

POLİTİKA TRANSFERİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA DÖNÜŞÜMÜN BİR ANALİZİ

Aziz KÜÇÜK*

Öz

Günümüzde kanıta dayalı politika üretmenin öneminin artması ile birlikte, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için politika transferi rasyonel bir tercih haline gelmiştir. Bu bağlamda çalışmada, Türk sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması konusunun politika transferi bağlamında incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın temel hedefi, Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel olarak gelişiminde ve dönüşümünde politika transferinin yapı ve aktör temelli etkisinin bir incelemesini yapmaktır. Olgusal düzeyde Türkiye’de, sağlık politikalarının oluşturulmasından hizmet sunumuna, örgütlenmesinden finansmanına kadar birçok boyutunda politika transferinin izlerine rastlanmaktadır. Dolayısıyla bu çalışma, Türkiye özelinde sağlık reformlarının küresel olarak yaygınlaşmasında transfer ajanlarının rolünün anlaşılmasına ve yapısal unsurların (siyasal, ekonomik, yönetsel ve ideolojik gibi) etkisinin kavranmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Politika Transferi, Sağlık Reformu, Transfer Ajanları, Yakınsama, Sağlık Politikaları.

*Dr., Sağlık Bakanlığı, Daire Başkanı, aziz.kucuk@saglik.gov.tr

POLICY TRANSFER AND AN ANALYSIS OF THE HEALTH TRANSFORMATION IN TURKEY

ABSTRACT

Nowadays, with the increase in the importance of evidence-based policy-making, policy transfer has become a rational choice for both developed and developing countries. In this study, it was aimed to examine the restructuring of Turkish health system in the context of policy transfer. The main objective of the study is to examine the structure and actor-based impact of policy transfer on the historical development and transformation of health policies in Turkey. In fact, in Turkey are traces of policy transfer from the formation of health policies to the provision of services, organization and financing. Therefore, this study will contribute to the understanding of the role of transfer agents in the global expansion of health reforms and perceives of affects the structural elements (such as political, economic, administrative and ideological) in Turkey.

Keywords: Policy Transfer, Healthcare Reform, Transfer Agents, Convergence, Health Policy.

GİRİŞ

Özellikle son yirmi yılda politika transferi olgusu, kamu politikasının tasarlanması ve uygulanma biçiminin kavranmasında önemli bir dönüşüme neden olmuştur. Günümüzde modern kamu politikasını anlamının ön şartı, politika modellerinin nasıl yayıldığını, kimler tarafından neden ve nasıl kabul gördüğünü ve karar verme süreçlerini nasıl etkilediğini kavramaya dayanmaktadır. Dolayısıyla politika transferi süreci, sadece kamu yönetiminde siyasal ve kurumsal dinamikleri incelemeye imkân vermekle kalmaz aynı zamanda küreselleşen dünyada, devletin değişen rolünü analiz etmemiz için de verimli bir zemin oluşturmaktadır. Politika transferi alanyazını da, her düzeyde politika değişimi sürecini incelemek için küresel ölçekte uygulama bağlamına kadar politikaların oluşturulmasında aktörlerin güdülerine ve politikaya dayalı bilginin rolüne odaklanarak analitik bir araç sağlamaktadır. Ancak çoğu zaman politika transferi araştırmacıları, “politika oluşumunu açıklayıcı bir kuram geliştirmede, politika transferinin meydana gelip gelmediğinin değerlendirmek için belirli test araçları bulmakta ve olgular dünyası ile bağıni kurmakta başarısız olmakla” (Evans, 2009: 237-238) suçlanmışlardır. Benzer şekilde yeni gelişmekte olan bir araştırma alanı olan ve bu makalenin de konusunu oluşturan sağlık politika transfer süreci alanyazınının da, “yinelene politik oluşturma ve rasyonalizasyon mekanizmaları ile ulusal bağlamdan politikanın uluslararasılaşması ve ihraç edilmesi süreci arasındaki ilişkiyi yeterli düzeyde açıklamada zayıf kaldığı” (McPake vd., 2017: 22) ileri sürülmüştür. Politika transferi ile ilgili eleştirilere ve alanyazındaki bu belirsizliğe rağmen, olgusal düzeyde politika fikirlerinin, araçlarının kökenlerini ve aktörleri harekete geçiren etmenleri araştırmanın, çok-düzeyle politika analizlerinin geliştirilmesine ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına olanak sağladığı düşünülmektedir.

On dokuzuncu yüzyılın sonlarından itibaren halk sağlığı sorunları ile başlayan sağlık politikalarının dünyaya yayılması süreci dikkate alındığında, sağlık alanında politika transferi olgusunun çok daha eskilere dayandığı söylenebilir. Bununla birlikte, özellikle 1980 sonrası neoliberal politikalarla ilişkili reform hareketleri, dünya genelinde kanıta dayalı sağlık politikalarının yayılmasına ivme kazandırmıştır. Dünyada bir “sağlık reformu salgını” haline gelen ve sağlık hizmetlerinin finansmanından, örgütlenmesine kadar tüm boyutları etkisi altına bu reform dalgası piyasalaşma, özelleştirme, yerelleşme ekseninde sağlık

politikalarını yeniden şekillendirmiştir. Politika düşüncelerinin, sorun ve çözüm anlayışlarının aktarılmasını teşvik eden transfer ajanlarının bir katalizör olarak işlev gördüğü bu süreçte, sağlık alanı politika transferi açısından önemli bir analiz nesnesi haline gelmiştir. Çünkü Türkiye’de sağlık reformları genel olarak, Rockefeller Vakfı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB), IMF gibi dışsal aktörler tarafından desteklenen özgün bir politika transferi örneğidir. Bu nedenle çalışmada, Türk sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması konusunun politika transferi bağlamında incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık alanındaki dönüşüm momentlerinde politika transferinin yapı ve aktör temelli bir olgu olarak sağlık politikalarının biçimlenmesinde önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir. Çalışmada Türkiye’de sağlık alanında politika transferinin dinamikleri, politika transferi alanyazınının sağladığı kavram setleri ve kuramsal çerçeve temelinde süreç merkezli ve pratiğe dayalı bir yaklaşımla sentezlenmeye çalışılacaktır. Sağlık sistemlerinde reform süreçlerinin yaygınlaşmasında transfer ajanları nasıl ve hangi dinamiklerle etkide bulunmuşlardır? Türk sağlık sektöründe politika transferinin zamansal ve mekânsal kaynağı nelerdir? Politika transferine neden olan etkenler ile başarı ya da başarısızlığını etkileyen unsurlar hangileridir? sorularına yanıt aranacaktır. Bu kapsamda, transfer ajanı olarak ön plana çıkan örgütlerin (Rockefeller Vakfı, DSÖ, DB, OECD gibi) temel politika belgeleri ile nitel araştırmalardan (raporlar, yapılan mülakatlar, içerik analizi, arşiv taraması gibi) elde edilen veriler analiz edilmiştir. Çalışmada ilk olarak, politika transferi alanyazınının kavramsal ve kuramsal bir değerlendirmesi yapılacaktır. Daha sonra Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel momentleri esas alınarak politika transferi çalışmaları olgusal materyaller kullanılarak, süreçteki çelişkiler ve ikilemler ışığında aktör-yapı temelli olarak analiz edilecektir. Transferin dereceleri, neyin, nasıl transfer edildiği ve aktörlerin transfer sürecine etkileri tartışılarak, bir dizi doküman ve rapor analizi ile söyleşilerden elde edilen bilgilerle transfer süreci kanıtlanmaya çalışılacaktır.

1. POLİTİKA TRANSFERİ ALANYAZINININ GENEL BİR ÇERÇEVESİ

En basit anlamda, politika transferi düşüncesi yeni bir olgu olmamakla birlikte, alanyazının kuramsal bir çerçevesinin çizilmesi ve geliştirilmesi görece yenidir. Politika transferi kavramı genel olarak, “belirli bir zaman ve/veya

mekândaki kurumlara, yönetsel düzenlemelere ve politikalara ilişkin bilginin başka bir zaman ve/veya mekândaki kurumların, yönetsel düzenlemelerin ve politikaların geliştirilmesinde kullanılmasını ifade eden bir süreç” (Dolowitz and Marsh, 1996: 344) olarak tanımlanmaktadır. Politika transferinin nesnelere ise politikalar; politika araçları veya yönetsel teknikler; kurumlar; ideolojiler; fikirler, tutumlar ve kavramlar; olumsuz dersler ile ilgili olabilmektedir (Dolowitz and Marsh, 1996: 349-350). Politika transferi sıklıkla devlet içi veya dışı aktörler tarafından alınan stratejik kararların sonucu olarak kavranmaya çalışılmaktadır. Bundan dolayı, politika transferi sürecinde politika girişimcisi ve uzmanlar yanında devletlerarası ve uluslararası örgütlere, düşünce kuruluşlarına, uluslararası şirketler ve hükümet-dışı kurumlar ve danışmanlara özel önem verilir. Hatta özellikle “uluslararası ve hükümet-dışı örgütler ile danışmanların rolü, başka bir yerde ‘en iyi uygulama’ olarak kabul edilen politikaları tavsiye etme eğiliminde” (Dolowitz and Marsh, 2000: 10) oldukları için özellikle önemlidir.

Politika sürecinin bir parçası olarak politika transferi ile alanyazında yaygın bir semantik belirsizliğe rastlanmaktadır. Dolowitz ve Marsh “*politika yayılması*”, “*politika yakınsaması*”, “*politika öğrenme*”, “*ders çıkarma*” gibi farklı yapıdaki kavramları tek bir kavram seti olarak politika transferi şemsiyesi altında toplayarak genel bir çerçeve çizmişlerdir. Dolowitz ve Marsh’ın yaklaşımı, genellikle önceki çalışmalardan iki temel nedenle daha kapsamlı olarak kabul edilmiştir. İlk olarak, transfer tanımları hem gönüllü ve zorlayıcı süreçleri, hem de uluslar içindeki ve arasındaki aktarımları kapsamaktadır. İkinci olarak, politika transferi kavramı hem bağımlı hem de bağımsız değişken olarak kullanılmaktadır. Diğer bir deyişle, transfer sürecinin sebep ve sonuçlarının ne olduğu yanında, politika sürecinin belirli politika sonuçlarına nasıl yol açtığı açıklanmaya çalışılmaktadır (Evans, 2009: 254). Politika transferi ile ilişkili bir kavram olan ders çıkarma terimi ise bir ülkedeki siyasi aktörler veya karar vericilerin bir veya birden fazla ülkeden ders çıkarmasını ve daha sonra onları kendi siyasal sistemine uygulamasını ifade etmektedir. Ders çıkarma terimi, siyasi aktörlerin özgür seçimlerinin bir sonucu olarak meydana gelen “gönüllü” politika transferi üzerine odaklanır; ancak politika transferinin önemli bir bölümüne, bir devletin belirli bir politikayı benimsemesi için başka bir devlet veya ulus-üstü kurumun baskısı veya zorlaması yol açmaktadır. Bundan dolayı, gönüllü ve zorlayıcı transferi kapsayan politika transferinin daha uygun bir terim olduğunu ileri süren Dolowitz ve Marsh, “*ders çıkarma*” terimini bazı

durumlarda politika veya kurumsal değişimle sonuçlanmayan başka bir yer veya zamandan çıkarılan dersler için kullanılmaktadır. Örneğin incelenen ülkede uygulanan politikalardan olumsuz bir ders çıkarılmışsa politika değişikliği gerçekleşmeyecektir (Dolowitz and Marsh, 1996: 344).

