

IV. Örgüt Kuramı Çalıştayı

**8-9 Şubat 2013
Ankara**

Bildiriler Kitabı

**Derleyen:
Çetin Önder**

**Düzenleyen:
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İşletme Fakültesi**

IV. Örgüt Kuramı Çalıştayı Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi desteğiyle gerçekleştirilmiştir

IV. Örgüt Kuramı Çalıştayı

8-9 Şubat 2013
Ankara

Danışma Kurulu

Mehmet Barca (Çalıştay Dönem Başkanı), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Ali Danışman, Çukurova Üniversitesi

Hüseyin Leblebici, Illinois Üniversitesi

Şükrü Özen, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

A. Selami Sargut, Başkent Üniversitesi

Fulya Sarvan, Akdeniz Üniversitesi

Behlül Üsdiken, Sabancı Üniversitesi

Nazlı Wasti, Orta Doğu Teknik Üniversitesi

IV. Örgüt Kuramı Çalıştayı

**8-9 Şubat 2013
Ankara**

Düzenleme Komitesi

**Şükrü Özen
Çetin Önder
Ayşe Elif Şengün
Selin Erdil**

IV. Örgüt Kuramı Çalıştayı

8-9 Şubat 2013
Ankara

Bilim Kurulu

Mehmet Erçek
Erkan Erdemir
Nisan Selekler Gökşen
Çetin Önder
Örsan Örgen
Şükrü Özen
Ayşe Elif Şengün
Çağrı Topal
Deniz Tunçalp

İçindekiler

Çoklu Kurumsal Mantıklardan Yeni Bir Kurumsal Mantığa Doğru: Türk Sağlık Alanında Bir İnceleme Mustafa Özseven, Ali Danışman, Ali Suha Bingöl	1
Taking the State Seriously: The Effects of the State on Institutional Change and the Field-Level Logics Umut Koç	23
Kurumsal Mantıklar, Örgütsel Değişim ve Bireysel Aktörler: Bir Özel Okulda Araştırma Miraç Savaş Turhan, Ali Danışman ve Gökhan Gündoğdu	53
The Ethics of Resistance to Managerial Control in Organizations: A Critical Approach Ozan Nadir Alakavuklar	81
Yönetim Kurulu Yapısı ve Kurumsal Mesafe Etkileşiminin Çokuluslu İşletmelerin Uluslararasılaşma Stratejileri Üzerindeki Etkisi Tarhan Okan, Tülay İlhan Nas ve Ekrem Tatoğlu	95
“Örgüt Kuramı” Derslerinin Bir Sistem Olarak Analizi ve Öğretim Yöntemlerine Dair Değerlendirmeler İdil Işık, Gülşah Vural Özkan, Emel Seven Bozçam, Sema Gedik, Taylan Zeyrek ve Zeynep Mercan	125
Sağlık Kalite Standartları Örneğinde Kurumsal Düzenlemelerin Sürdürülmesi Yönüyle Yapılan Kurumsal İşler Oktay Koç ve Serkan Dirlik	157
Kurumsal Kuramın Varsayımlarına Uyum Bağlamında Bir Eleştiri: Sağlık Kurumları Örneği Ela Özkan-Canbolat ve Emine Çeliksoy	179

Çoklu Kurumsal Mantıklardan Yeni Bir Kurumsal Mantığa Doğru: Türk Sağlık Alanında Bir İnceleme

Mustafa Özseven, Ali Danışman ve Ali Suha Bingöl
Çukurova Üniversitesi, Adana

Özet

Çoğu örgütsel alan sosyal sektörlere, değişik dinamiklere ve aktörler arasındaki etkileşime göre ortaya çıkan çoklu mantıklardan oluşarak kurumsal karışıklık sergilemektedir. Belirli bir örgütsel alanda yer alan kurumsal karışıklık, mevcut kurumsal mantıkların sorgulanmasına yol açarak, yeni bir kurumsal mantığın doğuşunun habercisi olabilmektedir. Yeni bir kurumsal mantık alanda önceden var olan kurumsal mantıklardan etkilenecek veya var olan kurumsal mantıkları dönüşüme uğratarak ortaya çıkabilir. Bu doğrultuda, yeni bir kurumsal mantığın oluşumuna açıklık getirilmesi için, görüşme ve doküman incelemesi yapılarak Türk sağlık alanında bir araştırma yapılmıştır. Türk sağlık alanında, 2006 yılından itibaren yapılan düzenlemeler, daha önceden varlığını sürdüregelen kamucu hizmet mantığı ile ticari mantığın izlerini taşıırken, yeni bir kurumsal mantığın oluştuğuna işaret etmektedir. Kamu hastanelerinin yönetiminde oluşan yeni kurumsal mantık, kamucu hizmet mantığı ve ticari mantıktan ayrılmakta, ama nispeten bunların izlerini de taşımaktadır. Yapılan doküman incelemesi ve görüşmelere göre, işletme benzeri kurumsal mantık olarak ifade edilen yeni mantığın kamucu hizmet mantığı ile ticari mantığın karışımını yansıttığı görülmektedir.

Anahtar Sözcükler

kurumsal mantıklar, Türk sağlık alanı, kurumsal değişim

Giriş

Kurumsal mantıklar örgütsel düzenleme ve uygulamaları şekillendiren dinamikler olarak son yıllarda örgüt çalışmalarında üzerinde en fazla durulan konulardan birisi haline gelmiştir (Battilana ve Dorado, 2010; Lounsbury, 2007; Marquis ve Lounsbury, 2007; Shipilov, Insead ve Rowley, 2010; Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001; Thornton, 2002). Bir tarafta, belirli bir alanda kurumsal mantıkların örgütsel düzenleme ve uygulamalar üzerinde belirleyici etkisi yaygın bir şekilde kabul görürken, diğer tarafta, kurumsal mantıkların nasıl oluştuğuna yönelik merak ve ilginin arttığı dikkat çekmektedir (Glynn ve Lounsbury, 2005; Nigam ve Ocasio, 2010; Thornton, Ocasio ve Lounsbury, 2012). Thornton vd. (2012), önceki çalışmalardan hareketle belirli bir örgütsel alanda yeni kurumsal mantıkların, başka alanlardan transfer, sembolik temsilciler (teorik, çerçeve ve öykü), dönüşüm (yer değiştirme, karışım ve ayırma) ve gelişimsel değişim yoluyla (asimilasyon, detaylandırma, genişletme ve daraltma) ortaya çıkabileceğini ileri sürmektedirler. Aslına kalırsa, belirli bir örgütsel alanda yeni kurumsal mantıkların ortaya çıkışı çok yönlü karmaşık bir süreçtir. Çoğu örgütsel alan sosyal sektörlere ve değişik dinamiklere ve aktörler arasındaki etkileşime göre ortaya çıkan çoklu mantıklardan oluşarak kurumsal karışıklık sergilemektedir (Reay ve Hinings, 2005; Marquis ve Lounsbury, 2007; Purdy ve Gray, 2009; Reay ve Hinings, 2009). Öyle ki, kurumsal mantık alanındaki çalışmaların da ortaya koyduğu gibi, çoklu kurumsal mantıkların birlikte varlıklarını sürdürdüğü bir alanda kurumsal mantıklar arasındaki çizgiyi ayırmak zaman zaman zor olabilmektedir. Thornton vd.'ne göre, çoklu mantıklar arasında etkileşim ve iç içe geçiş örgütsel alanda yeni bir kurumsal mantığın temelini oluşturabilmektedir (Thornton vd., 2012). Buna göre, yeni kurumsal mantık,

alandaki baskın farklı kurumsal mantıkların bir karışımı (blending) olarak kendini gösterecektir (Glynn ve Lounsbury, 2005). Bu durumda yeni bir kurumsal mantık farklı kurumsal mantıklardan ayrılarak nasıl oluşmaktadır sorusu önem kazanmaktadır. Bu çalışma ile Türk Sağlık sektöründe bir inceleme yapılarak farklı kurumsal mantıklardan yeni bir kurumsal mantığın nasıl doğabileceğine açıklık kazandırılmaya çalışılacaktır.

Türk sağlık sisteminde Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana kamucu/ hizmetçi olarak ifade edilebilecek kurumsal mantık hâkim iken 2000’li yıllarda ticari/piyasa mantığı yaygınlık kazanarak alanda güçlü bir mantık haline dönüşmeye başlamıştır (Aksoy, 2007; Koç, 2012). Ancak piyasa mantığının uygulamalarında birtakım sorunlarla karşılaşılmasından ve beklenen sonuçların alınamamasından dolayı yeni bir arayış içerisine girilmiştir. Sağlık sektöründe talep belirsizliği, arz koşulları, hizmeti alan hasta ile hizmet sunan hekim arasındaki bilgi farklılığı (Arrow, 1963), hastaların ihtiyaç ortaya çıktığında hizmet almalarının kaçınılmazlık arz etmesi, hastanın ürün üzerine teklif yapabilecek gücünün olmaması ve hizmet miktarının sadece hekim tarafından belirlenmesi (Heubel, 2000), gibi sebeplerden dolayı sağlık sektöründe piyasa mantığından etkinlik ve verimlilik temelli beklenen sonuçlara ulaşamamasından dolayı birçok ülkede olduğu gibi (ör. Jeong, 2005; Tountas, Karnaki, Pavi ve Souliotis, 2005, Brenna, 2011; Harrison ve Calltorp, 2000), Türkiye’de de piyasa mantığının uygulamaya geçmesiyle birlikte kapsamlı değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda, Türk sağlık sisteminde, 2006 yılından itibaren önceki kurumsal mantıkların da temsilcisi olan devletin öncülüğünde yasal düzenlemelerde ve uygulamalarda kapsamlı değişikliklerin yapıldığı görülmektedir. Burada bu değişikliklerin nasıl bir kurumsal mantığı yansıttığı önem arz etmektedir. Yeni düzenleme ve uygulamalar önceki mantıkların izlerini hangi açılardan nasıl taşımaktadır? Yeni uygulama ve düzenlemeler, halen sağlık alanında nispeten güçlü sayılabilecek kamucu/hizmetçi ve ticari/piyasacı mantıkların devamı niteliğinde midir? Yoksa bunlardan ayrılmış yeni bir kurumsal mantığın yansması mıdır? Öyle ise, bu mantık hangi şartlarda ne tür dinamiklere bağlı olarak oluşmuş ve gelişmiştir? Bu mantık, önceki hizmetçi/kamucu ve ticari/piyasacı mantıktan nasıl ayrılmaktadır? Önceki mantıkların da oluşumunda ve yerleşiminde belirleyici olan ve bu belirleyiciliği devam eden egemen aktör, yeni bir yönelime niçin gereksinim duymuştur? Bu çalışmada bu soruların cevaplanması amaçlanmaktadır.

Kurumsal Mantıklar ve Oluşumları

Belirli bir örgütsel alanda, kurumsal mantıklar örgütlerin ve bireylerin eylemlerini kısıtlayıcı ve biçimlendirici etkiye sahip olarak örgütsel meşruiyetin temelini oluştururlar (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton 2001; Thornton ve Ocasio, 2008). Kurumsal mantıklar, baskın kurallar, yasal düzenlemeler, normlar, değerler, inanışlar ve işleyişler ile kılavuzluk yaparak bir yandan örgütsel alanda sınırları belirleyerek örgütsel ve bireysel aktörler için meşruiyet kaygısı oluştururlarken, diğer yandan örgütlerin eylemlerinde etkili olan araçları ve eylemlerin sonuçlarını belirlerler (Friedland ve Alford, 1991; Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001). Bu şekilde, örgütler, yaşamlarını devam ettirebilmek için yapısal düzenleme ve uygulamalarını örgütsel alanda kabul gören kurallara, değerlere, inanışlara ve işleyişlere uygun biçimde oluştururlar (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001; Thornton, 2002). Belirli bir örgütsel alanda kabul gören kural, değer, inanış ve işleyişlerin dışında, farklı kural, değer, inanış ve işleyişlerin ortaya çıkmasıyla yeni kurumsal mantıklar oluşur (Battilana ve Dorado, 2010; Lounsbury, 2007; Purdy ve Gray, 2009). Böylece, belirli bir örgütsel alanda her zaman tek bir kurumsal mantık yer almayabilir; rekabetçi veya çoğulcu kurumsal mantıklar varlıklarını birlikte sürdürebilir (Purdy ve Gray, 2009; Reay ve Hinings, 2009).

Kurumsal mantıkların ortaya çıkışı ve oluşumu çeşitli şekillerde açıklanmaktadır (Ör. Dunn ve Jones, 2010; Glynn ve Lounsbury, 2005; Suddaby ve Greenwood, 2005; Reay ve Hinings, 2009; Shipilov, vd., 2010; Zajac ve Westphal, 2004). Örneğin, örgütsel alanda baskın bir kurumsal mantığa karşı, coğrafyalar arasındaki farklı ihtiyaçlara uygun biçimde yeni uygulamaların gelişmesiyle alternatif mantıklar oluşabilmektedir (Lounsbury, 2007). Örgütlerin performans kaygısı yaşamaları, yeni fırsatların farkına varmaları ve mevcut yapıların ihtiyaçları karşılamaması da örgütsel alanda yeni

kurumsal mantıkların oluşmasının temellerini oluşturabilmektedir (Greenwood ve Suddaby, 2006). Kurumsallaşan uygulamaların oluşturduğu mantıkların rekabet içerisinde farklı uygulamaların geliştirilmesine fırsat vermeleri de örgütsel alanda başka kurumsal mantıkların oluşumuna sebep olabilmektedir (Marquis ve Lounsbury, 2007). Belirli bir ideolojinin ve çıkarların savunucusu kurumsal girişimcilerin varlığı (Holm, 1995), rekabetçi mantıkların çatışması ve farklı mantıkların alanda oluşabilmesine yönelik boşluk olması da tek bir mantığın baskın hale gelmesini engelleyerek yeni mantıkların oluşumunun yolunu açabilmektedir (Thornton ve Ocasio, 2008). Thornton, vd., (2012), yeni yazmış oldukları kitaplarında kurumsal mantıkların oluşumunu kültürel oluşum, dönüşümsel gelişim yoluyla oluşum ve gelişimsel değişim olmak üzere üç grupta ele almaktadırlar. Kültürel oluşum modeliyle kurumsal mantıkların oluşumu, örgütsel alanda fırsatlar ve kısıtların yaratmış olduğu uygulamaların hikayeleşmesi, teorileşmesi veya kalıplaşmasıdır (Thornton vd., 2012). Dönüşümsel değişim yoluyla yeni bir kurumsal mantığın ortaya çıkışı, eski kurumsal mantıkların başka mantıklarla yer değiştirmesi ve farklı kurumsal mantıkların boyutlarının karışımı yoluyla olabilir (Thornton vd., 2012).

Dönüşümsel değişim ile kurumsal mantık oluşumunun türleri, yer değiştirme (replacement), ayırma (segregation) ve karışım (blending) olarak üç biçimdedir (Thornton, vd., 2012). Yer değişimi (replacement) yoluyla oluşum, örgütsel alanda baskın kurumsal mantık uygulamalarının meşruluğunu kaybetmesi ve farklı bir kurumsal mantığın önünü açan yeni uygulamaların meşrulaşması ile gerçekleşir (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2001). Ayırma (Segregation) yoluyla kurumsal mantıkların oluşumu, mevcut kurumsal mantık uygulamalarından farklı olarak yeni kurumsal mantığın, eski kurumsal mantığın yerini almadan, ayrı bir kurumsal mantık olarak oluşmasıdır (Battilana ve Dorado, 2010; Haveman ve Rao, 2006; Purdy ve Gray, 2009). Karışım (blending) yoluyla kurumsal mantıkların oluşumu aşağıda daha detaylı biçimde anlatılacaktır.

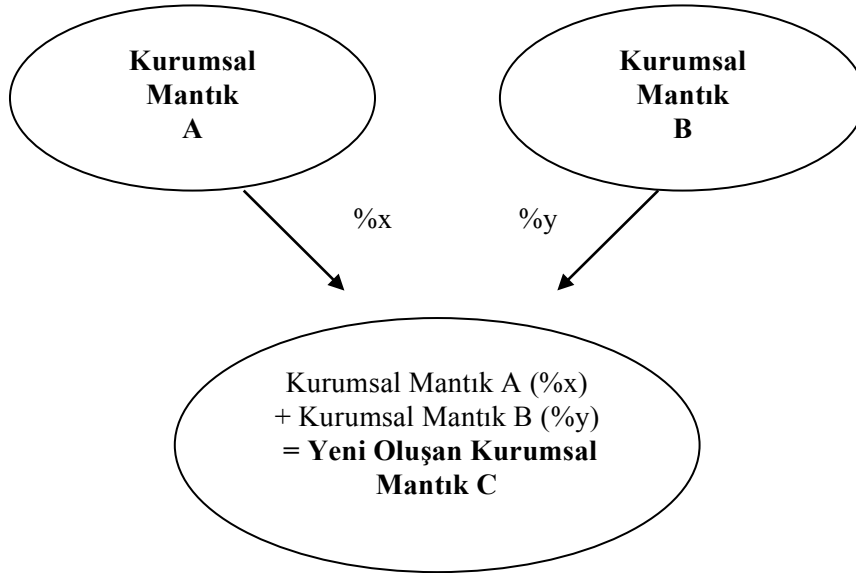
Gelişimsel değişim yoluyla kurumsal mantıkların oluşumu, hakim kurumsal mantık uygulamalarından esinlenmeden, tamamen ayrı uygulamaların, alanda var olan kurumsal mantıkları değiştirmesiyle gerçekleşir (Arjalies, 2010; Dunn ve Jones, 2010; Galvin, 2002; Meyer ve Hammerschmid, 2006). Gelişimsel değişim yoluyla kurumsal mantıklar, asimilasyon, detaylandırma, genişleme ve daralma şekillerinden birisi ile ortaya çıkar. Asimilasyon (Assimilation) yoluyla kurumsal mantıkların oluşumu, bir kurumsal mantığın hakim olan mantığı güçlendirecek şekilde, hakim mantığa katılmasıdır (Thornton vd., 2012). Detaylandırma (Elaboration) yoluyla yeni kurumsal mantıkların oluşumu (Thornton vd., 2012), hakim kurumsal mantığın daha da güçlenmesine sebep olacak yeni uygulamalara gereksinim duyulmasıyla üretilen yeni uygulamaların alanda kabul görmesi ve hakim kurumsal mantığı güçlendirmesidir (Galvin, 2002). Genişleme (expansion), bir kurumsal alanda meydana gelen kurumsal değişimin, diğer kurumsal alanlara da genişleyerek, o kurumsal alanda yeni bir kurumsal mantığın oluşmasıdır (Nigam ve Ocasio, 2010; Dunn ve Jones, 2010). Daralma (contraction) yoluyla kurumsal mantık oluşumu, çoklu kurumsal mantıkların yer aldığı kurumsal alanlarda, hâkim mantığın uygulamalarının etkisini kaybetmesiyle, alandaki farklı kurumsal mantığın güçlenerek hakim kurumsal mantık olmasıdır (Dunn ve Jones, 2010).

Karışım yoluyla kurumsal mantıkların oluşumu, örgütsel alanda geçmişte var olan farklı kurumsal mantıkların her birinin belirli unsurlarının taşınması yoluyla gerçekleşmektedir (Glynn ve Lounsbury, 2005; Haveman ve Rao, 2006; Jones, 2001). Karışım yoluyla yeni bir kurumsal mantık oluşurken önceki kurumsal mantıkların etkisi görülür (Lounsbury ve Rao, 2004) ve Şekil-1’de görüldüğü üzere hibrid bir yapı ortaya çıkar (Haveman ve Rao, 2006). Bu yapı içerisinde kurumsal alandaki çelişkilere ve eksikliklere önceki kurumsal mantıkların izlerini belirli ölçüde taşıyan, ama onlardan çeşitli açılardan nispeten farklılaşan çözümler üretilir (Korczynski ve Ott, 2004). Üretilen çözümler, bir yerde önceki farklı kurumsal mantıkların etkileşimine dayanır (Glynn ve Lounsbury, 2005).

Bu araştırma kapsamında, Türk Sağlık sektöründe bir inceleme yapılarak karışım yoluyla yeni bir kurumsal mantığın nasıl oluşabileceği açıklanmaktadır. Bu çerçevede, sonraki bölümlerde, öncelikle, Türk Sağlık alanında tarihsel süreçte varlığını sürdüren kurumsal mantıklar anlatılmakta,

sonrasında yeni bir kurumsal mantığın öncekilerden farklı olarak hangi unsurlar etrafında ne şekilde ortaya çıktığı incelenmektedir.

Şekil 1. Karışım Yoluyla Kurumsal Mantıkların Oluşumu



Türk Sağlık Alanı

Türk sağlık sisteminde değişik evre ve dönemlerden geçilmiştir. Her dönemde gerek sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yönelik, gerekse de finansmanında değişiklik yapılmasına dair düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler arasında 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları hakkında kanun ile 2003 yılında sağlıkta dönüşüm için hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” Türk Sağlık Sistemindeki kilometre taşlarını oluşturmaktadır. Türk sağlık sistemi, özellikle 2003 yılından sonra, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde yapılan düzenlemelerle, daha önceki döneme göre radikal değişikliklere uğramıştır. Bu bağlamda, Türk Sağlık alanını 2003 öncesi ve 2003 sonrası şeklinde incelemek konuyu daha anlaşılır kılacaktır.

2003 Öncesi

2003 öncesinde Türk sağlık sisteminin gelişiminde belirli dönemler kırılma noktaları olarak göze çarpmaktadır. 1920-1923 dönemi, 1923-1946 dönemi, 1946-1960 dönemi, 1960-1980 dönemi, 1980-2002 dönemi ve 2003 sonrası dönem, Türk sağlık sisteminde tarihsel sürecin parçalarını oluşturmaktadır. İki partili dönemin başlangıcı olan 1946 yılına kadar, sağlık hizmetlerinde kamu tek egemen güç iken, 1946 yılından sonra, günümüz sağlık örgütlenmesine ulaşılmasına yönelik adımlar atılmaya başlanmıştır. 1960 ihtilalinin ardından, çıkarılan 1961 anayasasına paralel olarak hazırlanan sağlık politikaları sağlık alanında köklü değişimlere yol açmıştır. 1980 döneminden sonra Türk sağlık alanında artık, özel sektörün meşruluğu kabul görmüş ve 2002 dönemine ve günümüze kadar bu görüş, varlığını sürdürmüştür. 1920-1923 dönemi, kurtuluş savaşı esnasında, kurulan ilk sağlık bakanının atandığı, Dr. Adnan Adıvar dönemidir. Bu dönem savaş sonrası yapılanma dönemi olarak adlandırılmaktadır. 1923-1946 dönemi, devletin, kamu sağlığını korumak ve günümüz sağlık kaynaklarının oluşturulmasına yönelik, uygulamalarla geçtiği bir dönemdir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde örgütlenmesinin sağlanması için gerekli kararlar alınmıştır. Bu dönemde çıkarılan politikalar, Refik Saydam dönemi politikaları olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem politikalarında koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi denetim altında geliştirilmesi, tıp eğitimi almış

kişilerin sayılarının artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunun merkezi biçimde yürütülmesi ilke edinilirken, sağlık örgütlenmesi “dikey örgütlenme” biçiminde gerçekleştirilmiştir (Akdağ, 2011, s.20; Akdur, 1999b, s.50-51; Akdur, 1999c). Tek partili dönemin sonlanmasının ardından sağlıkta 1946 yılında yeni bir dönem başlamış ve 1960 yılına kadar sürmüştür. Dr. Behçet Uz dönemi olarak bilinen bu dönemde sağlık politikalarının oluşturulmasında merkezden yönetim başlamış ve kamu sağlık kurumlarının sayısı arttırılmıştır. Bu dönemde çıkartılan yasa ve güdülen politikaların amacı sağlık örgütlenmesini 7 bölgeye ayırarak sağlık hizmetlerini tüm yurda yayabilmektir (Akdur, 1999b). Sosyalleştirme dönemi olarak ifade edilen 1960-1980 yılları arasında hekimlerin çalışma şekilleri ve hastalara sağlık hizmetleri sunumunda sosyalleştirilmiş bölge kavramları belirlenmiştir. 1961 yılında çıkartılmış olunan 224 sayılı kanuna göre, sosyalleştirme, *sağlık hizmetlerinin vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde* faydalanmalarıdır. 224 sayılı kanunun 4. maddesinde de belirtildiği üzere, hekimlerin serbestçe çalışabilmeleri için hiç bir kamu dairesinde çalışmıyor olmaları gerekmektedir. 224 sayılı kanunun 5. maddesinde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hastaların ücretlerini şahsen ödemeleri halinde sağlık kuruluşunu, personelini ve eczanesinin seçebilme şansı tanınmıştır. 224 sayılı kanunda dikkat çeken bir diğer nokta ise, sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatının başlıca kuruluşları, sağlık evleri sağlık ocaklarından, sağlık merkezleri ve hastaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarıdır. 224 sayılı kanun ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanmada sevk zincirini getirmiştir. Günümüzdeki uygulamalarla eşdeğer olmasa da benzer olan uygulama bu dönemde de yürürlüktedir. Buna göre, sevk zincirini aşp, hastanelere başvuru yapanlardan ücret alınırken, sağlık ocaklarından sevk yapılmadığı takdirde ücret alınmamaktadır. 224 sayılı kanunun getirmiş olduğu bir başka düzenleme ise, sosyalleştirmenin olduğu bölgelerde, ilaç ve tedavi hizmetleri için hizmet kullanıcılarından hiçbir ücret alınmamasıdır. 1980 yılı sonrası, dünyada sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik tavsiye ve görüşlerin ve yurtdışındaki ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin artması, Türkiye Cumhuriyeti’nde de görülmeye başlanmıştır. Bu düşünce ve uygulamanın gerçekleşmesinin altında yatan temel sebep, sağlık hizmetlerinde artan kamu sağlık harcamalarıdır. Kamu sağlık harcamalarının artması, kamu sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik politika gelişimini gerekli kılmıştır. Buna göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda, özel sektör paylarının artırılması düşüncesi gelişmiştir. V. (DPT, 1984, s.152), beş yıllık kalkınma planında, dâhilinde sağlık kuruluşlarının işletmecisi mantıkla birlikte ele alınacağı ve kaynakların verimli bir biçimde kullanılacağından bahsedilmiştir. VI. (DPT, 1989, s.290), beş yıllık kalkınma planında, sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin bir biçimde kullanılması sağlanarak, sağlık hizmetinde rasyonalitenin çağdaşlaşmayla birlikte artırılması planlanmıştır. VII. (DPT, 1995, s.46) ve VIII. beş yıllık kalkınma planları (DPT, 2000, s.86), çerçevesinde, hastanelerin idari ve mali özerkliğe ve kendi gelir ve giderlerini karşılayacak bir yapıya kavuşturulamadığından şikâyet edilmiştir. 1994 yılında çıkartılan, 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları hakkında kanun ile sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payının artırılması amaçlanmıştır. 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları hakkında kanun ile kamu sağlık hizmetlerinde özelleştirilmesi düşünülmüştür. Buna göre, kanunun 1.maddesi şu şekilde düzenlenmiştir:

“...Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıklarının (baraj, gölet, otoyol, yetkili tedavi kurumları, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri) işletme haklarının verilmesi veya kiralanması...”

Bu ifadelerin ortak özelliği, kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda, kaynakların etkin ve verimli biçimde kullanılmadığı ve bunun artık kamu hastanelerinde başarılması gerektiğidir. Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşundan, 2003 yılına kadar yürürlüğe konulan farklı uygulamalar, Türk sağlık

alanında hizmetçi ve ticari kurumsal mantıkların aynı anda yer alması ile olmuştur (Akdur, 1999a, 9; Akdur, 1999b; Akdur, 1999c; Aksoy, 2007; Koç, 2012). Hizmetçi kurumsal mantıkta, sağlık toplumsal olgu kabul edilip, herkesin eşit biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmakta ve sağlık finansmanı genel bütçe ve kamu sigortasından karşılanmaktadır (Akdur, 1999a, S.8; Aksoy, 2007). Hizmetçi kurumsal mantıkta, hizmet sunumu kısmında sağlık örgütlenmesi kamunun kontrolünde yapılırken, sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşların sağlık harcamaları kamu sigortası veya genel bütçeden karşılanmıştır (Akdur, 1999b). 1923-1946 döneminde, Türk sağlık alanında, hizmetçi kurumsal mantığın tek kurumsal mantık olarak yer aldığı görülmektedir. 1946-1960 dönemi, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren, halk sağlığının korunması amacını taşıyan, ama bir yandan da özel sağlık kurumlarının tüm ülke geneline sağlık hizmetlerinin sunumunun ulaştırılabilmesi için teşvik edilmesinin amaçlandığı dönem olarak kabul görmektedir (Akdur, 1999b). Türk sağlık alanının kuruluşundan, 1960'lı döneme kadar, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda tamamen koruyucu sağlığa odaklı bir sağlık politikası güdülmüştür (Akdağ, 2011). 1960-1980 döneminde ise, 224 sayılı kanun ile güçlendirilen, hizmetçi kurumsal mantığın devam ettiği görülmektedir. 1980 yılından sonra, yeni anayasa ile birlikte sağlık politikalarında liberalleşmenin başladığı görülmüştür ve 1980-1995 döneminde ticari mantığın temelleri atılmıştır. Ticari kurumsal mantıkta, sağlık bireysel olgu kabul edilip, sağlık hizmetlerine erişimi piyasa kuralları ve fırsatlar belirlerken, finansmanı ise, özel sigorta ve cepten ödeme biçiminde olmaktadır (Akdur, 1999a., 8; Aksoy, 2007). 1994 yılından sonra sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda, ticari kurumsal mantık, hizmetçi kurumsal mantığa karşı güç kazanmaya başlamıştır ama hizmetçi kurumsal mantık her zaman hâkim kurumsal mantık olarak kalmıştır (Akdur, 1999b).

Bu dönemler içerisinde, sağlık örgütlenmesi ve finansmanından ayrı olarak sağlık insan gücü, hekimlerin kamuda çalışmalarının teşvikine göre değişmiştir. 1928-1980 döneminde tam gün yasalarıyla hekimlerin serbestçe çalışabilmeleri çeşitli dönemde yasaklanmış çeşitli dönemlerde ise serbest bırakılmıştır. 1980 yılında çıkartılan ve hekimlere serbestçe çalışabilme hakkı tanıyan 2368 Sayılı *Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunun 6.maddesi aracılığıyla*, 1978 yılında çıkartılan ve hekimlerin serbestçe çalışmalarını yasaklayan, 2162 sayılı *Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 224 sayılı kanunun 3.maddesi yürürlükten kaldırılmıştır. 1980 sonrası, hekimlerin serbest çalışabilmeleri, 2010 yılına kadar devam etmiştir. Fakat 2010 yılında çıkartılan, 5947 sayılı kanunun 7. maddesi ile üniversite öğretim üyeleri dışında, hekimlerin kamu hastanelerinde çalıştıkları takdirde, özel sağlık kuruluşlarında çalışmaları yasaklanmıştır. 5947 sayılı kanunun 3. maddesinde de, üniversite öğretim elemanlarının, kendi kurumlarından başka yerlerde ücretli olarak iş göremeyecekleri belirtilmiştir. Türk sağlık alanının kuruluşundan, 2003 yılından sonra yapılan düzenlemelerin ağırlıklı olduğu ve günümüze kadar yapılan başlıca düzenlemeler, Tablo 1'de belirtilmiştir. Bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık örgütlenmesini, hekimleri çalışma serbestiyetlerini, kamu sağlık kuruluşlarının yönetimini, sağlık harcamalarının finansmanı konularını içermektedir.*

Şekil.2'de görüldüğü üzere, Sağlık hizmetlerinin yönetiminden tek sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında yürürlüğe konulan 663 sayılı KHK öncesinde, illerdeki sağlık hizmetlerinin sunumunun bir kısmını, il sağlık müdürlüğü aracılığıyla gerçekleştirmekteydi. Bunun yanında, hekimlerin, özel sağlık kurumlarında çalışabilmeleri veya muayenehane açabilmeleri yukarıda belirtildiği gibi serbestti.

Özetle ifade edilecek olursa, 2003 yılına kadar Türk sağlık alanında, hizmetçi kurumsal mantık baskın kurumsal mantık olarak ön plana çıkmıştır. Hizmetçi kurumsal mantığın yanında, 1980'li yıllardan itibaren izlenmeye başlanan neo-liberal politikalar ile piyasacı mantık da gelişmiştir. Piyasacı mantığının gelişimi ile örneğin, hem özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı hem de özel hastanelerin toplam hastanelere göre oranı artış eğilimi sergilemiştir. Sağlık harcamalarındaki artış eğilimi Tablo 2'de görülmektedir. Diğer yandan, özel hastaneler de artış yönünde bir trend izleyerek toplam hastaneler içinde 1980 yılında yüzde 10,8 bir orana sahipken,

özelleştirmenin yasalaştığı yıl olan 1994'te yüzde 15,6'lık, 2003 yılında % 24,2'lik ve 2010 yılında yüzde 35'lik bir orana ulaşmıştır.

