık.
- Greer, S. L., King, E. J., Massard da Fonseca, E., & Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, 15(9), 1413-1416. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340>
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). Political science and the three new institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936-957. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Kol, E. (2014). Refah rejimleri açısından sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi: Güney Avrupa refah modeli ve Türkiye. *Global Journal of Economics and Business Studies*, 3(5), 15-31.
- Korpi, W., & Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. *American Sociological Review*, 63(5), 661-687. <https://doi.org/10.2307/2657333>
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602-611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Labrique, A., Vasudevan, L., Kochi, E., Fabricant, R., & Mehl, G. (2020). WHO digital health guidelines: A milestone for global health. *npj Digital Medicine*, 3, 120. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-00330-2>
- Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: The case of health care. *British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), 135-160. <https://doi.org/10.1111/1467-856X.00031>
- Ökem, Z. G., & Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the "Health Transformation Programme". *Health Policy*, 119(9), 1153-1163. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.003>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health data governance for the digital age: Implementing the OECD recommendation on health data governance*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/68b60796-en>

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a Glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251-267. <https://doi.org/10.2307/2586011>
- Reibling, N. (2010). Healthcare systems in Europe: Towards an incorporation of patient access. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 5-18. <https://doi.org/10.1177/0958928709352406>
- Rosanvallon, P. (2008). *Counter-democracy: Politics in an age of distrust*. Cambridge University Press.
- Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A., Budak, F., Eriş, H., & Younis, M. Z. (2021). Refugees' opinions about healthcare services: A case of Turkey. *Healthcare*, 9(5), 490. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050490>
- Tirgil, A., Dickens, W. T., & Atun, R. (2019). Effects of expanding a non-contributory health insurance scheme on out-of-pocket healthcare spending by the poor in Turkey. *BMJ Global Health*, 4(4), e001540. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001540>
- World Health Organization. (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. World Health Organization.
- Zuboff, S. (2021). Gözetleme kapitalizmi çağı: Ürünün "sen" olduğu çağda insanın geleceği için savaş (T. Uzunçelebi, Çev.). *Okuyan Us Yayınları*.