Dolowitz ve Marsh'a göre (1996: 346-349), politika transferinin üç türü vardır: *Gönüllü transfer*, genellikle politika başarısızlığı veya seçimler gibi nedenlerle mevcut politikalardan duyulan memnuniyetsizlikler sonucu ortaya çıkmaktadır. *Doğrudan zorlayıcı transfer*, uluslararası veya çokuluslu anlaşmalar veya kuruluşlar tarafından dayatılan yükümlülüklerden kaynaklanır. *Dolaylı zorlayıcı transfer* rekabet ve öykünme etkenleri, küresel iktisadi kısıtlamalar, bölgesel veya küresel çevre sorunları veya göç yolları gibi karşılıklı bağımlılıktan kaynaklanan dışsallıklarla teşvik edilir. 2000 yılındaki makalelerinde ise yazarlar, uluslararası şirketler veya hükümet-dışı danışmanlık firmalarının rolünün, gönüllü ve zorlayıcı transfer arasındaki ayrımı bulanıklaştırdığına dikkat çekerler. Üstelik politika transferini, politika başarısı veya başarısızlığını açıklayan bir değişken olarak ele alarak analitik kapsamı genişletirler. Politika başarısızlığını etkileyen üç faktör üzerinde dururlar (Dolowitz and Marsh, 2000: 17): *Yetersiz bilgiye dayalı transfer*, transfer eden devletin söz konusu politika, program ve kurum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasıdır. *Eksik transfer*, politika veya kurumu transfer eden ülkede söz konusu politika veya kurumu başarılı kılan gerekli kavramsal ve kurumsal koşulların var olmamasıdır. *Uygunsuz transfer* ise, transfer edilen politikanın ekonomik, sosyal, siyasal ve ideolojik bağlamda çok farklı değer setlerine dayandığına yeterince dikkat edilmemesine işaret etmektedir. Politika transferi yaklaşımı ile ilgili bu önemli sonuçlar, Diana Stone tarafından daha da ileriye götürülerek daha temel bir perspektif getirilmiştir. Stone'a göre, politika transferinin mevcut politikaların belli başlı temel varsayımları ile uyumlu derslere ayrıcalık tanıma eğilimini bir tarafa bırakırsak, politika oluşturmada rasyonellik artışına yol açabileceği varsayımı kolayca ileri sürülebilir. Üstelik bu yaklaşım "ders çıkarmanın politik olarak tarafsız olmadığı" ve bunun doğal sonucu olarak "derslerin değerinin, politika tercihlerini etkileme gücünde yattığı" (Stone, 1999: 53) savı ile doğrudan ilişkilidir. Böylece Stone, sistemli-kurallı boyutları olan daha eleştirel bir perspektif önererek, politika transferi alanyazınının sadece karşılaştırmalı kamu politikasına değil, küresel politika çalışmalarına ve doğrudan küreselleşme ile ilgili kamu politikası çalışmalarına katkı sağlama potansiyeline

işaret etmiştir.

Politika transferi metaforu, ülkelerin politika ithal veya ihraç etme dinamikleri arasındaki doğrudan bir değişim sürecini ifade etmektedir. Bununla birlikte, ithal veya ihraç etme temelli olmayan veya yetkisi bulunmayan ancak birçok politikanın aktarılmasını kolaylaştıran transfer ajanları olabilir. Nitekim politika transferi, devletler arasında karşılıklı yatay bir düzlemde ziyade, devlet ve uluslararası örgütler veya ulus-aşırı devlet-dışı aktörler arasında dikey olarak meydana gelebilmektedir (Stone, 2004: 549). Stone politika transferini, politika değişiminin bir türü olarak kavramsallaştırır. Politika transferi, politika öğrenmenin bir sonucu olarak ele alındığında Stone, “transferin sadece kendi başına politikalardan oluşmadığını, kamu politikalarının gelişimini ve uygulanmasını önemli ölçüde etkileyebilen düşüncelerin, ideallerin, uzmanlıkların, programların ve personelin transferinin daha fazla olabileceğini” (Stone, 1999: 55) vurgulamaktadır. Buradan hareketle de Stone; hükümet-dışı örgütler, baskı grupları, araştırma enstitüleri, düşünce kuruluşları, gönüllü örgütler gibi “üçüncü sektör” üzerine odaklanır. Daha sonraki çalışmasında Stone, “politika transferinin özelleştirilmesi” olarak adlandırdığı, özellikle politika bilgisini oluşturabilen ve yayabilen “bilgi toplulukları” olan düşünce kuruluşlarını (Stone, 2000) ve küresel ağları (Stone, 2004: 545-566) ayrıntılı olarak ele almıştır. McCann ve Ward (2012: 326-327) ise, politika transferi araştırmalarında sıklıkla transfer ajanlarının rolünün tanımlanmasına ve kategorize edilmesine odaklanılmasını, politika transferini oluşturan toplumsal süreçlerin (çok-ölçekli, ilişkisel ve gelişmekte olan) analizine daha az önem verilmesini eleştirmişlerdir. Marsh ve Evans’ın bu makaleye yanıt olarak ele aldıkları karşı makalelerinde (2012: 477-478) ajanların rolünün, süreç içinde apaçık ve sorunsuz bir şekilde görülebildiği durumlarda bağlamdan bağımsız şekilde bir analizin mümkün olduğunu dile getirmişlerdir.

Politika transferi ve ders çıkarma ile ilgili önceki yaklaşımları sentezleyen bir başka çalışma Mark Evans ve Jonathan Davies tarafından yapılmıştır. Evans ve Davies, Stone ile birlikte politika transferinin politika değişiminin özgün bir biçimi olarak kavramsallaştırılmasını ve yapı-kurum etkileşimi vurgusunu paylaşırlar. Küreselleşme, uluslararasılaşma, ulusaşırılaşma ve politika transferi üzerine bir kavramsal çerçeve inşa ederler. Çeşitli yapısal unsurların (ekonomik, teknolojik, ideolojik, kurumsal) birbirleriyle ve politika transferi sürecinin şekillenmesinde

“küreselleşen eğilimler” ile makro ve mikro düzeyde nasıl etkileşime girdiğini (Evans ve Davies, 1999: 361) resmederler.

Chris Holden, politika transferi analizinde politikaya dayalı öğrenmede stratejinin rolü üzerine odaklanmıştır. Aynı zamanda politika transferi alanyazınında büyük oranda ihmal edilen ancak kamu hizmetlerinin üretiminde giderek belirgin hale gelen transfer ajanlarının rolünü araştırır: *Ticari çıkarlar*. Makalesinde İngiliz hükümetinin, endüstrinin “resmi sponsoru” gibi hareket ederek gelişmekte olan ülkelere sağlık alanında Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) hizmetlerini ihraç etme stratejisi geliştirdiğini ileri sürmektedir. Bu doğrultuda hükümetin temel işlevlerinden biri, KÖO/özel finans girişi (ÖFG) ve diğer konularda İngiliz *National Health Services* (NHS) yaklaşımını görmeleri için diğer ülkelerin sağlık bakanları veya diğer resmi görevlileri için ziyaret programları organize etmek olmuştur. Bu kapsamda 2002-2005 yılları arasında KÖO/ÖFG konusunda 20 ülkeden (Malezya, Türkiye, Kuveyt, Çin, Singapur, Slovakya, Macaristan, İspanya, Fransa, Japonya ve Kanada gibi) 45 ziyaret gerçekleştirilmiştir (Holden, 2009: 323). Özetle Holden’in analizi; İngiliz firmalarının danışmanlık, yapım ve diğer hizmet ihalelerini kazanmalarını sağlayabilmek amacıyla, gelişmekte olan ülkelerin İngiliz ÖFG modelini (*Private Finance Initiative-PFI*) benimsemeleri için Birleşik Krallık Uluslararası Kalkınma Bakanlığı, DB gibi uluslararası finans kuruluşları ve özel sektör danışmanlarının kullanılması stratejisini ortaya çıkarmıştır (Holden, 2009: 313). Bundan dolayı politika transferini doğuran unsurlardan birinin, kamusal değeri realize etmekten ziyade finansal güdüler olduğu sonucuna varılabilir.

Politika transferi ile ilgili çalışmaların en önemli katkısı, politika değişim sürecine ışık tutan bir fırsat yaratmasıdır. Politika transferi çalışma alanının tek başına her şeyi açıklama kapasitesi sınırlıdır, fakat ulusal ve uluslararası politika oluşumunda özellikle ideoloji ve söyleme dayalı perspektiflerin açıklama gücünün artırılmasında önemli bir analitik araç sunmaktadır (Hulme, 2006: 178-179). Sağlık alanında ise özellikle “politika öğrenme” üzerine odaklanan politika transferi çalışma alanı, sağlık politikaları ile ilgili yeni bilgilerin kökenini hatta hangi siyasi ve pratik hedeflerle üretildiğini ve yayıldığını kavramamıza olanak sağlamaktadır.

2. TÜRKİYE’DE HALK SAĞLIĞININ KURUMSALLAŞMASI VE POLİTİKA ÖĞRENME (1920-1960)

Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren modern devletin ve toplumsal düzenin inşasının en önemli unsurlardan biri olan sağlık hizmetleri, devletin temel görevlerinden biri haline gelmiştir. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı dönemindeki on dört yılda (1923-1937) temel sağlık politikası olarak koruyucu hizmetlere öncelik ve önem verilmiştir. Nüfus ve sağlık politikalarına yön vererek sağlıklı bir ulus yaratmaya çalışan Türk Hükümeti, Erken Cumhuriyet döneminden itibaren sağlık alanında kurumsallaşma çabalarını hızlandırmıştır. Bu dönemde sağlık politikalarında dönüşümü biçimlendiren unsurlardan biri de, politika yapıcılarının başkalarının benzer politikalarla ilgili tecrübelerinden faydalanmak istemesidir. George Sparr Lockett ve Harold Farnsworth Gray tarafından yazılan “*Elements of Public Health Administration*” adlı kitabın 1925 Mart’ında “Sıhhat-i Umumiye İdaresi Esasatı” (Genel Sağlık Yönetiminin Esasları) adıyla Sağlık Bakanlığı tarafından İngilizceden tercüme ettirilerek yayımlanması böyle bir amacı içermektedir. Bu eserin başlangıcında Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından yazılan önsöz ise, politika değişimine neden olan içsel dinamiklere işaret edilmiştir (Lockett ve Gray, 1925: 1-2):

“Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı “İstatistik ve Yayın” Şubesinin 1924 yılından beri izlediği esaslardan biri de şudur: Halkın yaşamı ve sağlığı hakkında bütün dünyadaki akımları, esasları ve bu hususta çeşitli ülkelerdeki yayın, fikir ve hareketleri yakından takip ederek, Türkiye’de halk sağlığı ve sosyal hayat açısından yürütülecek programın hangi esaslar üzerine inşa edileceği hakkında en iyi ve en uygun fikirleri tespit etmek.