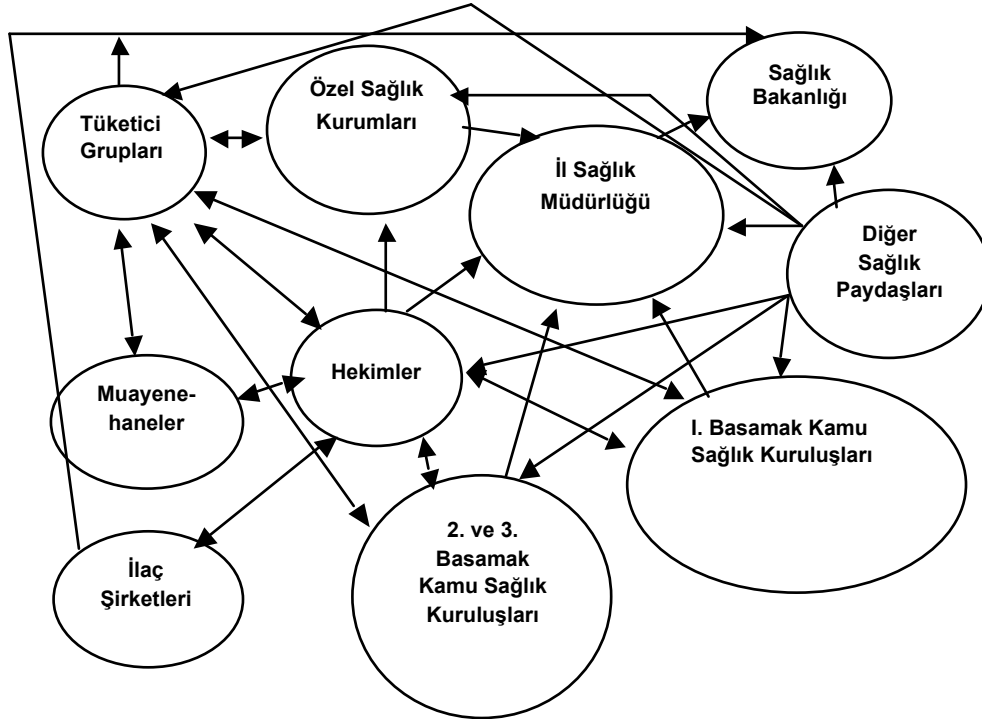
Tablo 1. Türk Sağlık Alanında Yapılan Başlıca Düzenlemeler

04.04.1928 Tarihi*	1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair kanunun 12.maddesi ile hekimler mesleklerini serbestçe icra edebilme hakkına sahip olmuşlardır (Kaynakça: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-460/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html Erişim Tarihi: 17.08.2012)
05.01.1961 Tarihi*	224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 3.maddesinde belirtilen hüküm ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölge veya kurumlarda çalışan hekimlerin mesleklerini serbest olarak gerçekleştirebilmeleri yasaklanmıştır. (Kaynakça: http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf ; Erişim Tarihi:28.06.2012). Bu yasa günümüzdeki mevcut yasaya benzemektedir. Çünkü kamu da çalışmayan hekimlerin serbest meslek yapabilmeleri veya muayenehane açabilmeleri serbesttir.
29.06.1978 Tarihi*	2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanununda 7.maddesi ile belirtilen hüküm ile hekimlerin çalışmış oldukları kurumdan başka, herhangi bir kurumda veya serbest olarak mesleklerini icra etmeleri yasaklanmıştır (Kaynakça: http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16341.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16341.pdf ; Erişim tarihi:15.08.2012).
31.12.1980 Tarihi*	2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunun 6.maddesi aracılığıyla, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 224 sayılı kanunun 3.maddesi yürürlükten kaldırılmıştır. Böylece hekimlerin muayenehane açma ve özel hastanelerde çalışma serbestisi gelmişti (Kaynakça: http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17207_1.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17207_1.pdf ; Erişim Tarihi: 15.08.2012)
2003 Yılı 12.05.2006 Tarihi*	Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasına karar verilmesi Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik ile Sağlık personelinin performansla dayalı ek ödeme almasının sağlanması.
21.01. 2010 Tarihi*	5947 sayılı kanunun 7. maddesinde, üniversite öğretim üyeleri dışında, hekimlerin kamu hastanelerinde çalıştıkları takdirde, özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarının yasaklanması. 5947 sayılı kanunun 3. Maddesinde, üniversite öğretim elemanlarının, kendi kurumlarından başka yerlerde ücretli olarak iş göremeyecekleri belirtilmiştir.
25.03.2010 Tarihi	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulamaları Tebliği ile hizmet kullanıcılarının, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve ilaç harcamalarında hizmet kullanıcılarının ödeyecekleri katkı paylarının belirlenmiştir.
05.11.2010 Tarihi	Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge ile kamu hastane yöneticilerinin performanslarının bir standarda bağlanması ve hastane yönetiminde finansal yönetim modelinin geliştirilmesi
24 Temmuz 2011 Tarihi	Danıştay 5. Dairesi 24 Temmuz 2011 tarihinde, 5947 sayılı kanunun bazı hükümlerini iptal etmiştir. Bu iptale göre, hekimler özel muayenehane açabilirlerken, aynı zamanda kamu hastanelerinde çalışabileceklerdir. Fakat hem kamu hastanelerinde hem de özel hastanelerde çalışamayacaklardır. (Kaynakça: http://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=874:tamguen-yasasi-5947-le-lgl-danitay-5-dare-esas-karari&catid=24:belgeler&Itemid=41 ; Erişim Tarihi:15.08.2012)
08.08.2011 Tarihi*	650 Sayılı KHK'nın madde 38 ile kamuda çalışan uzman hekimlerin, madde 39 ile TSK'da çalışan uzman hekimlerin ve madde 40 ile üniversitede çalışan öğretim üyelerinin muayenehane açmalarının tekrardan yasaklanması (Kaynakça: http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/08/20110826.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/08/20110826.htm ; Erişim Tarihi: 14.08.2012).
11.10.2011 Tarihi*	663 sayılı KHK ile kamu hastane yöneticiliğinin ve genel sekreterlik uygulamasının getirilmesi (Kaynakça: http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm ; Erişim Tarihi: 08.03.2012).
18.07.2012 Tarihi*	650 Sayılı KHK'nın Danıştay tarafından iptal edilmesi ve böylece kamuda çalışan uzman hekimlerin, TSK ve üniversite öğretim üyelerinin muayenehane açmaları yasağının ortadan kalkması. (Kaynakça: http://www.turkiyegazetesi.com/haberdetay.aspx?NewsID=17738 ; Erişim Tarihi:14.08.2012)

Kaynakça: Bu tablo ilgili kanun, yönetmelik, tebliğ, genelgelerin ve raporların incelenmesi ve internet taraması sonucunda hazırlanmıştır.

* İlgili kanun, kanun hükmünde kararnamenin kabul tarihini belirtmektedir.

Şekil 2. 2003 Yılından Önce Türk Sağlık Alanı



Tablo 2. Türkiye Cumhuriyeti, 1995-2009 Dönemi Özel, Hane halkı ve Kamu Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranları

Yıllar	Özel Sağlık Harcama/ Toplam Sağlık Harcaması (%)	Hane halkı Sağlık Harcama/ Toplam Sağlık Harcaması (%)	Kamu Sağlık Harcama/ Toplam Sağlık Harcaması (%)
1995	29	29	70
1996	30	30	69
1997	28	28	71
1998	28	27	71
1999	38	29	61
2000	37	27	62
2001	31	22	68
2002	29	19	70
2003	28	18	71
2004	28	19	71
2005	32	22	67
2006	31	21	68
2007	32	21	67
2008	26	17	73
2009	24	16	75

Kaynakça: Bu tablo OECD'den elde edilen verilere göre oluşturulmuştur.

2003 Sonrası

2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, önceki dönemlerden farklı uygulamalar dikkat çekmeye başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile insan merkezlilik,

sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, adem-i merkeziyetçi yönetim ve hizmette rekabet ilkeleri kamu sağlık hizmetinin sunumunda ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu ilkeler doğrultusunda, aile hekimliği uygulaması yürürlüğe konmuş, ilaç harcamalarında düşüş sağlanmış, hasta haklarının savunulabilmesinde 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İhbar Merkezi) kurulmuştur. Bu düzenlemeler, ağırlıklı olarak kamu sağlık hizmeti sunum kalitesinin ve beraberinde hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik olmuştur. Düzenlemeler özel sağlık kuruluşlarının yaygınlaşmasının önünü daha fazla açmak suretiyle kamu hastaneleri ile özel sağlık kuruluşlarını bir nevi rekabet eder hale getirerek arzulan amaçları gerçekleştirmeye çalıştığından genel olarak piyasacı-ticari mantığın yansımaları olarak ifade edilmiştir (Aksoy, 2007; Koç, 2012). Dolayısıyla, 2003 sonrası dönemde bir tarafta kamucu hizmet mantığı özellikle kamu hastanelerinde varlığını baskın bir şekilde sürdürürken, diğer tarafta hizmet kalitesi odaklı ticari mantık özellikle özel hastaneler arasında kendine daha fazla yer bulmaya başlamıştır.

Türk Sağlık alanında 2006 yılından itibaren ortaya çıkan düzenlemeler kamucu hizmet mantığı ve ticari mantığın izlerini sürdürürken, sanki yeni bir kurumsal mantığın işaretlerini de taşımaktadır. Bu yüzden, 2006 yılı sonrası ortaya çıkan düzenlemeleri ayrı bir başlık altında toplamak gelişimin daha iyi anlaşılması açısından faydalı olacaktır.

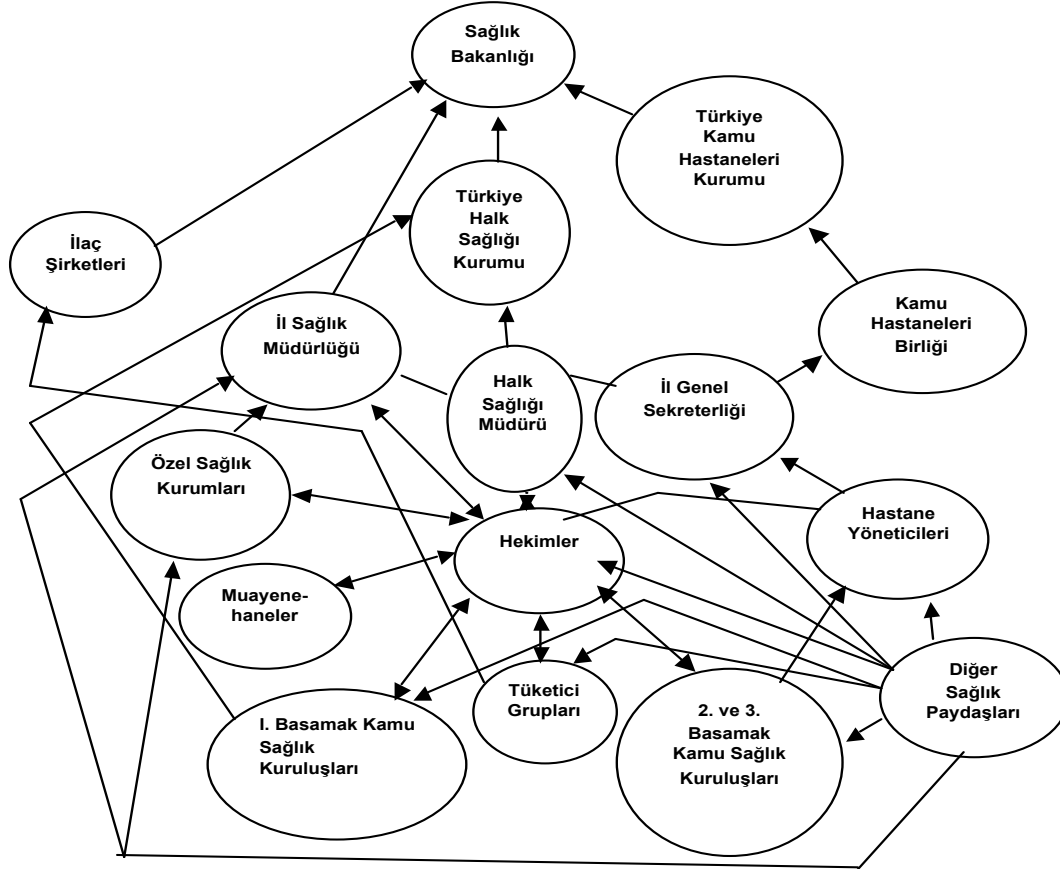
Türk Sağlık Alanında Yeni Bir Kurumsal Mantığa Doğru

Türk Sağlık alanında 2006 yılı sonrası yapılan değişikliklerle, performans yönetmeliği, tam gün yasası, 663 sayılı KHK, verimlilik değerlendirmesi hakkında yönerge ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik ile sağlık personelinin performansına dayalı ek ödeme almasının sağlanması amaçlanmıştır. Bu yönergenin, 8. maddesinin 5. fıkrasında, uzman hekimlerin performanslarının hesaplanmasında, aktif çalışılan gün sayısı bir ölçüt olarak dikkate alınmaktadır. Performans yönetmeliğinin yanı sıra, uzman hekimlerin kamu hastanelerinde çalışma oranlarını artırmaya yönelik çıkarılan bir diğer düzenleme de, tam gün yasasıdır. Tam gün yasası ile kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında çalışmaları yasaklanmıştır. Tam gün yasası ve performans yönetmeliğiyle beraber, uzman hekimlerin kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışma oranı, 1995 yılında yüzde 7 iken, 2010 yılında 13,2 kat artarak yüzde 93'e ulaşmıştır (Akdağ, 2011, 250).

2006 yılından sonra, yapılan düzenlemeler arasında, en kapsamlı değişikliğe, 663 sayılı KHK yol açmıştır. 663 sayılı KHK ile Türk sağlık alanında yeni kurumlar kurulmuş ve var olan kurumlar arasındaki ilişkiler ve bağlantılar değişikliğe uğramıştır. 2006 yılından sonra, Türk sağlık alanının kurumlarla örgütlenmesi ve bu kurumlar arasındaki ilişki Şekil.3'te gösterilmiştir

663 Sayılı KHK ile sağlık hizmetlerinin iller düzeyinde daha etkili yönetilebilmesi için Kamu Hastane Birlikleri ve İl Genel Sekreterlikleri kurulmuştur. İller düzeyindeki Kamu Hastane Birlikleri, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmuş olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlanmıştır. İl Genel Sekreterlikleri il düzeyinde sağlık kaynaklarının kullanımından ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu iken, Kamu Hastane Birlikleri, kamu hastanelerinin yönetimine yönelik, performans hedefi belirlemekte, bu hedefleri denetlemekte ve merkeze geri bildirimde bulunmaktadır. Bu iki kurum, daha önceden il sağlık müdürlerinin yerine getirmiş olduğu, sağlık insan kaynaklarının ve sağlık malzeme ve teçhizatlarının kullanımının planlanmasından ve kamu hastanelerinin performansından sorumlu olmuşlardır. 663 sayılı KHK ile getirilen başka bir yenilik ise, kamu hastanelerinin yönetimi ile ilgilidir. Buna göre, hastane yönetimi, başhekim, idari ve mali işler müdürü ile sağlık bakım hizmetleri müdüründen oluşacaktır. Hastane yöneticiliği uygulamasının getirilmesiyle birlikte, sağlık bakanlığı ve SSK hastanelerinde var olan, merkeziyetçi yapının ortadan kaldırılması ve sağlık personeli ve bakım hizmetlerinin **etkili** ve **verimli** biçimde kullanılması hedeflenmiştir (Akdağ, 2011, 59). 2006 sonrası dönemde, çıkarılan bir diğer düzenleme ise, *Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge*dir. Bu yönergenin uygulamada başarısız olması sonucunda

Şekil. 3 2006 Sonrası Türk Sağlık Alanı



yerine getirilen, *Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönergesiyle*, kamu hastanelerinin özel hastaneler gibi etkili ve verimli yönetilmesi amaçlanmıştır. 2006 sonrası dönemde çıkarılan dikkat çekici son düzenleme ise, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunudur. Bu kanun ile herkesin sağlık sigortasının olması hedeflenmiştir.

Özetle, tüm bu düzenlemeler ve rakamlar, 2006 yılından sonra sağlık alanındaki işleyiş ve uygulamaların, daha önceden var olan hizmetçi ve ticari kurumsal mantıklardan (Koç, 2012), ayrı olarak yeni bir kurumsal mantığın oluştuğuna yönelik işaretler taşımaktadır. Buradan hareketle, 2006 yılı sonrasında ortaya çıkan düzenlemelerin dayandığı kurumsal mantığı anlamak için hem doküman incelemesine başvurulmuş, hem de düzenlemelerin hazırlanmasında rol alan ve düzenlemeleri savunan ve bunlara muhalif aktörlerle ayrı ayrı görüşmeler yapılmıştır. İzleyen bölümde bu bağlamda yapılan araştırma hakkında bilgiler sunulmakta ve araştırma sonuçları raporlanmaktadır.

Araştırma Yöntemi ve Veri Kaynakları

Türk sağlık alanında yeni bir kurumsal mantığın izlerini sürmek amacıyla bir tarafta hem 2006 sonrasında gerçekleştirilen düzenleme ve uygulamaların hazırlanmasında rol almış ve bu uygulamaları savunan aktörlerle hem de bu uygulamalara muhalif aktörlerle görüşülmüş, diğer tarafta doküman incelemesi yapılmıştır. Görüşülen aktörler arasında Adana İl sağlık Müdürü, Adana İl Genel Sekreteri ve Gaziantep İl Genel Sekreteri yer almaktadır. Muhalif aktörler olarak Türk Tabipler Birliği Merkez Konsey üyesi (2012-2014) ve Adana Tabip Odası Başkanı (2010-2012) ile görüşme yapılmıştır. Her görüşme ortalama 40 dakika sürmüştür. Doküman incelemesinde özellikle egemen aktör olarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan değerlendirme raporları, muhalif aktör olarak ön plana çıkmış olan Türk

Tabipler Birliği tarafından çıkarılan yayınlar ve Dünya Tabipler Birliği dergisi olan “World Medical Journal” incelenmiştir.

Kilit aktörlerle yapılan görüşmede önceden hazırlanmış olunan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu görüşme formu, ilgili kanun ve yönetmelik, tebliğ ve kanun hükmünde kararnamelerinin çıkarılmasında temel kaygının ne olduğu ve alanda uygulamasının nasıl olduğuna yönelik, çeşitli sorular içermektedir. Muhalif aktörlerle yapılan görüşmede ise, muhalif aktörlere bu düzenlemelere neden karşı çıkıldığına yönelik sorular yönetilmiştir.

Bulgular

Görüşmeciler ve doküman incelemeleri sonucunda, çoklu kurumsal mantıkların yer aldığı Türk sağlık alanında (Aksoy, 2007; Koç, 2012), 2006 sonrası çıkarılan düzenlemeler ile yeni bir kurumsal mantık ortaya çıkmaya başlamıştır. Daha önce ifade edildiği üzere, 2006 yılına kadar kamu hastanelerinde bürokratik hizmetçi mantık baskın ve yaygın iken özel hastanelerde ticari mantık daha belirleyici idi. 2006 yılı sonrası yapılan düzenlemeler ile özellikle kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda ticari ve bürokratik hizmetçi kurumsal mantıklardan farklı olarak *işletme benzeri* kurumsal mantık oluşma yoluna girmiştir.

2006 sonrası çıkarılan tam gün yasası ve 12.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 25.08.2007 tarihinde değişikliğe uğrayan *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte, kamuda uzman hekimlerin çalışmalarını teşvik eden düzenlemelerdir.* 05.11.2010 tarihinde kabul edilen *Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge* ve daha sonraları uygulamada meydana gelen eksikliklerden ötürü güncellenerek yerine getirilen *Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönergesi* de kamu sağlık kuruluşunda görevli personelin performansına göre değerlendirilmesini yapılımasını sağlamıştır. Bu düzenlemeler, sağlıkta insan kaynaklarının yönetiminde etkililik ve verimliliğin sağlanmasını amaçlamaktadır. Tam gün yasasıyla beraber net performansa dayalı ödeme yapılmasını teşvik eden yönetmelik ile kamu sağlık kaynaklarını etkin ve verimli biçimde kullanılmasını sağlayarak hasta memnuniyetinin artırılması sağlanmıştır. Bu görüşü destekleyecek biçimde, görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden birisi konuyla ilgili şunları ifade etmiştir:

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

Görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden bir diğeri ise, performans yönetmeliği ve tam gün yasasının insan kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması ve hasta memnuniyetinin artırılması ile ilgili şu cümleleri kullanmıştır:

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

Görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden birisi performans yönetmeliği ile insan kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmasının sağlanmasıyla ilgili olarak şunları ifade etmiştir:

“...Performansın ana çıkış noktası, performans yönetmeliği öncesinde etkili olmayan, insan kaynaklarının kullanımıdır... Yönetmelik öncesi çalışan vicdanı ile çalışıyordu. Az çalışan da çok çalışan da aynı maaşı oluyordu. Ve kaytarma mevcuttu. Performans ile çalışmaya yönelik bir teşvik oldu. Bu yönetmelikle birlikte, çalışanlar daha fazla çalışmaya teşvik edilmiştir. Yönetmelik sonrası, daha fazla çalışanın emeğinin karşılığını alması hedeflenmiştir...”

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

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

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

“...663 sayılı KHK ile Metropol iller oluşturulmakta ve yatırımlar da o interlanta göre ayarlanmaktadır. İnsan kaynağını da bu interlanta göre ayarlıyoruz. Kamu hastane birliklerinin kurulmasıyla aslında tek bir başhekim ve tek bir yapı bulunmaktadır. Tüm personel, çanak içerisinde bulunmaktadır. Yapının şubesi gibi ihtiyaç olan yerlerde, üst yapı tarafından doktor istenilen yere sevk edilmektedir. Çünkü insan kaynağımız eksik. Buna göre, mevcut insan kaynağını doğru kullanmak istiyoruz. Hemşire ve doktorların on bin kişiye düşen sayısı, Avrupa ortalamasının altında. Doktor ihtiyacımız var. Bunun merkezden koordinasyonu ile bu sorun çözülecektir. Doktorlar bir havuzun içinde... Doktorlar tek bir başhekime bağlı yani genel sekreterliğe bağlı... Hakkaniyete göre, hizmet puanına göre, sıraya göre, duruma göre müsait olan arkadaşlar sıralı ilan edilecektir. Herkes de artık ihtiyaç olduğunda nereye nasıl gideceğini bilir. Kimse de artık ben niye demez. Yer değişimi yok. Malzeme ihtiyaç olan yerde kullanılarak insan kaynağının etkili ve verimli kullanılması sağlanacaktır. Doğrusu da bu! Gitmek istemeyen doktor ihtiyaç olan yerlere gitmek zorunda kalıyor...”

Performans yönetmeliği, tam gün yasası ve 663 sayılı KHK’nın kamuda insan kaynaklarına etkisi, etkililik ve verimliliği artırmaya yönelik iken aynı zamanda da, hasta memnuniyetini de artırmayı amaçlamaktadır.

2006 sonrası yapılan düzenlemeler, sağlık alanının örgütlenmesine yönelik değişiklikler de getirmiştir. Bu alanda en kapsamlı etkiyi yapan düzenleme 11.10.2011 tarihinde kabul edilen 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamedir. Bu kararnamenin amacı, 1. maddesinde de belirtildiği üzere:“...Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.” Buna göre, 663 sayılı KHK ile mevcut kurumların yetki, görev ve sorumlulukları değişirken, Şekil.3’de de görüldüğü üzere, yeni kurumlar ortaya çıkmıştır. 663 sayılı KHK’nın 29. maddesi ile sağlık bakanlığına bağlı Türkiye

Kamu Hastaneleri Kurumu, 30. maddesi ile Kamu Hastaneleri Birlikleri, 31. maddesi ile il genel sekreterlikleri ve hastane yöneticilikleri kurulmuştur. 663 sayılı KHK ile kurulan bu kurullar ve hastane yöneticilikleri, kamu sağlık örgütlenmesinde, radikal değişikliklere yol açmıştır. Genel sekreterler, oluşturulan bölgelerde kurulan kamu hastane birliklerinin başkanlarıdır. Hastane yöneticileri ise, kamu hastane birliklerinin altında bulunan, her bir kamu hastanesinin yönetiminde yer alan, tıbbi, idari ve mali işler, sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinden oluşmaktadır. Hastane yöneticilerinin performanslarının, *Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönergesine*, göre değerlendirilmesi öngörülmüştür. Bu yönerge, kamu hastane birlikleri başkanlarının performanslarının değerlendirilmesini de öngörmektedir. Yönergeyle, il genel sekreterlikleri ve kamu hastane birliklerinde görevli idari ve mali, tıbbi hizmetler ve sağlık bakım hizmetleri müdürleri, kendi alanlarının etki oranı %70 olan karne puanlarıyla değerlendirileceği öngörülmektedir. Yönerge, hastane yöneticilerinin de performanslarının değerlendirileceğini içermektedir. Bu yönergeye göre, belirli dönemde hastane yöneticileri ve il genel sekreterleri puanlarına göre denetlenecek ve istenilen hedefe ulaşamayan yönetici görevinden alınacaktır. Uygulayıcı aktör olan görüşmecinin, yönergenin işleyişiyle ilgili düşünceleri şunlardır:

“...6 aylık dönemlerle yılda iki defa kontrol edilecek olan personele ilk başta asgari ulaşması istenen hedefi ne kadar ölçüde yakaladığı tespit edilecektir. Bu kırmızıçizgiye ulaşamayan yönetici görevinden alınacaktır...”

İdari ve mali, sağlık bakım hizmetleri ve tıbbi karne puanlarıyla hastane yöneticilerinin değerlendirilmesiyle, kamu hastanelerinin etkinlik ve verimlilik açısından kontrolünü sağlamayı amaçlamaktır. Görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden birisi, bu konuya ilişkin şu ifadeleri kullanmıştır:

“...Yöneticinin göreve başladığı mevcut durum (fotoğrafi çekilecek) mali, kalite, hasta memnuniyeti parametreleri dâhil birçok parametreyi içeren parametreler mevcut performansı ortaya konulmaktadır. Daha sonra bu parametrelerde ulaşılması istenen asgari hedefler belirlenmektedir. Altı ay sonra denetleme yapılacaktır. Bu denetlemeler yöneticinin maksimum ölçeğe ne kadar yaklaştığı açısından önemlidir. Çan eğrisi oluşturulacaktır. Türkiye ortalamasının altında kalanlarla çalışılmayacaktır. Eskiden atama olurdu ve adamı olan orada kalırdı. Ama artık şimdi öyle değil. Şimdi yönetici sözleşmeli yapılmıştır...”

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

“...Kamu hastane birlikleri için bir A,B,C,D ve E gibi bir sınıflamaya gidildi. Mesela, sizi bir kamu hastanesinin yöneticisi olarak atadılar. Eğer, siz bu kamu hastanesini bir üst kademeye (C'den D'ye) yükseltmezseniz, o teknoloji ve gelir seviyesi itibarıyla sizi görevden alacaklar. Sizin hastanenin gelir seviyesini artırmanız gerekiyor. Yani, bu kamu hastanesinin hizmetinin kalitesinden ziyade, hastanenin teknolojik veya gelir seviyesi olarak üst sınıfa atlaması esas alınmaktadır. Böyle olunca gelirlerin artırılması gerektiği için bu durum çalışmalara da yansıyor hastanelerde ne gelir getirir, bunlar yapılacak. En fazla gelir nasıl getirilir. Bunun içinde bir şey düşünülmüş ve doktorların üstüne bir işletmeci ve ekonomist getirilmiştir ve bu yöneticiler doğrudan genel sekretere bağlanmıştır. İdari ve Mali işlerden sorumlu hastane yöneticisi olabilmek için 6 yıllık tıp eğitim şartı yok. Doktor olmasın! 4 yıl eğitim yeterli. Genel sekreter (CEO)

olabilmek için; 8 yıllık hastane müdürü, idari ve mali hizmetler müdürü olabilmek içinse herhangi bir işletmede (kamu da veya özelde) 4 yıl görev almak yeterli... CEO'ya kurtarmazsa, kamu hastanelerine satma yetkisi veriliyor..."

663 sayılı KHK ile kurulan, kamu hastane birlikleri ile o bölgede sağlıkla ilgili tek sorumlu kişi olacak olan genel sekreterlik uygulaması, mali yönden kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını öngörmektedir. Uygulayıcı aktör olan görüşmeci, sağlıkta bölgelendirmelerin olması ve bu bölgedeki kamu hastanelerinden tek bir kişinin sorumlu olmasıyla ilgili olarak şu sözleri dile getirmiştir:

"...Birincisi, tüm hastanelerin tek havuzda toplanması mali bir avantaj sağlayacaktır. Neden? Eğer, bir hastane enjektör ihtiyacı olursa, ihaleye çıkarsa, bunu 5'e alıyorsa, kamu hastane birliği bunu tüm hastaneler adına alırsa, bunu 1'e satın alır. Elinde güç vardır. Yani alım gücü vardır. İkinci olarak, talep etmenin doğruluğunu tek başına öğrenmiş olacak.. Çünkü etkin ellerde değilse talep yanlış yapılabilir... Doğru ihtiyaç, doğru malzeme uygun maliyette alımı ve doğru yerde kullanımını tek elden yönetiyorsunuz... İl tamamı için bu çok önemlidir. Bu yöntem doğru kullanılırsa giderlerimizi yüzde 30 azaltacaktır. 5 trilyonluk bir tutarı göz önünde bulundurursanız bu rakam çok büyük bir meblağdır. Bu çok önemli mevzu çünkü para yoksa yönetemezsiniz..."

Muhafif aktörler, kamu hastane birlikleri uygulaması kanunlaşmadan önce, bu uygulamanın yasalaşması halinde kamu hastanelerinin özel bir işletme gibi kar-zarar durumuna göre işletileceğini savunmaktadırlar. Türk Tabipler Birliğinin yayınlamış olduğu Tıp Dünyası dergisinde (Ekim, 2007, 4) yer alan bir haberde şu ifadelerle yer verilmektedir:

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

663 sayılı KHK'ya karşı çıkan muhafif aktörler, bu yasa ile kamu hastanelerinin özel bir işletme gibi, ticari mantıkla idare edileceğini ve amacının kamuya hizmet sunmak değil, gelir elde etmek olacağını düşünmektedirler. Bu görüşlere paralel olarak muhafif görüşmecilerden birisi şu eleştirilerde bulunmuştur:

"...663 sayılı KHK, "kamu hastaneler kurumu kurulur ve kamu hastaneler kurumu illerde kamu hastane birlikleri kurarak işletir" diyor. Bakın. İşletme! İşletme mantığı! Ama bu işletmenin kamu işletmesi mi yoksa farklı bir şey mi onu önümüzdeki süreçte göreceğiz!..."

Sağlık bakanı Akdağ, Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasının amacını ise, şöyle açıklamaktadır (2011, s.215):

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

Türkiye sağlık alanının örgütlenmesinde bölgeler oluşturulması, o bölgeler içerisinde mevcut durumun daha açık görülmesini ve idari, mali ve tıbbi bakımından yönetimde etkililik ve verimliliği arttırmayı amaçlamaktadır. Bu görüşe paralel olarak, görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden birisinin düşünceleri şunlardır:

“...İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine odaklanılarak, kişilerin ilgileneceği iş daha net olacaktır. Kamu hastane birliklerinin kurulması ve genel sekreterlik uygulamasıyla birlikte, verilecek yatırım kararları, personel atamaları, sekreterlik bünyesinde yapılacaktır. Kişi hastanelerin il bazında, bütün hastanelerin idari yönden, mali yönden, tıbbi yönden mevcut durumunu daha net görecektir. Böylece, il bazında daha tıbbi, idari ve mali yönden daha yüksek performans rakamlarına ulaşılmasına yönelik planlama yapılması sağlanmıştır...”

Yeni uygulamaları savunan görüşmecilerin belirtmiş oldukları ortak nokta, sağlık hizmetlerinin bölgelere ayrılmasıyla birlikte mali avantajın yakalanacağı ile ilgilidir. 663 sayılı KHK sağlık alanında adem-i merkezîyetçi örgütlemeyi getirmiştir. Konuyla ilgili uygulayıcı aktör olan görüşmecinin dile getirdiği cümleler şunlardır:

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

Buna göre, sağlık bakanlığı il bazında sağlık uygulamalarında yetkilerini kamu hastane birliklerine devrederken, merkezde sadece politika yapıcı olarak görevlerini getirecektir. Sağlıkta dönüşüm programının ilkelerinden bir diğeri olan sürekli kalite gelişimi ilkesinin uygun maliyetle yerine getirilmesi de, 663 sayılı KHK’nın bir diğer amacıdır. Görüşme yapılan uygulayıcı aktörlerden birisi aşağıdaki ifadeleriyle bu görüşü desteklemiştir:

“...Bu maliyetle en kaliteli hizmetin sunulması noktasında bir sıkıntı vardı. Çünkü biz işletmeci değiliz. Kalite bir süreçtir... Mali kontrole göre kalitede daha fazla yol kat ettik. Çünkü, en kaliteli hizmeti en pahalıya vermek önemli değil... En kaliteli hizmeti uygun maliyete vermek önemli. Çünkü bizim bütçemizde olan para ortada. Kaliteyi belli ölçüde yakaladık... Kalite sürecinde maliyete fazla odaklanamadık... Kaliteyi zaten artırdık... Bundan sonra da maliyete biraz odaklanalım...”