Bundan şu faydaları beklemekteyiz:

- 1) Milletler, kendilerini tehdit eden etkenlerden korunmak için ne düşünüyorlar?
- 2) Bu hususta idareciler hangi yollarda yürüyorlar?
- 3) Hangi usulleri alacağız, hangi yollarda yürüyeceğiz?

Türk Cumhuriyetinin girdiği yolda Türk milletinin hayat ve sağlığı, takip etmesi lazım gelen sağlık ve sosyal program için, ne tecrübelere girişmesine zaman vardır, ne de bu gibi tecrübelere verecek parası.

Bunun için bütün milletlerin geçirdiği tecrübelerin sonuçlarından hemen yararlanmak isteriz. İşte, 1923 senesinde Anglosakson dünyasının sağlık-sosyal mahiyetinde en fazla değer bulan bu eseri, Bakanlık bu nokta-i nazardan şayan-ı

mütalaa görmüş ve tercüme ettirerek Türk hayat ve sıhhatiyle uğraşanlara takdim etmiştir.”

Bu önsözden anlaşılacağı üzere dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, politika öğrenme (*policy learning*) çabası ile “belirli bir sorunun bir ülkede nasıl çözüldüğüne ilişkin bilginin arayışı” (Meseguer, 2005: 73) içine girmiştir. “*Hangi usulleri alacağız, hangi yollarda yürüyeceğiz?*” diyerek politika transferine vurgu yapmakta ve politika transferinin nesnelere bir veya birkaçını (“programlar”, “içerik ve araç”, “kurumlar”, “negatif dersler” gibi) Bakanlık gündemine taşımaktadır. Çünkü ülkenin o günkü içinde bulunduğu durum dikkate alındığında, en önemli kamusal sorunlardan biri olan halk sağlığı ile ilgili sorunları tanımlama ve buna yönelik çözüm önerileri üretme süreci kapsamında zaman ve para yokluğu ölçütü esas alınarak en uygun sağlık politikalarının tespiti gerekmektedir. Sağlık sorunlarının analizi için çok fazla kaynak ve zaman harcamanın reform çabalarını geciktirebileceğinin de bilincinde olan Dr. Refik Saydam, iyi bir siyasal zamanlama ile verileri ve bilimi esas alarak kanıta dayalı bir yaklaşımla sağlık politikalarını tasarlama niyetindeydi. İşte bu noktada, tüm dünyada uyguladığı halk sağlığı programları ile başarılı çalışmalar yapan Rockefeller Vakfı önemli bir transfer ajanı olarak ön plana çıkmıştır. Vakıf, ABD’de eyalet düzeyinde “*yerele*” ölçekte geliştirdiği halk sağlığı programlarını, “*ulusal*” sonra “*uluslararası*” ölçüğe taşıyarak 1951 yılına kadar 80 ülkede yaygınlaştırmıştır. Kancalı kurt, sıtma, sarıhumma gibi bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu ülkelerde koruyucu hekimlik bilgisinin yetersizliği, halk sağlığı programlarının transferini içsel olarak rasyonel, dışsal açıdan ise ideolojik bir strateji haline getirmiştir. Vakıf, halk sağlığı alanında üretilen bilimsel bilgiye dayalı politikalarla oluşturulan halk sağlığı programlarının yayılmasını sağlayarak öğrenmeyi tetiklemiştir.

Türkiye’de de Osmanlı’nın son dönemlerinden beri faaliyetlerini sürdüren Vakıf, bir hayırsever örgütün devlet-dışı konumunun politika transferi için büyük bir yapısal sınırlamaya neden olduğunun farkına vararak Erken Cumhuriyet döneminden itibaren Sağlık Bakanlığı ile yakın temas kurmuştur. Değişim için Türk Hükümetine bir fırsat penceresi açan bu ilişkisellik Vakıf, Türkiye’de sağlık politikalarının biçimlenmesinde önemli bir etkiye yol açmıştır. Vakfın Latin Amerika, Asya, Avrupa başta olmak üzere birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de çeşitli programlara bağladığı ve dönemin ön plana çıkan transfer nesnelere

“Hıfzıssıhha Enstitüsü”, “Hıfzıssıhha Okulu”, Ankara ve İstanbul’daki “sıhhat merkezleri”, “bursluluk programı” ve “tıp eğitimi” çalışmaları örnek verilebilir. Siyasi, ekonomik ve toplumsal sorunlar nedeniyle gelişmekte olan ülkeler gibi Türkiye’nin de, halk sağlığı alanında politika transferi için gönüllü olduğu izlenimi uyanmaktadır.

Vakıf, halk sağlığı için gerekli aşı, serum ve hatta bazı ilaçları üretmek, laboratuvar tetkikleri yapmak ve sağlık personelini eğitmek amacıyla 1928 yılında açılan Hıfzıssıhha Enstitüsü için 80 bin dolar, koruyucu hekimlik alanında personel yetiştirmek üzere 1936 yılında açılan Hıfzıssıhha Okulu için 200 bin dolar hibe yardımı yapmıştır (Erdem ve Rose, 2000: 137). Yine Vakıf, 1930’lardan itibaren halk sağlığı çalışmalarının pratiğini hayata geçirmek üzere “İstanbul Edirnekapı (1934) ve Ankara Etimesgut’ta (1936) iki sağlık merkezinin faaliyete geçmesi için hibe ve eğitim desteğinde” (RF, 1937: 455) bulunmuştur. Yetmiş insan gücü ihtiyacının karşılanması için Vakıf, Erken Cumhuriyet döneminde 33 kişinin “bursluluk programı” ile yurtdışında halk sağlığı alanında eğitim görmesini sağlamıştır. Kısaca Erken Cumhuriyet döneminde halk sağlığı ile ilgili “*politikanın amaçları, içeriği ve araçları*”, “*programları*” ile “*kurumlarının*” transfer edildiği söylenebilir.

Politika transferi çalışmalarındaki eğilimlerden biri olan “*kişilerin transferi*” olgusu da bu dönemdeki halk sağlığı programlarının başarısı için kilit öneme sahip olmuştur. Programların etkinliği için Vakıf, Enstitü Müdürü Dr. Eduard Scheller, Okul Müdürü Dr. Collins, Okulun sıhhi mühendislik şubesine de Mühendis Wright gibi birçok personelini görevlendirip, maaşlarını da kendi verme yöntemini benimsemiştir. Bunun yanında 1935 yılında kabul edilen 2755 sayılı “*Ankara Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinde Kullanılacak Yabancı Uzmanlara Ait Kanun*” çerçevesinde pek çok yabancı uzman da teknik personel, uzman ve danışman olarak çeşitli pozisyonlarda bu kurumlarda görev yapmışlardır. Yabancı uzmanlar politika transferinde önemli kanallar olarak hizmet ederken, ulusal koşullar ile uluslararası uygulanabilir modeller arasında bir köprü işlevi görerek Türkiye bağlamında uygulama aşamasına etkin şekilde katılarak politika düşüncelerinin aktarılmasına katkı sağlamışlardır.

Politika değişimi, “öğrenme” olmadan meydana gelmez. Bu bağlamda öğrenmenin en kolay yollarından biri transfer edilmek istenilen politikayı uygulayan ülkede inceleme ve araştırmalarda bulunmaktır. Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam

1926 yılında Vakfın daveti ile uygulanan programları yerinde görmek üzere iki ay süre ile Avrupa ülkelerinde (BCA, 1926), Mayıs 1929'da Vakfın misafiri olarak Bakanlık Sağlık İşleri Genel Müdürü Dr. Asım Arar ile birlikte sağlık hizmetleri alanında incelemelerde bulunmak üzere üç aylığına ABD'ye politika çalışma ziyaretleri (*policy study visits*) gerçekleştirmiştir. Rockefeller arşivinde de yer alan bu ziyaret sonrasında yurda dönen Dr. Saydam edindiği izlenimler doğrultusunda Etimesgut'ta örnek bir sağlık merkezini hayata geçirmeye çalışmıştır. Refik Saydam'ın 1929'daki ABD'deki tetkik seyahatinden aldığı ilham ve gözlemlerine dayanan (Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti, 1942: 26) bu merkezin adı "Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri" olarak konulmuştur. Bütün buraya kadar anlatılanlardan hareketle Vakfın, dünyanın stratejik bölgelerindeki ülkelerde sağlık politikalarının değişimi için bir norm üreticisi ve taşıyıcısı olarak işlev gördüğü söylenebilir.

3. MELEZ TRANSFER: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ (1960-1980)

İkinci Dünya Savaşı sonrası gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin referans noktası, politika transferi konusu haline gelen devletin büyümesi olgusu olmuştur. Sağlık alanında Türkiye'de de 1950'lerden itibaren BM örgütlerinin (DSÖ, UNICEF gibi) hem finansman hem de teknik yardımlarıyla desteklenen sağlık programları ile devletin faaliyetlerinin kapsamı ve etkinliği artırılmıştır. 1954 yılında tedavi edici sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimin sorumluluğu altına girmesi ile artan devlet faaliyetlerine rağmen, birçok kez hükümet gündemine gelen sağlık alanındaki uzun vadeli planlama çalışmalarının hayata geçirilememiştir. 27 Mayıs 1960 darbesi ise, politika transferi açısından tıpkı seçimler sonrası hükümet değişiklikleri gibi özellikle siyasal maliyetleri az, potansiyel faydaları fazla olan sosyal politika reformları için politika "fırsat penceresi" (*windows of opportunity*) açılmasına neden olmuştur. Bu fırsat bağlamında Milli Birlik Komitesi'ne sunulan taslak planlar arasından, devletin endüstrileşmesi ve kalkınması için uygulanan içsel büyüme modeli ile uyumlu olan "sosyalleştirme" programı seçilerek 12 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un Milli Birlik Komitesindeki görüşme tutanakları ise, politika transferinin kaynağına ve derecesine ışık tutabilecek mahiyettedir: Milli Birlik Komitesi Genel Kurulu'nda

Komite üyesi Suphi Gürsoytrak konuşmasında şunları dile getirmiştir (MBK, 1961: 15):

Yüksek Heyetinizin kıymetli üyeleri tarafından mutlak derecede bilinen, hakikatleri ihtiva eden hususları; bildiğiniz gibi 27 Mayıs’tan itibaren iktidarı elinde tutan Yüksek Komiteniz ve onun Sayın Başkanı gerek Türk Milleti umumi efkârına, gerek dolayısı ile dünya efkârı umumiyesine tıbbın memleketimizin muayyen bölgelerinde sosyalleştirilmesi suretiyle, asırlardan beri ihmal edilmiş olan bu hizmeti vatandaşların ayağına götürmek imkânını tahakkuk ettireceğini vaat etmiş, vâit buyurmuşlardı. İşte bugün bu vaadin yerine getirilmesi üzerindeyiz. Şimdi tasarının ana hatlarını birkaç kelimeyle gözünüzün önüne sereceğim. Hazırlığımız üç ay kadar sürmüştür. Bidayette bu fikir ortaya atıldığı zaman, Sağlık Bakanı ve Müsteşarı Nusret Beyle konuşuldu ve bu iş için bir heyet teşkil edildi. Sağlık Şûrası toplandı, onların da fikri alındı. *Yabancı memleketlerin tecrübelerinden ve tatbikatından da istifade edilerek bu tasarı olgunlaştı ve huzurunuzda geldi.* Bu husus ayrıca Tıp Kongresinin tasvibinden de geçmiştir. 15 senelik bir zamana göre plânlanmıştır. Bidayette 3 sene, seçilecek bir bölgede tecrübe safhası geçirecektir. Bu bittikten sonra müteakip senelerde kademeli olarak memleketin en hayati bölgelerinden başlanmak üzere 15 senede bütün Türkiye’de realize edilmiş olacaktır.

Gürsoytrak tarafından yapılan takdim sonrasında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek’in söz aldığı ve sosyalleştirmenin yöntemi ve kapsamı konusunda komiteye bilgi verdiği görülmektedir. Politika transferi aktörlerinden “bürokratların” önemini gösteren konuşmasında Fişek, programın hazırlık ve uygulama aşamasındaki dış temaslarla ilgili şunları söylemiştir (MBK, 1961: 17):

“Efendim, bu plânın tatbik edilebilmesi için ilk temasa geçtiğimiz memleketlerden birisi İngiltere’dir. Hükümetin bu mevzuu ele almasını büyük bir alâka ile karşıladılar. Bu plânların tahakkuk ettirilebilmesi için tecrübeli elemanlarını bu hizmete göndermeyi kabul ettiler. Bu ay içinde İngiltere’de doktorluğun sosyalleştirilmesinde çalışmış olan Sör Ceymis Türkiye’yi ziyarete gelecektir. Sör Ceymis ile yapılan temaslardan neticesinde malî kaynakları, plânları, hizmet ve teferruat plânlarını hazırlamak için İngiltere’den uzmanlar gönderecektir. Aynı zamanda koruyucu hekimlikle ilgili olarak İngiltere 80 bin İngiliz liralık yardım yapmayı kabul etmiştir. Malzeme yardımı olarak ICA Amerikan ordusunun muhtelif ‘yerlerdeki fazla maddelerini Türkiye’ye ücretsiz vermeyi ve bu hususta rüçhan hakkı tanınmasını kabul etmiştir. Bu suretle memleketin sağlık meselesinde kendi kaynaklarımız yanında yabancı kaynakların sağlanması hususunda oldukça başarılar temin edilmiş bulunmaktadır.

Hükümetin İngiltere’den teknik yardım talebi üzerine İngiltere Sağlık Bakanlığı eski müsteşarı Sir John A. Charles Şubat 1961’de “*sosyalleştirmenin başarısı için*” deneyimlerini paylaşmak üzere Türkiye’ye gelmiş ve çeşitli önerilerde bulunmuştur (Charles, 1961). Yine DSÖ Türkiye temsilcisi olarak 1952 yılından beri çeşitli raporlar hazırlayan Dr. P.V. Olle de Türkiye’nin genel sağlık idaresinin yeniden teşkilatlanmasına (yetkilerin ademi-merkezileştirilmesi, bölge sağlık idarelerinin kurulması, personelin yetiştirilmesi gibi) dair önerileri de sosyalleştirme programının geliştirilmesine ışık tutmuştur (Olle, 1961: 173-182). Dolayısıyla bu iki uzman, politika seçeneklerini belirleyerek ve “politika danışmanı” olarak hareket ederek politika oluşturma sürecine dâhil olmuşlardır.

Kanunun hazırlık süreci ile ilgili net bilgiler elde edilememekle birlikte, Nusret Fişek 1986 yılında kendisi ile yapılan söyleşide Sosyalleştirme Programının hazırlık aşamasında izlediği yolu anlatırken dış ülke örneklerinden özellikle İngiltere ve İsveç örneklerinden esinlendiğini şöyle dile getirmiştir: (Öztek, 1992: 26-27):

“Kanunu hazırlarken İngiltere’deki sistemden esinlendiğimi söylemem lazım. Kademeli sistem. Türkiye’deki en önemli meselenin birinin ilk basamak sağlık hizmeti olduğunu kabul ettirmek. En önemli kısım sağlık ocakları kurarak ilk basamağı örgütlemektir yurt ölçüsünde. İngiltere’de bölge fikri yoktur. Herkes istediği hekimi seçer. İsveç’te kırsal bölge vardır. 6000 kişiye bir hekim, iki halk sağlığı hemşiresinden oluşan ekip entegre hizmet verir. Orada hasta kendi bölgesindeki hekime gitmek mecburiyetinde değildir. İsterse doğrudan hastane polikliniğine gidebilir. Türkiye’de bunu disipline etmek uygulanabilir hale getirmek için ilk müracaatın sağlık ocağına yapılması fikrini kanuna koydum. Kişinin hekim seçme hakkını da kaldırmadık. Parasını verdiği takdirde istediği hekime gidebilir. Diğer fikir ki, o zamanın yeni fikri olarak kabul etmek lazım, koruyucu hizmetle tedavi hizmetinin entegrasyonu vardır sosyalleştirmede. Bu Batıda yoktur. Çünkü Batıdaki tarihsel gelişmeyi takip ederek tedavi hizmetiyle koruyucu hizmetler ayrı örgütlenmiştir. Ama doğrusu, bunların birleşmesi. Sosyalleştirmeye ben bu bilimsel doğruyu da ekledim, Batı’da olmayan ve gene çağdaş görüş demek lazım, hizmeti ekip hizmeti olarak sunma ve bir kısım hekime ait hizmetlerin hekim dışı personele nakli fikri vardır sosyalleştirmede. O da yok gördüğümüz ülkelerde. Bu da yeni fikirlerden. Dünya Sağlık Teşkilatının o zaman dahi savunduğu fikir. Fikri icat eden ben değilim.

İlaç meselesinde Avusturyalıların sisteminden etkilendim. Onlarda “hayat kurtarıcı ilaç (life saving drug) diye bir hikâyeye vardır, hayat kurtarıcı ilaç parasız,

öbürleri paralıdır. Bütçeyi dengeleyebilmek için. Sonra değiştirdiler. Bütün ilaçları parasız yaptılar. Bizde de aynı fikir vardır. Yani kanunu yazarken dışarıdan esinlendim”.

Yukarıdaki alıntıdan da anlaşıldığı üzere sosyalleştirme programı hazırlanırken örnek ülke modellerinden belirli öğelerin alınarak yeni ve farklı bir sağlık hizmet modeli üretildiği ileri sürölmektedir. Sosyalleştirme programında politika transferinin doğasına ilişkin olarak, politikaların üretilmesinde somut programlar ve belgelere gönüllü ve rasyonalist yaklaşımların eşlik ettiği belirtilebilir. Buradan hareketle örgütlenme anlayışının “*melezleştirme ve sentez*” yöntemi ile oluşturulduğu söylenebilir. Kanımızca sağlık alanında bu örnekte göröldüğü gibi, alanyazında transfer dereceleri arasında sayılan “öykünme”, “melezleştirme”, “sentez” ve “*esinlenme*” gibi alternatif usuller bir arada yer alabilmektedir. Dolayısıyla ders çıkarma ile ilgili Rose’un da dile getirdiği gibi, (2005: 81) bir program tasarlanırken tek bir ülke örneğinden mi yoksa dış ülke örneklerinin bir bileşiminden yararlanıldığı uygulamada bir sorun teşkil edebilmektedir. Sonuç olarak, karmaşık bir transfer sürecini içeren politikalar konusunda, transferin farklı dereceleri ile belirgin bir sınıflandırılmanın söz konusu olamayabileceği öne sürölebilir.

1963 yılında Muşta uygulanmaya başlayan sosyalleştirme yasası, sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu varsayarak bütün vatandaşların hizmetten yararlanmasını öngörmüş ve sağlık hizmetlerini köylere kadar yayan bütünleşik bir tarzda yapılanmıştır. Sağlık evlerinden bölge hastanelerine kadar tümevarım yöntemi ile bir sağlık örgütlenme zinciri oluşturulmuştur. Ancak bilimsel ve teknik olarak iyi hazırlanan kanunun, uygulamada finansman ve insan kaynağı yetersizliği ile siyasal ve bürokratik desteğin eksikliği nedeniyle başarısız olduğu kanaati yaygındır (TTB, 2012: 30-35). Aslında kanımızca sosyalleştirme programından, devletin önceliği başka sektörlere vermesi ve sonrasında birikim rejiminde yaşanan değişimler sonucu arzu edilen sonuçlar elde edilememiştir.

4. SAğLIK POLİTİKALARININ YAKINSAMASI VE REFORM DİVALEKTİğİ (1980-2003)

1970’lerin sonlarından itibaren ekonomik, demografik ve ideolojik faktörlerin etkisi ile refah devletinin geleceğine yönelik yoğun tartışmalar başlamış ve bu durum sağlık sistemi reform baskıları oluşturmuştur. Mali kısıtlamalar ve

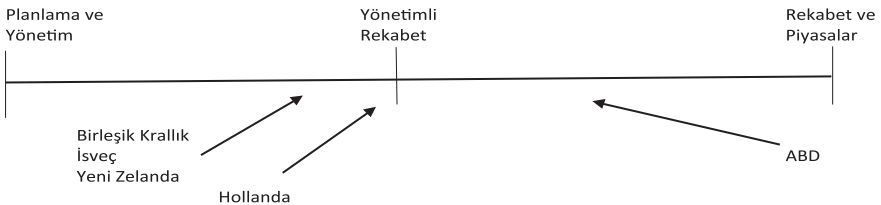
devletin etkin rolünde siyasi desteğin azalması, sağlık politikalarını etkilemiş ve refah devletinin genişlemesini engellemiştir (Marmor vd., 2005: 343-344). Buna paralel olarak 1980'lerden itibaren orta ve düşük gelirli ülkelerde genellikle reform alanyazınının üzerinde odaklandığı genel kanı, koşulsallık mekanizması ile ulusal politika tasarlama sürecinde uluslararası örgütlerin belirleyici etkisidir. IMF, DB ve OECD gibi uluslararası örgütlerin önerileri ile ilintili biçimde yapısal uyum programları ile sağlık sektörü reformları uygulanmaya başlanmıştır. 1980'lerde devletin mali krizine çözüm olarak sunulan yapısal uyum programlarının bir parçası olarak sunulan sağlık harcamalarının sınırlandırılması ve demokratikleştirilmesi düşüncesi sağlık reformlarının tasarlanması ve uygulanmasını şekillendiren önemli unsurlardan biri olmuştur. Böylece sağlık reformlarının etkisi temel olarak sağlık alanında devletin rolünü değiştirmekten ziyade devletin sınırlarını daraltma yönünde olmuştur. 1985 yılında DB tarafından yayımlanan ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili politika seçenekleri sunan *"Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview"* ve sonrasında 1987 yılında *"Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform"* yayınları sağlık alanında Bankanın yeni kavramlar ve düşünceler oluşturmak için gündem belirleyici rol oynayan girişimlerinin başlangıcı sayılabilir.