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yüksek kalitenin yakalanmasının yanında maliyetlerin aşağıya çekilmesi temel gayelerden birisi olmuştur. Ancak, muhalif aktörler, bu duruma eleştirel yaklaşarak bu durumun tıp ile bakım arasında kopukluğa yol açacağını ileri sürmektedirler. Muhalif aktör olarak, Dünya Tabipler Birliği başkanı Dr. Kloiber 663 sayılı KHK hakkında (2012, 1) şu ifadeleri kullanmaktadır:

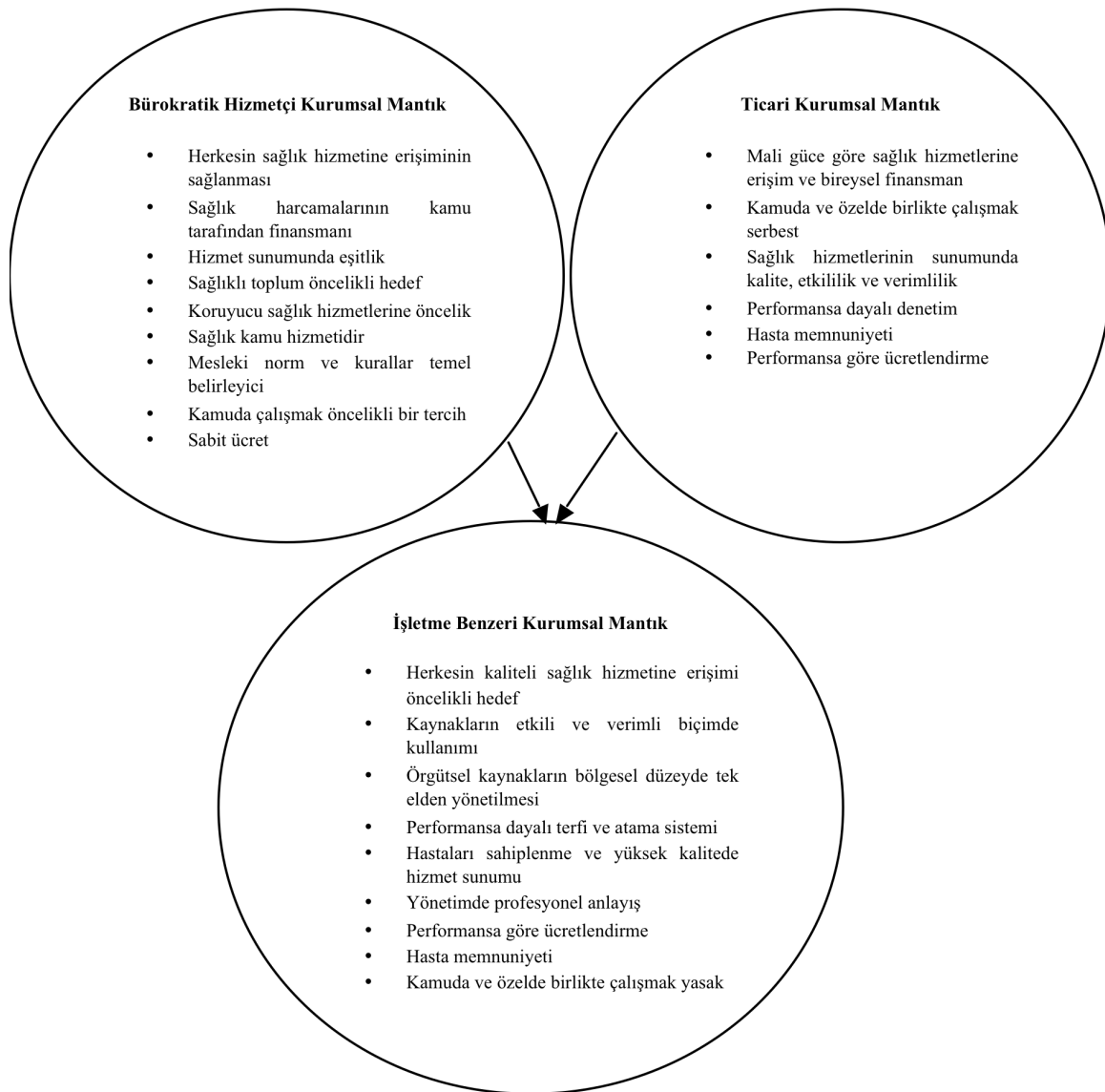
“...Bürokratik yapının ortaya çıkması maliyet etkinliğiyle ilgili iken, tıp ile bakım arasındaki bağlantıyı koparmaktadır. Tüm bu zorluklar ve korkular yanında en önemli korku ise, saygın bir mesleğin teknik hizmete dönüştürülmesidir...”

Türk Tabipler Birliği Başkanı Bilaloğlu (2012, 29) da eleştirilerini şu şekilde yapmaktadır:

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

Görüşmelerde ve dokümanlarda ortaya çıkan görüşlere genel olarak bakılacak olursa, kamu hastanelerinde bürokratik hizmetçi mantığı ile ticari mantığın karışımı şeklinde işletme benzeri kurumsal mantığa doğru bir dönüşüm olduğu görülmektedir. Yeni kurumsal mantığın ortaya çıkışı Thornton vd. (2012) tarafından tanımlanan karışım yoluyla kurumsal mantık oluşumunu desteklemektedir. Türk Sağlık alanında ortaya çıkmaya başlayan yeni kurumsal mantıkta, bir tarafta sağlık hizmetlerinin kamu aracılığıyla sunumu korunurken, diğer tarafta, ticari kurumsal mantıktaki gibi, hizmette hasta memnuniyetinin sağlanmasına, performans yönetimine ve kaynakların etkili ve verimli kullanılmasına odaklanılmaktadır. Türk sağlık alanında bürokratik hizmetçi, ticari ve işletme benzeri kurumsal mantıkların özellikleri Şekil 4'te görülmektedir. İşletme benzeri kurumsal mantığın dayanmış olduğu temel noktalar, sağlık alanında insan kaynaklarının kamuda istihdamı ve tek elden yönetimi, örgütlenmede adem-i merkezîyetçilik ve kaynakların etkili ve verimli kullanılmasıdır.

Şekil 4. İşletme Benzeri Kurumsal Mantığın Oluşumu



Türk sağlık alanında hizmetçi kurumsal mantık varlığını sürdürürken, ticari kurumsal mantık bir yandan frenlenmeye çalışılmakta, diğer yandan da devamını sağlamaya yönelik adımlar atılmaktadır. Uygulamadan bir görüşmecinin aşağıdaki söylemi bu durumu iyi yansıtmaktadır:

“....Özel sağlık kurumlarının sayısı artarken, kamu sağlık hizmetinin sunumunda tamamen yetkiyi özele bırakmak istememektedir. Ama bir yandan da özel’in sağlık hizmeti vermesini istemektedir...”

Şu halde, Türk sağlık alanında Cumhuriyet’in kuruluşundan bu yana uzun yıllardır varlığını sürdüren kamu hizmeti kurumsal mantığı ile sonradan alan giren ticari kurumsal mantığın etkileşimi sonucunda kamu sağlık hizmetinin sunumu işletme benzeri kurumsal mantık olarak ifade edilebilecek bir kurumsal mantığa doğru dönüşüm yaşamaktadır. Yeni ortaya çıkan işletme benzeri kurumsal mantık ile diğer mantıkların özelliklerindeki farklılaşmanın detayları Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. İşletme Benzeri Kurumsal Mantık ile Hizmetçi ve Ticari Kurumsal Mantıkların Özellikleri

Özellik	Bürokratik Hizmetçi Kurumsal Mantık	Piyasacı Kurumsal Mantık	İşletme Benzeri Kurumsal Mantığı
Ekonomik Sistem	Genel bütçe ve kamu fonları	Özel harcama ve özel sigorta kuruluşları	Genel bütçe ve kamu fonları
Kimlik Kaynakları	Eşitlik	Kar ettiren sağlık sunumu	Verimlilik ve eşitlik
Meşruiyet Kaynakları	Etkili hizmet sunumu	Etkili, kaliteli ve verimli hizmet sunumu	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Otorite Kaynakları	Yasal Düzenlemeler	Piyasa kuralları	Yasal düzenlemeler
Misyon Temelleri	Kamu tarafından sadece sağlık hizmeti sunumu	Kaliteli ve düşük maliyetli hizmet sunumu	Kaliteli ama uygun maliyetli hizmet sunumu
Yoğunlaşma	Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması ve sunumu	Maliyeti düşük hizmet sunumu müşteri memnuniyeti	Sağlık kaynaklarının (İnsan kaynakları, mal ve teçhizat) etkili ve verimli kullanımı
Stratejik Odak	Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililik	Uzun dönemli sürdürülebilir kar elde etmek	Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililik ve verimlilik
Yatırım Mantığı	Sağlık hizmetleri sunumunun yapılması	Maksimum kar elde etmek	Sürdürülebilir kaliteli hizmet sunumu
Yönetim Mekanizması	Devlet	Piyasa	Devlet
Kurumsal Girişimciler	Devlet	Piyasa aktörleri	Devlet

Sonuç

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmeler ve yapılan doküman incelemeleri, Türk sağlık alanında, bürokratik hizmetçi ve ticari kurumsal mantıklardan ayrı olarak, kamu hastanelerinin yönetiminde yeni bir kurumsal mantığın ortaya çıktığını göstermektedir. Yeni oluşan kurumsal mantık, işletme benzeri kurumsal mantık olarak ifade edilebilecek türden bir mantıktır. İşletme benzeri kurumsal mantık, görüldüğü kadarıyla önceki bürokratik hizmetçi ve piyasacı kurumsal mantıkların etkileşimine dayanmaktadır. Diğer bir deyişle, önceki kamu hastanelerinin yönetiminde karşılaşılan sorunlar ve çelişkiler, Türk sağlık alanında temel aktör olan devleti yeni arayışlara itmiş ve bunun sonucunda önceki kurumsal mantıkların izlerini taşımakla birlikte, çeşitli açılardan onlardan önemli ölçüde ayrılan yeni bir kurumsal mantığın önünü aralamıştır. Bu şekliyle, kamu hastanelerinin yönetiminde işletme benzeri kurumsal mantığın oluşum biçimi, Thornton vd. (2012)'nin tanımlamış oldukları karışım yoluyla kurumsal mantıkların oluşumuna yönelik argümanları desteklemektedir.

Örgütsel alanda yer alan farklı kurumsal mantıkların, etkileşerek, kendi özelliklerinin izlerini taşıyan, yeni bir kurumsal mantığa nasıl dönüştüklerini gösteren çalışmalara paralel olarak Türk sağlık alanında kamu hastanelerinin yönetiminde de hakim kurumsal mantık olan bürokratik hizmetçi mantık piyasa mantığıyla etkileşerek işletme benzeri kurumsal mantığa dönüşmektedir. Bu dönüşümde, Korczynski ve Ott'ın (2004) ortaya koyduğu üzere, örgütsel alanda ortaya çıkan sorunların ve etkililik ve verimlilik bazlı beklentilerin karşılanamamasının önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Şöyle ki, bürokratik kurumsal mantık ve ticari mantık birlikte alana hakim olduğunda sağlık harcamaları yüksek bir seyir izlerken kaynakların yeterince etkili ve verimli kullanılmadığı egemen aktör olan devletçe tespit ediliyor ve bu sorunların halledilebilmesi için işletme benzeri kurumsal mantık bir çözüm olarak ortaya çıkıyor.

Kamu hastanelerinin yönetiminde ortaya çıkan işletme benzeri kurumsal mantık, bürokratik hizmetçi ve piyasacı kurumsal mantıkların bazı özelliklerini taşımakla birlikte, bütün olarak bakıldığında, her ikisinden de ayrılmaktadır. İşletme benzeri kurumsal mantık, bürokratik hizmetçi kurumsal mantığın değişimi için yapılan bazı düzenlemelerin, piyasacı kurumsal mantığa benzer şekilde hayata geçirilmesiyle ortaya çıkmış bulunmaktadır. İşletme benzeri kurumsal mantığın, bürokratik hizmetçi kurumsal mantığın izlerini taşımaya devam etmesi, Goldstone'nun (1998) ifade ettiği üzere, eski kurumların yok olmadan bazı izlerini yeni ortaya çıkan kurumlara ilettiklerini göstermektedir. Bunun yanında, Türk sağlık alanındaki diğer kurumsal mantık olan piyasacı kurumsal mantık, işletme benzeri kurumsal mantığın ortaya çıkışının ardından yerini korumaya devam etmektedir. Ancak, işletme benzeri kurumsal mantık, piyasacı kurumsal mantığın başarısızlıklarını da meydan okuyacak niteliktedir. Şöyle ki, 2006 yılından sonra hayata geçirilen düzenlemeler, piyasacı kurumsal mantığı da etkilemektedir. Fakat piyasacı kurumsal mantık, bürokratik hizmetçi kurumsal mantığın uğramış olduğu dönüşüme göre nispeten daha az değişime uğramıştır.

Kaynakça

- Akdağ, R. (Editör) 2011. "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (Değerlendirme Raporu: 2003-2010)" T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839
- Akdur, R. 1999a. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması" Ankara, www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf-Erişim Tarihi: 25.05.2012
- Akdur, R. 1999b. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. yılında Türkiye'de sağlık politikaları. *Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim, Bilânço 1923-1998 Ulusal Toplantısı*: 47-60. Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara.
- Akdur, R. 1999c. Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsan Gücü Politikaları. *Hekim ve İnsan*, 1, Ocak: 17-22.
- Aksoy, B. (2007). Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği (The Role of a Professional Association in Institutional Change: The case of Turkish Health

- Field). Unpublished Doctoral Dissertation. Başkent University, Social Sciences Institute, Ankara.
- Arjalies, D-L., 2010. A Social Movement Perspective on Finance: How Socially Responsible Investment Mattered. *Journal of Business Ethics*. Vol.92(1-Supplement). S.57-78
- Arrow, K.J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. Vol.53. No.5. s.941-973
- Battilana, J. ve Dorado, S. 2010. Building Sustainable Hybrid Organizations: The Case of Commercial Microfinance Organizations. *Academy of Management Journal*. Vol.53 No.6. s.1419-1440
- Bilaloğlu, R. (Dr.). 2012. World Medical Association. 2012. Turkish Medical Association (TTB). *World Medical Journal*. Vol.58.(1). February. p.27-29
- Brenna, E. 2011. Quasi-market and Cost Containment in Beveridge Systems: The Lombardy Model of Italy. *Health Policy*. Vol.103. s.209-218
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT, 1984), Beşinci Beş Yıllık (1985-1989) Kalkınma Planı-Ankara, Yayın No:1974
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT, 1989), Altıncı Beş Yıllık (1990-1994) Kalkınma Planı, Ankara, Yayın No: 2174
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT, 1995), Yedinci Beş Yıllık (1996-2000) Kalkınma Planı -Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/vii/-Erişim Tarihi-13 Ağustos 2012>
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT, 2000), Sekizinci Beş Yıllık (2001-2005) Kalkınma Planı- <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/viii/plan8str.pdf>-Erişim Tarihi-13 Ağustos 2012
- Dunn, M.B. ve Jones, C. 2010. Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967-2005. *Administrative Science Quarterly*. Vol.55. s.114-149
- Friedland, R. ve Alford, R.R. 1991. Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions içinde W.W. Powell & P.J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*: 232-263. Chicago: University of Chicago Press
- Galvin, T.L. 2002. Examining Institutional Change: Evidence From the Founding Dynamics of U.S. Health Care Interest Associations. *Academy of Management Journal*. Vol.45(4). s. 673-696
- Glynn, M.A. ve Lounsbury, M. 2005. From the Critics' Corner: Logic Blending, Discursive Change and Authenticity in a Cultural Production System. *Journal of Management Studies*. Vol.42(5). s. 1031-1055
- Goldstone, J.A. 1998. Initial Conditions, General Laws, Path Dependence, and Explanation in Historical Sociology. *American Journal of Sociology*. Vol.104(3). S.829-845
- Greenwood, R. ve Suddaby, R. 2006. Institutional Entrepreneurship in Mature Fields: The Big Accounting Five Firms. *Academy of Management Journal*. Vol.49(1). 27-48
- Harrison, M.I. ve Calltorp, J. 2000. The Reorientation of Market-Oriented Reforms in Swedish Health care. *Health Policy*. Vol.50 s.219-240
- Haveman; H.A. ve Rao, H. 2006. Hybrid Forms and the Evolution of Thrifts. *American Behavioral Scientists*. Vol.49(7). S.974-986
- Heubel, F. 2000. Patients or Customers: Ethical Limits of Market Economy in Health Care. *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. Vol.25 No.2 s.240-253
- Holm, P. 1995. The Dynamics of Institutionalization: Transformation Processes in Norwegian Fisheries. *Administrative Science Quarterly*. Vol.40 s.398-422
- Jeong, H-S. 2005. Health Care Reform and Change in Public-Private Mix of Financing: A Korean Case. *Health Policy*. 74. S.133-145
- Jones, C. 2001. Co-Evolution of Entrepreneurial Careers, Institutional Rules and Competitive Dynamics in American Film, 1985-1920. *Organization Studies*. Vol.22(6). S.911-944
- Kloiber, O. (Dr.). World Medical Association. 2012. A Difficult Start into the Year. *World Medical Journal*. Vol.58.(1). February. s.1

- Koç, O. (2012), “Kurumsal Mantıklar Arasındaki Rekabetin Yönetimi: Türk Sağlık Alanı Kapsamında Karşılaştırmalı Bir Analiz.” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, İşletme Bölümü 3. Örgüt Kuramları Çalıştayı (3-4 Şubat 2012), Ankara Bildiriler Kitabı. S.71-103
- Korczynski, M. ve Ott, U. 2004. When Production and Consumption Meet: Cultural Contradictions and the Enchanting Myth of Customer Sovereignty. *Journal of Management Studies*. Vol.41(4). S.575-599
- Lounsbury, M. ve Rao, H., 2004. Sources of Durability and Change in Market Classifications: A Study of the Reconstitution of Product Categories in the American Mutual Fund Industry, 1944-1985. *Social Forces*. Vol.82(3). S.969-999
- Lounsbury, M. 2007, “A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in The Professionalizing of Mutual Funds” *Academy of Management Journal*. Vol.50. No.2 s. 289-307
- Marquis, C. ve Lounsbury, M. 2007. Vive La Resistance: Competing Logics and the Consolidation of U.S. Community Banking. *Academy of Management Journal*. Vol.50 No.4 s.799-820
- Meyer, R.E. ve Hammerschmid, G., 2006. Changing Institutional Logics and Executive Identities: A Managerial Challenge to Public Administration in Austria. *American Behavioral Scientist*. Vol.49(7). S.1000-1014
- Nigam, A. ve Ocasio, W. 2010. Event Attention, Environmental Sensemaking, and Change in Institutional Logics: An Inductive Analysis of the Effects of Public Attention to Clinton’s Health Care Reform Initiative. *Organization Science*. Vol.21. s.1-19
- Purdy, J.M. ve Gray, B., 2009. Conflicting Logics, Mechanisms of Diffusion, and Multilevel Dynamics in Emerging Institutional Fields. *Academy of Management Journal*. Vol.52. No.2. s.355-380
- Reay, T. ve Hinings, C.R.B. 2005. The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta. *Organization Studies*. Vol.26(3). S. 351-384
- Reay, T. ve Hinings, C.R. 2009. Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization Studies*. Vol.30(6). s.629-652.
- Sağlık Bakanlığı, 2003. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” Aralık.2003. Ankara <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-2858/saglikta-donusum-programi.html>. erişim tarihi.14.06.2012.
- Sağlık Bakanlığı, 2010. 05 KASIM 2010 Tarihli ve 44101 Sayılı Makam Onayı ile 01.10.2010 Tarihinden İtibaren Yürürlüğe Konulan Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/performansa_dayali_ek_odeme_sistemi/05yoneticisiilen.pdf-Erişim Tarihi: 17.08.2012
- Sağlık Bakanlığı, 2012. Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/310,kamu-hastane-birlikleri-verimlilik-degerlendirmesi-hakk-.pdf?0-erişim tarihi.19.11.2012>
- Shipilov, A.V., Insead, H.R.G. ve Rowley, T.J., 2010. When do Interlocks Matter? Institutional Logics and the Diffusion of Multiple Corporate Governance Practices. *Academy of Management Journal*. Vol.53. No.4. s. 846-864
- Suddaby, R. ve Greenwood, R. 2005. Rhetorical Strategies of Legitimacy. *Administrative Science Quarterly*. Vol.50(1). 35-67
- Thornton, P.H. ve Ocasio, W. 1999. Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*. Vol.105(3). s.801-843
- Thornton, P.H. 2001. Personal versus Market Logics of Control: A Historically Contingent Theory of the Risk of Acquisition. *Organization Science*. Vol.12(3). S.294-311
- Thornton, P.H. 2002. The Rise of the Corporation in a Craft Industry: Conflict and Conformity in Institutional Logics. *Academy of Management Journal*. Vol.45.(1). 81-101

- Thornton, P.H., Ocasio, W. Ve Lounsbury, M. 2012. The Institutional Logics Perspective. Oxford. Oxford University Press.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. ve Souliotis, K., 2005. The “Unexpected” Growth of the Private Health Sector in Greece. Health Policy. 74, s.167-180
- Thornton, P. & W. Ocasio (2008). Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds), The Sage Handbook of Organizational Institutionalism:99-129. Los Angeles: Sage
- Türk Tabipler Birliği, 2007. Tıp Dünyası Dergisi. “Hastanelerin Şirketleştirilmesi Yeniden Gündemde” Ekim, Sayı.155. s.4
- Türk Tabipler Birliği, 2010. Tıp Dünyası Dergisi. “İşi Gücü Bıraktık” Şubat. Sayı.172 s.6.
- Zajac, E.J. ve Westphal, J.D., 2004. The Social Construction of Market Value: Institutionalization and Learning Perspectives on Stock Market Reactions. American Sociological Review. Vol.69(June). s.433-457

Yasal Metinler

- Resmi Gazete.1928. Tababet Ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. RG Sayı: 863 Kanun No.1219. 04 Nisan 1928. Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-460/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html>, Erişim Tarihi: 17.08.2012
- Resmi Gazete. 1961. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.RG Sayı: 10705. Kanun No.224. 12 Ocak 1961.Ankara <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf>-Erişim Tarihi-28.06.2012
- Resmi Gazete.1978. Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun. RG Sayı: 16341 Kanun No. 2162. 09 Temmuz 1978.Ankara<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16341.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16341.pdf> -Erişim tarihi.15.08.2012
- Resmi Gazete.1980. Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. RG Sayı: 17207. Kanun No. 2368. 31 Aralık 1980 Ankara. http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17207_1.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17207_1.pdf -Erişim Tarihi: 15.08.2012
- Resmi Gazete.1994. Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun. RG Sayı: 22124. Kanun No. 4046 27/11/1994 Ankara. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22124.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22124.pdf> -Erişim Tarihi: 07.05.2012
- Resmi Gazete. 2006. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. RG Sayı: 26166 12 Mayıs 2006. Ankara. http://www.rsm.gov.tr/mevzuat/yonetmelik/doner_sermaye/-erişim tarihi. 15.06.2012
- Resmi Gazete. 2006. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. RG Sayı: 26200 Kanun No: 5510 16 Haziran 2006. Ankara.
- Resmi Gazete.2007. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik. RG Sayı: 26624. 25 Ağustos 2007.Ankara. http://www.rsm.gov.tr/mevzuat/yonetmelik/doner_sermaye/-erişim tarihi. 15.06.2012
- Resmi Gazete.2010. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. RG Sayı: 27478 Kanun No. 5947. 30 Ocak 2010. Ankara. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130.htm>. Erişim Tarihi: 28.06.2012

- Resmi Gazete. 2010. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulamaları Tebliği. RG Sayı:27532 (Mükerrer). 25 Mart 2010. Ankara. http://sgdb1.shcek.gov.tr/userfiles/SGD/OMK/Diger/Tedavi/Ek/TedUygTebliğ/SGK_SaglikUygTebliğ.pdf-Erişim Tarihi:28.05.2012
- Resmi Gazete.2011. Adalet Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname. RG Sayı: 28037. KHK/650. 26 Ağustos 2011. Ankara. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/08/20110826.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/08/20110826.htm>.Erişim Tarihi:14.08.2012
- Resmi Gazete. 2011. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. RG Sayı: 28103 (Mükerrer).KHK/663. 2 Kasım 2011<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>.Erişim Tarihi: 08.03.2012

İnternet Kaynakları

- <http://www.turkiyegazetesi.com/haberdetay.aspx?NewsID=17738>.Erişim Tarihi:14.08.2012
- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=874:tam-guen-yasasi-5947-le-lgl-danitay-5-dare-esas-karari&catid=24:belgeler&Itemid=41: Erişim Tarihi:15.08.2012
- http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6-Erişim Tarihi: 10.10.2012

TAKING THE STATE SERIOUSLY: THE EFFECTS OF THE STATE ON INSTITUTIONAL CHANGE AND THE FIELD-LEVEL LOGICS

Umut Koç

Eskişehir Osmangazi University

Abstract

The modern nation-state, as the prime ruler in the modern world, widely accepted as the main source of institutionalization. Moreover, the state is one of the ideal types of interinstitutional system in institutional logics perspective. However, the state is also an actor and plays significant roles in institutional fields. The purpose of the study is investigating the effects of the states on creation and change of institutional fields through playing active roles in emergence and evolution of field-level logics. I have designed a historical multiple-case study and purposefully selected the German, British, Canadian, and American health care fields because of their distinctive characteristics and since they are the typical examples of major types of health care systems. I analyze the cases of the health care fields and show the basic values, dominant ideologies, and institutional logics of each of them. The research shows that despite different health care systems (material aspect), basic values and dominant ideologies (symbolic aspects), states have the leading role in health care field. Although in different styles, the state regulates the health care field in Germany and the United States, administrates health care in Canada and both administrates and operates health care in the Great Britain

Introduction

Institutional theory, as a macro organizational approach, has reached its adulthood stage (Scott, 2008). According to the institutional theory, institutions are the product of common understandings and shared interpretations of acceptable norms of collective activity (Suddaby et al., 2010). The taken-for-grantedness and resistance to change of institutionalized practices had used to be one of the basic elements of institutional theory between 1970s and early 1980s (Greenwood et al, 2008). Beginning with the calls for investigating institutional change (DiMaggio, 1988; Powell, 1991), scholars have started to be interested in strategic actions of organizations (Oliver, 1991), positions of the organizational actors (Leblebici et al, 1991), the role of the professions (Edelman, 1992) and the state (Edelman and Suchman, 1997). Organizational institutionalists have investigated the role of states in institutional fields (e.g. Baron, 1986; Edelman, 1992; Dobbin and Dowd, 1997; 2000). They have clarified the relationships between organizations and the law. However, this work is marginalized in a sense that dealing with the state seems appropriate for resource dependence or political economy perspectives (Greenwood et al, 2008) and left to the economic historians, who view institutions as standing on the “regulative pillar” (Scott, 2008).

This trend seems to continue in the research program of institutional logics. Institutional logics are defined as “the socially constructed, historical pattern of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality” (Thornton and Ocasio, 1999: 804). They are “the cultural schemata, rules, scripts, models of causality, and patterns of behavior that make up social arrangements and institutional frameworks” (Creed et al, 2010: 1337). The institutional logics

approach stresses the coalescing of material and symbolic elements. While rules, laws, and governance systems are some of the examples of the material elements, ideologies, values, and categories are some instances of the symbolic elements. The material and symbolic elements have a recursive relationship in which they mutually stabilize each other, providing cultural cohesion (Thornton et al., 2012). Thornton and Ocasio (2008) indicate that institutional logics remain at multiple levels, although linked overall to the societal logics of the inter-institutional systems, which are the market, state, democracy, family, religion (Friedland and Alford, 1991), professions (Thornton and Ocasio, 1999), and community (Thornton et al, 2012). While there is a relative stability of the logics of the inter-institutional systems, the logics of institutional fields change more frequently. The societal logics of the inter-institutional systems and external logics from the other fields shape field-level logics (Thornton and Ocasio, 2008). However, these changes concrete through the actions of institutional entrepreneurs (DiMaggio, 1988), “who leverage resources to create new institutions or transform existing ones” (Maguire et al, 2004). Although there is sufficient attention both on the individual (e.g. Fligstein, 2001, Kraatz and Moore, 2002; Lawrence and Phillips, 2004) and on the organizational (e.g. Leblebci et al, 1991; Greenwood et al, 2002) entrepreneurs, the state is neglected as an institutional entrepreneur, mostly. I aim to research the institutional entrepreneurship of the state with institutional logics perspective in the health care fields.

Since the publication of Scott et al.’s (2000) award-winning study, the health care field has been popular between the researchers with institutional logics perspective (e.g. Reay and Hinings, 2005; Nigam and Ocasio, 2010; Danişman and Ocaiso, 2012). The advantage of the institutional view is its convenience on studying the social, political, cultural as well as economic aspects of the health care field (Mendel and Scott, 2010). The rapid growth of health care spending, the increasing pressures on the management of long-term care, the health inequalities, and the size and quality of health workforce are the main concerns in the developed and developing countries (Glied and Smith, 2011). Since 1960s, the health of populations has improved greatly, especially in the OECD countries. Life expectancy has increased on average across the OECD countries by more than eleven years, reaching nearly eighty years in 2010 and infant mortality rates have declined sharply in all of these countries. However, an important trend observed over the past fifty years among health care fields in the OECD countries has been the steady rise in health spending, which has tended to grow faster than GDP. In 1960, health spending had accounted for fewer than 4% of GDP on average across OECD countries. By 2010, it reached to 9.5% and health spending accounted for over 10% of GDP in a dozen countries (OECD, 2012). On the other hand, the world is still a long way from universal coverage. When people use services, they often incur high, sometimes catastrophic costs in paying for their care. In some countries, up to 11% of the population suffers this type of severe financial hardship each year, and up to 5% is forced into poverty (WHO, 2010), and nearly one-third of world population has no access to any health facilities or services at all (ILO, 2010).

The key actors of the health care field are population/patients, providers of services (individual actors such as physicians, nurses, technicians, and social workers and organizational actors such as hospitals), financial intermediaries (public and private insurance organizations), and government/professional bodies which regulate the field (Mills, 2011). Although health care systems can be analyzed in various ways, the focus of this study is the financial intermediaries and the governance of provision of services, purchasing, revenue collection, and pooling because of the increasing economic pressure both on developed and on developing countries as indicated above. Three ownership structures co-exist within and across countries: public, private for-profit, and private not-for profit, with distinct shares in each case. The central or local government owns the public hospitals, corporations or associations of physicians own private for-profit hospitals, and the NGOs such as foundations or religious organizations own private not-for-profit hospitals (Barros and Olivella, 2011). Purchasing is the process of paying for health services and there are three main ways to do this. The first is for government to provide budgets directly to its own health service providers (integration of purchasing and provision). The second is for an institutionally separate purchasing

agency (e.g. a health insurance fund or state authority) to purchase services on behalf of a population (a purchaser-provider split). The third is for individuals to pay a provider directly for services. Many countries use a combination. Revenue collection is the way money is raised to pay health care system costs. Money is received from households, organizations or companies, and sometimes from contributors outside the country. Resources can be accumulated through general or specific taxation; public or private health insurance contributions; direct out-of-pocket payments, such as user fees; and donations. Pooling is the collection and management of financial resources to ensure that the financial risk of having to pay for health care is borne by all members of the pool and not by the individuals who fall sick. The main purpose of pooling is to spread the financial risk associated with the need to use health services. If funds are to be pooled, they have to be prepaid, before the sickness occurs (WHO, 2010).

All health care systems are more or less depended on public financing. In some countries (e.g. the Great Britain, Canada, Medicaid in the United States) general tax revenue, which is collected either nationally and/or locally, is used largely for health care costs. In the others (e.g. Germany, Japan, Medicare in the United States), a system of income-related contributions of employees to the health insurance is used. Beside public plans, the private health insurance (PHI) is diffusing widely in developed and developing countries. In the supplementary PHI, when significant categories of health spending are excluded from public-plan coverage (e.g. outpatient pharmaceuticals and dental care), individuals may sign up insurance plans that cover these expenditures (e.g. Canada). In countries where the public plan requires a significant degree of patient-cost sharing, private insurers may also be allowed to offer plans that cover the shares that patients are responsible for under the public plan (e.g. Medicare in the United States). This is complimentary coverage (Colombo and Tapay, 2004). In a few countries, private insurers can offer plans that cover the same types of services as those covered by the public plan (e.g. the Great Britain). In other cases, the private plans cover persons who have opted out of their public-coverage (e.g. Medicare in the United States). They are the duplicate and substitute PHIs, respectively (Blomqvist, 2011).

In this study, I have adopted a historical multiple-case study approach. Historical methods bring the advantages of seeing institutional change as the result of multiple causes, understanding that past events shape and limit the range of choices of present-day actors, and becoming aware that the present taken-for-granted social arrangements are historically contingent (Suddaby and Greenwood, 2009). On the other hand, cross-case analysis can make the basis from which to develop theory inductively (Eisenhardt and Graebner, 2007). It is obvious that comparative-historical methods allow the researchers to analyze and offer important insight into the social issues which lack of clarity of meaning (Lange, 2012). I have purposefully selected the German, British, Canadian, and American health care fields because of their distinctive characteristics and since they are the typical examples of four major types of health care systems. I have analyzed four cases and tried to show how the states affect creation and change of institutional fields through playing active roles in emergence and evolution of field-level logics, which seems a neglected area in the literature.

In Figure 1, four types of national health care systems are shown. This typology is based on governance and financing of health care services. Basic value, dominant ideology, and institutional logic of each model is detailed below. Beside, some important indicators of each health care system are in Table 1.

In the next section, I briefly report the history of the health care field until the end of the nineteenth century. Then, I analyze the cases of the German, British, Canadian, and American health care fields historically and show the basic values, dominant ideologies, and institutional logics of each of them. Finally, I conclude with some important points.