Türkiye'de de 1985 sonrası "sağlık sektörü incelemeleri" gerçekleştiren DB'nin sektörel politika transferinin en yaygın olarak görüldüğü sağlık alanında yerleştirmeye çalıştığı piyasalaşma ve işletmecilik esaslı yönetim anlayışının temelleri 1987 yılında yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile atılmıştır. Kanunun genel gerekçesinde yer alan *"bu kanunun en önemli özelliği Batı Avrupa'da uygulanan sağlık politikasına benzer bir uygulamayı Türkiye'ye getirmesidir"* (TBMM Tutanak Dergisi, 1987: 4) şeklindeki sözler, Batı ülkelerinde uygulanan sistemin ülkeye adapte edilme arayışını yansıtmaktadır. Böylece kanımızca ders çıkarmanın alternatif bir yolu olan ve Batılı ülkelerde "uygulanan programların önemli unsurlarını ortadan kaldırmadan tasarlanan yeni programın ayrıntılarında değişiklik yapma" (Rose, 2005: 81) olarak ifade edebileceğimiz "adaptasyon" yönteminin benimsendiği ileri sürülebilir. Sağlık alanında kamu-özel sektör bileşimine önem veren ve sağlık hizmetlerinin iktisadî bir işletme anlayışı içinde sunulmasını amaçlayan bu düzenlemenin sözleşmeli personel istihdamı ile hükümlerinin Anayasa Mahkemesi tarafından 1988 yılında iptal edilmesi sonucu kanunun uygulama ayağı sekteye uğramış ve istenilen etkiyi uyandıramamıştır. Ancak bu yasa ile özellikle birçok OECD ülkesinin sağlık örgütlenmesinde yaygın

olarak tercih edilen “*dış kaynak kullanımı*” modelinin benimsenmesi (OECD, 1992) önemli bir reform niteliğindedir. Bu durum 1980 sonrası OECD’nin 17 ülkesinde hakkaniyet, maliyet-kısıtlama ve rekabet ekseninde şekillenen sağlık sistemi reformlarının (OECD, 1994) mevcut kaynak sınırlılığı altında hem makro hem de mikro verimliliği sağlamak için güçlü bir yakınsama baskısı altında olduğunu göstermektedir.

1980 sonrası piyasalaşma, yerelleştirme, özelleştirme, serbestleştirme gibi kavramlar ekseninde yakınsama “politika toplulukları” (*policy communities*) ve “politika ağı” (*policy network*) gibi oluşumlar ile uluslararası aktörlerin (AB, OECD, DB, IMF gibi) öncülüğünde “uyum sağlama” veya “nüfuz etme” yoluyla gerçekleşmiştir (Sobacı, 2009: 66-67). Birbirine benzemeyen ülkelerde sağlık sistemi reformlarının küresel bir model biçiminde yaygınlaşmasını ele alan Ham (1997), Şekil 1’de görüldüğü üzere pek çok ortak tema tanımlayarak yakınsama hipotezi ileri sürmüştür. Performans farklılıklarını azaltma ve daha fazla müşteri memnuniyeti için sağlık hizmetlerinin yönetimini geliştirme, performansı iyileştirmek için bütçe teşviklerini kullanma, sağlık hizmetlerinde piyasa benzeri mekanizmaları uygulamaya koyma, satın alıcı-tedarikçi ayrımı gibi politikalar birçok ülke tarafından kabul görmeye başlamıştır. Özellikle sağlık alanında piyasa mekanizmalarına işlerlik kazandırmak için İngiliz NHS içinde yönetimli rekabet (*managed competition*) düşüncesine dayanan iç piyasa oluşturma mantığı (Freeman, 1999: 14-16) ABD’deki özel girişimcilik ile planlamaya dayalı sistemler arasında bir “ara form” olarak ön plana çıkmıştır. Beş Avrupa ülkesi (Fransa, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere) arasında yönetimli rekabetin transferi buna örnektir. Yine yakınsamaya yol açan bir unsur da teknolojilerin yayılmasıdır. Politikanın transferinin, teknolojilerin transferini de içinde barındıran bir olgu olarak düşünüldüğünde bu nedensellik süreci aynı zamanda “neoliberal değerler ve ilkelere dayanan ideolojik hegemonya veya bilişsel bir küreselleşme süreci” (McPake, 2002: 121) olarak yorumlanabilir.

Şekil 1. Yakınsama Hipotezi (Ham, 1997)



Sağlık politikalarının yakınsaması sürecine eklenmiş konumu ile Türkiye’de DB desteğiyle çalışmalarına 1988 yılında başlanan ve 1990 yılının sonunda tamamlanan “*Türkiye Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü*” sağlık reform girişimlerinin başlangıcı niteliğindedir. Bu masterplan, “dönemin Başbakanı Turgut Özal’ın, İngiltere’de Thatcher’ın reform girişimlerinden ilham alarak DPT’den bir ulusal sağlık politikası belgesi hazırlaması talebi” (Ağartan, 2008: 251) ile uluslararası danışmanlık firmalarından *PriceWaterhouse (PwC)*¹ ile Ankon Danışmanlık Hizmetleri A.Ş. (Ankara) şirketleri arasındaki bir anlaşmayla gerçekleştirilmiştir. Masterplanda ana hatları ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması, Bakanlığın planlayıcı ve düzenleyici role kavuşturulması, yerelleşme, kamu hastanelerinin özleştirilmesi, genel sağlık sigortasının oluşturulması önerilmiştir. Bu reformların hayata geçirilmesi için de 1990 yılında 75 milyon doları DB kredisi ile “*Birinci Sağlık Projesi*”, sonrasında 1994 yılında 150 milyon doları DB kredisi ile “*İkinci Sağlık Projesi*” ve 1997 yılında da 14,5 milyon doları DB kredisi olmak üzere “*Temel Sağlık Hizmetleri Projesi*” ikraz anlaşmaları imzalanmıştır. Dolayısıyla sağlık reform sürecinde gönüllü ve zorlayıcı transfer tipinin bir arada yer aldığı ileri sürülebilir.

1992 yılında “*Türkiye Sağlık Reformu: Sağlıkta Mega Proje*” şeklinde kamuoyuna duyurulan ve 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetim sistemi kurmayı hedefleyen Bakanlığın hizmet sunumu reform çalışmalarının iki temel bileşenini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği ile güçlendirilmesi ile kamu hastanelerinin özleştirilmesi ve zaman içinde özelleştirilmesi (SB, 1992: 2-1) oluşturmuştur. YKİ paradigmasının etkisi ile “kamu işletmeciliği” veya “yerelleşme” modeli altında ele alınabilecek olan bu reformların siyasal, ideolojik ve pragmatik düzeyde sonuçları görülmektedir. DB sağlık sektörü reform gündeminin temel bileşenlerin biri olan ve farklı gerekçelerle de olsa

¹ Bu noktada belirtilmesi gereken bir husus bu yıllarda PwC gibi “danışmanlık firmaları, eski Sovyet ülkelerinin piyasa ekonomisine yönelmesi ve siyasal dönüşümleri yanında bilgi teknolojileri, örgütlerde küçülme ve dış kaynak kullanımında hızlı değişimlerle önemli fırsatlar yaratmıştır” (Stone, 2004: 557). Stone’a göre, düşünce kuruluşları (think-tanks) bilgi toplulukları (epistemic communities) politika transferinin temel ajanlarından biri olarak kamu politikalarının tasarlanmasını özellikle de özelleştirme düşüncelerinin yaygınlaşmasını başarılı bir şekilde etkilemişlerdir. İngiltere’de 1970’lerin ortalarında düşünce kuruluşlarında filizlenen birkaç akademik ekonomist ve iş adamının fikri olarak ortaya çıkan özelleştirme daha sonra diğer ülkelere ihraç edilmiştir. Reason Vakfı, Adam Smith Enstitüsü, Heritage Vakfı, Urban Institute gibi düşünce kuruluşları başta Doğu Avrupa olmak üzere çeşitli ülkelerde özelleştirme düşüncesinin yayılmasında etkili olmuştur (Stone, 1996: 177-180).

Tayland, Hong Kong, Tunus, Zambiya, Endonezya, Hindistan, Yeni Zelanda, Gana gibi ülkelerin aralarında olduğu 27 ülkede yürütülen 35 hastane reformu projesi (McPake, 2002: 134) Türkiye’de de çeşitli modellerle gündeme gelmesine rağmen 2012 yılında “*kamu hastane birlikleri*” şekline dönüşene kadar ya kadük olmuş ya da birçok kez değişikliğe uğrayarak uygulanamamıştır. Yine yerelleşme politikasının bir aracı olarak “*bölge sağlık idaresi*” adı altında birden çok ili içine alan yeni bir yönetim kademesi kurulması planlanmıştır. “*Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı*” ile Bakanlığa bağlı, kamu tüzel kişiliğine sahip 20 bölge sağlık idaresi kurulması öngörülmüş (Sağlık Bakanlığı, 1993: 97-123) ancak kanun tasarısı yasalaşamamıştır. Bu durum politikanın içeriğinin ülkenin toplumsal, siyasal ve yönetsel yapı farklılıklarının yeterince dikkate alınmadığı “*uygun olmayan transfer*” biçimine örnek olarak gösterilebilir. Benzer şekilde sağlık reformları kapsamında hazırlanan “*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarısı*” ve “*Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı*” 1994 yılı sonunda TBMM’ye sunulmasına rağmen yasalaşma imkânı bulamamıştır.

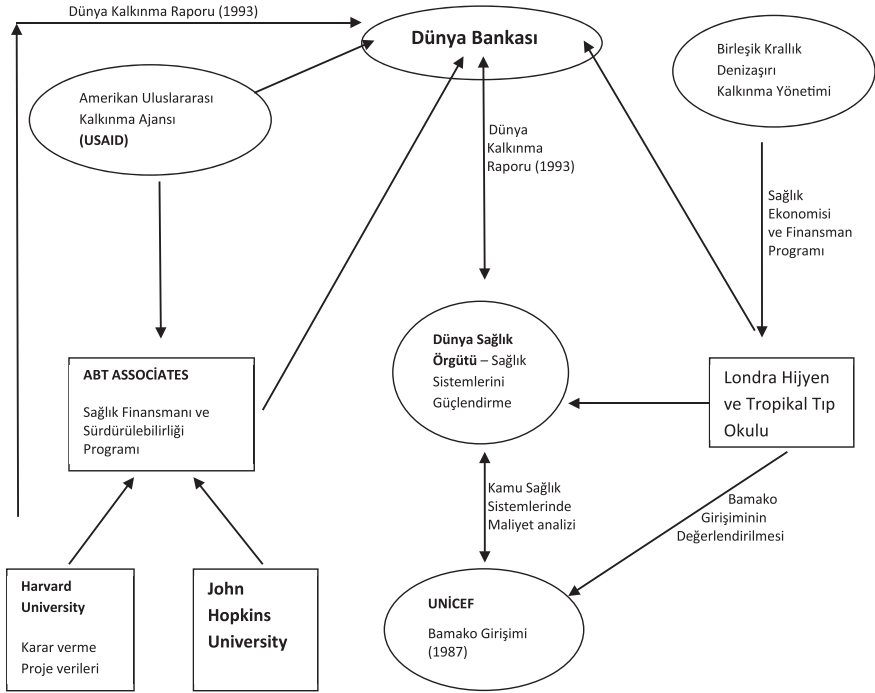
Dolayısıyla olgular, hiyerarşik yardım mekanizmaları ile ülkenin politika gündemine zorlayıcı olarak getirilen reformların hepsinin uygulanmadığını göstermektedir. Bu, karar verme aşamasında kabul edilebilir politikaları belirleyen ulusal özgün “*filtreler (süzgeçler)*” (Dolowitz ve Medearis, 2009) yüzündendir. Bu bakımdan, uluslararası sağlık reformlarının uygulanması, politika araçları ile vaat edilen teknik fayda, etkinlik ve verimlilik kazanımlarının ötesinde “*siyasal uygunluk*” ve onun “*öncüllerinin*” altında yatan unsurlara daha fazla bağlıdır. Üstelik transfer edilen sağlık reformlarının uygulanmasında yerel düzeydeki koşullar da önemli olmuştur. 1990’lı yıllarda birçok gelişmekte olan ülkede yardım koşulsallığı ile uygulama için gerekli olan ülkenin özgün bağlamı arasındaki bağlantının ihmal edilmesi başarısızlık olasılığını artırmıştır. Bir başka deyişle, transfer edilen politikaların kökenlerinin siyasal, sosyal, kültürel ve yönetsel özgünlükleri yüzünden sıklıkla başarısız oldukları görülmektedir.

Türkiye’de sağlık sektörü reformlarının transferi, politika reformlarının uygulanması için ikraz anlaşmaları ile yardım koşulsallığı ile bağlı vardır. Ancak 1990’lardaki reform girişimlerinde sorun; uygulanmak istenen reformların ülkeye özgü toplumsal, bürokratik, kültürel, siyasal, ekonomik ve kurumsal çevreyi

dikkate almaksızın “*bütün bedenlere uyan bir elbise*” olarak transfer edilmeye çalışılması olmuştur. YKİ paradigması ile modellenen reformların ülkenin özgün koşullarını dikkate almaksızın bütün kamu sektörü sorunlarına uygulanabileceği telkinlerine karşı; karşılaştırmalı çalışmalar (hatta OECD ülkelerinde bile) YKİ'nin kamu sektöründeki bütün problemler için “her derde deva bir iksir olmadığını” göstermektedir (Batley ve Larbi, 2004: 53). Bu yüzden 1980 ve 1990'lı yıllardaki sağlık reformlarının kanıttan ziyade ideolojiye dayandığı ileri sürülebilir. Sonuç olarak, reformlar ya hastanelerin idari ve mali özerkliği ve bölge sağlık idareleri politikalarında olduğu gibi uygulanmasını engelleyen siyasi kısıtlamalara maruz kalmış ya da sözleşmeli yöneticilik veya yetki devri olgusunda olduğu gibi bürokratik direnç ile karşılaşmışlardır. Yine reformlar uygulandığı takdirde ortaya çıkan dönüşümün (yönetimsel desantralizasyon) istenmeyen sonuçlara yol açabileceği endişesi bağlamsal sorunlar olarak ortaya çıkmıştır.

Bu dönemde devlet-dışı aktörlerin sağlık politikalarının analizinde hem niceliksel hem niteliksel olarak daha fazla önem kazanması, sağlık alanında “*uluslararası politika ağları*” kavramını ön plana çıkarmıştır (Lee and Goodman, 2002: 97-98). Uluslararası örgütlerin (DB, IMF, OECD gibi) de reform söyleminin ve düşüncelerinin bir destekçisi ve kolaylaştırıcısı olarak etkin rol aldıkları bu süreçte Lee ve Goodman, Şekil 2'de görüldüğü üzere *Dünya Kalkınma Raporu: Sağlıkta Yatırım* adlı politika belgesi ekseninde sağlık finansman reformu politika tartışmalarının belirleyici özelliklerinden birinin küresel politika ağlarının ortaya çıkması olduğunu ileri sürmektedir (2002: 108-117). Kamu ve özel aktörlerin bir bileşimi olan ve teknik uzmanlıklarından dolayı meşruluk elde eden bu ağ, uluslararası doğası ile hem küresel hem de ulusal düzeyde sağlık finansman reformunun tanımlanmasında son derece etkili olmuştur.

Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Finansman Reformunun Global Ağının Kurumsal Haritası (1987-1993)



Bazı bürokratik yapılar da, politika transferini kolaylaştırıcı etkiye sahip olabilmektedir. Örneğin, geçici tarzda proje tipi örgüt yapıları, özellikle uluslararası danışmanlık firmaları ile daha yakın çalışmaları gibi faydaları yanında DB gibi uluslararası örgütler tarafından önerilen politika önerilerinin (piyasalaşma, yerelleşme, hastane özleştirilmesi, kullanıcı ücretleri gibi) daha kolay yönetilebilmelerine imkân tanımaktadır. 1990 yılında imzalanan İkraz Anlaşması hükümleri uyarınca DB projelerini yönetmek üzere kurulan “*Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*” buna iyi bir örnektir. Bu birim, 1994-1998 yılları arasında çıkarılan “*Sağlıkta Strateji*” dergisi ile politika bilgisinin “yayılmaya” ve reform söyleminin yerleştirilerek kurumsal kapasitenin geliştirilmesine katkı sağlamıştır.

5. SAĞLIK SEKTÖRÜ REFORMUNDA DERS ÇIKARMA: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003 VE SONRASI)

Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı diğer reform girişimleri gibi değişim için bir “*fırsat penceresi*” açan bir siyasi ve ekonomik kriz bağlamında gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanından hizmet sunumuna kadar tüm boyutları düzenleyen bir reform paketini içeren bu programın esası, artımcı politikaların bir ürünü olarak 1990’lı yıllardaki deneyimlere dayanmaktadır. Recep Akdağ “*Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz*” adlı kitabın önsözünde, “*2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan programın, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlandığını*” (Roberts vd., 2010: v) dile getirerek, ulusal ve uluslararası deneyimlerden ders çıkarılarak sağlık politikalarının oluşturulduğunu vurgulamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının oluşturulması sürecinde, bazı transfer ajanlarının kolaylaştırıcı olarak devreye girdikleri görülmektedir. Öncelikle programın hazırlığı için 2003 yılı Temmuz ayında DB katkılarıyla Japonya ile hibe anlaşması yapılarak 800 bin dolar hibe desteği alınmıştır. DB proje kredileri ile de Sağlıkta Dönüşüm Programı iki aşamada desteklenmiştir. Programın finansmanına katkı sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı olmak üzere iki paydaşın yararlandığı, ilki 2004 yılında “*Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi*” için 49,4 milyon Euro, ikincisi 2009 yılında “*Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi*” için 56,1 milyon Euro kredi alınmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının şekillenmesinde “*politika transferi girişimcisi*” olarak nitelenebilecek aktörlerden biri de Türkiye’de sağlık sistemleri üzerine çalışan ilk danışmanlık, eğitim ve yönetim şirketi olan ve 2000 yılında Dr. B. Serdar Savaş² tarafından kurulan Birleşik Sağlık Sistemleri-United Health Systems (BSS) adlı şirkettir. BSS, Dünya Bankası tarafından hazırlanan *Turkish*

² B. Serdar Savaş 1990’lı yıllarda “Sağlıkta Mega Proje” adlı reform girişimi sırasında Sağlık Projesi Genel Koordinatörü ve Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı olarak görev yapmıştır. Daha sonra DSÖ’de görev almıştır.

Health Sector Reform Project’i, Sağlıkta Dönüşüm Programını ve “Hükümet Programının ilk 100 günü”nün sağlık bileşeni kısmını hazırlamıştır (BSS, 2014). Böylece Stone’un da belirttiği gibi bu tür kuruluşlar, “en iyi uygulama” olarak belirli politika biçimlerini veya normatif standartları meşrulaştırmak ve geliştirmek için düşünsel etkilerini ve piyasa deneyimlerini kullanarak (Stone, 2004: 556) politika değişimini hızlandırmışlardır. Yine Bakanlığın yeniden yapılandırılması çalışmaları kapsamında 2003-2006 yılları arasında Coşkun Can Aktan ve Asım Balcı gibi akademisyenler de Bakanlık bünyesinde “*danışman*” olarak görev alarak dönüşümü hızlandırıcı etkide bulunmuşlardır (Aktan ve Saran, 2007).

Bakanlık Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulama aşamasında DB Flagship programında da kullanılan ve Harvard ve Cambridge üniversitelerinden bir grup akademisyenin hazırladığı “*Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz*” adlı eserden yararlanmıştır. Bakanlık tarafından Türkçe’ye de çevrilen bu eserde yazarlar, 1980 sonrası birçok ülkede sağlık reformu girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması üzerine başarılı bir reformun nasıl planlanması gerektiği ile ilgili deneyimleri paylaşmışlardır. Temel stratejinin sorunun teşhisine yönelik olarak geçmişe yolculuk edilmesi, politika geliştirirken taklidin söz konusu olabileceğini ancak bunun yerel koşullara uyarlanması gerektiği ve kanıt kullanmanın önemine vurgu yapılarak (Roberts vd., 2010: 126-128) başarılı bir sağlık reformunun yöntem ve araçları olarak “*kontrol düğmeleri*” yaklaşımı geliştirilmiştir. Finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranış olmak üzere beş başlıktan oluşan bu düğmeler, her ülkenin kendine özgü koşullara göre biçimlenen metaforları ifade etmektedir. Ders çıkarma sürecinin, “başka yerlerde araştırmayı, programın nasıl çalışacağını bir modelini geliştirmeyi, yeni bir program tasarlamayı ve transferi geleceğe yönelik olarak değerlendirmeyi” (McPake, 2002: 122) kapsadığı dikkate alındığında bağlam sorununun nasıl aşılacağı ile ilgili tartışmaların rasyonel bir yaklaşım olarak “ders çıkarma” kavramını ön plana çıkardığı görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ilerleme raporlarında, yukarıda belirtilen kontrol düğmeleri ile programın uygulama aşamasının nasıl yönetildiği açıklanmaktadır (Akdağ, 2012). Bu dönemde politika transferi bağlamında hayata geçirilen “*aile hekimliği modeli*”, “*hizmet sunan ve satın alan kurumların ayrışması*”, “*genel sağlık sigortası*” gibi reform pratiklerinde gerçekleştirilen politika çalışma ziyaretlerinin etkisi yadsınamaz. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi reformu

açısından Türkiye ile benzerlik gösteren Meksika'ya Sağlık Bakanı Recep Akdağ ve beraberindeki heyetin 6-10 Aralık 2005 tarihlerinde ziyareti³ ve akabinde Meksika Sağlık Bakanı Dr. Julio Frenk'in Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanması çalışmaları kapsamında 30 Mart - 2 Nisan 2006 tarihlerinde Türkiye'yi ziyareti bu kapsamda değerlendirilebilir. Yine Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın beraberinde bir heyetle birlikte İngiltere'deki aile hekimliği sistemini yerinde görmek, KÖO modeli ve sağlık sistemi hakkında bilgi almak üzere 11-14 Kasım 2007 tarihleri arasında İngiltere ziyareti (www.saglik.gov.tr) örnek gösterilebilir.