Figure 1. National Health Care Systems

Predominantly Public Governance National Health Service (NHS) Managerialist bureaucracy Statism Universality e.g. The Great Britain	Single Funding National Health Insurance (NHI) Administrated market Statist-liberalism Universality e.g. Canada
	Predominantly Private Governance Private Health Insurance (PHI) Regulated market Liberalism Individualism e.g. The United States
Multiple Funding	

Table 1. Major Health Care Indicators of Each Countries and Systems (2009)

	Germany (SHI)	The G.B. (NHS)	Canada (SHI)	The U.S. (PHI)
Life expectancy at birth	80.3	80.4	80.7	78.2
Infant mortality per 1000 live births	3.5	4.6	5.1	6.5
Health insurance coverage of total public	100 ¹	100	100	81.3 ²
Out-of-pocket expenditure as a share of household consumption (%)	2.4	1.6	2.9	3.1
Total health expenditure as a share of GDP (%)	11.6	9.8	11.4	17.4

Source: OECD (2011)

¹ 89.2% of the residents of Germany were covered by the SHI, while 10.8% of them were covered by the PHI in 2009 (OECD, 2011).

² 54.9% of the residents of the United States were covered by the PHI, while 26.4% of them were covered by the public programs in 2009 (OECD, 2011).

The Emergence of Modern Medicine and Public Health

The researchers have discovered the first records on medicine from ancient Egypt, Babylonia, Mexico, Peru, India, and Greek. The Indian medicine developed an extensive collection of drugs. The earliest hospitals in India were founded because of the influence of the Buddhist religious movement of the sixth century B.C. The Greek medicine was different from all the other historical form of medicine since disease was no longer regarded as a supernatural phenomenon. By the seventh century B.C., a medical tradition, which concerned primarily with the diagnosis of disease by developing a somewhat elaborate system of classification, developed in Cnidus, a Greek settlement in Anatolia. The name of Hippocrates (460-379 B.C.)-the “father of medicine”- was a symbol of the creative period of Greek medicine. The Greek medicine dominated in the Roman Eras though the greatest medical contribution of the Romans was an indirect one: They built aqueducts, sewage systems, and bathing installations, which increased general health and well-being, everywhere they went. Christianity affected the founding of hospitals under Constantine after 335 (Ackerknecht, 1982). Leontius of Antioch, who was the bishop from 344 to 358, erected the first known Christian hospital for strangers or migrants in Antakya, modern southeastern Turkey (Horden, 2005). A wave of hospital founding, probably because of Islam influence (the first Islamic hospital was founded in ninth-century Baghdad), started with the spread of Holy Ghost hospitals from Montpellier in 1145. Those hospitals were not medical organizations primarily however philanthropic organizations offering “hospitality” and refuge to the old, disabled and the homeless pilgrims. The transformation from charitable hospital into medical organization was speeded greatly during the thirteenth century when city administrators gradually took the hospitals’ administration out of the hands of the orders (Ackerknecht, 1982).

By the development of the modern mathematics and fundamental sciences, the Christianity-based care evolved during the sixteenth and seventeenth centuries into a secular health care. The Royal College of Physicians, the oldest English medical society, was founded in 1518 by a charter of King Henry VIII. The charter set up a college, which was to exercise four functions in London and for seven miles about it. They were to grant licenses to those who were qualified to practice; they were to punish pretenders to medicine; they were to punish malpractice, whether by the licensed or the unlicensed; and, finally, by inference they were to have an undefined authority over apothecaries (Clark, 1965). In the same year, the British Government introduced first public safeguards and regulations against plague; however, the plague orders were received in 1578. Although the Great Britain was not the first country regulating against the plague, for the first time, regular taxation was introduced for meeting the cost of supporting the sick, and the isolation of the infected was unusually strict. There were complex interplays between theological considerations, experience of plague, government policy, and popular behavior. Before new policies could be generally accepted and popular behavior modified, the uncertainties arising from theology and experience had either to be resolved or hidden, if necessary by the force of authority. The issues raised by infection and providence had to be fudged since resolution proved impossible. In 1604, the Plague Act played up the strictness, when the government provided the first penal sanctions to support the policy of isolation. The government gave security guards the right to use force to keep people pent, and anyone with plague sores found wandering outside their homes in the company of others was guilty of felony and might be hanged; anyone else going out could be whipped as a drifting knave (Slack, 1985).

In the late seventeenth and eighteenth centuries, numerous methods of counting the subjects of the government and measuring its size and strength in terms of their number and their health had been introduced. The political philosophy of mercantilism, which viewed the monarch’s subjects as his paternalistic property and equated the entire wellbeing of society as coextensive with the well-being of the state, supported counting and evaluating the strength of the state. This basic form of statistics enabled the state to measure its strength in terms of the size of its healthy population and which guided the administrative aims. In Germany, Gottfried Wilhelm Leibniz, who was a leading philosopher and mathematician, and various court physicians had requested the setting up of a “Collegium Medicum” to regulate the medical profession and the sale of drugs. The Collegium was created in 1685 and it

imposed new regulations on medical practice and pharmacy. The Collegium Medicum decided who should be accepted to the medical profession, established a state examination system and preparative courses, and policed unlicensed practice through a legal system administered by local health bureaucracies. Medical police was extended throughout the eighteenth century in Germany, but its focus continued to be the legal regulation of the medical profession and drug sales. French revolutionaries added health to the rights of man for the first time and the Constituent Assembly's Committee on Salubrity added health to the state's obligations to its citizens in 1791. On the other hand, French ideologues argued that the right to health also implied obligations for democratic citizens. They raised the issue of the citizen's responsibility to maintain his own health for the benefit of the state. Democratic rhetoric on health citizenship failed to translate into reality in any eighteenth century state (Porter, 1999).

Because of the Industrial Revolution and rapid urbanization, the death rate in the big cities reached extremely high levels in the first half of nineteenth century. In 1842, the Poor Law Commission, which was appointed to examine the organization and financing of poor relief by the British Government, prepared a report known as Chadwick Report since Edwin Chadwick, at the time, a high-level civil servant, promoted the report. The Chadwick Report declared that diseases among the working class were related to filthy environmental conditions caused by the lack of water supplies, drainage, and sewers, and any effective means of removing dirt and refuse from houses and streets. The Report provided an argument that the problem of public health was largely an environmental rather than a medical problem. However, what the report promoted was the consensual position that there was little disputes about the importance of cleanliness of water, streets, housing, and people while there was no consensus about how to do it. Ideas about the arrangements for ensuring cleaning were controversial and partisan (Jenson, 2009). Watching the spread of a new epidemic of cholera across Europe, the British Government passed the Public Health Act establishing a General Board of Health to create local boards of health for a provisional five-year period in 1848. For the first time, the government became the guarantor of standards of health and environmental quality and provided resources to local units of government for making the necessary changes to achieve those standards (Fee and Brown, 2005). In fact, the Act was passed after a lengthy struggle between the supporters of the Act and commercial interests, who were able to make money out of insanitary conditions, and anxious ratepayers, who were afraid of the public expense that would be involved (Ham, 2009). When Chadwick pushed the first General Board of Health towards greater centralization, the editors at The Times expressed their view that they would rather take their chances with cholera than be bullied into health by government (characterized and demonized in the person of Chadwick) (Carroll, 2002).

The National Health Care Models: From the Beginning to the Present Day

The association of people to provide mutual assistance in the case of personal and family emergencies was traced back to the Middle Ages in Europe. The early development of health insurance in many European countries was in connection with the guilds. Each guild generally established one health insurance organization for its members. After the guild system was abolished or fell into disuse (except in Germany and Austria), it was small farmers and employees themselves who created their health insurance agencies (Abel-Smith, 1988). Despite the prevalence of the friendly societies, the Industrial Revolution accelerated sicknesses, industrial accidents, and disability, all of which disrupted continuity of income, and it forced the European countries to compulsory sickness insurance as a general program of the social health insurance (SHI). Many early voluntary funds and some governmental programs included only a sickness benefit, to compensate for lost wages; paying for medical care came later. Furthermore, industrialization generated growing complaints about the effects of local communities' assistance to poor on the free circulation of labor and incentives for work, and governments acted in this direction by restricting public assistance to poorhouses and forcing the able poor to work or emigrate (Starr, 1982).

1. Germany: Social Health Insurance

Rudolf Carl Virchow, a German pathologist and later a socialist politician, announced his theory of epidemics, which influenced the world deeply and emphasized the social circumstances permitting spread of sickness in 1848, the year that socialist movements stood out all over Europe. According to him, infectious agents and other specific causal factors - none of which alone was sufficient to produce an epidemic, inadequate social condition increased the population's susceptibility to climate. He attacked structures of oppression within medicine, particularly the policies of hospitals that required payment by the poor rather than assuming their care as a matter of social responsibility. He argued that the state's responsibilities included providing work for "able-bodied" citizens. Employees could obtain the economic security necessary for good health only by guaranteed employment (Waitzkin, 2006). Beside Virchow's ideas, which affected the public view on health care, the specific event that triggered the SHI was the Paris Commune of 1871, in which the Parisian working class had taken over Paris. The Paris Commune had an enormous impact on Otto von Bismarck, who was the first prime minister of German Empire, and his major concern was to avoid a similar occurrence in Germany (Navarro, 1989).

Before the German Parliament passed the Socialists Act, which deprived all socialist groups of freedom of assembly, freedom of the press, and practically strangled all their activities in 1878, Bismarck had started to realize that the workers had good reasons for being opposed to the government and for seeking a different social order. The protection of working people in Germany was provided mainly from mutual benefit societies, which were organized by the wage earners themselves in the German states. For centuries, they were voluntary organizations, but a statute of 1854 made membership in such a benefit society compulsory. Contributions amounted to a percentage of the wages and were deducted by the employer who himself had to contribute an amount equal to at least one-half of the sum paid in by the workers. Employers and employees jointly administered the funds. However, the ghost of unemployment in the second half of the nineteenth century, contagious diseases and accidents affected the strength of the funds atrociously. Bismarck set out to give the people security, and in so doing, he expected to obstruct of the socialist movement and to destroy it even more effectively than by the Socialists Act (Sigerist, 1999).

A small, voluntary, and risk-sharing sickness insurance scheme for fund administration was the starting point in German health reform for the Bismarck System. Before the Health Insurance Act of 1883, the Bismarck government started to enact the incremental legislative changes for achieving compulsory universal coverage and the government continued the enactments after the Act. The regulations made membership in one of a network of sickness funds compulsory for a large class of workers and required employers to contribute to sickness funds. The state effectively enforced coverage requirements by inspecting employer records, crosschecking fund membership listings, and threatening employers of uninsured workers with fines (Murray, 2007). Within one sickness fund, vertical equity is achieved through contributions according to ability to pay (a fixed proportion of members' paychecks determined by age, wage, and health condition was deducted each month), while horizontal equity is realized by guaranteeing access to care based on need. At first, miners, blue collar workers, craftsmen, people employed by lawyers, notaries, bailiffs, industrial cooperatives, and insurance funds was covered with the minimum benefit package of a sickness benefit (63% of all benefits), restricted in- and outpatient care, free pharmaceuticals and medical aid devices, a death benefit, and maternity support. Individual physicians contracted to provide care for sickness fund members, and employees had free choice of those non-salaried physicians. The physicians could be remunerated a capitation or a fee-for-service basis (Baringhausen and Sauerborn, 2002). German funds and their members both enjoyed the right to demand a second opinion from a variety of "confidential medical advisors", either fund employed physicians or committees composed of both physicians' and insurers' representatives (Murray, 2007). The principles of the Bismarck System were applied to relieve the risks of work-related accidents and disability in 1884, old age and disability in 1889. For the statutory work-related accident insurance, employers accepted the 100% contributions to self-

administered accident funds as an alternative to third-party liability insurance schemes. Thus, they increasingly introduced and controlled preventive safety measures and rehabilitative care that were to predate financial compensation. The statutory insurance for old age and disability, to which employers and workers contributed equally, also offered health care services according to the principle of “rehabilitation before compensation” (Busse and Riesberg, 2004).

The Bismarck System was the most advanced in the world at the time. The longevity of the policies and programs first developed and implemented under Bismarck evidenced the success of the new health care system. Bismarck avoided the impression of making radical changes to the existing structure while he was introducing his system. However, physicians had grown increasingly disappointed; they began to seek autonomy and to exert effect several through several strikes and lobbying. They formed a professional association called the Harthmann Union in 1900 (Leith et al., 2010). In 1913, the struggle of the Union led to the Berlin Agreement, which would regulate the relationship between physicians and sickness funds. The Berlin Agreement made joint commissions between physicians and funds obligatory in order to channel the conflict into constructive negotiations. The ratio of doctors to fund members was legally fixed at a minimum of 1:1350, to be put into practice by joint registering committees. Contracts with physicians had to be agreed with all funds collectively (Busse and Riesberg, 2004).

The SHI system was applied to alleviate the risks of work related accidents and invalidity in 1884, and old age and disability in 1889 (Busse and Riesberg, 2004). Transport workers in 1885, agricultural and forestry workers, domestic servants, itinerant workers, civil servants, and the unemployed in the years between 1911 and 1918 were covered. The duration of sickness benefits was increased from 13 to 26 weeks, a relative allowances to family in a case of hospitalization, maternity support, and sickness benefits of high wage employers were increased; sickness benefits were started earlier, and family support for spouses and children, midwife services, obstetric services, pregnancy allowance, nursing mother's allowance were begun between 1901 and 1918 (Barnighausen and Sauerborn, 2002). In 1901, the national government stepped in to separate the rising white-collar movements from the blue-collar by introducing a separate string of statutory health insurance for salaried employees. The existing substitute funds provided almost exclusively for white-collar employees from that time to 1995 since white-collar workers received greater rights to choose. The 1911 Imperial Insurance Regulation introduced a common legal framework for the SHI and these regulations covering health insurance remained in force with changes until 1988. The prominence and structural continuity of the SHI is one of the central characteristics of the historical development of Germany's health care system to the present day (Busse and Riesberg, 2004).

Austria in 1888 (Hofmarcher and Rack, 2001), and Hungary in 1891 (Starr, 1982) established the systems in German style. Beside the German style, there were more systems of sickness insurance from the mid-1880's to the World War I in Europe. France in 1898 and Belgium in 1900 set up health insurance (Therborn, 1984). Under the influence of classical liberal ideology, membership in sickness funds was generally voluntary and required mainly in railroads and shipping industries (though the program in France is expanded in 1910), many funds operated without government supervision, and they were contributed by the bourgeoisie agreeing not to make claims in order to balance their budgets in both countries. In Denmark, although membership was also voluntary, state provision of subsidies, which started in 1892, to encourage workers to join funds gave the government a greater role and funds in rural areas reimbursed members for the cost of transportation to a physician (Murray, 2007). Rising rates of population coverage characterized this period of growing state activity. The legislation passed during this period established the principle of state supervision and regulation of sick funds. It also required certain segments of the population (typically various groups of workers) to obtain coverage – hence the application of the term “compulsory” (Saltman and Dubois, 2004). Norway in 1909, the Great Britain in 1911, Russia in 1912, and the Netherlands in 1913 adopted compulsory sickness insurance and Sweden in 1891, and Switzerland in 1912 started to support extensively the voluntary funds and to provide other strong incentives for membership (Starr, 1982). Japan in 1927

(Fukawa, 2002), Italy in 1929 (Lo Scalozo et al., 2009), France in 1930 (Dutton, 2007), Spain in 1931 (Menendez-Navarro, 2008), Greece in 1934 (Economou, 2010), and Portugal in 1946 (Barros et al, 2011) established the SHI system.

The office-based physicians went on strike several times after the Berlin Agreement expired because of the high inflation in 1923. The government responded to the strikes and created the Imperial Committee of Physicians and Sickness Funds as the joint body responsible for decisions regarding benefits and the delivery of outpatient care. As part of emergency regulations, the supervision of physicians through a medical service of the sickness funds and a physician/fund-member ratio of 1:600 were also introduced. In return, outpatient physicians were granted a legal monopoly for outpatient health care in 1931. The regional physicians' associations obtained the right to negotiate complex contracts with statutory sickness funds and to distribute their payments among their members. The regulations reflected a major collective victory of outpatient physicians over sickness funds, hospital physicians, medical officers in community health, and other health care professionals (Busse and Riesberg, 2004).

The conservative Christian Democratic Party won the first elections after World War II and it restored the health care system in coalition with the employers by continuing the incrementalism in the terms of coverage.. The legal ratio of physicians to fund members was first increased to 1:500 and was abolished completely in 1960 in favor of professional self-regulation by the declaration of Constitutional Court. The 1972 Hospital Financing Act introduced the "dual financing" principle in the hospitals, which means that federal and state taxes would finance investment costs and the sickness funds or private patients (who might be reimbursed by private health insurers) would pay running costs. Hospitals had to be listed in the hospital plans set by the state level, in order to be eligible for investment. Public, owners of both private non-profit and private for-profit hospitals would have tax money for investments in their hospitals through this mechanism as long as these investments were according to the hospital plans and as long as money allocated for this purpose was available (Busse and Riesberg, 2004).

Since the end of 1980s, there have been many interventions of the federal government in health care and cost restraint has been the major objective. The major health care reform of the 1990s, the Health Care Structure Act was passed through a compromise between the governing Christian Democratic- Liberal coalition and the opposing Social Democrats in 1992. The Act introduced a shift for regulated competition. The focus of the transformation was the formation of a competition system for health care, aiming to form a regulated market for managed care. Yet, competition has been largely for members between funds. A risk structure compensation mechanism attached to the introduction of free choice of sickness fund to appreciate the differences in age, gender, number of co-insured family members and number of members receiving invalidity benefits. The sickness funds were allowed additional resources for sufferers of particular chronic conditions who signed on for disease management programs in 2002 and expensive conditions were added to the mechanism in 2009 (Gerlinger and Schmucker, 2009). On the other hand, the SHI started to cover artists and publicists during 1980s (Barnighausen and Sauerborn, 2002).

The Case Fees Act of 2002 specified the regulatory framework and schedule for the introduction of the diagnosis-related groups (DRG) reimbursement system. The introduction of the DRG-payment system was the most important reform for hospitals since the introduction of dual financing in 1972. By 2004, there was a general agreement that reform was needed because of increasing expenditure of the SHI contribution rates and lacks in the quality of health care. The Statutory Health Insurance Modernization Act of 2004 was a result of a compromise between the Social Democratic-Green government and the Christian Democratic opposition. The stated objectives were to improve the efficiency and quality of health care, and to stabilize the SHI contribution rates in order to avoid deterrence for employers to invest in job-creating activities without rationing. The Federal Joint Committee was introduced, charging functions of the Federal Committee of Physicians and Sickness Funds, the Federal Committee of Dentists and Sickness Funds, the Committee for

Hospital Care and the Coordinating Committee, for improving the coordination of decision-making across sectors (Busse and Riesberg, 2004). The patients' representatives advise and participate but had no vote (Schoen et al., 2009). The presence of the patients' representatives increases the pressure on doctors and sickness funds to justify their decisions even without voting rights. The Act formed the Institute for Quality and Efficiency in Health Care with wide-ranging powers to evaluate the benefit and efficiency of diagnosis and treatment methods (Gerlinger and Schmucker, 2009).

In 2007, the Statutory Health Insurance Competition Strengthening Act was passed (Lisac et al., 2008). All health insurers were required to accept all applicants and all inhabitants have been required to take out health insurance as well. If individuals were to be covered by private health insurance, they would have access to basic contracts if they were unable to afford risk-rated premiums. Mandatory acceptance and flat-rate (income- independent) premiums would characterize these contracts. The Federal Health Insurance Fund (FHIF), which was financed by the federal government tax revenues, employee contribution (8.2% of income), and employer contribution (7.3% of wage), would distribute financial resources to health insurers. The FHIF would allocate the revenues to sickness funds according to a risk-equalization scheme based on age, sex, and health status of enrollees (Schoen et al., 2009). Health insurers had to charge flat-rate premiums to cover the difference between financial resources received by the FHIF and health care expenditures. In contrast to the uniform income-dependent contribution to the central fund, flat-rate premiums might differ between health insurers. Moreover, low-income individuals were not required to pay the full amount of the flat-rate premiums. Health insurers could close selective contracts with general practitioners and medical specialists, as well as within the area of integrated care (Leiber et al., 2010). By 2011, the SHI of Germany has 180 competing sickness funds and high income can opt out for private coverage. The SHI is funded by employer/employee earmarked payroll tax and general tax revenue. Approximately half of the hospitals are publicly owned, one-third of the hospitals are on the base of private not-for-profit and one-sixth of hospitals are on the base of private for-profit owned by 2011 (Thomson et al., 2011).

The Industrial Revolution and Socialist Movements of 1883 prepared the suitable context for the SHI. Correspondingly, Germany's health care system has been based on the basic value of solidarity since the introduction of the SHI in 1883. Since, "every group engaged in social conflict requires solidarity" and "ideologies generate solidarity" (Berger and Luckman, 1967: 124), the principle of solidarity was a core dogma of the Christianity, socialism, trade union movement and nationalism (Saltman and Dubois, 2004). Solidarity refers to "being ready of individuals to suffer on behalf of the larger group and their expecting other individual members to do as much for them" (Douglas, 1984: 1). It takes shape either vertically: The 'advantaged' helps the 'disadvantaged' by redistributing benefits and burdens, or horizontally: The 'advantaged' and the 'disadvantaged' contribute to the common weal by risk-sharing. Solidarity increases the more the 'advantaged' support the 'disadvantaged', and the more both the 'advantaged' and the 'disadvantaged' contribute to the general interest (Arts and Gelissen, 2001). The prevailing principle of solidarity in the SHI is that insured with low earnings (and/or family members without income) are not denied full medical coverage because they are unable to pay higher contributions. Healthy, young, male, single and high-wage earners supported for paying the benefits of the others. Solidarity is also exclusive: "Only those persons who have not always been poor or outside gainful employment and have made prior contributions are entitled to benefits from the solidarity funds when they are presumed to be in need" (Hinrichs, 1997: 10).

Solidarity has been the core component of statist-corporatism in German health care field. Corporatism is composed of "an ongoing, integrated system of representation, policy-formation and policy implementation, which is organized in terms of the function in the division of labor of those involved" (Schmitter, 1974: 93). In Germany, the state-corporate polity form, which represents both a corporate organization of society and a statist organization of collective agency, is institutionalized. Although the particular realization of the state-corporate form changes over time, the state-corporate

form persists throughout the modern history in Germany. In the state-corporate polity, while existing segmental corporate structures (e.g. occupations, classes, and elites) are rationalized and integrated with polities that deinstitutionalized earlier corporate orders, collective authority is located in a differentiated, insulated, and charismatic organizational center (Jepperson, 2002). The government both involves in economic development and encourages business associations, trade unions, and organization of representation considerably (Whitley, 2007). The networks among organized social actors may balance state centralism, and diffusion-oriented policies take advantage of preexisting networks and norms of collaboration (Spencer et al., 2005).

The coverage has expanded from a small number of employees in particular occupations to all occupants. In addition, the central concept of the SHI has evolved from wage replacement and a death benefit into payment for and/or the provision of both outpatient and inpatient health care and pharmaceuticals. Lastly, the administrative lineament of SHI has changed over time, having begun as voluntary employee funds but from 1883 in taking on a government-mandated legislative structure (Saltman and Dubois, 2004). Beside solidarity in population coverage, funding, and benefits package, risk-independent and transparent contributions, nationally regulated not-for-profit sickness funds as payers/purchasers, pluralism in actors/organizational structure, corporatist model of negotiations, participation in shared governance arrangements, and individual choice of providers and (partly) sickness funds are the basic characteristics of the SHI (Saltman, 2004). While the SHI has been largely incremental in the mode of decision-making, decisions are reached the structure which is characterized by a self-governance of corporatist organization, operating within the framework set by the federal government. Non-profit funding and provider organizations, which perform a triple role between interest representation of their membership, self-administration and a steering function, enacted the self-governance (Barnighausen and Sauerborn, 2004).

On the provider side, statist-corporatism is represented by the SHI-affiliated physicians' and dentists' associations and on the purchasers' side, the sickness funds and their associations. These bodies are based on mandatory membership and they have assumed the status of a quasi-public corporation. "Joint self-regulation", in which at least two actors come together for negotiations leading to contracts and decisions by joint committees, is an important aspect of self-regulation. A joint committee for the hospital sector consisting of representatives of sickness funds and the German Hospital Organization, a Coordinating Committee for the committees for outpatient physician care and hospital care, and the Federal Joint Committee are the most important bodies. The federal government regulates the issues of equity, comprehensiveness and the rules for providing and financing social services. The state governments are responsible for maintaining hospital infrastructure and for provision of public health services (Busse and Riesberg, 2004). As a result, the dominant institutional logic behind the SHI can be called the regulated public.

2. The Great Britain: National Health Service

In the Great Britain, the largest category of health insurers involved "friendly societies", which had been formed during the seventeenth century on a fraternal, craft, or religious basis by the start of the seventeenth century. The industrial revolution, with its resultant shift of rural populations to urban centers, gave impulse to the friendly society movement. By the ends of the eighteenth century, these organizations were sufficiently numerous and important that they were deserving legislative recognition, protection, and control. In the Great Britain, the Friendly Societies Act of 1793 gave encouragement to, and instituted elementary controls over these societies (Perrott and Mountin, 1947). These societies provided coverage for employee families for an additional fee and employee participation in these programs became compulsory in the mid- to late –ninetieth century (Lopes et al., 2010).

The Great Britain transited from a heavily subscribed (two-thirds of employees approximately) voluntary network, in which friendly societies provided sickness benefits and medical attention, to a system of compulsory insurance under the National Insurance Act (NIA) of 1911 (Murray, 2007).

Partly similar to Germany, the Liberal Party of the Great Britain had designed the National Insurance Act of 1911, which passed against the background of widespread labor ferment and increasing Labor Party strength. The Act had created a compulsory and contributory social insurance program providing general practitioner insurance and a sickness benefit for wage earners while it had not covered hospital care, and had applied only to manual employees and lower-income non-manual employees, and excluded employees' dependents from medical coverage (Hacker, 1998). Employees had enjoyed twenty-six weeks of sickness coverage, as well as disability and maternity benefits, in exchange for their compulsory premiums. The system had established an actuarial reserve, which over time paid the full price of an employee's sickness during his or her life span. The actuarial approach had marked a departure from German vertical equity style and this approach had stemmed from the choice to rely on the country's many friendly societies, for-profit commercial insurers alike, as insurance carriers (Dutton, 2007). The compulsory premiums of the employees had made up 4:9 of the NIA revenue, the employers had provided 3:9 of necessary revenue, and the government had fulfilled 2:9 of the revenue (Murray, 2007).

A consensus emerged in the end of 1930s that the provision of health care was inadequate, in terms of both coverage and quality, and irrational, in terms of both distribution and financial problems. Although the NIA of 1911 had provided coverage for general practitioner services, this coverage was limited to manual employees, excluding their families. The general practitioner was isolated from the hospital sector. He was operating usually on the small tradesman principle of running his own practice without the help of the other physicians and was gaining income mainly from the capitation fees of his insured patients. On the other hand, the quality of specialist care varied greatly in the hospital sector. There were no officially agreed criteria of who was a specialist and moreover, in many of the smaller voluntary hospitals, general practitioners were accomplishing both medical and surgical procedures and they were not checked on their qualifications. Specialists were attracted to the parts of the country where the population was well-fixed enough to pay for private care, since hospital consultancies were unearned and they were dependent on private care. Instead of logic of the distribution of sickness, historical hazard determined the distribution of beds across the country. While the voluntary hospitals were regularly duping chronic cases onto the public sector, public hospitals refused admission to patients coming from outside their local authority area. The voluntary hospitals gained income from charges to patients –on a 50:50 basis- either out of their own income or out of contributory insurance schemes. The original aim of the most prestigious of the voluntary hospitals, which was providing care for the poor, could not be fully accomplished because of financial pressures so that they relied upon pulling in the patients who could afford to pay (Klein, 1995).

The trade unions were complaining about the confusing variety of different provisions for sickness and disability and their relationship to other social security provisions, and demanding a properly balanced scheme for the insured people. In 1942, the Unemployment Insurance Statutory Committee published a report, later would be known as the Beveridge Report, since the name of the chairperson of the committee was Sir William Beveridge, who was one of the former directors of the London School of Economics. The report advocated family allowances, a free health service and full employment, and that all the SHI benefits should be at flat rate and at subsistence level with the aim of abolishing poverty (Abel-Smith, 1992). The White Paper was written for setting out the plans for a new health care system. The Paper had two basic principles, which were to remain the foundation of the new system: First, the service should be comprehensive, and second, the service should be free (Klein, 1995). The White Paper represented the starting-point for a possible Conservative health service after 1945 that it gave more freedom for voluntary hospitals and doctors, partly due to Conservative ideology, since the stronger part of the Coalition Government was the Conservative Party, and partly in response to professional pressure (Powell, 1994).

The Labor Party took a parliamentary majority for the first time in the party's history in 1945 election, which gave the unions a new position of authority in relation to the British state and brought into parliament a unified and committed band of MPs (Hacker, 1998). The National Health Service

Acts of 1946 (England and Wales) and 1947 (Scotland) significantly increased cash benefits for wage loss during sickness and cash benefits for other social security purposes. They increased the adequacy of these benefits by providing supplementary payments for dependents of insured people; and provided for regional and local offices of the Ministry of National Insurance to administer cash sickness as well as other types of social security benefits. Under these acts, the approved societies would no longer participate in the administration of compulsory health insurance; their reserves, together with all their other assets derived from national health insurance sources, would be turned over to the new Ministry. Other legislation in 1945 and 1946 increased the scope of cash benefits to be administered by the Ministry of National Insurance. The Acts of 1946 and 1947 provided for comprehensive medical benefits for all persons with no restrictions based on age, sex, income, dependency status, or existing or preexisting physical or mental condition (Perrott and Mountin, 1947). The acts established the National Health Service (NHS), which included universal, comprehensive and free hospital and physician services at the point of use. NHS was funded by general taxation; the voluntary hospitals were nationalized and managed by unselected Regional Hospital Boards together with ex-local government institutions, while general practitioners were administered separately and local authorities were left with residual public health and social care functions (Gorsky, 2008).

In 1945, the BMA had announced “seven principles” for supporting the proposed service. They were no salaried service, clinical freedom, free choice of physicians for patients, free choice for physicians of form and place of work, freedom of every registered practitioner to join the public service, a hospital service centered on universities, and adequate professional representation on all administrative bodies (BMA, 2012). After the passage of the bill, the Ministry of Health entered into negotiations with the BMA to try to ensure that the plan would be implemented without a physicians’ strike. The profession’s political stance was extremely weak that the enactment and implementation of the NHS Act revealed. First, the profession’s official position of the support of extended public coverage but being wholly against a salaried service was reflected exactly its unenviable dependence on the government for expanded revenues and patients. Second, the concessions to doctors were hardly dramatic when viewed within the overall context of the NHS Act. In the final days before the NHS was to begin operating, the Minister made what many saw as a dramatic concession to the BMA: an amendment to the legislation declaring that he would not create a full-time salaried service. However, the effect of the NHS even with this concession was to bring virtually all British doctors into contract with the government for the provision of medical services (Hacker, 1998). The NHS was founded in 1948, bringing together the hospitals, physicians, nurses, pharmacists, opticians and dentists under one umbrella organization. It was the first health care system, which would offer free medical care to the whole population, in any Western society, and it was the first comprehensive system that would base on national provision of services available to everyone by taxation rather the insurance principle with entitlement following contributions (Klein, 1995).

The NHS would have a tripartite structure. First, executive councils, which took over from the old insurance committees, would administrate the services of family practitioners, which were the generic term for general practitioners, dentists, opticians, and pharmacists. Local professionals, local authorities, and the Ministry of Health would charge executive councils and the Ministry would fund them. Although executive councils were not administrative bodies, they would administrate the contracts of family practitioners, hold lists of local practitioners and handle complaints by patients. Second, local authorities vested responsibility for a range of environmental and personal health services including maternity and child welfare clinics, health visitors, midwives, health education, vaccination and immunization, and ambulances. Central government grants and revenues raised by local authorities would provide funding of the services. Third, Regional Hospital Boards (RHBs), Hospital Management Committees (HMCs), and board of governors, which were completely new bodies, would administrate hospitals. The teaching hospitals would have special status of organizing under boards of governors under direct contact with the Ministry of Health. The Minister of Health

would charge RHBs, which successively would charge HMCs. Money for the teaching hospitals would be allocated straight from the Ministry to boards of governors (Ham, 2009).

The legislation of the NHS prescription charges, which were a form of co-payment operating in the NHS in England (these charges were abolished in Wales and Northern Ireland, and were started to phase out in Scotland in 2011), was passed in 1949 giving the power to charge for prescriptions. However, in 1952, user charges for prescriptions were first introduced and have been in place since then, apart from a period between 1965 and 1968 when there was no charge (Boyle, 2011). On the other hand, general practitioner pay was based on the “pool system”, a given amount of money setting aside as the pool from which all payments would be made to general practitioners, during the 1950s. Before the NHS, there was a commercial logic behind the relationship between general practitioners and consultants: General practitioners were the gatekeepers; all referrals to hospital had to come through them, and so they were assured of patients. Once patients passed the gate, consultants took over and they were assured of patients, too. While the NHS removed the commercial logic behind the system, general practitioners were started to be frustrated. In 1966, after months of negotiations between the BMA and the Ministry of Health, the compromise finally emerged. The pool was abolished, an agreement for encouraging investment in general practice was established, and various modifications on calculating earnings were agreed. A salary element was introduced, as were new incentives for general practitioners in under-provided areas of the Great Britain (Klein, 1995). Spending on the NHS increased, determined both by demand and by recognition of the need for investment in improved facilities and new technologies. The 1962 Hospital Plan of the Ministry of Health established a national vision of new, larger hospitals (known as district general hospitals, DGHs) providing services to geographically based populations of up to 150 000 people (Ham, 2009). In 1968, the Medicines Act described three types of drug as available: those on the General Sale List, which could be supplied by someone other than a pharmacist; those that could be supplied usually only through a pharmacy (or other health care professionals such as doctors, dentists, nurses) and could be bought by direct payment of individual; and prescription-only medicines. At the same year, the merger of the Ministry of Health and the Ministry of Social Security formed the Department of Health and Social Security (Boyle, 2011).

The problems of securing coordination between the three different parts of the NHS, the poor quality of care provided to certain patient groups like elderly and mental disabled people, and the difficulties of administrative control of NHS led to the reorganization of the NHS. In England, the National Health Service Act came into operation in 1974. Regional Health Authorities (RHAs) took over from the RHBs, with slightly wider responsibilities and somewhat modified boundaries, their main function would be the planning of health services, and the Secretary of State for Social Services would charge their members. Below the RHAs there were Area Health Authorities (AHAs). The Secretary of State would charge the AHA chair. The RHAs, local authorities, and members of non-medical and nursing staff would charge the members of the AHAs. One of the AHAs' most important functions was to develop service jointly with their matching local authorities. Family Practitioner Committees (FPCs), which would administrate the contracts of family practitioners, were alongside the AHAs and the AHA, local professionals, and local authorities would charge their members. The Department of Health and Social Security would fund both the AHAs and the FPCs. Most areas were divided into health districts. District Management Teams would administrate the districts, which became the lowest grades of the NHS. Community Health Councils, which were located at district level, introduced to represent the views of the public to health authorities. Somewhat different arrangements were made in the rest of the Great Britain until the reorganization had similar structures to the English structures (Ham, 2009). Turkey in 1961 (Savaş et al., 2002) established the NHS system. Sweden in 1968 (Rico et al., 2001), Norway in 1970 (Johnsen, 2006), Denmark in 1973 (Strandberg-Larsen et al., 2007), Italy in 1978 (Lo Scalzo et al., 2009), Portugal in 1979 (Barros et al., 2011), Greece in 1983 (Economou, 2010), and Spain in 1986 (García-Armesto et al., 2010) and left the SHI and adopted the NHS system.

Since the allocation of NHS resources between different parts of England was unequal, the Conservative government created District Health Authorities (DHAs) in England and combined the functions of the existing areas and districts in 1982 (Boyle, 2011). The FPCs were separated from the mainstream NHS administration and achieved an independent status in 1985. Moreover, Special Health Authorities were established to run the postgraduate teaching hospitals in London (Ham, 2009). The focus of the Conservative Government policy was, coupled with the emergence of major funding pressures, to increase the NHS efficiency and make the NHS businesslike during the first half of the 1980s. In 1989, Secretary of State for Health published *Working for Patients*, the Prime Minister's Review of the NHS. The government proposed to maintain the public finance of the NHS and on the supply side of health care, to create an internal market for achieving greater efficiency through increased competition. The main assumption was that the introduction of market incentives would change the economics and politics of health provision. In 1991, the Conservative Government implemented the NHS and Community Care Act. The reforms were based on three main principles. First, the large public hospitals, if they preferred to become NHS Trusts, while they stayed still publicly owned, were freed from the main rules governing their activity. Second, each district became a buyer of services rather than supplier and could look for services from the private as well as public sector. FPCs became Family Health Services Authorities (FHSAs). Third, larger general practices, called general practitioner fund holders (GPFHs), were able to hold budgets to buy services and were encouraged to consider carefully the services they demanded and to choose the most cost-effective ones. As the reforms were applied, a variety of patterns of service developed, based on local conditions thus there was no standard practice (Allsop, 1995). Furthermore, it was understood that a contract-based system was more expensive to administer than the integrated system it replaced. In 1996, a new reorganization of the NHS took place. The functions of RHAs and the regional outposts in regional offices merged under the name of NHS Executive. The roles of DHAs and FHSAs were combined under unified health authorities (Ham, 2009).

In 1997, the election of the Labor Government led to further changes to the NHS structures, although the fundamental division between buyers and suppliers was retained (Boyle, 2011). While fund holding would be abolished, the principles of fund holding would broaden to all family physicians and community nurses through a system of primary care groups (PCGs). On the other hand, the regulation agencies like National Institute for Clinical Excellence (NICE) were created for reducing variations in performance. In 1998, the implementation of the reforms were started. In 1999, it seemed that the government could not achieve its goals of reducing waiting lists financing for new drugs and medical technologies despite serious funding increases (Ham, 2009). Primary Care Trusts (PCTs) and Strategic Health Authorities (SHAs) replaced PCGs and Health Authorities, respectively (DH, 2001). The new structure was implemented in 2002. In 2003, Centers Quality Commission (CQC) was introduced to maintain nationally set quality standards. On the other hand, there has been a marked increase in private sector participation in the provision of services to the NHS since 1997. Although, a small but significant private sector had always provided services to the NHS, this has been formalized since 2000. Private Finance Initiative (PFI), which contracts private companies to build facilities and operate them for the NHS over periods of thirty years or more, and Independent Sector Treatment Centers (ISTCs), through which the private sector compulsory introduces into NHS provision has been the most typical practices on this way. In 2004, the NHS Employers was set up to devolve decision making about policies with respect to human resources, including negotiations about pay and conditions, away from the Department of Health. At the same year, a collective agreement was reached on a new pay system, which adjusted the pay scale for all directly employed the NHS staff except senior managers and those covered by the Doctors' and Dentists' Pay Review Body. Contracts for consultants passed through significant reforms in 2003 and those for general practitioners in 2004. New contracts were also introduced for dentists in 2006 and community pharmacists in 2004. Moreover, a new approach to services called "payment by results" (PbR) were introduced in 2004. The PbR is a form of activity-based funding involving "healthcare resource

groups” (HRGs), the English equivalent of the DRGs. Contracts between PCTs and providers reflect this new way of measuring services or activities (Boyle, 2011).

The creation of the NHS was the result of a new logical shift towards universality, which went beyond either party or interest politics in the Great Britain. Universalism was the outcome of new perceptions of the relationship between the economic structure of society and government (Porter, 1999). The White Paper of 1944 had described universality as “...the availability of necessary medical services shall not depend on whether people can afford to buy them, or any other factor irrelevant to real need...to bring the countries full resources to bear upon reducing ill-health in all its citizens...money should not be allowed to stand in way of providing advice, early diagnosis and speedy treatment” (Allsop, 1995: 29). “All” was the key word that the government would offer comprehensive, free, and unlimited health care for everybody whatever their need (Evans, 2008). Moreover, health has started to be accepted as one of the basic human rights since the end of World War II. In 1945, the United Nations Conference on International Organizations in San Francisco voted to establish a new international health organization. A year later, the International Health Conference in New York approved the Constitution of the World Health Organization (WHO). Delegations were from all fifty-one members of the United Nations, thirteen non-member states were represented, and Germany, Japan, and Korea were represented as observers. In 1948, the WHO Constitution obtained enough signatures to bring it into force (McCarthy, 2002). The Constitution (1948: 2) defined health as a fundamental human right and “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. The necessity of governments-individuals cooperation for health of people and governments’ “responsibility for the health of their peoples...fulfilled only by the provision of adequate health and social measures” were stressed.

Although, the Great Britain is a “liberal” polity, and “government activity and even an elaborated welfare state, need not indicate a move from societal to statist collective agency” (Jepperson, 2002: 71), compulsory health insurance was justified through re-forging liberalism and approaching on alternative statist currents. Statism situates collective purpose and authority in a differentiated and isolated organizational center, which is the “state”. According to statism, government officials must govern individuals’ or groups’ access to the public arena and politics are founded on pursuit of objective national interest (Jepperson, 2000). If the system is successful in protecting all actors from domination by external actors and in affording equitable and predictable treatment to all, it works (Helderman, 2007). While public’s acceptance of, and demand for, government involvement in the provision and finance of health care was a bequest of commonality and mobilization of World War II, these opinions were largely rooted in the public’s prior experiences with government health programs. Especially, the NIA of 1911 stipulated the public to accept government involvement and supported free government health care (Hacker, 1998).

As mentioned previously, there was a public consensus that health care system was inadequate and irrational, and the voluntary hospital system was no longer feasible financially, before the NHS. There were two main strands within this consensus. The first strand was the opinion of those intolerant to clutter, inefficiency, and incompetence. This was a tradition going back to the days of Chadwick. It was moreover, the opinion of practical men of affairs, who were trying to find solutions to immediate problems. The second strand was the opinion that the public hospital services provided by local government would have to be integrated into any national scheme that might emerge. When the people considered about the possible solutions for health care, they had before the two models: The SHI, an import from Bismarck’s Germany, and the public health services, developed by and based on local authority provision in the nineteenth century. The first model was consistent with medical care in the strict sense, in which physicians provided care and intervention with the aim of curing sickness, and the second model was consistent with health care in the larger sense, which was all forms of care and intervention influencing health of the members of community (Klein, 1995). Finally, in 1948, the NHS was established to be the tool “for delivering health care in a rational, efficient and fair way across the country” (p. 26).

The NHS was organized along formal bureaucratic logic and decision making were centralized (Allsop, 1995). As a result of the internal market reforms of 1990s, the reforms of 2000s about formalization of the involvement of private sector, and new quality, rationing, corporate bodies for the NHS employees, the dominant logic has evolved to the hybrid logic of managerialist bureaucracy. Most regulatory activity is independent self-regulation through a range of bodies and the NHS hospitals are in the process of attaining greater autonomy from the Department of Health through achieving the funding trust status, although they remain subject to a system of external audit and inspection. PCTs operate within a target-based framework, reflecting their responsibility for the use of public funds to meet the health needs of their local populations. The CQC regulates the health care through registration, annual inspection, monitoring complaints and enforcement. The NICE determines whether interventions provided within the NHS (drugs and other technologies, procedures, clinical guidelines, and to some extent, systemic interventions) are safe, effective and cost-effective. Health care professionals have retained a significant degree of autonomy in regulating their practice through their professional associations. However, the system of statutory professional regulation had been called into question by a number of high-profile failures. As a result, a series of reforms of the regulation of health care professionals were enacted. Those reforms were designed to address key areas of concern, particularly the independence of the regulators and the need for revalidation of all professionals. The independence of the regulators was to be enhanced by including equal numbers of nonprofessional and professional membership on bodies and by introducing more accountability to parliament. The responsibility for publicly funded health care still rests with the Secretary of State for Health, who is accountable to parliament. The Department of Health is the central government body responsible for setting policy on the NHS (Boyle, 2011).

3. Canada: National Health Insurance

At the end of 1940s, Canada started the efforts for compulsory health insurance. Canadians were optimistic and encouraged for social policy developments and Canadian leaders were also influenced by the progress toward the NHS in Britain (particularly by the Beveridge Report) at the end of World War II (Hacker, 1998). The federal government put forward a broad package of social security and fiscal changes, part of which included an offer to cost share 60% of public hospital and medical care insurance in the 1945/1946 Dominion-Provincial Reconstruction Conference. The provinces rejected this offer because of concerns about the administrative and tax arrangements that would have accompanied the comprehensive social security program (Marchildon et al., 2005). Later, the most influential incentive on the Liberal Government, similar to the Bismarck of Germany and NIA of Great Britain cases, was the growing impact of the socialist party, Cooperative Commonwealth Federation (CCF). The CCF came to power in province of Saskatchewan in 1944 and started a subversive campaign for federal health insurance (Hacker, 1998). Saskatchewan's government initiated a tax-funded plan that paid for the hospital care of all residents in 1947. In 1949 British Columbia and in 1950 Alberta implemented universal hospitalization schemes. In 1955, the Government of Ontario announced its willingness to implement public coverage for hospital and diagnostic services if the federal government would agree to share the cost with the province (Marchildon et al., 2005). In 1957, the federal government passed the National Hospital and Diagnostic Services Act, under which services in provinces were insured and eligible for 50% federal cost sharing only for hospital care. The terms of the Act accepted by all provinces by 1961 (Vayda et al., 1979). The insurance for both diagnostic and therapeutic medical care gained popularity all over the country and perceived as a success. In 1962, Saskatchewan took the stage one more time, ordaining the Medical Care Insurance Act, under which universal coverage was provided. After a provincial strike of the physicians, it was compromised that universal health insurance within the province administered under government control, in exchange, physicians were allowed to balance bill patients for any charged amounts above the government fee schedule (Duncan et al., 2010).

The reform in Saskatchewan generated even more serious professional resistance by the Canadian Medical Association (CMA) to the national insurance than had existed before the reform. Furthermore, the reform contributed to the adoption of alternative health insurance plans in other provinces. Alberta, Ontario, British Columbia, and Quebec began introducing programs designed to encourage voluntary insurance and physician-controlled prepayment programs. Finally, the difficulty of implementing medical care insurance in Saskatchewan generated considerable concern in federal government. On the other hand, the Liberal Government faced an emerging threat from the left by the New Democratic Party (NDP) that, having being formed out of CCF in 1962. Nevertheless, the Liberal Minority Government elected in 1963. One year later, the Royal Commission on Health Services prepared a report that recommended universal public insurance for medical care based mainly on the Saskatchewan model and a system of federal-provincial cost sharing for achieving this coverage. According to the report, it was imperative all programs for personal health services lodged at the same level of government so that they would be integrated. In 1965, the Liberal Minority Government reelected and persisted pursuing a national plan since they were forced to do so because of their need to support of the NDP (Boychuk, 2008). One year later, the federal government passed the Medical Care Act with federal cost-sharing transfers to begin flowing in 1968 to the provinces conforming to the four general principles of universality, public administration, comprehensiveness and portability. By 1972, all the provinces and territories had implemented national health insurance (NHI) for physician care. Historically, provincial governments encouraged hospitals by subsidies to admit and treat all patients, irrespective of their ability to pay. Private-for-profit hospitals were excluded, thus limiting the already small number of such hospitals in although there were few state-owned and controlled hospitals (Marchildon, 2005).

One of the most distinctive aspects of the NHI was the prominent role that federalism played in its development. Federalism pushed toward the NHI and it played a role in the development of Canadian health policy. Although the provinces had control over the administration of health programs, the federal government made widespread use of federal grants and standards to shape provincial policies (Hacker, 1998). During the 1970s, there were a rapid expansion of public coverage and subsidies for health care services well beyond hospital and medical care. These included prescription drug plans, and programs, services and subsidies for home care and long-term care. These initiatives varied considerably across the country depending on the fiscal capacity and policy ambitions of the region in question. The federal government replaced federal cost-sharing with federal tax and cash transfers to provinces tied to growth in GNP and population by the Established Programs Financing (EPF) Act in 1977. Provinces no longer required spending federal money on hospitals and medical care and they could apply transfer money to health expenditures in general including drug plans and home care. On the other hand, the federal government was able to cap its growth in health transfer to the growth in the economy (Marchildon, 2005). These arrangements seemed to satisfy both the federal and provincial governments in the short term (Boychuk, 2008). Australia in 1975 (Healy et al., 2005), and South Korea in 1977 (Chun et al., 2009) adopted the NHI.

In spite of the EPF, the physicians continued to charge extra to patients and hospitals went on charging patients user fees. As a result, the federal government enacted the Canada Health Act of 1984, which replaced the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act. The federal government was required to deduct (dollar-for-dollar) from a provincial government's share of the federal transfer the value of extra charges or user fees imposed by any physician or health facility in that province (Marchildon, 2005). Accessibility, as the fifth national principle, was added to the previous four principles and it announced in the Act (Boychuk, 2008). Until the mid-of-1990s, the federal government had transferred funds to provinces under three major programs: equalization, the EPF, and the Canada Assistance Plan (CAP). These fiscal arrangements involved not only a substantial amount of revenue sharing from the federal government to the provinces but also a significant amount of redistribution across provinces. In 1996, the federal government replaced the EPF and the CAP with the Canada Health and Social Transfer (CHST) and argued that block granting

offers provinces more flexibility in the provision of social assistance and provides greater predictability and financial sustainability of transfers (Snoddon, 1998). The federal government announced the Health Care renewal Accord of 2003 after the negotiations with the provinces. The report ingeminated the principles of the CHA with a renewed focus on timeliness of access, quality of services, and sustainability of the system. The main thrust of the Accord was the extension of the NHI to home care and catastrophic drug care by the end of 2006 (Boychuk, 2008). The further reforms were announced in A 10-Year Plan to Strengthen Health Care in 2004. The Plan included work toward reforms in key areas such as waiting times; human resources; Aboriginal health; home care; primary health care; a national pharmaceutical strategy; health care services in the North; medical equipment; prevention, promotion and public health; and enhanced reporting on progress made on these reforms. The federal government increased health care cash transfers including annual increases to the CHST from 2006-07 until 2013-14 to provide predictable growth in federal funding to support the Plan (HC, 2012). In 1983 New Zealand (French et al., 2001), and in 1995 Taiwan (Wagstaff, 2007) adopted the NHI.

Universality, which was defined as “ensure entitlement to all insured health services on uniform terms and conditions” in Canada Health Act of 1984, has been the basic value of the NHI, like the NHS. However, this principle met the ideology of statist-liberalism, which can be considered as a hybrid of liberalism and statism, both of which are associational models. Associational models are about the commitment and capacities of public actors, rather than about functions and roles. They increasingly underline mass and group activity as the basis of social and political organization, and decreasingly underline religious, occupational, communal, and familial representation (Jepperson, 2002). According to statist-liberalism, liberty is about the state’s securing the best possible conditions for human prospering (Pierson and Leimgruber, 2010). Statist-liberalism tends to assume the moral primacy of the state over society: the state is looking after the public interest, while society is the place where sectional, particularistic interests tend to prevail (Guarnieri, 2007). Statist-liberalism in health care has mixed with “New World federalism” (Jepperson, 2000) in Canada, also. Regional integration has always been one of the central issues, and ethno-linguistic and economic tensions among regions have remained powerfully. While federal intervention in health care provided a direct relation with the citizens in the disparate regions, and furthered a sense of fond regard, recognition of the potential role of health policy in nation building incited straining resistance on the part of certain provinces to new federal health insurance programs (Boychuk, 2008).

The dominant logic of the NHI can be named as administrated market. As mentioned previously, the NHI has four more national principles beside universality. According to these principles, each provincial plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority (public administration), the plans must cover all insured health services (comprehensiveness), each provincial plan must be portable among provinces (portability), and the plans must not impede or preclude, whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to insured health services (accessibility) (HC, 2012). The relationship between provincial governments through regional health authorities (RHAs) and the actual providers of health services combines relations based on hierarchical integration with relations based on contract. In this sense, RHAs are responsible for the “make or buy” decision. RHAs allocate global budgets to most hospitals and clinics providing medically necessary services. Although the majority of physicians continue to be paid based on fee for-service, some provinces have e alternative payment contracts with family/general practitioners, some of whom have accepted variations on a combined system of salary, capitation and fee-for-service. Despite the major shift towards a regionalized system of administration and delivery in most provinces, health facility accreditation through the Canadian Council on Health Services Accreditation remains voluntary and nongovernmental in nature. There is no single national agency responsible for system-wide national planning, because of the constitution and the decentralized nature of health administration and delivery. Most system-wide planning is done within the ministries of health at the provincial level (Marchildon, 2005).

4. The United States: Private Health Insurance

In the United States, the political conditions and institutions were different since classical liberalism had been extremely dominant in the relations between state and society. In 1798, Congress set up a system of compulsory hospital insurance for merchant seamen since the group was commercially and epidemiologically strategic because of its role in foreign commerce, but this was an exception (Starr, 1982). Commercial insurance developed hardly although many fraternal societies and industrial sickness funds, which included the ones operated under the auspices of a particular company for (and often by) its employees called establishment funds, and the ones operated by labor unions for their members (Murray, 2007), provided the sickness and medical benefits. These were less common ways of spreading the costs of sickness in the United States than they had been in Germany and the Great Britain before government intervention (Starr, 2011).

The American Association for Labor Legislation (AALL), a small, primarily academic group of reformers proposed a bill, which aimed compulsory health insurance, in 1915 (Quadagno, 2005). The AALL called the initiative “health insurance” rather than the more German “sickness insurance” since the United States was going to the World War I against Germany (Dutton, 2007). The proposal called for medical aid, including all physicians’, nurses’, and hospital services; a sickness benefit; maternity benefits; and a modest death benefit. The reformers proposed dividing the costs among employees and employers, each to pay two-fifths and the government, to pay the remaining fifth. The AALL argued that compulsory health insurance would relieve poverty caused by sickness through distributing the uneven wage losses and medical costs that individual families suffered. The compulsory insurance would reduce the total costs of sickness and insurance to society by providing effective medical care, creating monetary incentives for disease prevention, and eliminating wasteful expenditures on industrial insurance. These concerns were typical of the Progressives and reflected the political conditions of democratic capitalist society, which made it incumbent upon reformers to gain the support of both public and powerful business interests (Starr, 1982). The most implacable opponent of the bill was the insurance industry since the AALL’s bill struck at the death benefit, which was one of the most profitable lines of business for some big insurance companies. Employers objected to the provision of the sickness benefit because it may increase skulking and to accept responsibility for the costs of all sicknesses of their employees. The American Association of Labor (AAL) opposed the bill because of the argument that employees should look to unions for protection, not to the government. The reformers enjoyed the cooperation of the American Medical Association (AMA) at first because of financing medical care for many people would benefit physicians. However, the AMA turned against compulsory health insurance later on because of the idea that the government would force the physicians to compete for contracts to care for groups on capitation basis (Starr, 2011). The bill was not legislated in any states and the AALL announced that they backed away the compulsory health insurance bill in 1921 (Dutton, 2007).

The focus of reform shifted from stabilizing income and increasing efficiency to financing and expanding access to medical care, although the broad objective of health insurance continued to be relieving the economic problems of sickness during the 1920s. At that time, the middle class started to feel the rise in medical costs, which includes the increase in the costs of both physicians and hospitals. In 1921, Congress created the Veterans’ Bureau and in 1930, the President signed the executive order establishing the Veterans Administration (VA). By World War II, the VA was operating the largest hospital system in the country with ninety-one hospitals (Starr, 1982). In the late 1920s, individual hospitals and hospital associations started to use the plans, which were later called “Blue Cross”, for groups of employees to buy insurance for hospital expenses. Furthermore, commercial insurance companies started to achieve their eventual dominance over industrial sickness funds by developing better actuarial technology (Murray, 2007). Reformers saw public and nonprofit health insurance as a response to growing medical needs as well as medical costs. The standard argument of reformers was that as result of improvements in science, all Americans needed more medical than they were

receiving beginning with the report of the Committee on the Costs of Medical Care in 1927 (Starr, 2011).

In 1933, the new elected President Franklin D. Roosevelt introduced the New Deal, which was the general name of the package of programs for curing the defects of Great Depression. The Committee on Economic Security, considered national health insurance in a preliminary report in 1934. AMA members sent numerous letters, postcards, and make phone calls to members of Congress condemning compulsory health insurance. As a result, the Social Security Act of 1935 created a wide range of programs but not compulsory health insurance (Quadagno, 2005). In 1938, the Technical Committee on Medical Care announced the propositions for the nation's health needs to the public. The Committee proposed expanded public, maternal, and child health services; expansion of hospital facilities; increased aid for medical care for those on relief and others who had no funds for health care; consideration of a general medical care program supported by taxes, insurance, or both; and federal action toward a program of compensation for wage losses due to temporary or permanent disability. After one year, a bill was introduced incorporating the recommendations of the Committee and leaving health insurance as an option to the states; it passed by the Senate but could not pass in the committee for lack of support from the President (Starr, 1982). Another effort was launched to enact compulsory health insurance in 1943, but once again, the President objected, refusing to invest presidential prestige in the campaign. This proposal was the United States' first truly compulsory health insurance legislation, since the federal government played a dominant role unlike the previous attempt (Dutton, 2007). Meanwhile, the War Labor Board permitted firms to offer marginal benefits to attract employees in the tight wage-controlled labor market in 1942. Enrollment in employer-sponsored hospital insurance plans rose quickly from that time on. After the war, unions won the right to bargain collectively for health benefits and employee health benefits were freed from federal taxation, hospital insurance plans expanded (Hacker, 1998).

After death of Roosevelt, Harry Truman became the President in 1944 and became the first president who called for national health insurance in a message to Congress in 1945. His program, which would modeled on Social Security, was to be federally run, compulsory, and nearly universal (Starr, 2011). Although public reaction to the plan was sympathetic at the beginning, the AMA started to struggle. The agencies of the federal government such as the Children's Bureau, Veterans Administration, and Public Service did not support the President's plan (Starr, 1982). At that time, the executive legislation relating to health care was the Hospital Survey and Construction Act of 1946, which provided federal funding for hospital construction. The Act brought a federal-state program, which states were not required to participate, and it directly included a separate but equal provision in the legislation. As long as the general result did not lead to the inequitable distribution of health services because of race, facilities built using federal funds could be racially segregated (Boychuk, 2008). The Republicans took control of Congress in 1946 and had no interest for national health insurance. Truman and the Democrats won the election in 1948 and the AMA started a massive campaign against the "socialized medicine". The AMA used the ideological arguments of the early Cold War extensively when opponents of the national health insurance chaired key committees within Congress (Starr, 2011). Furthermore, AMA itself was a highly segregated organization. Support and opposition to compulsory health insurance were classified along segregationist and anti-segregationist lines implicating the link between national public health insurance and civil rights. Congressional representatives of the southern states became a critical side of the opposition (Boychuk, 2008). Consequently, the reform failed again. In 1950, Congress ordained a small program of federal aid partly reimbursing the states for the medical costs of welfare receivers in 1950, and a commission, which was created by the federal administration in response to the defeat on national health insurance, introduced a proposal for sixty days of hospital coverage of elderly on Social Security in 1951 (Starr, 2011).

In 1964, the Democrat President Lyndon B. Johnson won the election and an opportunity for health care reform emerged again. Because of both the President's determination and the great

majority of Democrats in Congress, the AMA introduced its own plan for elderly for expanding voluntary insurance and stressed that its program would provide the elderly broader benefits, including physicians' services (Starr, 1982). Unlike the previous periods, trade unions took the lead in promoting national health insurance for elderly because this program could both show what an incorporate labor movement could achieve and solve the problem of insuring retired members, whose high costs created problems when the unions tried to negotiate wage increases and other benefits for working members (Quadagno, 2005). Last but not least, the developments relating to civil rights played a key role. Three important developments affected the debate of health insurance. First, a court found the separate-but-equal provision of the Hospital Survey and Construction Act of 1946 unconstitutional in 1962. Second, the Civil Right Acts, which had Title VI stating that "no person in the United States shall, on the ground of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance" (Nash, 1968: 246), was passed in 1964. Third, the southern campaign of massive resistance to preclude integration in public education was failing evidently (Boychuk, 2008).

In 1965, Congress enacted the Medicare for elderly and Medicaid for poor. In Medicare, hospital insurance was funded by an increase in the Social Security wage levy and physicians services was provided by voluntary insurance which would be paid by beneficiary premiums and the federal treasury. Medicaid was a more ample version of the Kerr-Mills Act of 1960 (Dutton, 2007). Medicare and Medicaid originated from different traditions. Broad grassroots support upheld Medicare, which was attached to Social Security and had no class differentiation. Medicare had uniform national standards for eligibility and benefits and it covered anyone at or over the age of 65 years. On the other hand, Medicaid carried the stigma of public welfare, varied from state to state in terms of eligibility and benefits, and limited eligibility to people below a predetermined income level (Shi et al., 2010). Hereafter, the federal government became the largest single purchaser of health care services (Scott et al., 2000).

Around 1970, the federal government was not being able to control rising costs and the arguments of renovating the health care system entirely and giving the responsibility in the hands of the federal government as the only purchaser rose (Quadagno, 2005). As the 1972 election neared, the President Richard Nixon became confident that his own health insurance proposal was needed to compete with Edward M. Kennedy's, who would be seen as the Presidential candidate of the Democrats (Starr, 2011). In 1971, the President announced his health strategy composed of two parts. The first part was about a national health insure which based on an employer mandate. Employers would provide a minimum package of health insurance benefits under Social Security. A federally administrated Family Health Insurance Program would provide a more limited package of benefits for low-income families. The reductions in Medicare would pay part of the added costs. The poor would have a second-class standard of coverage and their coverage would reduce in some states (Starr, 1982). Congress and the Nixon administration could not reach an agreement on universal coverage since the 1972 election was very near. At the beginning of the second term, Nixon prioritized national health insurance for winning back the public support, which was dissolving since the Watergate scandal. However, he resigned in 1974. Interesting that, Nixon was the first president to submit legislation although he was a Republican (Starr, 2011).

The second part of Nixon's strategy was about a new payment and financing alternative called "health maintaining organization" (HMO). The core idea was that the providers (physicians or hospitals) would share responsibility with insurers for their patients' health. In public, Nixon emphasized that traditional medical approaches like fee-for-service entertained an "illogical incentive": the physicians gained from sickness rather than health. In 1973, the HMO Act was signed into law. The Act defined the HMO so broadly that simple networks of independent physicians or associated hospitals, even if reimbursed on fee-for-service basis could measure up. The government subsidies would be available to for-profit insurers wherever they operated. Lastly, all employers of more than twenty-five employees, who already provided a health insurance plan, were required to

offer an HMO option also if it were available in their area. This guaranteed HMOs access to the employment-based health insurance market. Reciprocally for government subsidies and freedom from state legislative mandates, HMOs had to apply community rating of their plans. In spite of the federal intervention, HMOs did not become popular in the 1970s. Even if the name had changed, the bad reputation of prepaid group practices, which explicitly limited patient choice of physician and implicitly restricted physicians' clinical freedoms, remained a major obstacle (Dutton, 2007).

Several states had obtained federal blessing for experimenting with rate setting for hospital care of Medicare beneficiaries as well as other patients during the late 1970s. Hospitals started to receive a flat payment per admission adjusted for the patient's diagnosis, under a system introduced in 1980 in New York. In contrast to Medicare, which reimbursed hospitals retrospectively on the basis of the costs they occurred, this system of prospective payment by "diagnosis-related groups" (DRGs), which was developed by researchers at Yale University, aimed to give hospitals an inducement to control costs (Starr, 2011). The primary objective in the construction of the DRGs was a definition of case types, each of which could be expected to receive similar outputs or services from a hospital. Congress ordained the Prospective Payment System (PPS) in 1983. PPS tied Medicare payment for hospital services to diagnostic categories that pointed which types of patients were to be allowed in for care and provided hospitals with a set amount of funds per patient (weighted by diagnostic category) to cover treatment rather than reimbursing them for costs entailed. The PPS was similar to capitation payment except that the reimbursement level took into account the type and serenity of sickness (diagnosis) (Scott et al., 2000).

The variations of HMOs emerged and grew in an innumerable way in the 1980s by creation of a broader set of alternatives to the conventional fee-for-service insurance. Here was the era of "managed care" which referred to the form of health coverage, which would regulate treatment decisions or contract selectively with the physicians or more likely do both (Starr, 2011). In the classic staff or group HMO, the physicians were employed by the health plan (staff) or have exclusive contract with the plan (group). Although salary was common, mixed financial incentives could be used in staff or group model. In independent physicians association (IPA) or network model, the physicians maintain independent practices and they non-exclusively contract with the plan. Some capitation and withhold pools or bonus arrangements were able to be included in IPA or network model. In preferred provider organization (PPO), the physicians maintain independent practices and non-exclusively contract with the plan. Although fee-for-service by using fee schedule was common, withhold pools or bonus arrangements could be included. While in both group or staff and IPA or network model the patients had to see group or staff and IPA or network physicians, in PPO the patients were encouraged to see PPO providers (e.g. with more favorable cost sharing) and out-of-PPO care was sometimes covered with less favorable cost sharing (Baker, 2010). On the other hand, self-insured employee health plans that effectively operated free of regulation were spread broadly in the 1980s. In 1986, Congress extended to employees a right to buy group health coverage for up to eighteen months after being furloughed. In the same year, Congress enacted the law that gave individuals an explicit right to emergency medical treatment by hospitals that participate in Medicare (Starr, 2011).

Bill Clinton, the President of the Democratic Government, was the first president of the United States, who proposed legislation for universal coverage in 1993. Clinton's reform choice was "employer mandate" that either providing health insurance or pay a substitute tax to cover employees by other means, also known as "play or pay". Regional health alliances, quasi-governmental organizations through which employers, even small ones, could purchase community-rated insurance at competitive prices, would be created. Insurance companies would themselves control prices by managed care, in competition to sell their policies to the health alliances, called "managed competition". The President also proposed "backstop" premium caps, which could have been activated if prices rose too quickly. However, since organizations, which had more than five thousand employees, could opt out of health alliance participation, the plan permitted maximum maneuvering room for employers and the unions' funds (Murray, 2007). However, the reform failed again because

of two main reasons. First, while the administration moved too slowly to enact reform and spent too much time designing its own plan without input from Democrats in Congress (who were confused over different reform options), it overreached in trying simultaneously to secure universal insurance, enforce robust controls on health care spending, and transform the health care delivery system (Marmor and Oberlander, 2011). Second, although the plan had broad support from the public and from business when it was introduced, both of them turned out vulnerable to erosion, countermining the administration's capacity to drive a final compromise (Starr, 2011).