Sağlık alanındaki dönüşümün önemli bir halkası ise 2011 yılında 663 sayılı KHK ile merkezi yönetimde Bakanlığın düzenleyici ve denetleyici bir role kavuşturulması ve yatay örgütlenme ile kurum tarzı bir yapılanmaya geçiş iken, taşra teşkilatında kamu hastane birliklerinin kurulması olmuştur. YKİ kuramının etkisiyle performansa dayalı örgütler şeklinde yapılandırılan birlik modeli, 1980'li yılların sonlarından itibaren Türkiye'nin "politika akışına" DB projeleri ile dâhil edilmeye çalışılan "idari ve mali özerk hastane" reformunun hayat bulmuş halidir. Politik iktidarlardan bağımsız bir biçimde salt zorlayıcı veya doğrudan bir yükümlülük içermemekle birlikte, bir koşulsallık barındıran hastane reformu sürecinin evrildiği nokta olan birlik modeli, 2017 yılında 694 sayılı KHK ile son bulmuştur. Söz konusu KHK ile 663 sayılı KHK ile oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşra teşkilatı olan birlikler ve halk sağlığı müdürlükleri lağvedilerek "il sağlık müdürlüğü" çatısı altında birleştirilerek 2011 yılındaki eski sisteme geri dönmüştür. YKİ reformlarının etkisiyle kamu sektörünün yapısal ayrışmasının eşgüdüm, duplikasyon ve hatta israf sorunları (Schick, 1996: 25) ortaya çıkardığı bilinmekle birlikte, bu konuda olumlu veya olumsuz bir ders çıkarılmamasının, "*birlik modelini*" başarısız sonuç vermiş bir politika transferi olgusu haline getirdiği öne sürülebilir.

Yine bu dönemin en önemli politika transferlerinden biri de Türk Sağlık sisteminde KÖO modelinin uygulanması olmuştur. Sağlık alanında İngiliz ÖFG'den elde edilen deneyimlerle küresel bir kamu politikası haline gelen KÖO modeli (Holden, 2009: 329), özellikle uluslararası danışmanlık kuruluşlarının (başta PwC

³ Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın Meksika'ya yaptığı resmî ziyarete katılacak milletvekillerine ilişkin Başbakanlık tezkeresi, TBMM Tutanak Dergisi, Cilt 107, 22. Dönem 4. Yasama Yılı, 45. Birleşim, 28 Aralık 2005 Çarşamba, s.20.

olmak üzere Deloitte, Ernst and Young gibi)⁴ raporları sayesinde dünya genelinde yaygınlaşmakta ve bir kamu politikası aracı olarak ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de 2005 yılında sağlık alanında yasal zemine kavuşan bu model ile 30 milyar lira yatırım tutarına sahip “şehir hastaneleri” veya “entegre sağlık kampüsleri” şeklinde 29 projenin hayata geçirilmesi hedeflenmiştir. 2017 yılında da bu modelinin ilk örnekleri olarak Yozgat, Mersin, Isparta ve Adana şehir hastaneleri hizmet vermeye başlamıştır. Bu örneklerden görüldüğü üzere; özel sektör dinamizmi ile yatırımların daha erken tamamlanması yanında ileri teknoloji tıbbi cihazlarla donatılmış hastanelerin nitelikli yatak sayısının artması ve kaliteli hizmet sunumu sağlık sektörüne önemli bir ivme kazandırmıştır. Ancak modelin etkinliğinin ve verimliliğinin değerlendirilmesinin önündeki en önemli sorunsal, teknik fayda-maliyet analizinin yapılabilmesine yönelik verilere ulaşılamamasıdır.

Son yıllarda Türkiye’de bir başka politika transferi örneği, 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Sağlık Politikaları Kurulu” ve 25 Mart 2017 tarihinde TÜSEB⁵ bünyesinde “Sağlık Politikaları Enstitüsü” kurulması ile politika araştırma ve analiz birimlerinin kamu örgütlenmesine dâhil olmasıdır. Dünyada Sağlık Politikası Analiz Enstitüleri (*Health Policy Analysis Institutes -HPAIs*) olarak farklı örgütsel modeller (hükümet-dışı, kamu ve üniversiteye bağlı olarak) altında kendine yer bulan bu birimler, 1990 sonrası yaygınlaşmaya başlamıştır. Bennet ve diğerleri tarafından yapılan bir araştırmada, düşük ve orta gelirli ülkelerde 78 sağlık politikası analiz enstitüsü (38’i Asya’da, 21’i Afrika’da, 8’i Latin Amerika’da, 8’i Avrupa ve Eski Sovyet Ülkelerinde, 3’ü Ortadoğu’da olmak üzere) tespit edilmiştir. Bu enstitülerin yüzde 80’inden fazlası 1990 sonrası kurulmuş olup, kısmen kurum içi politika analizinde karşılaşılan sorunlar

⁴ Bu kuruluşlar hazırladıkları rapor serileri ile önemli bir politika girişimcisi işlevi görerek elde ettikleri deneyimlerle politika kararlarını etkileyebilmektedirler. Son dönemlerde İspanya (Valencia), G. Afrika, Lesotho, Portekiz, Peru, Almanya, Kanada gibi ülkelerde uygulanan PPIP (Kamu Özel Bütünleşik Ortaklığı- yani tasarla-yap-işlet-hizmeti sun biçimi) modelinin en iyi uygulamalarını (best practice) ön plana çıkararak dünya genelinde yayılmasına aracılık etmektedirler (Sosa Delgado vd., 2016: 6-7). Ancak bu raporlarda göze çarpan birkaç grafiğe sığdırılmış yüzeysel bilgiler dışında açık kanıtlara daha fazla ihtiyacımız bulunmaktadır.

⁵ 6569 sayılı Kanunla, kamu tüzel kişiliğine, bilimsel ve idari özerkliğe sahip, özel bütçeli ve merkezi İstanbul’da olan sağlık bilim ve teknolojileri alanında faaliyet göstermek üzere “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı” (TÜSEB) kurulmuştur. TÜSEB, birçok gelişmiş ülkede yer alan enstitüler ile yapı ve işlev olarak benzerlik göstermektedir. Örneğin, ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH, National Institutes of Health) , İngiltere’de Ulusal Sağlık Araştırma Enstitüsü (NIHR, NHS National Institute for Health Research) ve Japonya’da Ulusal Sağlık Bilimleri Enstitüsü (NIHS, The National Institute of Health Sciences) en belirgin olanlarıdır.

nedeniyle “düşünce kuruluşları” şeklinde yapılanma eğilimi göstermiştir (Bennet vd., 2012: 195). Yine bu araştırma kapsamında; 16 tanesinin devletle çok yakın ve simbiyotik bir ilişki içinde kamu örgütlenmesine dâhil olduğu ve Uganda (Sağlık Politikaları Analiz Birimi), Vietnam (Sağlık Strateji ve Politika Enstitüsü), Tayland, Kamboçya gibi ülkelerdeki bu birimlerin başarısı için *“Sağlık Bakanlıkları ile çok yakın bir ilişki içinde olmaları fakat Bakanlık içinde örgütlenmesinden kaçınılması gerektiği”* (Bennet vd., 2010: 39-40) önerilmiştir. Kamu yönetiminin izdüşümü olarak sağlık alanında örgütsel dönüşüm, politika değişiminin hem bir koşulu hem de bir sonucu olarak anlaşıldığında; sağlık politikaları araştırma/analiz enstitüleri, kanıta dayalı karar verme sürecinin desteklenmesinde olumlu bir rol oynayabilir.

SONUÇ

Politika transferi, olgusal düzeyde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden, hizmet sunumuna ve finansmanına kadar politikaların oluşturulmasının ortak özelliklerinden biridir. Sağlık politikalarının biçimlenmesinde transfer ajanları ve nesnelere, politikanın kapsamı, hedefi ve gelişimi tarihsel bağlamda değişse de değişmeyen şey, politika transferinin varlığıdır. Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel bağlamı Tablo 1’de sentezlenmeye çalışıldığı gibi, uluslararası sağlık politikalarının yol göstericiliğinden bağımsız değildir. Sağlık Bakanlığı’nın kurulduğu 1920 yılından sonra halk sağlığı/koruyucu hekimlik hizmetlerinin ön plana çıkması ile Rockefeller Vakfı’nın uluslararası programları ile şekillenen sağlık politikaları, 1950 sonrası DSÖ/UNICEF gibi BM örgütleri ile İngiltere, İsveç gibi sağlık hizmetlerini sosyalleştiren ülkelere ilham alınan bütünlük sağlık hizmet modeline yönelmiştir. 1980 sonrası ise, IMF/DB gibi uluslararası örgütlerin yapısal uyarılma politikaları ile ticari liberalleşme, finansal serbestleşme ve özelleştirme gibi neoliberal stratejilerle biçimlenen sağlık politikaları, 2000’li yıllarda “küresel sağlık politika ağları” vasıtasıyla rasyonel bir tercih olarak sunulmuş ve sunulmaya devam etmektedir.

Tablo 1. Türkiye’de Uluslararası Sağlık Politikaları Transferinin Tarihsel Bağlamı.

	1920-1950	1950-1980	1980-2003	2003 ve Sonrası
Politikanın Kapsamı	Ulusal	Ulusal ve Uluslararası	Ulusal ve Uluslararası	Küresel
Sağlık Politikalarının Gelişimi	Devlet-merkezli	Devlet merkezli (Sosyalleştirme)	Devlet merkezli (Serbestleşme, Piyasalaşma)	Yönetişim (KÖO Modeli)
Politika Yapıcılar	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, BM Örgütleri (DSÖ, UNICEF)	Sağlık Bakanlığı, Uluslararası Örgütler (DB, IMF, OECD)	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Küresel Ağı
Sağlık Politikalarının Hedefi	Koruyucu Sağlık Hizmeti	Tedavi Edici/ Koruyucu	Tedavi Edici/ Koruyucu	Tedavi Edici/ Koruyucu

Politika transferi çalışma alanının en önemli faydalarından biri, politika sürecindeki stratejik aktörlerin güdülerine (finansal, ideolojik veya kabaca pragmatik) ışık tutmasıdır. Çünkü her nerede ve ne zaman bir aktör, politika oluşturma sürecine müdahil olduğunda bu durum bize transfer edilmesi istenen nesnelere ilgili birçok güdüyü ima edebilmektedir. Türkiye örneğinde de görüldüğü üzere sağlık alanında gerçekleşen veya başarısız olan politika transferleri ekonomik, siyasal ve ideolojik değerlerle yüklüdür. 1980 ve 1990’lı yıllarda neoliberal politikaların etkisiyle kanıttan ziyade ideolojiye dayanan sağlık reformları, 2000’li yıllardan sonra özellikle düşünce kuruluşları ve uluslararası danışmanlık firmalarının desteği ile kısmen kanıta dayalı politikalara dönüşme eğilimi göstermiştir. Bununla birlikte, politika transferi olgusu sağlık hizmet sunumundaki son gelişmeleri ve diğer ülke deneyimlerini öğrenmenin faydalı bir yolu olmasının yanında her politika *“bütün bedenlere uyan bir elbise”* olarak değerlendirilemez. Her ülkenin kendi toplumsal, ekonomik, siyasal ve kültürel bağlamı farklılık gösterebildiğinden doğrudan bir politika transferi, tıpkı Türkiye’de kamu hastane birlikleri modelinde olduğu gibi başarısızlıkla sonuçlanabilecektir. Bu yüzden sağlık sistemleri ile ilgili reformlarda sağlık politikalarının oluşturulmasında bağlamdan kaynaklanan farklılıkların ve tehditlerin kavranması gereksinimi nedeniyle veri ve bilgi ağının oluşturulması uluslararası deneyimlerin öğrenilmesi açısından önem teşkil etmektedir. Ancak bu sayede farklı ülkelerde

değişik sonuçlar verebilen KÖO modeli gibi transferlerin başarı olasılığı artacaktır.