In 2010, when Barack Obama was the President of the Democratic Government, the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) was enacted. Since Medicare and Medicaid, the Act will realize the most significant transformation of the American health care system. Businesses with fewer than fifty employees will get tax credits covering up to 50% of employee premiums. The bill establishes a temporary program for companies that provide early retiree health benefits for those ages 55-64 in order to help reduce the often-expensive cost of that coverage. The cut-off age for young adults to continue to be covered by their parents' health insurance rises to the age twenty-seven (DHHS, 2012). Direct tax penalties if people have no health plan through their job or have not purchased one on their own ("individual mandate"); indirect penalties for individual plans with new taxes on high-end health plans; indirect expenses for job-based plans with lower coverage levels and/or diverted wages, capped flexible spending accounts and health spending accounts, and indirect expenses for all with increased costs for drugs and medical devices in order to cover new fees will finance the reform (Manchikanti et al., 2011). 16% of adults ages 19-64 were underinsured in 2011. Thanks to the PPACA, it is estimated that the number of underinsured people will be under 5% by 2015 (Schoen et al., 2011), and by 2019, it is estimated that the percentage of people without health insurance would be about 6% under the legislation (Elmandorf, 2009). In 2012, the Supreme Court will decide on the constitutionality of the individual mandate. By 2011, approximately 70% of the hospitals were under private not-for-profit, 15% of the hospitals were under private for-profit and 15% of the hospitals were under public ownership (Thomson et al., 2011).

In the United States, health care has been accepted as an individual benefit rather than a universal human right, mostly. Individualism is "a worldview that centralizes the personal—personal goals, personal uniqueness, and personal control—and peripheralizes the social (Oyserman et al., 2002: 5)". Individualism is at the center of American culture, and some researches show that the United States is the most individualistic country (e.g. Hofstede, 1980). Americans "believe in the dignity, indeed the sacredness, of the individual" (Bellah et al., 2007: 142). American individualism was linked with democracy, equality, and open society (de Tocqueville, 1835/2002). In all health reform attempts, individualism, dominated over collective equality. The proponents of compulsory health insurance argued that to obligate a forfeit on the part of the individual in the form of a small tax or insurance, would free him or her from fear of health care pauperism. On the other hand, opponents encouraged voluntary measures, personal responsibility, and employee autonomy (Dutton, 2007).

Individualism has a very close relationship with liberalism. There are two kinds of liberalism, one "classical" and the other "modern". While classical liberalism "focuses on the idea of limited government, the maintenance of the rule of law, the avoidance of arbitrary and discretionary power, the sanctity of private property and freely made contracts, and the responsibility of individuals for their own fates" (Ryan, 1993: 293), the aims of modern liberalism are "to emancipate individuals from the fear of hunger, unemployment, ill-health and a miserable old age" and "to attempt to help members of modern industrial societies to develop their individualities in all their 'manifold diversity' (Mill, 1861/1974)" (p. 294). The United States institutionalized the liberal polity form, which has associational organization and societal agency (Jepperson, 2002). Collective authority is legitimately located within civil society (Luo, 2007). Relatively fragmented and issue focused interest groups, relatively weak state, independence and competition among business organizations and interest groups are the characteristics of this polity form (Spencer et al., 2005). The government generally involves in

economic development at a low degree, and it limitedly encourages business and labor associations, and organization of representation (Whitley, 2007).

Scott et al. (2000) comprehensively shows that there has been three institutional “era”s in American health care: from 1945 to 1965 “professional dominance”, from 1966 to 1982 “federal involvement”, and from 1983 to 2000s “managerial control and market mechanisms”. “Professional authority” and “quality of care”, “equity of access”, and “managerial-market orientation” are the dominant institutional logics; the independent physicians, federal government, and health care corporations are the dominant actors; “professional associations”, “regulatory controls” and “market building” are the dominant governance mechanisms of the each era, respectively. It is possible to argue that the dominant ideology in health care has been alternated between classical and modern liberalism. If the Supreme Court decides that the individual mandate is constitutional, then we can call the dominant logic of health care as regulated market. According to the Act, health insurers cannot deny any one because of pre-existing conditions. Lifetime caps on the amount of insurance an individual can have will be banned, and annual caps will be limited, and banned. New insurance plans must include checkups and other preventative care without co-pays. Insurance companies can no longer cut someone when he or she gets sick. Insurers must reveal how much money is spent on overhead. Any new plan must implement an appeals process for coverage determinations and claims. New screening procedures will be implemented to help eliminate health insurance fraud and waste. Non-profit Blue Cross organizations will be required to maintain a medical loss ratio -money spent on procedures over money incoming- of 85% or higher to take advantage of tax benefits (DHHS, 2011).

Conclusion

The state, if not the most, is an important actor of the organizational life. It determines the rules about the behaviors of organizations, and even what the “organization” is (Scott and Davis, 2007). Although “the state must surely be the major force affecting organizational formation in the twentieth century” (Aldrich, 1979: 164), the organizational institutionalists have not given sufficient attention the role of states in the institutional fields. In this study, I have tried to investigate the impacts of the state on institutional change and the field-level logics in the context of health care field. The research shows that the states are the protagonists in four historical case studies. Despite different health care systems (material aspect), basic values and dominant ideologies (symbolic aspects), states have the leading role in health care field since the Industrial Revolution. The state regulates the health care field in Germany and the United States, it administrates health care in Canada and it both administrates and operates health care in the Great Britain.

Until the end of the nineteenth century, the community logic seems dominant via the guilds and/or friendly societies in the health care field. In the first stage, there is the unhealthy repercussion of the Industrial Revolution, which can be labeled as an environmental shock (Haunschild and Chandler, 2008), and there are socialist movements at different tones in all the cases that make pressure for change, which can be considered under the internal contradictions (Seo and Creed, 2002). In the second stage, we see the dominant actorhood of the states because of the widely acceptance of the health care both as a human right and a collective value. As various groups in the societies urged for privileges and rights (Fligstein and McAdam, 2012), the states started to involve the health care field. The states favor the logics of regulated community in Germany, bureaucracy in the Great Britain, and administrated market in Canada. Why the states choose these logics? It seems the availability and accessibility of the community, state, and market logics has the greatest role. Germany’s polity started to be state-corporatist before Bismarck, the statist currents gained power in the Great Britain in the World War II, and Canada was trying to solve the problems through hybrid policies originated from its European and American heritage. In terms of institutional change, we can talk about both rapid and incremental change. We see blending (Thornton et al., 2012) as combining dimensions of state and community in Germany. Basis of norm and ideology changed from guild membership to citizenship in nation, and from corporatism to statist-corporatism, respectively. In

Canada, there is hybridization of state and market logics. There is citizenship in nation and self-interest of the shareholders of health facilities, and statism and liberalism, together. The bureaucracy logic replaced regulated community logic in the Great Britain. In the third stage, we see both institutional change processes and continuing power struggles between the states and the physicians. In this stage, the physicians, who choose the professional logic, started the resistance. They used the strategies of defying and avoiding, but finally they compromised (Oliver, 1991) with the states. In the third stage, Germany and Canada have maintained their logics mostly and this stage continues. In the Great Britain, the logic of bureaucracy evolved to the logic of managerial bureaucracy in the 1980s. Because of the increasing interaction of liberal currents and its liberal polity, statist ideology assimilated (Thornton et al., 2012) liberal ideology and private ownership in health care facilities has accelerated. The case of the United States is completely different. There has not been a unified health care system, which covers all people. Moreover, the United States ranks under the OECD average among the key indicators of health care quality, although it spends more money on health care than any other OECD countries. The state has never been administratively strong in the United States. The physicians have tried to protect their autonomy. The protected and organized groups of society such as elderly in Medicare, employees have the PHI, and the veterans, have believed that they earned and deserved their protection thus they have fought for it. The health care corporations and insurance companies have used the market logic since 1980s and they have won the power struggle. However, since the recent reform attempt has accomplished, we may talk about the logic of regulated market and assimilation of the dimensions of state logic by market logic through strict control of transactions and price mechanisms in the United States.

Although the health care systems stem from different conditions and develop on different routes, there is some convergence between them. The states concern to control health care costs while at the same time to improve the effectiveness and efficiency of the system; to reduce the health care inequalities and differences in access; to promote the patient participation and to improve patient satisfaction; to reduce the fragmentation of services and the promotion of continuity of care (Stevens, 2010). As we mention above, the SHI of Germany had been funded by premiums paid and controlled by employers and labor unions for a long time. However, the pools have been integrated and general taxing has been added to revenue collecting. Germany now also makes room for public and private actors, thereby squeezing the traditional system of self-regulation. Looking at the British NHS, we find a bureaucratic health care system that has introduced market elements to improve efficiency and profit. The NHS is still in a centralized funding mode however, the dominant logic has shifted from formal bureaucracy to the managerialist bureaucracy. While, the NHI of Canada is a hybrid structure, in the United States, for the first time in the history, compulsory health insurance will be started although it bases on private coverage. On the other hand, there is a more clear convergence in the payment of provision. Prospective funding methods of provision, such as under capitation and DRGs, are gaining dominance in all systems.

References

- Abel-Smith, B. 1988. The Rise and Decline of the Early HMOs. *Milbank Quarterly*, 66, 4: 694-719.
- Ackerknecht, E.H. 1982. *A Short History of Medicine*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Bäringhausen, T. and Sauerborn, R. 2002. One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System. *Social Science and Medicine* 54: 1559-1587.
- Barros, P., Machado, S. and Simões, J. 2011. Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*.
- Barros, P. P. and Olivella, P. 2011. Hospitals: Teaming Up. S. Glied and P. C. Smith (Eds.), *The Oxford handbook of Health Economics*: 257-184. New York: Oxford University Press.

- Blomqvist, A. 2011. Public-Sector Health Care Financing. S. Glied and P. C. Smith (Eds.), *The Oxford handbook of Health Economics*: 432-462. New York: Oxford University Press.
- Busse, R. and Riesberg, A. 2004. *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen, Denmark: WHO.
- Carroll, P. E. 2002. Medical Police and the History of Public Health, *Medical History*, 46, 4: 461-94.
- Clark, G. 1965. History of the Royal College of Physicians of London. *British Medical Journal*, 1:79-82.
- Colombo, F. and Tapay, N. 2004. *Private Health Insurance in Ireland: A Case Study*. OECD Health Working Papers. France: OECD.
- Creed, W. E. D., DeJordy, R. and Lok, J. 2010. Being the Change: Resolving Institutional Contradiction through Identity Work. *Academy of Management Journal*, 53: 1336–1364.
- Danışman, A. and Ocaiso, W. 2012. Globalization vs. Societal Sectors: A Comparative Institutional Analysis of Health Care Financing in OECD Countries. Paper presented in the 28th EGOS Colloquium Helsinki, Finland, July 5–7, 2012.
- Dobbin, F. R. ve Dowd, J. R. 2000. The Market that Antitrust Built: Public Policy, Private Coercion, and Railroad Acquisitions, 1825 to 1922. *American Sociological Review*, 65, 631 -657.
- Dobbin, F. R. ve Dowd, T. J. 1997. How Policy Shapes Competition: Early Railroad Foundings in Massachusetts. *Administrative Science Quarterly*, 42, 501-529.
- DiMaggio P. 1988. Interest and Agency in Institutional Theory. L. G. Zucker (Ed.), *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment*: 3-21. Cambridge, MA: Ballinger.
- Dutton, P. V. 2007. *Differential Diagnoses: A Comparative History of Health Care Problems and Solutions in the United States and France*. New York: Cornell University Press.
- Economou C. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*.
- Edelman, L.B. 1992. Legal Ambiguity and Symbolic Structures: Organizational Mediation of Civil Rights Law. *American Journal of Sociology*, 97: 1531–1576.
- Edelman, L. B. and Suchman, M. C. 1997. The Legal Environments of Organizations, *Annual Review of Sociology*, 23, 479-515.
- Eisenhardt, K. M. and Graebner, M. E. 2007. Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges. 50, 25-32.
- Fee E. and Brown T. M. 2005. The Public Health Act of 1848. *Bulletin of WHO*, 83, 11:866–867.
- Fligstein, N. 2001. Social Skills and the Theory of Fields. *Sociological Theory*, 19: 105–125.
- Fligstein, N. 1991. The Structural Transformation of American Industry: An Institutional Account of the Causes of Diversification in the Largest Firms, 1919–1979, W. W. Powell and P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*: 311-336. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedland, R. and Alford R. R. 1991. Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. W. W. Powell and P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*: 232-263. Chicago: University of Chicago Press.
- Fukawa, T. 2002. *Public Health Insurance in Japan*. Washington, DC: World Bank Institute.
- Gerlinger, T. and Schmucker, R. 2009. A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System, *German Policies Studies*, 5, 1: 3–20.
- Glied, S. and P. C. Smith. 2011. Introduction. S. Glied and P. C. Smith (Eds.), *The Oxford handbook of Health Economics*: 1-7. New York: Oxford University Press.
- Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. and Suddaby, R. 2008. Introduction. R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin and R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*: 1-46. London. Sage Publications.
- Greenwood, R., Suddaby, R., and Hinings, C. R. 2002. Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields. *Academy of Management Journal*, 45: 58–80.

- Haunschild, P. and Chandler, D. 2008. Institutional-Level Learning: Learning as a Source of Institutional Change. R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin and R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*: 624-649. London. Sage Publications.
- Ham, C. 2009. *Health Policy in Britain*. 6th edition. London: Palgrave Macmillan.
- Hofmarcher M. and Rack, H. 2001. *Health Care Systems in Transition: Austria*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Horden, P. 2005. The Earliest Hospitals in Byzantium, Western Europe and Islam. *Journal of Interdisciplinary History*, 35, 3, 361–89.
- ILO, 2010. *World Social Security Report 210/11: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*. Geneva: ILO.
- Kraatz, M. S. and Moore, J. H. 2002. Executive Migration and Institutional Change. *Academy of Management Journal*, 45: 120–143.
- Lange, M. 2012. *Comparative-Historical Methods*. London: Sage.
- Lawrence, T. and Phillips, N. 2004. From Moby Dick to Free Willy: Macro-Cultural Discourse and Institutional Entrepreneurship in Emerging Institutional Fields. *Organization*, 11: 689–711.
- Leblebici, H., Salancik, G.R., Copay, A., and King, T. 1991. Institutional Change and the Transformation of Inter-Organizational Fields: An Organizational History of the US Radio Broadcasting Industry. *Administrative Science Quarterly*, 36: 333–363.
- Maguire, S., Hardy, C., and Lawrence, T. B. 2004. Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada. *Academy of Management Journal*, 47: 657–679.
- Mendel, P. and Scott, W. R. 2010. Institutional Change and the Organization of Health Care: The Dynamics of "Muddling Through". C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*: 249-69. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Mills, A. 2011. Health Systems in Low- and Middle-income Countries. S. Glied and P. C. Smith (Eds.), *The Oxford handbook of Health Economics*: 30-56. New York: Oxford University Press.
- Murray J. 2007. *Origins of American Health Insurance: A History of Industrial Sickness Funds*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Navarro, V. 1989. Why Some Countries have National Health Insurance, Others have National Health Services, and the U.S. has neither." *Social Science and Medicine*, 28, 9:887–898.
- Nigam, A. and Ocasio, W. 2010. Event Attention, Environmental Sensemaking, and Change in Institutional Logics: An Inductive Analysis of The Effects of Public Attention to Clinton's Health Care Reform Initiative. *Organization Science*, 21: 823-841.
- OECD. 2012. *OECD Health Data 2012 - Frequently Requested Data*. <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>
- OECD. 2011. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing
- Oliver, C. 1991. Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of Management Review*, 16: 145-179.
- Porter, D. 1999. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. New York: Routledge.
- Powell, W. W. 1991. Expanding the Scope of Institutional Analysis. W. W. Powell and P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*: 183-203. Chicago: University of Chicago Press.
- Reay, T. and Hinings, C. R. 2005. The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta. *Organization Studies*, 26: 349-382.
- Russo, M. V. 2001. Institutions, Exchange Relations, and the Emergence of New Fields: Regulatory Policies and Independent Power Production in America, 1978–1992. *Administrative Science Quarterly*, 46: 57–86.

- Saltman R. B. and Dubois, H. F. W. The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems. Saltman R, Busse R, Figueras J. (Eds.). Social Health Insurance Systems in Western Europe. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004.
- Schoen C, Helms D and Folsom A. 2009. Harnessing Health Care Markets for the Public Interest: Insights for U.S. Health Reform from the German and Dutch Multipayer Systems.: The Commonwealth Fund and Academy Health; 2009, Dec 15.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J. and Caronna, C. A. 2000. Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care. Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, W. R. 2008. Institutions and Organizations: Ideas and Interests, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Seo, M.-G. and Creed, W. E. D. 2002. Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective. *Academy of Management Review*, 27: 222-247.
- Sigerist, H. Y. 1999. From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation, *Journal of Public Health Policy* 20, 4: 474–496.
- Slack P. 1985. The Impact of Plague in Tudor and Stuart England. Oxford: Clarendon Press.
- Starr, P. 1982. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books.
- Suddaby, R., Elsbach, K. D., Greenwood, R., Meyer, J. W. and Zilber, T. B. 2010. Organizations and Their Institutional Environments—Bringing Meaning, Values, and Culture Back in: Introduction to the Special Research Forum, *Academy of Management Journal*, 53, 1234–1240.
- Suddaby, R. and Greenwood, R. 2009. Methodological Issues in Researching Institutional Change. D. A. Buchanan and A. Bryman (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods*: 176-195. London: Sage.
- Therborn, G. 1984: Classes and States. *Welfare State Developments, 1881-1981, Studies in Political Economy*, 14: 7-41.
- Thornton , P. H. and Ocasio, W. 1999 . Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958–1990. *American Journal of Sociology*, 105: 801–843.
- Thornton, P. H., Ocasio, W. and Lounsbury, M. 2012. The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure, and Process. New York: Oxford University Press.
- Vermeulen, P., Büch, R. ve Greenwood, R. 2007. The Impact of Governmental Policies in Institutional Fields: The Case of Innovation in the Dutch Concrete Industry, *Organization Studies*, 28: 515-540.
- Waitzin, H. 2006. One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow’s Lasting Contribution to Social Medicine. *Social Medicine*, 2006, 1: 5-10.
- WHO, 2010. The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf

Kurumsal Mantıklar, Örgütsel Değişim ve Bireysel Aktörler: Bir Özel Okulda Araştırma

Miraç Savaş Turhan, Ali Danışman ve Gökhan Gündoğdu
Çukurova Üniversitesi

Özet

Bu çalışmada, Türk Milli Eğitim sisteminde faaliyet göstermekte olan bir özel okulda yaşanmakta olan değişim sırasında, örgütte yer alan aktörlerin değişime dair davranış ve uygulamalarının alandaki kurumsal mantıkları örgüt içindeki güçleri çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne biçimde yansıttıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmada, öncelikle, tarihsel süreç ve toplumsal yapı içinde gerçekleşen hâkim uygulamalar, değer yargıları ve inanç örüntüleri değerlendirilerek Türk Milli Eğitim alanında, “yurttaş yetiştirme mantığı”, “ticari mantık”, “dindar nesiller yetiştirme mantığı”, “kültür ihracı mantığı”, “sınav başarısı mantığı” ve “insan kaynağı yetiştirme mantığı” olmak üzere altı farklı kurumsal mantık tespit edilmiş, daha sonra söylemlerde somut hale gelen bu kurumsal mantıkların, aktörlerin örgüt içindeki güçleri çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne biçimde yansıdığı çalışılan özel okulda yapılan derinlemesine mülakatlar ve söylem analizi yöntemleriyle belirlenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında, değişim konusunda inisiyatif üstlenen değişim ajanlarının, yerleşik oldukları kurumsal mantıklar ve birey olarak kendileri toplumsal ve örgütsel bağlamda güç kazandıkça, “geniş hareket kabiliyeti”ne ulaştıkları, diğer taraftan inisiyatif üstlenip üstlenmemelerine bakılmaksızın tüm örgütsel aktörlerin değişime dair sergiledikleri uygulamaların öncelikle alanda hakim kurumsal mantıkların çizdiği çerçeve içerisinde yerleşik söylemlerle meşrulaştırılırken ikincil bir faktör olan “güç” olgusuna bağlı olarak da farklılaştığı ve “karşı koyma”, “erteleme” ve “uyma” biçiminde somut hale geldiği anlaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler

kurumsal mantıklar, bireysel aktörler, örgütsel değişim, Türk Milli Eğitim alanı

Giriş

Belirli bir örgütsel alanda oluşan farklı kurumsal mantıklar (Alford ve Friedland, 1985; Friedland ve Alford, 1991; Reay and Hinings, 2005; Thornton vd., 2005) o alandaki bir örgütte yaşanan değişim sürecinde örgütsel aktörlerin değişim karşısındaki davranış ve uygulamalarını ne derece belirlemektedir? Bireysel aktörlerin değişim sürecinde davranış ve uygulamalarına yansıyan daha geniş düzeydeki kurumsal mantıkları algılama, yorumlama ve benimseme düzeyi (Dacin vd., 2002; Battilana, 2006; Suddaby ve Greenwood, 2005; Koç, 2012) örgüt içindeki göreceli güçlerine (Özen, 2007: 314) göre ne derece farklılaşmaktadır?

Örgütlerde yaşanan değişim esnasında bireysel aktörlerin değişim karşısındaki davranış ve uygulamaları örgüt çalışmalarında sıklıkla işlenen bir konudur ve özellikle, değişim sürecinde yaşanan başarısızlıklar, bireysel aktörün merkezî rolünün yeterince önemsenmemesine bağlanmaktadır (Hall ve Hord, 1987; Isabella, 1990; Armenakis, vd., 1993; Lau ve Woodman, 1995; George ve Jones, 2001; Greenhalgh, vd., 2004). Bu görüşte birey, örgütsel değişim sürecinin merkezine yerleştirilmekte (Choi,

2011), ancak bireyin içinde bulunduğu sosyal ve kurumsal bağlam göz ardı edilmektedir. Oysaki yeni kurumsal kuram perspektifinden bakıldığında, bireylerin davranış ve uygulamaları içinde bulundukları kurumsal bağlamın yansıması olarak ortaya çıkar (DiMaggio, 1986; Thornton vd., 2012). Bu durumda, belirli bir örgütsel alandaki bireysel aktörlerin davranışları gerçekte nasıl oluşur sorusu önem kazanmaktadır.

Yeni kurumsal kuram ilk gelişim yıllarında aktörlere atfettiği sınırlı rollerle örgütler üzerindeki yapısal etkiler üzerine yoğunlaşarak, örgütsel değişimlerden ziyade “benzerliklerin” ve “durağanlıkların” teorisi olarak bilinirken (Meyer ve Rowan 1977; Zucker, 1977; Scott ve Meyer 1983; DiMaggio ve Powell, 1983; Greenwood ve Hinings, 1996), sonraki çalışmalarda gerek örgütsel değişim modellerine gerekse kurumsal süreçlerde aktörün önemine dikkat çekmektedir (Zilber, 2002; Greenwood ve Hinings, 1996; Hallett ve Ventresca, 2006; Powell and Colyvas, 2008; Battilana, Leca ve Boxenbaum, 2009; Thornton vd., 2012). Bu çalışmalarda, genel olarak, örgütsel değişim süreçlerinde aktörün eylemselliğinin, mikro ve makro düzeyler arasındaki etkileşimler, tarihsellik ve süreçsellik unsurları ile birlikte “sosyal bağlam” ile değerlendirilebileceği vurgulanmaktadır (Pettigrew, Woodman ve Cameron, 2001; Palmer ve Biggart, 2002; Özen, 2002; 2007). Son yıllarda özellikle “kurumsal mantıklar” perspektifinin öne çıkarak (Galvin, 2002; Hinings, vd., 2004; Reay and Hinings, 2005; Scott, vd., 2000; Thornton, vd., 2005; Thornton and Ocasio, 1999, 2008) bireysel aktörün davranışının sosyal, kültürel ve politik bağlam içerisinde “yerleşik, gömülü ve sınırlı maksatlı” olarak tanımlandığı ve aktörlerin maksatlarının sınırlılığının “sosyal kimlikleri, bireysel çıkar ve amaçları ile bilişsel limitlerine” bağlandığı görülmektedir (Thornton vd., 2012). Buna göre, bireysel davranış ve uygulamalar, kurumsal mantıklara göre “sosyal, kültürel ve politik bağlam içerisinde yerleşik, gömülü ve sınırlı maksatlı” nitelik taşıırken “sosyal kimlikler, bireysel çıkar ve amaçlar ile bilişsel limitlere” bağlı olarak ortaya çıkacaktır (Thornton vd., 2012). Şu halde, belirli bir örgütsel alanda oluşan kurumsal mantıkların o alandaki bir örgütte yaşanan değişim sürecinde örgütsel aktörlerin değişim karşısındaki davranış ve uygulamalarını ne derece ve nasıl belirlediği merak konusu olmaktadır. Burada, bireysel aktörlerin örgüt içindeki göreceli gücü ve pozisyonu da çeşitlilik göstereceğinden, kurumsal mantıklara bağlı olarak ortaya çıkacak davranış ve uygulamaların sahip oldukları güce göre ne derece farklılaşacağı da önem arz edecektir. Bu şekilde, bu çalışma, bir tarafta örgütsel değişim sürecinde ortaya çıkan bireysel davranış ve uygulamaların ne derece kurumsal mantıklara gömülü olduğunu belirlemeyi amaçlarken, diğer tarafta, kurumsal mantıkların örgütsel aktörlerce değişim sürecinde algılanma, yorumlanma ve içselleştirilme düzey ve yansımalarının örgütsel güce göre ne derece şekillendiğinin anlaşılmasına katkı sağlayabilecektir.

Bu bağlamda çalışmanın, bir yandan, belirli bir örgütsel alanda faaliyet gösteren bir örgütteki aktörlerde çeşitli örgütsel süreç ve uygulamalara karşı oluşan davranış ve uygulamaların, o örgütsel alanı biçimlendiren kurumsal mantıklara dair ipuçlarını ne kadar ve ne şekilde yansıttığını ortaya koyarak kurumsal kuramda bireysel aktörün rolünün anlaşılmasına, diğer yandan, örgütsel değişimin karşısındaki tutum ve davranışların ne derece bireysel ya da ne derece bağlama gömülü olduğunun ortaya konulmasına, böylelikle kurumların ve kurumsal mantıkların mikro temellerine ve kurumsal mekanizma-bireysel aktör ilişkisine dair yazına katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışmada, Türk Milli Eğitim sisteminde faaliyet göstermekte olan bir özel okulda yaşanmakta olan değişim sırasında, örgütte yer alan aktörlerin değişime dair davranış ve uygulamalarının *eğitim* alanında hâkim kurumsal mantıkları örgüt içindeki güçleri çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne biçimde yansıttığı belirlenmeye çalışılacaktır.

Bu bağlamda öncelikle, kurumsal kuram ve bireysel aktörlerin kuramdaki konumu ile kurumsal mantıklar, değişim ve bireysel aktörler kavramları üzerine yazının mevcut durumu inlenmiştir. Akabinde *tarihsel süreç ve toplumsal yapı ve bunlara bağlı olarak alanda yapılanmış hâkim uygulamalar, değer yargıları ve inanç örüntülerinin değerlendirilmesi* sonucunda Türk Milli Eğitim alanında hakim olan kurumsal mantıklar tespit edilmiştir. Daha sonra *söylemlerde somut hale gelen bu kurumsal mantıkların*, aktörlerin örgüt içindeki gücü çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne biçimde yansıdığı çalışmanın uygulama aşamasının gerçekleştirildiği okulda yapılan

derinlemesine mülakatlar ve söylem analizi yöntemleriyle tespit edilmiştir. Çalışma, elde edilen bulgular ve sonuç bölümleriyle son bulmaktadır.

Yeni Kurumsal Kuram ve Bireysel Aktörler

“Toplumsal kurmacılık” paradigması, dünyayı kurumlardan örülü bir yapı olarak görür ve bu yapının, bireye her ne kadar büyük ve anlaşılması güç görünse de, insani olarak üretilmiş ve inşa edilmiş bir nesnellik içerdiğini öne sürer. Bu noktada, insani olarak üretilmiş ve tarihsel süreç içerisinde nesnelleşmiş kurumların varlığı ontolojik olarak insandan bağımsız bir statüde düşünülemez. Bireyin üretmeye yetkin olduğu yapıları daha sonra nesnel ve hatta insanüstü kurumlar olarak algılaması her ne kadar paradoksal bir duruma işaret ediyorsa da bir bireyin ömrünün çok ama çok ötesine varan tarihsel bir nesnelleşme süreci, bireysel aktör ile kurumlar arasındaki üretim-yeniden üretim esasına dayalı diyalektiğin görmezden gelinmesini engellemektedir (Berger ve Luckmann, 1967).

Örgütsel analizde de yeni kurumsal paradigma (YKK) kökenlerini dayandığı “toplumsal kurmacılık” (Berger ve Luckmann, 1967) yaklaşımına rağmen aktörlere sınırlı bir önem atfetmiş ve bireysel aktörü sosyal yapı içerisinde yalnızca “yerleşik/gömülü eyleyen” (embedded agency) olarak konumlandırmış (Thornton ve Ocasio, 2008), bu suretle örgütler üzerindeki yapısal etkiler üzerine yoğunlaşarak, “benzerliklerin” ve “durağanlıkların” teorisi olarak gelişmiştir (Meyer ve Rowan 1977; Zucker, 1977; Scott ve Meyer 1983; DiMaggio ve Powell, 1983; Greenwood ve Hinings, 1996). Bu perspektif, belirli bir sosyal bağlam içinde benzer alanlarda faaliyet gösteren ve aynı kurumsallaşmış uygulamaların çizdiği çerçeve içerisinde varlıklarını sürdürmekte olan örgütleri ve bu örgütlerde gözlemlenen eş biçimli (isomorphism) uygulamaları açıklamakta yeterlidir. Oysaki aynı sosyal bağlam ve aynı kurumsal sınırlar içinde de olsalar örgütlerin tamamında her konuda eşbiçimli uygulamalara rastlanmadığı da bir gerçektir. Bu noktada eleştirilen YKK, örgütlerdeki farklılıkları, değişimleri ve hatta her türlü uygulamanın sınırlandırıcısı olarak konumlandığı kurumların oluşumunu ve değişimini de açıklayamamakla itham edilmiştir (Zucker, 1988). Bundan ötürü, daha sonra, kurumların oluşumu ve değişimi ile aynı alanda yer alan örgütlerdeki farklı uygulamalar ile örgütsel değişimleri kurumcu perspektiften açıklamaya çalışan çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda gözlemlenen ortak nokta, gerek kurumsal gerekse örgütsel düzeyde oluşum, değişim ve farklılaşma gibi olguların incelenmesinde aktörlerin ve onların tercihlerinin de inceleme nesnesi olarak kabul edilmek zorunda kalınmasıdır. Bu yeni perspektif bir yandan kurumcu yaklaşımın temel varsayımlarından büyük bir kopuş olarak değerlendirilirken, diğer yandan YKK’nın kökenlerini dayandığı “toplumsal kurmacılık” yaklaşımına yeniden geri dönüş ve “körü körüne işlevselcilikten” uzaklaşma olarak yorumlanmıştır.

Bu bağlamda, öncelikle örgütsel, daha sonra alansal ve en nihayetinde de kurumsal düzeyde gözlemlenen farklı uygulamaları, değişimleri ve oluşumları, tarihsellik içerisinde nesnelleşen kurumların yeniden üretilmesi sürecinde bireysel aktörün de bizatihi rol aldığı fenomenler olarak değerlendiren ve bu suretle bireysel aktörün rolünün de anlaşılmasına çaba gösteren çalışmaların yapılması “toplumsal kurmacılık” kökeni ile uyumlu ve gerekli görünmektedir.

Kurumsal Mantıklar, Değişim ve Bireysel Aktörler

“Toplumsal kurmacılık” kökeni ile uyumlu bir yaklaşımla “bireysel aktörü” ve onun kurumların oluşumu ve değişimindeki rolünü inceleme nesnesi olarak kabul eden yeni perspektifin kurumsal eşbiçimlilikten ayrılan uygulamaları açıklamak üzere oluşturduğu olgulardan biri “kurumsal mantıklar” kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kavramı ilk kez Alford ve Friedland (1985; 1991) modern batı toplumlarındaki çelişik uygulamaları açıklamak üzere kullanmışlardır. Alford ve Friedland’a göre, batı toplumlarında , piyasa, bürokrasi, toplu örgüt, meslekler, aile ve din her biri kendilerine özgü kurumsal mantıklara sahip ve potansiyel olarak birbirleriyle çelişik merkezi kurumları oluşturmaktadırlar (Thornton, 2004). Bu merkezi kurumlar sahip oldukları mantıklar aracılığı ile örgütsel ve bireysel davranışa rehberlik etmekte ve onu sınırlamaktadır. Aktörlerin söz konusu kurumları algılamaları, onlara anlamlar yüklemeleri ve böylelikle oluşan sınırlamalar

çerçevesinde kendi davranışlarının oluşumu ve biçimlenmesi, kolektif kimliklerin tanımlanması, güç ve statü için ortaya konulan mücadele, sınıflandırma, kategorize etme ve odaklanma gibi mekanizmaları biçimlendiren kurumsal mantıklar aracılığı ile gerçekleştirilmektedir (Thornton ve Ocasio, 2008). Bu süreçler boyunca aktörler, kurumsal mantıklar aracılığı ile bir yandan kurumları algılayıp bunlara anlamlar yüklerken diğer taraftan davranışlarını çerçeveleyen bu kurumları eylemleriyle yeniden üretmektedirler (DiMaggio, 1997; Greenwood vd., 2002; Suddaby ve Greenwood, 2005; Battilana, 2006).

Böylelikle YKK, örgütler ve bireyler bazında ortaya çıkan farklı davranışlara ve uygulamalara, sosyal bağlam içinde gömülü de olsa aktörü inceleme nesnesi olarak kabul ederek, modern toplumu oluşturan merkezi kurumlara ait ve birbirleriyle çelişik farklı kurumsal mantıkların varlığı ile açıklama getirmeye çalışmaktadır. Buna göre, belirli bir örgütsel alanda yer alan aktörler ve örgütler, alandaki algılamaları, davranışları, uygulamaları sınırlandıran çelişik kurumsal mantıklardan biri yahut bir kaçının etkisi altında farklı davranışlara ve uygulamalara yönelebilecek ve bu suretle çeşitli örgütsel uygulamalar ile değişim süreçleri açıklanabilecektir.

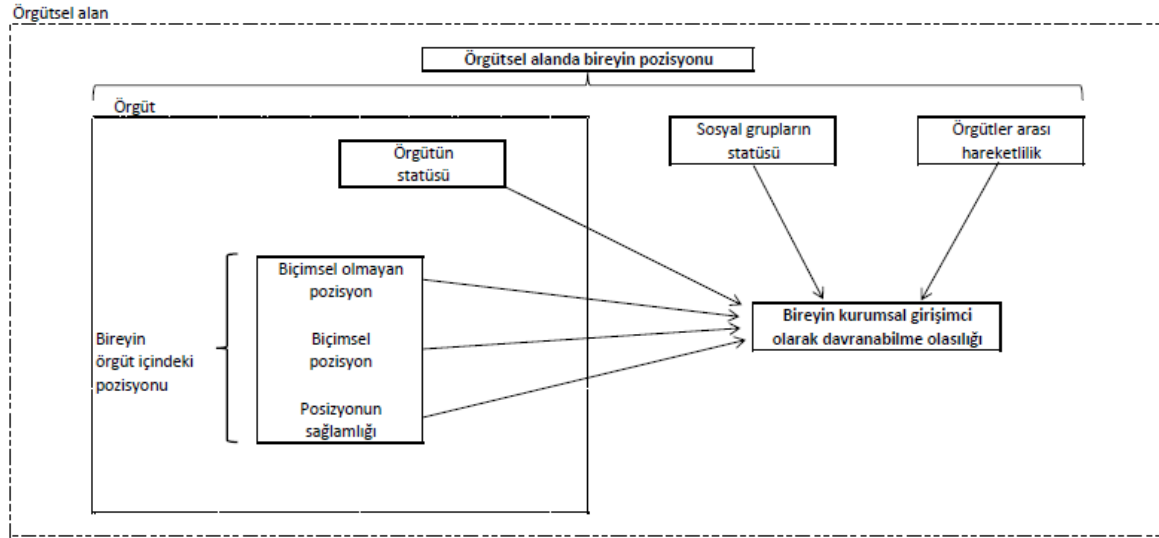
Yeni kurumsal kuram perspektifinden örgütsel ve kurumsal bazda gözlemlenen değişimleri ve oluşumları açıklarken inceleme nesnesi olarak aktörü ön plana alan bir diğer kavram da “kurumsal girişimci” (Institutional Entrepreneurs) olarak karşımıza çıkmaktadır. DiMaggio (1988)’ya göre, kaynakları elinde bulunduran kurumsal girişimciler kendi çıkarlarına yönelik fırsatlar gördüklerinde harekete geçebilir ve yeni kurumlar inşa etmeye ve mevcutları değiştirmeye yönelik faaliyetlere girişebilirler. Bunlar, örgütler, örgüt grupları, bireyler yahut birey grupları olabilirler (Greenwood vd., 2002; Maguire vd., 2004; Battilana vd., 2009). Kurumsal girişimciler sosyal bağlam içerisinde varlığını sürdüren kimi *kurumsal mantıklar* çerçevesinde geliştirdikleri söylemlerle mesafe kat ederler. Bu kurumsal mantıklar, kurumsal girişimcilerin ortaya çıkartmaya çaba gösterdikleri yeni uygulamalarla uyum gösteren ve onların olası müttefiklerini ve karşıtlarını etkilemelerinde temel oluşturabilecek söylemsel altyapıya sahip özellikler taşırlar (Suddaby ve Greenwood, 2005; Battilana vd., 2009).

Diğer taraftan, kurumsal girişimcilerin kendi çıkarlarına yönelik fırsatlar gördüklerinde harekete geçebilmeleri ve mevcut kurumsal ve örgütsel uygulamaların dışında kalacak kimi uygulamalar konusunda inisiyatif alabilmeleri sosyal bağlamdaki pozisyonları (örgüt dışı ve içi güç) ile de doğrudan ilgili olacaktır. Bu bağlamda, içinde yer aldıkları örgütün alandaki durumu, birey olarak kendilerinin alandaki ve örgüt içindeki konumları ve örgütler arası hareketlilik unsuru kurumsal girişimciler ile örgütsel değişim ajanlarının olası müttefiklerini ve karşıtlarını etkilemelerinde en az kurumsal mantıklar kadar önem arz edecektir (Battilana, 2007).

Modern batı toplumlarında karşılaşılan çelişik uygulamaları açıklamak üzere her biri kendine özgü ve potansiyel olarak birbirleriyle çelişen kurumsal mantıklara sahip merkezi kurumlardan biri de “*meslekler*”dir (Friedland ve Alford, 1991; Thornton, 2004). Battilana (2007), hâkim kurumsal çerçeveden ayrık uygulamalarda “*bireysel aktörlerin kurumsal girişimci davranışı gösterme ihtimalini*” örgüt içi ve dışı bağlam içinde sahip oldukları konumlar ve ait oldukları *meslekler gibi sosyal gruplarla* ilişkilendirerek açıklamaktadır. Buna göre *bireysel aktörlerin kurumsal girişimci davranışı gösterme ihtimalini* arttıran etkenlerden birinin *meslekler gibi ait oldukları sosyal grupların statüsü* olduğu anlaşılmaktadır.

Böylelikle kurumsal mantıklar ve kurumsal girişimci kavramları ile yeni kurumsal kuram, bir yandan bireysel aktör nezdinde ussal-stratejik seçim unsurunu inceleme konusu olarak kabul etmekle eleştiri konusu edilirken, diğer yandan aktörü sosyal bağlam içerisinde yerleşik, gömülü ve sınırlandırılmış da olsa kaynaklara ve uygulamalarını güçlendirecek söylemsel altyapıyı sağlayacak kurumsal mantıklara olan yakınlığı ve sosyal bağlam (örgüt dışı ve içi) içerisindeki gücü ile de ilişkilendirerek kendilerini sınırlandıran mevcut kurumlardan ayrılan kimi uygulamaları yapmaya ve bu suretle örgütsel ve kurumsal değişimleri, oluşumları ve yeniden üretimi gerçekleştirmeye muktedir bir konuma yükseltmiş bulunmaktadır.

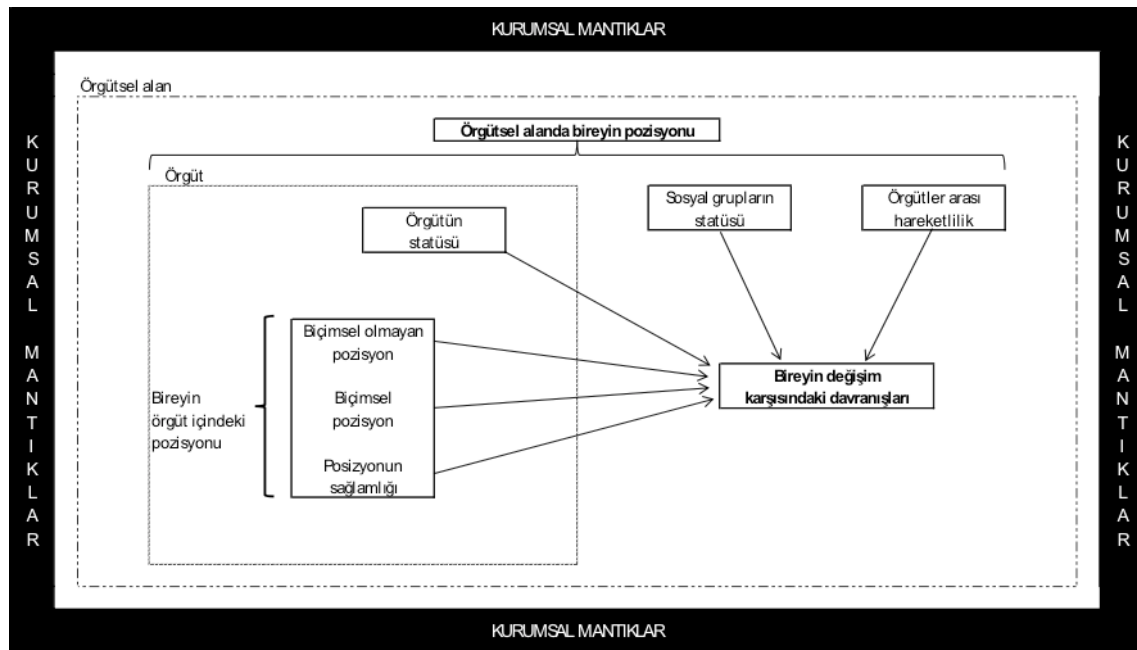
Şekil 1. Örgütsel Alanda Kurumsal Girişimci Olarak Bireysel Aktörler



Kaynak: Battilana (2006), s. 669.

Gelinen noktada, mevcut çalışmaların bireyi, ancak belirli bir örgütsel alanda *kurumsal yahut örgütsel bağlamda değişim inisiyatifi*ni doğrudan üstlenen aktörler olarak incelediği görülmektedir. Oysaki YKK kökenini oluşturan “toplumsal kurmacılık paradigması” ile de tutarlı bir perspektifle *kurumların ontolojisini* incelerken *değişim inisiyatifi*ni doğrudan üstlenmeyen diğer bireylerin *insani olarak üretilmiş ve tarihsel süreç içerisinde nesnelleşmiş kurumlar karşısındaki davranışlarını* da görmezden gelmemelidir. Bu bağlamda, *değişim inisiyatifi*ni doğrudan üstlenmeyen bireylerin değişim karşısında göstermiş oldukları davranışların *yerleşik bulundukları kurumsal mantıkların çerçevelediği sınırlar içerisinde ve örgüt içi (biçimsel ve biçimsel olmayan pozisyon ve pozisyon sağlamlığı) ve örgüt dışı bağlamdan (sosyal grupların statüsü, örgütün statüsü, örgütler arası hareketlilik) beslenen güç olgusunun etkisi ile oluşacağı* düşünülmektedir.

Şekil 2. Kurumsal Mantıklar ve Örgütsel Alanda Bireyin Durumu



Kaynak: Battilana (2006), s. 669’den değiştirilerek oluşturulmuştur.

Bu çalışma ile Türk Milli Eğitim Sistemi içinde faaliyette bulunan bir özel okulda, örgütsel alandaki hakim kurumsal mantıklardan ıraksak bir biçimde gerçekleşen örgütsel değişim sürecinde, tüm bireysel aktörlerin davranışları yerleşik oldukları kurumsal mantıklar ve sahip oldukları güçle ilişkilendirilerek anlaşılmaya çalışılmaktadır.

Türk Milli Eğitim Sistemi

14.06.1973 tarih ve 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu'na göre;

“Türk Milli Eğitim Sistemi, örgün eğitim ve yaygın eğitim olmak üzere, iki ana bölümden kurulur. Örgün eğitim, okul öncesi eğitimi, ilköğretim, ortaöğretim ve yükseköğretim kurumlarını kapsar. Yaygın eğitim, örgün eğitim yanında veya dışında düzenlenen eğitim faaliyetlerinin tümünü kapsar. (Md. 18)”

Buna göre, örgün eğitim, belirli bir yaş grubundaki ve seviyedeki bireylere belirlenmiş programlar dâhilinde ve okul binalarında verilen düzenli eğitim faaliyetini, yaygın eğitim ise, halk eğitimi, çıraklık eğitimi ve uzaktan eğitim yöntemleriyle gerçekleştirilen açık öğretim kurumları, meslek edindirme, ana-çocuk eğitimi ve okuma yazma kursları gibi kurumlar aracılığı ile örgün eğitim sistemine hiç girmemiş yahut örgün eğitim sisteminin herhangi bir kademesinde bulunan ya da bu kademelerden birinden ayrılmak zorunda kalmış bireylere sunulan eğitim faaliyetlerini kapsamaktadır (Gür ve Çelik, 2009). Bu faaliyetlerin yürütülmesini sağlamak üzere her aşamadaki politika belirleme, planlama, organize etme, koordine etme, yürütme ve denetim faaliyetlerinden sorumlu kurum Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), mevcut görünümü ile son derece merkezîyetçi ve dev bir yapıya sahip görünmektedir. Öyle ki 2011 yılı verilerine göre kamu idarelerinin tamamında toplam 2.274.041 personel (memur, sözleşmeli personel, sürekli işçi ve kapsam dışı personel) çalışmaktayken bunun 992.130'u, yani yaklaşık olarak % 44'ü tek başına MEB'nde yer almaktadır (Devlet Personel Başkanlığı İstatistikleri, http://www.dpb.gov.tr/dpb_istatistikler.html, 05.01.2012).

1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanununda tanımlanan eğitim faaliyetleri içerisinde *ilk ve orta öğretim* MEB'in denetimi ve gözetimi altında “*parasız devlet öğretim kurumları*” ve “*özel öğretim kurumları*”nda yürütülmektedir. 14.02.2007 tarih ve 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanununa göre, özel öğretim kurumları “*Türkiye Cumhuriyeti uyruklu gerçek kişiler, özel hukuk tüzel kişileri veya özel hukuk hükümlerine göre yönetilen tüzel kişilerce açılan özel öğretim kurumları ile yabancılar tarafından açılmış bulunan özel öğretim kurumlarını kapsamaktadır*” (md.1). Kanuna göre, Türk Milli Eğitim Sistemi içerisinde örgün ilk ve orta öğretim faaliyetlerinin gerçekleştirildiği özel öğretim kurumları *yabancı okullar, azınlık okulları, milletler arası okullar ve diğer özel okullar* olarak sınıflandırılmaktadır. **Yabancı okullar**, yabancılar tarafından açılmış özel okulları kapsarken, **azınlık okulları**, Rum, Ermeni ve Musevî azınlıklar tarafından kurulmuş, Lozan Antlaşması ile güvence altına alınmış ve kendi azınlığına mensup Türkiye Cumhuriyeti uyruklu öğrencilerin devam ettiği okul öncesi eğitim, ilköğretim ve ortaöğretim özel okullarından ve Milletlerarası özel öğretim kurumları da, yalnız yabancı uyruklu öğrencilerin devam edebilecekleri özel öğretim kurumlarından oluşmaktadır. (md. 2). Bu bağlamda, Türk Milli Eğitim Sistemi içerisinde ilk ve orta dereceli örgün öğretim faaliyetlerinin mevcut yapısını Tablo 1’de gösterildiği biçimde özetlemek mümkündür.

Meyer ve Scott’a (1983) göre, özellikle piyasa kontrolünün sınırlı olduğu sektörlerde, örgütler, kaynaklara ve meşruluğa ulaşabilmek adına geniş kurumsal çevrece tayin edilen biçimsel uygulamaları takip ederler. Bu tespit aynı zamanda hangi hallerde kurumsal girişimcilerin ve örgütsel değişim ajanlarının hareket kabiliyetlerinin arttığını da göstermektedir. Bir sektörde veya örgütsel alanda, piyasa kontrolünün rolü artınca mevcut kurumların ve kurumsal mantıkların yeniden inşası yahut bunların sınırladığı çerçeve içerisinde de olsa eş biçimlilik paradigmasını desteklemeyen uygulamalar ile örgütsel değişimler konusunda elleri güçlenen ve fırsatlarla karşılaşan kurumsal girişimciler yahut örgütsel değişim ajanları daha rahat davranabileceklerdir.

Tablo 1. Türk Milli Eğitim Sisteminde İlk ve Orta Dereceli Örgün Öğretimin Yapısı

	Devlet Okulları	Özel Okullar			
Hizmet sunucusu	Devlet	Özel			
Hizmetin niteliği	Parasız	Paralı			
Kurumlar	Parasız devlet okulları	Yabancı Okullar	Azınlık Okulları	Milletlerarası özel öğretim kurumları	Diğer özel öğretim kurumları
Öğrenciler	Türkiye Cumhuriyeti uyruklu bireyler	Türkiye Cumhuriyeti uyruklu bireyler	Türkiye Cumhuriyeti uyruklu azınlıklar	Yalnız yabancı uyruklu öğrenciler	Türkiye Cumhuriyeti uyruklu bireyler

Bu bağlamdaki kurumsal girişimcilerle örgütsel değişim ajanlarından, ortaya koymaya çaba gösterdikleri yeni uygulamaları paradigmatik temelde destekleyen kurumsal mantıklara yerleşik söylemler beklenmelidir. Zira bu mantıkların onlara sağladığı söylemsel temel sayesinde değişim sürecinde olası müttefikleri ile karşıtlarını etkileyebilecek ve mesafe kat edebileceklerdir. Dolayısı ile bu kurumsal mantıklar, kurumsal girişimcilerin ve örgütsel değişim ajanlarının ortaya çıkartmaya çaba gösterdikleri yeni uygulamalarla uyum gösteren ve onların olası müttefiklerini etkilemelerinde temel oluşturabilecek söylemsel altyapıya sahip özellikler taşıyabilecektir. Diğer taraftan, piyasa mekanizmalarının işlemeye başlaması ile hareket kabiliyeti artan kurumsal girişimciler açısından örgüt dışında ve içinde sahip oldukları sosyal pozisyonları ile buna bağlı olarak ortaya çıkan güçlerinin de etkili olacağı unutulmamalıdır.

Türk Milli Eğitim sektöründe de 1980'lerden itibaren yaşanan liberalleşme ile birlikte özel okulların sayısında gözlemlenen artış ve buna bağlı olarak piyasa mekanizmasının işlemeye başlaması, bu alandaki örgütler olan özel okullara kaynaklara ve meşruluğa ulaşabilmek adına eskisine nazaran geniş kurumsal çevre (kurum olarak çevre (Zucker, 1977)) tarafından tayin edilen uygulamalara daha az uyma ve örgütsel düzeyde (kurum olarak örgüt (Zucker, 1977)) farklılaşan kurumsal uygulamaların oluşumu (kurumsal girişimciler ya da örgütsel değişim ajanı) ve benimsenmesi yönünde de daha serbest davranma hususunda hareket kabiliyeti kazandırmış gözükmektedir.

Türk Milli Eğitim Sisteminde Kurumsal Mantıklar

Türk Milli Eğitim alanında, *tarihsel süreç, toplumsal yapı ve bunlara bağlı olarak alanda yapılanmış hakim uygulamalar, değer yargıları ve inanç örüntülerinin değerlendirilmesi* sonucunda “*yurttaş yetiştirme mantığı*”, “*ticari mantık*”, “*dindar nesiller yetiştirme mantığı*”, “*kültür ihracı mantığı*”, “*sınav başarısı mantığı*” ve “*insan kaynağı yetiştirme mantığı*” olmak üzere altı farklı kurumsal mantık tespit edilmiştir. Geline nokta, sektörde faaliyet göstermekte olan bir özel okulda yaşanmakta olan değişim sırasında, örgütte yer alan aktörlerin değişime dair davranış ve uygulamalarının eğitim alanında hâkim kurumsal mantıkları sosyal bağlam içindeki güçleri çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne biçimde yansıttıklarını tartışmadan önce tespit edilen bu kurumsal mantıkların incelenmesi yerinde olacaktır.

Yurttaş Yetiştirme Mantığı

Cumhuriyet, diğer pek çok hususta olduğu üzere eğitim konusunda da Osmanlı'dan aldığı mirası yeniden düzenlemek suretiyle kurumsal anlamda sürdürmüştür. Bu bağlamda cumhuriyetin ilk yıllarında “Öğretimi Birleştirme (Tevhid-i Tedrisat)”, “Laikleştirme”, “Eğitimi Örgütlenme”, “Eğitimin Niteliğinde Değişme” ve “Eğitimi Yaygınlaştırma” olarak sınıflandırılabilir beş alanda reform çalışmaları yapıldığı gözlemlenmektedir. 03.03.1924 tarih ve 430 sayılı Öğretimde Birlik (Tevhid-i Tedrisat) yasası, 22.03.1926 tarih ve 789 sayılı Maarif Teşkilatına Dair Kanun, bugün faaliyetlerini Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı olarak sürdüren “Millî Talim Terbiye Dairesi”nin kurulması,

01.11.1928 tarih ve 1353 sayılı yasayla Latin harflerinin kabulü, “Millî Eğitim Şûra”larının toplanması, “Millet Mektepleri”nin açılması bu reform çalışmaları arasında sayılabilir (MEB, 2005). Söz konusu reform çalışmaları incelendiğinde büyük toprak kayıpları sonrası dağılmış çok uluslu bir imparatorluktan aldığı miras üzerine üniter bir ulus-devlet yapısı inşa etmek isteyen yeni bir devletin, özellikle milliyetçi değerlerin altını çizerek sadık yurttaş yaratılmasını sağlayacak bir eğitim sistemi oluşturmaya çalıştığı görülmektedir. Bu yapı içerisinde devlet 20. yüzyılın ilk yarısının sonuna dek eğitim konusunu tekel olarak yürütmüş ve yeni devletin kurucu antlaşması Lozan’da varlıkları garanti altına alınan önceden kurulmuş yabancı okullarla azınlık okulları dışında, yabancı yahut yerli özel okullar açılmasına izin verilmemiş, var olanlar da çok sıkı bir kontrole tabi tutulmuşlardır. Bu noktada tek istisna olarak, devlet-özel müteşebbis ortaklığı¹ ile 1928’de kurulan Türk Eğitim Derneği (TED) ve bu derneğe ait okullar gösterilebilir. Kaldı ki, bu derneğin ve okullarının yapısında da devletin etkinliği gözlemlenmektedir:

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşu ile birlikte ... Atatürk'ün 1925 yılında Mecliste yaptığı ve özel kişi, kuruluşları eğitime katkı yapmaya çağıran konuşması, "Türk Maarif Cemiyeti" ve Atatürk'ün özlemini duyduğu nitelikli Türk okullarının açılması için ilk adım niteliğini taşımıştır. Türk Maarif Cemiyeti, bugünkü ismiyle Türk Eğitim Derneği, ... Cumhuriyeti kuran kadroların önderliğinde 31 Ocak 1928 tarihinde kurulmuştur. İlk Başkanı Türkiye'nin ikinci Cumhurbaşkanı İsmet İnönü[dür]. 1930-1931 eğitim ve öğretim yılında ... açılan anaokulu ile eğitim faaliyetlerine başlamıştır. 1931, 1933 ve 1936 yıllarında ilkokul, ortaokul ve lise kısımları açılmıştır (TED Ankara Koleji, <http://www.tedankara.k12.tr/public/>, 2012).

TED ve okullarının ortaya çıkışında Cumhuriyet öncesinde yaşananlar neticesinde yabancılar tarafından kurulan özel okullara karşı ortaya çıkan refleks neticesinde bu okulların önemli bir kısmının kapatılması ve var olanlar üzerinde de kurulan sıkı denetim sonucunda, özellikle Türk öğrencilere yabancı dil eğitimi de verebilecek modern okulların bulunmayışının etkisi göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda, TED okullarının çocuklarını yabancı dil öğrenebilecekleri modern okullarda okutmak isteyen devlet bürokrasisinin merkezi olan Ankara’da kurulmuş olması da anlamlıdır.

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren üniter bir ulus-devlet inşası ve bu yapıya sadık yurttaşların yetiştirilmesi paradigmasına uygun olarak yürütülen eğitim-öğretim politikalarının günümüzde de -aynı güçte olmasa da- devam ettiği söylenebilir. Halen yürürlükte olan 14.06.1973 tarih ve 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu’na göre Türk Milli Eğitiminin genel amacı:

“Türk Milletinin bütün fertlerini, (1) Atatürk inkılâplarına ve Anayasanın başlangıcında ifadesini bulan Türk milliyetçiliğine bağlı; Türk Milletinin milli, ahlâkî, insanî, manevî ve kültürel değerlerini benimseyen, koruyan ve geliştiren; ailesini, vatanını, milletini seven ve daima yüceltmeye çalışan; insan haklarına ve Anayasanın başlangıcındaki temel ilkelere dayanan millî, demokratik, lâik, sosyal bir hukuk devleti olan Türkiye Cumhuriyetine karşı görev ve sorumluluklarını bilen ve bunları davranış haline getirmiş yurttaşlar olarak yetiştirmek; (2) Beden, zihin, ahlâk, ruh ve duygu bakımlarından dengeli ve sağlıklı şekilde gelişmiş bir kişiliğe ve karaktere, hür ve bilimsel düşünme gücüne, geniş bir dünya görüşüne sahip, insan haklarına saygılı, kişilik ve teşebbüse değer veren, topluma karşı sorumluluk duyan;

¹ Her ne kadar devlet-özel müteşebbis ortaklığı denildiyse de o günkü şartlar altında bunun eşit bir ortaklık gibi algılanmaması gerekir. Zira derneğin kuruluşunda görev alan heyetin oluşumu şu şekildedir: Trabzon Milletvekili Hasan Saka’nın başkanlığında, Başbakan İsmet İnönü, dokuz bakan, iki yüz elli milletvekili, Genel Kurmay Başkanı ve ikinci başkanı, iki danıştay üyesi, Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşarı ve bakanlığın on iki genel müdürü, on üniversite rektörü ve dekanı, iki bakanlık genel müdürü, bir iş adamı ve bir gazeteci (TED Ankara Koleji, <http://www.tedankara.k12.tr/public/>, 2012).

yapıcı, yaratıcı ve verimli kişiler olarak yetiştirmek; (3) İlgi, istidat ve kabiliyetlerini geliştirerek gerekli bilgi, beceri, davranışlar ve birlikte iş görme alışkanlığı kazandırmak suretiyle hayata hazırlamak ve onların, kendilerini mutlu kılacak ve toplumun mutluluğuna katkıda bulunacak bir meslek sahibi olmalarını sağlamak; böylece, bir yandan Türk vatandaşlarının ve Türk toplumunun refah ve mutluluğunu artırmak; öte yandan milli birlik ve bütünlük içinde iktisadî, sosyal ve kültürel kalkınmayı desteklemek ve hızlandırmak ve nihayet Türk Milletini çağdaş uygarlığın yapıcı, yaratıcı, seçkin bir ortağı yapmaktır (md.2)”

Söz konusu yasal düzenleme bir bütün olarak incelendiğinde eğitim sisteminin her kademesi için güçlü bir “milliyetçilik” ve “yurttaşlık” vurgusunun olduğu gözlemlenmektedir.

Ticari Mantık

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren üniter bir ulus-devlet inşası ve bu yapıya sadık yurttaşların yetiştirilmesi paradigmasına uygun olarak yürütülen eğitim-öğretim politikalarında ilk kırılmanın 1960’larda yaşandığı görülmektedir. Bu bağlamda bir askeri müdahale sonucu ortaya çıkan 1961 Anayasasının “Bilim ve Sanat Hürriyeti” başlıklı 21. maddesine göre;

“Herkes, bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir. Eğitim ve öğretim, Devletin gözetim ve denetimi altında serbesttir. Özel okulların bağlı olduğu esaslar, Devlet okulları ile erişilmek istenen seviyeye uygun olarak kanunla düzenlenir. Çağdaş bilim ve eğitim esaslarına aykırı eğitim ve öğretim yerleri açılmaz”

Bu düzenlemenin bir kırılma özelliği taşımasının ana nedeni öncelikle eğitim-öğretim meselesinin anayasa düzeyinde ilk kez ele alınmasıdır. Bu durum daha önceki 1924 Anayasasında yer almayan bir husustur. Düzenlemenin kırılma olarak görülmesinin diğer bir nedeni devletin kuruluşundan itibaren yaklaşık 35 yılı aşkın bir süre boyunca benimsediği eğitim ve öğretimde tekel olma ve mevcut özel okullar üzerinde mutlak denetim eğilimini yumuşatmasıdır. Zira bu madde ile eğitimin ve öğretimin - **devletin gözetimi ve denetimi altında- serbest olduğu** ve bu doğrultuda özel okulların da çıkarılacak yeni kanuni düzenlemeler çerçevesinde açılabilceği hüküm altına alınmış bulunmaktadır.

Bu maddenin öngördüğü ve “özel okulların bağlı olduğu esaslar”a dair düzenlemenin 625 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu ile 1965 yılında gerçekleştirildiği gözlemlenmektedir. Bu kanuna göre;

“Özel öğretim kurumları; Türkiye Cumhuriyeti uyruklu gerçek kişiler, özel hukuk tüzel kişileri veya özel hukuk hükümlerine göre idare edilen tüzel kişiler tarafından açılan her derecedeki okullar, haberleşme ile öğretim yapan yerler, çeşitli kurslar, dershaneler, biçki - dikiş yurtları ve benzeri kurumlar ile yabancılar tarafından açılmış bulunan öğretim kurumlarıdır (md.1) [ve bunlar] ... Millî Eğitim Bakanlığının denetim ve gözetimi altındadır (md.2). Yabancı uyruklu gerçek veya tüzel kişiler, kendi adlarına veya Türkiye Cumhuriyeti uyruklu gerçek veya tüzel kişiler adına her ne suretle olursa olsun Türkiye’de yeniden özel öğretimi kurumu açamazlar. Ancak, bu kanunun hükümlerine göre kurulmuş özel okullara, Türk Millî Eğitiminin amaçlarına uygun olarak çalışmak üzere ve Millî Eğitim Bakanlığının izniyle, öğretim elemanı ve ders araç ve gereçleri yardımıyla bulunabilirler (md.5) (Özel Öğretim Kurumları Kanunu, 1965).”

Söz konusu düzenleme ile Türk, yabancı, azınlık vb. tüm özel okulların, genel amaçları, temel ilkeleri, eğitim sistemi içindeki yerleri, öğretmenlerinin nitelikleri, binaları ve tesisleri, eğitim araç ve

gereçleri, görev ve sorumlulukları dâhil hemen her konuda sıkı devlet kontrolü altına alındığı ve bu doğrultuda yalnızca Türkiye Cumhuriyeti uyruklu gerçek ve tüzel kişilerce yeni özel okulların açılmasına izin verildiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda 1969 yılına gelindiğinde özel okulların sayısının 44'e yükseldiği görülmektedir (Dikmen, 1971; Uygun; 2003).

1980'lere gelindiğinde, Türkiye, bir askeri müdahale ile daha karşılaşmış ve akabinde yeni bir anayasa metni ile yaşamaya başlamıştır. 1982 Anayasasının 42. maddesi "Eğitim ve öğrenim hakkı ve ödevi" başlığını taşımaktadır ve bu maddeye göre:

"... Eğitim ve öğretim, Atatürk ilkeleri ve inkılâpları doğrultusunda, çağdaş bilim ve eğitim esaslarına göre, Devletin gözetim ve denetimi altında yapılır. Bu esaslara aykırı eğitim ve öğretim yerleri açılmaz. ... Özel ilk ve orta dereceli okulların bağlı olduğu esaslar, Devlet okulları ile erişilmek istenen seviyeye uygun olarak, kanunla düzenlenir. ..."

Yeni yönetim ile birlikte ülkede gözlemlenen ekonomik liberalleşme eğilimi ve yeni anayasanın da gerekleri doğrultusunda gerek bir bütün olarak eğitim sisteminde gerekse özel okulların faaliyetlerinin kontrolünde yeni düzenlemeler göze çarpmaktadır. Söz konusu süreç hem makro hem mikro bağlamda devlet eğitiminin çözüldüğü söyleminin dile getirildiği bir süreçtir (Çakar, 2009). Bu noktada makro bağlamda güçlenen neo-liberal söyleme paralel olarak devletin eğitim sektöründe yürütücü rolünü terk ederek düzenleyici yeni bir rol üstlenmesi yönünde yeni bir paradigma ortaya çıkmaktadır (Friedman, 1997).

Bu doğrultuda ülkemizde de öncelikle 1980'li yılların ilk yarısı içinde 625 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanununun neredeyse bütün maddelerinin değiştirilerek adeta yeniden yazıldığı görülmektedir. Buna müteakip 1985 yılı itibari ile özel öğretim kurumlarının gelişmelerini ve yaygınlaşmalarını teşvik edici ve kolaylaştırıcı nitelikte düzenlemeler dikkat çekmektedir (Uygun, 2003). Söz konusu yeni düzenlemeler ve oluşan yeni ortam güçlü bürokratik denetim olgusuna rağmen eğitim sektöründe özel okullar arasında ticari mantığın gelişmesine neden olmuş görünmektedir.