1980 sonrası sağlık reformlarının yakınsaması sürecine DB, OECD⁶ gibi uluslararası örgütlerden PwC gibi danışmanlık şirketlerine, araştırma merkezlerinden John Hopkins, Harvard gibi üniversitelere kadar birçok aktör katkı sağlamıştır. Ancak son yıllarda Türk kamu yönetiminde “Sağlık Politikaları Kurulu” ve “Sağlık Politikaları Enstitüsü” gibi birimlerin ortaya çıkışı ile politika oluşturmanın modernizasyonu, “*idarenin yeniden yapılandırılması*” sürecinin bütüncül bir parçası haline gelmiştir. Bakanlığa bağlı bu birimlerin geliştirecekleri politikalarla reform sürecinde önemli bir katma değer yaratmaları beklentisi doğmuştur. Bu nedenle politika transfer sürecinde politika araştırma/analiz enstitülerinin rolü, araştırılmaya değer bir konu olarak analiz edilmeyi beklemektedir.

⁶ Uluslararası düzeyde özellikle ekonomik ve idari reform alanlarında neoliberal politika gündeminin desteklenmesinde etkin olan OECD, önemli bir politika transferi ajanı olarak piyasa ekonomisi temelinde kamu işletmeciliği programları ile “en iyi uygulamaları” yaygınlaştırma yönünde bir tavır sergilemektedir. Temmuz 2012’de Madrid’de düzenlenen Uluslararası Siyaset Bilimi Derneği’nin 22. Dünya Kongresi’nde “OECD ve politika transferi ilişkisi” ile ilgili iki panel dikkat çekicidir. Bu panelden doğan altı makaleyi incelediği makalesinde Pal (2014: 195-200) politika transferinin sıklıkla krizler ve dışsal baskılarla meydana geldiğini, OECD gibi uluslararası örgütlerin de bu baskıları küresel çıkarlarını koruma ve geliştirme yönünde kullandığını dile getirmektedir.

KAYNAKÇA

Ağartan, Tuba İnci (2008), *Turkish Health System in Transition: Historical Background and Reform Experience*, Doctor of Philosophy of Sociology, Binghamton University, New York.

Akdağ, Recep (Ed.) (2012), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aktan, Coşkun Can ve Ulvi Saran (Ed.) (2007), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Yayınları, İstanbul.

Batley, Richard and Larbi, George (2004), *The Changing Role of Government: The Reform of Public Services in Developing Countries*, Palgrave Macmillan, Basingstoke and New York.

Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi (BCA) (1926), İki ay süre ile Avrupa’da incelemelerde bulunacak olan Sıhhiye Vekili Dr. Refik (Saydam)’a verilecek günlük ve yolluğun Sıhhiye Bütçesinin Özel Faslından Ödenmesi, Yer No: 30-18-1-1/18-27-12, 4 Mayıs 1926.

BSS (Birleşik Sağlık Sistemleri-United Health Systems), “Policy Projects”, <http://www.bss.com.tr/policy-projects/> (Erişim Tarihi: 2 Ocak 2014).

Charles, John A. (1961), *Türkiye’de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Rapor*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın No:268, Gürsoy Basımevi, Ankara.

Dolowitz, David and Marsh, David (1996), “Who Learns What From Whom: A Review of the Policy Transfer Literature”, *Political Studies*, XLIV, s.343-357.

Erdem, Murat ve Kenneth W. Rose (2000), “American Philanthropy in Republican Turkey: The Case of Rockefeller and Ford Foundations”, *The Turkish Yearbook of International Relations, Research Center for International Political and Economic Relations*, Ankara University, Faculty of Political Science Publications, Vol.31, No.2, s.131-157.

Evans, Mark and Davies, Jonathan (1999), “Understanding Policy Transfer: A Multi-Level, Multi Disciplinary Perspective”, *Public Administration*, Vol.77, No:2, s.361-385.

Evans, Mark (2009), “New Directions in The Study of Policy Transfer”, *Policy Studies*, Vol:30, No:3, s.237-241.

Evans, Mark (2009), “Policy Transfer in Critical Perspective”, *Policy Studies*, Vol.30, No.3, s.243-268.

Freeman, Richard (1999), *Policy Transfer in the Health Sector*, (February), <https://pdfs.semanticscholar.org/> (Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2016)

Ham, Chris (1997), *Management and Competition in the NHS*, Second Edition, Radcliffe Medical Press, Abingdon.

Holden, Chris (2009), “Exporting Public–Private Partnerships in Healthcare: Export Strategy and Policy Transfer”, *Policy Studies*, Vol:30, No:3, s.313-332.

Hulme, Rob (2006), “The Role of Policy Transfer in Assessing the Impact of American Ideas on British Social Policy”, *Global Social Policy*, Vol.6, No.2, s.175-197.

Jacobs, Kerry and Barnett, Pauline (2000), “Policy Transfer and Policy Learning: A Study of the 1991 New Zeland Health Services Taskforce”, *Governance*, Vol:13, No:2, s.185-213.

Lee, Kelley and Hilary Goodman (2002), “Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since The 1980s”, Kelley Lee, Kent Buse and Suzanne Fustukian (ed.), *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge University Press, Cambridge, s.97-119.

Lockett, George Sparr ve Harold Farnsworth Gray (1925), *Sıhhat-i Umumiye İdaresi Esasatı*, Çev. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti, T.C. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti Neşriyatı, Sayı 2, Yeni Matbaa, İstanbul.

Marmor, Ted, Richard Freeman and Kieke Okma (2005), “Comparative Perspectives and Policy Learning in the World of Health Care”, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, Vol.7, No.4, s.331-348.

Marsh, David and Evans, Mark (2012), “Policy Transfer: Coming of Age and Learning from The Experience”, *Policy Studies*, Vol.33, No.6, (November), s.477-481.

McCann, Eugene and Ward, Kevin (2012), “Policy Assemblages, Mobilities and Mutations: Toward a Multidisciplinary Conversation” *Political Studies Review*, Vol.10, No.3, s.325–332.

McPake, Barbara (2002), “The Globalisation of Health Sector Reform Policies: Is ‘Lesson Drawing’ Part of The Process?”, in *Health Policy in a Globalising World*, Kelley Lee, Kent Buse and Suzanne Fustukian (Ed.), Cambridge University Press, Cambridge, s.120-139.

McPake, Barbara, Charity Jensen, Alex Jones (2017), *Learning Across Health Systems: Literature Review of International Health Policy Transfer Processes*, Oxford Policy Management Ltd., (May), <http://health.bmz.de/services> (Erişim Tarihi: 1 Haziran 2017).

Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı (1961), “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun Tasarısı ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu (1/183)”, 71. Birleşim, Cilt 5, (05.01.1961 Perşembe), s.15-40.

OECD (1992), *Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, OECD Publishing, Paris.

OECD (1994), *The Reform of Health Care System: A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD Health Policy Studies No.5, Paris.

Olle, P.V. (1961), “Türkiye’de Genel Sağlık İdaresi”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner ve Nusret Fişek, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları No:256, Ankara, s.173-182.

Öztek, Zafer (1992), *Nusret Fişek ile Söyleşi (18 Mart 1986)*, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Ankara.

Pal, Leslie A. (2014), “Introduction: The OECD and Policy Transfer: Comparative Case Studies”, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, Vol.16, No.3, s.195-200.

Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich (2010), *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması – Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz*, (Ed. Salih Mollahaliloğlu vd.), Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Rockefeller Foundation (1937), *International Health Division Annual Report 1937*, Rockefeller Foundation, New York.

Rose, Richard (2005), *Learning from Comparative Public Policy: A Practical Guide*, Routledge, London.

Sağlık Bakanlığı (1992), *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1993), *Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gereçekçeleri*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1993), *Ulusal Sağlık Politikası*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı ve Sağlık ve Sosyal İşler, Plan ve Bütçe Komisyonları Raporları (1/826), S.Sayısı:544, *TBMM Tutanak Dergisi*, 93. Birleşim, 22.4.1987 Çarşamba, Dönem 17, Cilt 39, Yasama Yılı 4.

Schick, Allen (1996), *The Spirit of Reform: Managing the New Zealand State Sector in a Time of Change*, State Services Commission, Wellington.

Sihhat ve İctimaî Muavenet Teşkilâtı (1937), *Türkiye’de Sihhat ve İctimai Muavenet Teşkilatının Cumhuriyet Devrindeki İnkışafı*, Ankara.

Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti (1942), *Sihhiye Mecmuası Fevkalade Nüşası: Dr. Refik Saydam’ın Aziz Hatrasına*, Ulusal Matbaa, Ankara.

Sobacı, Mehmet Zahid (2009), *İdari Reform ve Politika Transferi: Yeni Kamu İşletmeciliğinin Yayılışı*, Turhan Kitabevi, Ankara.

Sosa Delgado-Pastor, V., Brashers, E., Foong, S., Montagu, D., Feachem, R. (2016), *Innovation roll out: Valencia’s Experience with Public-Private Integrated Partnerships*, Healthcare Public-Private Partnerships Series, No. 3. San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California and PwC, (December), USA.

Stone, Diane, (1996), *Capturing The Political İmagination: Think Tanks and The Policy Process*, Frank Cass, London.

Stone, Diane (1999), “Learning Lessons and Transferring Policy across Time, Space and Disciplines”, *Politics*, Vol.19, No.1, s.51-59.

Stone, Diane (2004) “Transfer Agents and Global Networks in the ‘Transnationalization’ of Policy”, *Journal of European Public Policy*, Vol.11, No.3, s.545-566.

Şehsuvaroğlu, Bedi (1950), “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tarihçesi”, *Dirim Aylık Tıp Gazetesi*, Cilt XXV, Sayı 7, (Temmuz), s.236-245.

Tambulasi, Richard Ignituous Chipopopo (2011), *Policy Transfer and Services Delivery Transformation in Developing Countries: The Case of Malawi Health Sector Reforms*, PhD. Thesis, The University of Manchester, Manchester, UK.

Türk Tabipler Birliği (TTB), (2012), *Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı*, Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2011, Ankara.