14.02.2007 tarih ve 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu ile 625 sayılı kanun yürürlükten kaldırılmıştır. Söz konusu yeni kanunda eskisine nazaran güçlü devlet denetimi konusunda büyük bir ilerleme görülüyorsa da sonrasında çıkarılan alt-mevzuat metinleri ile yeni özel öğretim kurumlarının açılmasının kolaylaştırıldığı anlaşılmaktadır (<http://www.mufettisler.net/dernek-duyurulari/134-ozel-okul-acmak-kolaylastirildi.html>). MEB istatistiklerine göre (Tablo 2), 2002 yılı sonrasında gerek özel okul sayılarında, gerekse bu okullardaki öğrenci ve öğretmen sayılarında oransal olarak gözlemlenen büyük artış özel okul işletmeciliğinin karlı bir iş olarak görülmeye devam ettiğinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Dindar Nesiller Yetiştirme Mantiğı

1980'de yaşanan askeri müdahale ve sonrasında yürürlüğe giren yeni anayasa ile birlikte 1983 yılı içerisinde 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanununda da bir takım değişiklikler yapılmış ve tüm maddelerdeki Atatürk İlkeleri vurgusu artırılmış, buna ek olarak kanunun önceki halinde "Türk eğitiminde lâiklik esastır. Din eğitimi ve öğrenimi ancak kişilerin kendi isteği ve küçüklerin de *kanunî temsilcilerinin isteğine bağlı olarak* verilir. Bu istek kayıt esnasında veliler tarafından okul idaresine yazılı olarak bildirilir" biçiminde düzenlenen "Laiklik" başlıklı 12. madde "Türk milli eğitiminde laiklik esastır. *Din kültürü ve ahlak öğretimi ilköğretim okulları ile lise ve dengi okullarda okutulan zorunlu dersler arasında yer alır*" biçiminde değiştirilmiştir.

Söz konusu düzenlemelere koşut olarak 1980 sonrasında ülke genelinde de muhafazakârlaşma yönünde bir eğilim olduğu görülmektedir (???). Bu fikirler ve karşıt görüştekiler arasında özellikle son on yıl içerisinde gözlemlenen ideolojik temelli çatışmalar bir yana bırakılırsa 1980 sonrası itibari ile özellikle kimi dini cemaatlerin kontrolündeki okullarda ve son olarak da bizzat Başbakanın söylemlerinde somut hale gelen "dindar nesiller yetiştirme" mantığından bahsetmek olanaklıdır

(<http://www.hurriyet.com.tr/gundem/19819295.asp>). Bu bağlamdaki mantığın güçlenmesine dair son olarak 30.03.2012 tarih ve 6287 sayılı yasa ile 1739 sayılı yasanın 22. maddesinde yapılan ve ortaokul ve liselerde, “Kur’an-ı Kerim ve Hz. Peygamberimizin Hayatı” isimli dersi seçmeli ders olarak müfredata dâhil eden düzenleme gösterilebilir:

“İlköğretim kurumları; dört yıl süreli ve zorunlu ilkokullar ile dört yıl süreli, zorunlu ve farklı programlar arasında tercihe imkân veren ortaokullar ile imam-hatip ortaokullarından oluşur. Ortaokullar ile imam-hatip ortaokullarında lise eğitimini destekleyecek şekilde öğrencilerin yetenek, gelişim ve tercihlerine göre seçimlik dersler oluşturulur. Ortaokul ve liselerde, Kur’an-ı Kerim ve Hz. Peygamberimizin hayatı, isteğe bağlı seçmeli ders olarak okutulur. Bu okullarda okutulacak diğer seçmeli dersler ile imam-hatip ortaokulları ve diğer ortaokullar için oluşturulacak program seçenekleri Bakanlıkça belirlenir.”

Tablo 2. 2003-2012 Yılları İçin Özel Okullara Dair İstatistikî Veriler

OKUL SAYILARI

YILLAR		İLKÖĞRETİM	RESMİ	ÖZEL	ORAN	İNDEKS	ORTAÖĞRETİM	RESMİ	ÖZEL	ORAN	İNDEKS
2003	2004	36114	35501	613	0,017	1,000	6941	6460	481	0,069	1,000
2004	2005	35611	34937	674	0,019	1,115	6816	6215	601	0,088	1,272
2005	2006	34990	34262	728	0,021	1,226	7435	6785	650	0,087	1,262
2006	2007	34656	33899	757	0,022	1,287	7934	7217	717	0,090	1,304
2007	2008	34093	33227	866	0,025	1,496	8280	7548	732	0,088	1,276
2008	2009	33769	32862	907	0,027	1,582	8675	7865	810	0,093	1,347
2009	2010	33310	32431	879	0,026	1,555	8912	8182	730	0,082	1,182
2010	2011	32797	31899	898	0,027	1,613	9281	8483	798	0,086	1,241
2011	2012	32108	31177	931	0,029	1,708	9672	8817	855	0,088	1,276

ÖĞRETMEN SAYILARI

YILLAR		İLKÖĞRETİM	RESMİ	ÖZEL	ORAN	İNDEKS	ORTAÖĞRETİM	RESMİ	ÖZEL	ORAN	İNDEKS
2003	2004	384170	367895	16275	0,042	1,000	147776	140630	7146	0,048	1,000
2004	2005	401288	383331	17957	0,045	1,056	167614	159362	8252	0,049	1,018
2005	2006	389859	370316	19543	0,050	1,183	185317	171177	14140	0,076	1,578
2006	2007	402829	381354	21475	0,053	1,258	187665	174992	12673	0,068	1,396
2007	2008	445452	422264	23188	0,052	1,229	191041	177902	13139	0,069	1,422
2008	2009	453318	428429	24889	0,055	1,296	196713	181997	14716	0,075	1,547
2009	2010	485677	458046	27631	0,057	1,343	206862	190750	16112	0,078	1,611
2010	2011	503328	473904	29424	0,058	1,380	222705	205800	16905	0,076	1,570
2011	2012	515852	484161	31691	0,061	1,450	235814	216428	19386	0,082	1,700

ÖĞRENCİ SAYILARI

YILLAR		İLKÖĞRETİM	RESMİ	ÖZEL	ORAN	İNDEKS	ORTAÖĞRETİM	RESMİ	ÖZEL	ORAN	İNDEKS
2003	2004	10479538	10318650	160888	0,015	1,000	3014392	2943929	70463	0,023	1,000
2004	2005	10565389	10393474	171915	0,016	1,060	3039449	2968196	71253	0,023	1,003
2005	2006	10673935	10484845	189090	0,018	1,154	3258254	3181584	76670	0,024	1,007
2006	2007	10846930	10633859	213071	0,020	1,279	3386717	3300259	86458	0,026	1,092
2007	2008	10870570	10644383	226187	0,021	1,355	3245322	3151480	93842	0,029	1,237
2008	2009	10709920	10469932	239988	0,022	1,460	3837164	3724889	112275	0,029	1,252
2009	2010	10916643	10664676	251967	0,023	1,503	4240139	4121917	118222	0,028	1,193
2010	2011	10981100	10713806	267294	0,024	1,585	4748610	4618213	130397	0,027	1,175
2011	2012	10979301	10692329	286972	0,026	1,702	4756286	4618122	138164	0,029	1,243

KAYNAK: MEB İstatistikleri Kitabı (Örgün Eğitim) 2011-2012'den derlenmiştir.

Kültür İhracı Mantığı

Yaşadığımız topraklarda eğitimde yenileşme hareketleri olarak adlandırılabilir ilk uygulamalar 18. yüzyılın sonlarında başlamıştır. Bu bağlamda gerçekleştirilen yenilikler, özellikle, açılan yeni askeri

okullarla birlikte Fransızca ve İngilizce gibi yabancı dillerin öğretim programlarına girmesi, ilköğretimin zorunlu hale getirilmesi ve yetiştirilmek üzere Avrupa'ya öğrenci gönderilmesi olarak sayılabilir (MEB, 2005).

Söz konusu yenileşme hareketleri ile birlikte Osmanlı Devleti'nde, Tanzimat sonrası eğitim sistemini okullar bazında üç grup halinde toplamak mümkündür (Uygun; 2003):

- a) Medrese, mektep vb. geleneksel okullar,
- b) Yenileşme hareketlerine koşut olarak devlete bağlı olarak açılan rüştiyeler, idadiler, askeri vb. okullar,
- c) Müslüman olmayan cemaat teşkilatları ile yabancı misyon ve hükümetlere bağlı okullar.

Üçüncü grubu oluşturan okullar gerek Lozan Antlaşması gerekse cumhuriyetin ilanından sonra yapılan kanuni düzenlemeler içerisinde “azınlık okulları ve yabancı okullar” başlığı altında yer alan okullardır. Özel okul statüsündeki bu okulların tarihsel süreç içerisinde oynadıkları roller üzerine yapılan pek çok çalışma bulunmaktadır (örn. Sevinç, 1975; Vahapoğlu, 1990; Tozlu, 1991). Önemli ölçüde, bu okulların Osmanlı Devletinin yıkılmasındaki rolleri üzerinde duran söz konusu çalışmalarda örtülü yahut açık bir biçimde ortaya konan genel kanı, bunların eğitimden çok kültür ihracının araçları olarak ortaya çıktıkları yönündedir (Uygun, 2003). Örneğin, Abdülhamit döneminde faaliyet gösteren Protestan okullarına dair bir çalışmada, hemen hemen hepsi Amerikan Board Misyoner Örgütüne bağlı bu okulların büyük ölçüde “Protestanlığı yaymak, ... öteki yabancı, özellikle [de] Fransız okullarının kültürel etkisi ile mücadele etmek” üzere faaliyet gösterdikleri vurgulanmaktadır (Akyüz, 1970; Uygun, 2003).

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte, büyük toprak kayıpları sonrası dağılmış çok uluslu bir imparatorluktan aldığı miras üzerine üniter bir ulus-devlet yapısı inşa etmek isteyen yeni devletin imparatorluğun dağılma safhasında yaşananlar neticesinde refleks olarak söz konusu “azınlık okulları ile yabancı okullara” mesafeli, yaklaştığı, bu bağlamda yeni devletin kurucu anlayışları olan Lozan'da varlıkları garanti altına alınan önceden kurulmuş yabancı okullarla azınlık okulları dışında, yenilerinin açılmasına izin verilmediği, var olanlar üzerinde de çok sıkı bir kontrol mekanizması kurulduğu görülmektedir.

Yaşamakta olduğumuz günlerde hem azınlık okulları hem de yabancı okullar varlıklarını sürdürmektedirler. 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanununa göre “azınlık okulları” kavramı “Rum, Ermeni ve Musevî azınlıklar tarafından kurulmuş, Lozan Antlaşması ile güvence altına alınmış ve kendi azınlığına mensup Türkiye Cumhuriyeti uyruklu öğrencilerin devam ettiği okul öncesi eğitim, ilköğretim ve ortaöğretim özel okullarını”, “yabancı okullar” kavramı ise “yabancılar tarafından açılmış özel okulları” karşılamaktadır. Bu noktada yabancı okullara Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları da kaydolabilmektedir.

Söz konusu “yabancı okullar”ın isimleri açık bir biçimde “Alman Lisesi, Avusturya Lisesi, İtalyan Lisesi, Fransız Lisesi” vb. biçiminde olup, hemen hemen hepsinin kuruluş amacı, misyonu yahut hedeflerinde açık olarak yahut ima yoluyla, “kültürel ortaklık, kültürlerin kaynaşması, yakınlaşması, kültür köprüleri” gibi kavramlardan bahsedilmekte ve yabancı dil olarak söz konusu ülkelerin dilleri öğretilmektedir.

Bu bağlamda Lozan Antlaşması ile güvence altına alınan varlıkları ile birlikte hali hazırdaki durumları da göz önünde bulundurularak yasal tanımıyla “yabancılar tarafından açılmış özel okullarda” gözlemlenen hâkim mantığın “kültür ihracı” olarak nitelenebileceği düşünülmektedir.

Sınav Başarısı Mantığı

Bilindiği üzere, oyunun kurallarını ortaya koyup aktörleri bilişsel olarak etkileyen ve sosyal bağlamı kategorize eden kurumsal mantıklar (Friedland ve Alford, 1991; DiMaggio, 1997; Thornton ve Ocasio, 2008; Danışman, 2012), bu özellikleri ile aktörlerce sergilenen tüm eylemlere de kılavuzluk yapmaktadırlar (Scott, 1995; Koç, 2012). Bu bağlamda değerlendirildiği zaman, Türk Milli Eğitim sisteminde her geçen yıl isimleri değişse de bir üst kademe eğitim sürecine başlayacak her öğrencinin

daha iyi bir okula girebilmek adına başarılı olmasını gerektiren yarışma sınavlarının varlığı ile bu suretle ortaya çıkan ve “okul-özel dershane-özel ders” üçlemesinden oluşan sistem içerisinde somut tezahürleri görülen “sınav başarısı” fenomeninin “alandaki aktörlerce sergilenen tüm eylemlere kılavuzluk eden” öncül bir unsur olduğunu ve kurumsal meşruiyetin temel kaynağını oluşturduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Ülkemizde halen Milli Eğitim Bakanlığı'na kayıtlı 3867 özel dershane bulunmakta ve bu kurumlarda 64 bini öğretmen olmak üzere yaklaşık 78 bin 500 insan çalışmaktadır (<http://www.okulyonetimi.com/index.php/2012/12/turkiyede-kayitli-dershane-sayisi/>). Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği'nin (TOBB) "Türkiye Eğitim Meclisi Sektör Raporu"na (2011) göre, 2000 yılında 1730 olan *özel dershane sayısı* 2011'de %134 artışla 4055'e, 488 bin 284 olan dershanelere kayıtlı öğrenci sayısı %153 artışla 1 milyon 234 bin 738'e yükselmiştir. Özel dershanelerde gözlemlenen bu olağanüstü artışların “sınav başarısı” fenomeninin en somut göstergeleri olduğu söylenebilir. Bu bağlamda Türk Milli Eğitim alanında aktörlerce sergilenen tüm eylemlere kılavuzluk yapan ve bu özelliği ile sosyal eylemi kategorize eden kurumsal mantıklar arasında bir de “sınav başarısı mantığı”ndan söz etmek yanlış olmayacaktır.

İnsan Kaynağı Yetiştirme Mantığı

Alvin Toffler (2008) dünya tarihini üretim, üretimin konusu ve yönetimi perspektifinden tanımlayarak üç bölüme ayırmaktadır. Bunlardan ilki birinci dalga olarak adlandırdığı tarım toplumudur. İkinci dalga sanayi toplumu; üçüncüsü ise bilgi toplumudur. Yazara göre her yeni dalga ile birlikte bir önceki dalgada kalan eskimiş düşünce kalıpları, öğretiler, ideolojiler kendi çağı için ne kadar faydalı olmuş olursa olsun, yeniçağın gereklerini karşılayamayacaktır. Her yeni dalga kendine özgü düşünüş biçimlerini, öğretilerini, ideolojilerini ve dolayısı ile de kurumlarını beraberinde getirecek bunu da büyük ölçüde toplumsal yaşamı köklü değişimlere uğratan büyük şoklar neticesinde yeniden kurgulanan yaşama biçimleri ve alışkanlıkları sayesinde yapacaktır. Sözü edilen yeni toplumsal yaşayış biçimi gündelik hayatın her zerresinde gözlemlenen ve bir önceki dalgadan köklü bir biçimde ayrılan ve çoğu kez ayrıntılardan oluşan ve insanoğlu için somut gerçekliği ifade eden bütün fenomenlerdir.

Eğitim de Toffler'in çizdiği bu çerçeve içerisinde toplumsal yaşamı köklü değişimlere uğratan büyük şoklar neticesinde yeniden kurgulanan kurumlardan birisidir. Bu bağlamda, bilgi toplumunun ihtiyaç duyduğu eğitim paradigması ve bu paradigmanın gerektirdiği kurumlar elbette ki bir önceki dalga olan sanayi toplumunun eğitim paradigması ve bu paradigmanın ihtiyacı olan kurumlardan farklıdır. 21. Yüzyılı yaşayan bizlerin şansı (yahut şanssızlığı) ise iki dalga arasındaki geçiş süreci ile bunun gereği olarak ortaya çıkan farklılaşan düşünüş biçimleri, öğretiler ve ideolojiler neticesinde yeniden tanımlanan ve değişen kurumların oluşumuna bizzat şahit oluşumuzdur.

Sanayi toplumunun devlet yapısı, ulus devlet, bu devletin yönetim biçimi bürokrasi, üretim mekanı fabrika, fabrikaların üretim biçimi bilimsel ve davranışçı yönetim, bu devlet ve üretim sistemi için yurttaş yetiştiren mekanlar ise okullar olarak karşımıza çıkmaktadır. Oysaki Toffler'in üçüncü dalga olarak gösterdiği bilgi toplumunun devlete, bürokrasiye, fabrikaya, üretim biçimlerine ve yönetim anlayışına dair farklılaşan paradigmasına bağlı olarak eğitim paradigması da farklılaşmakta bu bağlamda da sanayi toplumunun eğitim kurumları olan okullar yetersiz kalmaktadır.

Bilgi toplumunun ihtiyacı olan eğitim paradigması eğitim kurumunu okul duvarlarının dışına taşıyan ve insan ömrünün her kademesine yayan, mekanlardan ve ritüellerden bağımsız yepyeni bir kurum haline getirmektedir. Bu yüzdendir ki, Birleşmiş Milletler, OECD, AB gibi uluslar üstü ve MEB ve TUSİAD gibi ulusal kuruluşların eğitime dair temel politika belgelerinde bilgi toplumu, hayat boyu öğrenme ve değer yaratan bireylerden ve bu bireylerin ortaya çıkmasında yönlendirici olacak yeni eğitim paradigmasının kurumlarından bahsedilmektedir.

Bu yeni eğitim paradigması ve bu paradigmanın oluşturduğu yeni eğitim kurumu, sanayi toplumunun ulus-devlet ve bu yapının içinde yer alan bürokrasi ve fabrikalar için oluşmuş “yurttaş

yetiştirme mantığı”nı, bilgi toplumu için gittikçe küçülen küresel bir dünyada katma değer üreten *“insan kaynağı yetiştirme mantığı”*na dönüştürmektedir.

Uluslar üstü bir düzeyde ve büyük ölçüde kapitalist toplumlarda gözlemlenen bu iki kurumsal mantıktan “yurttaş yetiştirme mantığının” Türk Milli Eğitim Sistemindeki yansımaları daha önce ele alınmıştı. Türk Milli Eğitim Sisteminde cumhuriyet sonrası sürecin omurgası olarak adlandırılabilir “yurttaş yetiştirme mantığı”nın 2000’lere gelene dek alanda varlığını güçlü bir biçimde sürdürdüğü görülmektedir. Bu durum eğitim sistemi içinde tüm uygulamalarda, kamuya yahut özele ait olmasına bakılmaksızın tüm okullarda varlığını açık bir biçimde hissettirmektedir.

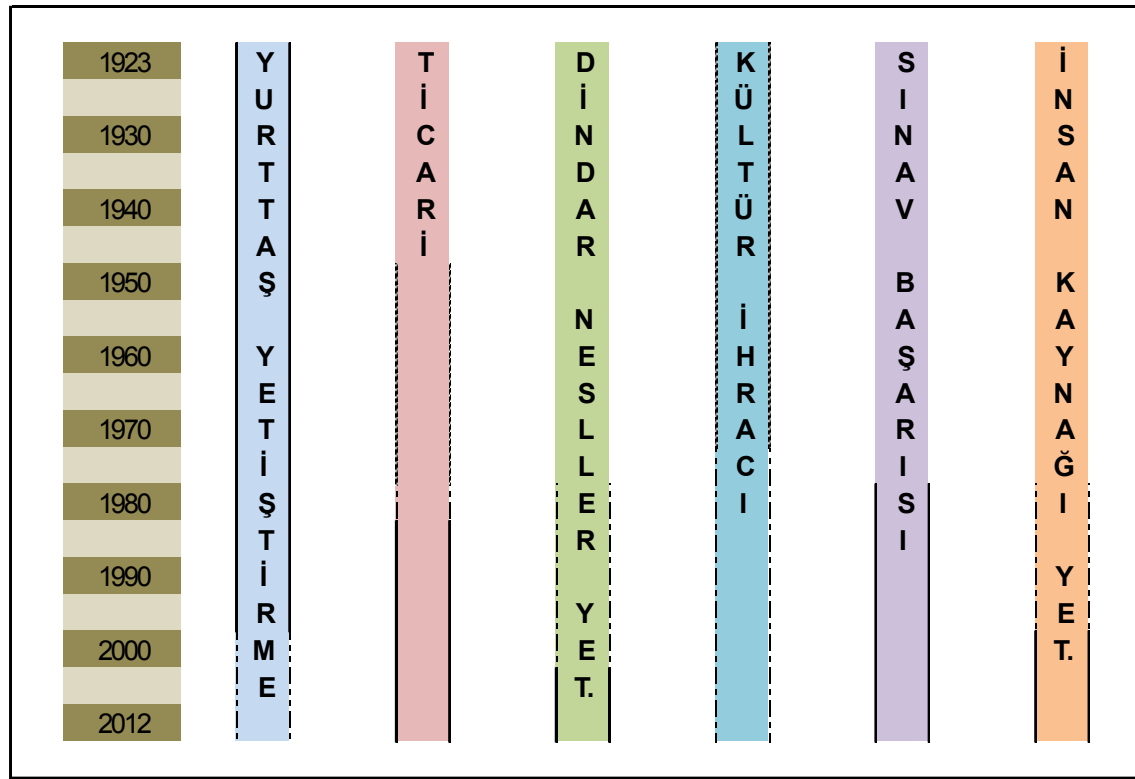
2000’li yılların ortalarından itibaren gerek uluslar arası gerekse ulusal anlamda yaşanan gelişmeler neticesinde sanayi toplumu paradigmasına özgü “yurttaş yetiştirme mantığı”nda bir çözülme ve bilgi toplumu paradigmasına özgü “insan kaynağı yetiştirme mantığı”nda bir güçlenme görülmektedir. “İnsan kaynağı yetiştirme mantığı”nın ortaya çıkması ve güçlenmesi, 1999 yılında Türkiye’nin Avrupa Birliğine adaylığının kabulü ile başlayan süreç içerisinde, katılım ortaklığı belgesinin onaylanması, temel hak ve özgürlüklerin kapsamını genişleten uyum paketlerinin kabulü, siyasi kriterlerin yeterince karşılanması üzerine müzakerelerin başlaması, 2007-2008 yılında gerçekleşen cumhurbaşkanlığı seçimi ve genel seçimlerle beraber “yurttaş yetiştirme mantığı”nın ve uygulamalarının savunucuları olan askeri ve sivil bürokrasinin gücündeki azalışla ilişkilendirilebilir.

Bu yeni bağlam “yurttaş yetiştirme mantığı”nın çözülmesinde etkili olan ortamın oluşmasını sağlamış görülmekle birlikte, bu mantığın topyekun zayıfladığından söz etmek olası değildir. Esasında halen yaşanmakta olan “sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş” sürecinin etkilerinin Türkiye ve Türk Milli Eğitim sistemi özelinde de yaşanmakta olduğunu söylemek mümkündür.

Bu noktada gerçekleşen ve “insan kaynağı yetiştirme mantığı”nın oluşumunu somutlayan örnekler olarak, AB üyelik süreci ile eğitim-öğretim camiasında önemle üzerinde durulan bir husus haline gelen ve öğrencilerde özellikle Avrupa ülkelerine dair “yurttaş yetiştirme mantığı”na gömülü “*yurdu bölmeye ve parçalamaya çalışan düşmanlar*” algısını değiştirmiş görünen *yurtdışı değişim programları*, 14/09/2011 tarih ve 652 sayılı Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık bünyesinde kurulan “*Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü*”, başta MEB ve üniversiteler olmak üzere TUSİAD gibi sivil toplum kuruluşlarının da “*okul öncesi öğretim*” (<http://www.tusiad.org/bilgi-merkezi/raporlar/dogru-baslangic---turkiyede-okul-oncesi-egitim/>), “*mesleki öğretim*” (<http://erg.sabanciuniv.edu/meslekegitimindekalite/>), “*hayat boyu öğrenme*” ve “*21. Yüzyıl Becerileri ve Eğitimin Niteliği*” (<http://www.tusiad.org/bilgi-merkezi/21--yuzyil-becerileri-ve-egitimin-niteligi-toplanti-dizisi/>) gibi kavramlara odaklanan çalışmaları ve son olarak, öğrencilere *kılık-kıyafet serbestisi* getiren 27.11.2012 tarihli “Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul Öğrencilerinin Kılık ve Kıyafetlerine Dair Yönetmelik”in yürürlüğe konulması gösterilebilir.

Gelinen noktada, Türk Milli Eğitim alanı için tespit edilen ve “*yurttaş yetiştirme mantığı*”, “*ticari mantık*”, “*dindar nesiller yetiştirme mantığı*”, “*kültür ihracı mantığı*”, “*sınav başarısı mantığı*” ve “*insan kaynağı yetiştirme mantığı*” olarak adlandırılan altı kurumsal mantığın tarihsel süreçteki seyri Şekil 3’te gösterilmiştir.

Şu ana kadar üzerinde durulan ve alanda sahip oldukları göreceli üstünlüklere de bağlı olarak az ya da çok etkin oldukları gözlemlenen bu kurumsal mantıklar arasında mevcut güç dengesinde yaşanan herhangi bir dönüşümün örgütsel düzeyde ve bireysel aktörlerde ne tür tepkilere neden olacağı merak edilmektedir. Çalışmanın bundan sonraki kısmında, kurumsal mantıklardan *yurttaş yetiştirme*, *ticari* ve *sınav başarısı mantıklarının birlikte var olarak diğerlerine göre daha baskın olduğu* bir özel okulda ticari ve sınav başarısı mantıklarının varlıklarını daha güçlü bir şekilde sürdürmeleri yanında yurttaş yetiştirme mantığından *insan kaynağı yetiştirme mantığına* doğru gerçekleşen dönüşüm sürecinde okul içerisindeki bireysel aktörlerin rolleri ve uygulamaları incelenmektedir.

Şekil 3. Türk Milli Eğitim Alanında Tarihsel Süreç ve Kurumsal Mantıklar²

Araştırma Yapılan Okul, Değişim Süreci ve Veri Kaynakları

Değişim yaşanan bir örgütte yer alan aktörlerin söz konusu değişime dair rolleri ve uygulamalarının alanda hâkim kurumsal mantıkları sosyal bağlam içindeki güçleri çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne biçimde yansıttıklarını tespit edebilmek adına Türk Milli Eğitim sisteminde faaliyet göstermekte olan bir özel okul üzerinde çalışılmıştır. Türk Milli Eğitim alanı için tespit edilen farklı kurumsal mantıkların bireylerin söylemlerinde ne derecede somut hale geleceğinin ve bu kurumsal mantıkların, aktörlerin gücü çerçevesinde ardıl davranış ve uygulamalara ne derecede yansıdığının anlaşılmasına yönelik derinlemesine mülakat tekniği ve bu mülakatlar neticesinde ulaşılan verilerin değerlendirilmesinde de söylem analizi yöntemi kullanılmıştır.

Çalışılan örgüt, Çukurova Bölgesinde 1988 yılında kurulan, 86 öğrenci ile eğitim ve öğretim faaliyetlerine başlamış, 2012 yılı itibarı ile 2000'e yakın öğrenci ile 400'e yakın çalışan (öğretmen ve idari personel) sayısına ulaşmış bir özel okuldur. Söz konusu özel okul 2000'li yılların başlangıcında kendi bölgesinde rekabet halinde olduğu diğer özel okullar arasında tercih edilme açısından son sıralarda ve eğitim-öğretim ücretleri bakımından da "en ucuzlardan biri" olma özelliğine sahip iken, 2005 yılına gelindiğinde finansal anlamda da kapanma eşiğine gelmiştir. Çalışmamıza konu olan değişim süreci de finansal anlamda yaşanan bu sıkıntılı günlerde başlamıştır. 1988 yılında okulu kuran "baba'nın, "Amerika'da okumuş" oğlu olarak Türkiye'ye dönen okulun hali hazırdaki CEO'su, finansal durumun yoluna konulmasını sağlamak amacıyla bankalarla yaptığı uzun vadeli kredi anlaşmaları sonrasında örgütte mevcut "iş görme anlayış"ını ve bu suretle bütün iklimi kökten etkileyecek topyekûn bir değişim sürecini başlatmıştır.

Bu bağlamda örgütsel değişimin öncüsü ve değişim ajanı CEO öncelikle bölge halkı nezdinde okula dair oluşmuş "ucuz ve vasat özel okul" algısının değiştirilmesi adına o yıllarda bölgedeki

² Şekil 3'te her bir kurumsal mantık için çizgilerin kesikli yahut düz olması tarihsel süreç içerisinde söz konusu mantığın alanda sahip olduğu güç ve etkiyi göstermektedir. Kesikli çizgiler düz çizgilere göre *daha az güç ve daha az etki* anlamındadır.

okullarda henüz görülmeyen “ar-ge departmanı oluşturma” ve “eğitim-öğretim faaliyetlerinde teknolojinin daha fazla kullanılması” uygulamalarını başlatmıştır. Bu paralelde misyon, vizyon ve değer ifadelerinde ulusal bağlam yerine dünya düzeyinde başarılarla ve yeniliklere, klasik öğretmen-öğrenci-veli üçlemesi yerine paydaşlara (öğrenciler, veliler, mezunlar, çalışma arkadaşları, toplum ve çevre) vurgu yapan yeni vizyon, misyon ve bir bina olarak okul yerine toplumsal buluşma alanı olarak okul, diploma almaya endeksli anlayış yerine yaşam boyu öğrenme, sınıflar içinde öğretim yerine mekandan ve zamandan bağımsız öğretim, ulusalı hedef alan yaklaşım yerine küreseli hedef alan yaklaşım, hakim ideoloji yerine piyasa ihtiyacı gibi unsurları ön plana alan yeni bir perspektif göze çarpmaktadır:

“Bizim Vizyonumuz: Dünyada başarılarıyla ve yenilikçiliğiyle örnek gösterilen bir okul olmak.

Bizim Misyonumuz: Tüm paydaşlarımıza (öğrencimiz, ekibimiz, velimiz, mezunumuz, toplumumuz ve çevremiz) kattığımız değeri sürekli ve belirgin bir biçimde artırmak” (<http://www.gundogdu.k12.tr/dosyalar/pdf/hakkimizda.pdf>).

“Ne muhteşem bir okul! (Ross Wilson, ABD Büyükelçisi)

Okulunuzda 2000 öğrencinin Almanca öğrenmesi bizi son derece mutlu etmiştir. (Dr. Eckart Cuntz, Almanya Büyükelçisi)

Eğitim alanındaki vizyonunuzdan çok etkilendim. (Colleen Grafy, ABD Kamu Diplomasisi Müsteşar Yardımcısı)

Okula ziyaretim mucizeviydi. (Connie Coppe, Amerikalı Şair)

Avrupa’nın modern ülkelerinde bile olmayan modern bir okul. (Klaus Herper, Köln Bölgesi, Milli Eğitim Direktörü)” (<http://www.gundogdu.k12.tr/arsiv.aspx?t=3>).

“Avrupa Birliğinin Türkiye genelinde onayladığı 19 projeden ikisi bizim.

Öğrencilerimiz dünya turunda...

Avrupa Parlamentosunun davetlisi olarak Brüksel’deyiz. Cambridge sınavlarında dünya istatistiklerindeyiz.” (<http://www.gundogdu.k12.tr/arsiv.aspx?t=9>).

“Eğitim OSCAR’ını İtalya’da aldık. Öğrencilerimize ABD’den rekor sayıda burs!” (<http://www.gundogdu.k12.tr/Home.aspx>).

Okuldaki mevcut kanıksanmış uygulamalarla hiçbir paralellik arz etmeyen bu yeni uygulamalar ışığında değişim ajanı CEO’nun büyük ölçüde Türk Milli Eğitim sistemi içerisinde hâkim kurumsal mantıklar arasında tespit ettiğimiz ve 2000’li yıllar itibari güç kazanmaya başladığını söylediğimiz “İnsan Kaynağı Yetiştirme Mantığı”na yerleşik davranışlar sergilediğini söylemek olanaklıdır. Diğer taraftan değişim ajanı CEO’nun, çalışmaya konu özel okulun varlığını sürdürebilmesi adına “ticari mantık” ile özellikle “sınav başarısı mantığı”nın etkisi altında davranışlar benimsediği de gözlemlenmiştir.

Değişim ajanı CEO ile bir yıla yakın bir süre içerisinde gerçekleştirilen çeşitli mülakatlarda “ticari başarı olmaksızın yapılan her şeyin boşa gideceği ve hiçbir kıymet taşıyamayacağı” yönündeki tespitleri kendisinin, alanda özellikle özel okulların davranışları ile uygulamalarını biçimlendiren “ticari mantık”a yerleşik olarak davranmak zorunda olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır.

Diğer taraftan araştırmaya konu özel okulda gerçekleşen değişim sürecine paralel olarak ortaokul ve lise düzeyindeki okullar ile üniversitelere giriş için yapılan sınavlarda kazanılan başarıları (örn. bölge birincilikleri, il birincilikleri, dereceler vs.) ön plana alan afiş, el ilanı, resmi internet sitesinde duyurular ve gazete haberleri gibi uygulamalar göze çarpmıştır. Bu çabalar ve bu konuda velilerde ve öğrencilerde oluşturulmak istenilen farkındalık daha önce Türk Milli Eğitim alanındaki davranışları biçimlendirdiğini iddia ettiğimiz ve “sınav başarısı mantığı” olarak adlandırdığımız

kurumsal mantığa yerleşik uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Değişim ajanı CEO ile yapılan mülakatlarda da buna dair tespitler alınmıştır:

“... Türkiye’de mezunları giriş sınavlarında başarılı olamayan bir okul ne yaparsa yapsın öğrenci çekemez, bu nedenle uygulamalarını ister istemez bu doğrultuda oluşturmak zorunda kalır.”

Değişim yaşayan bir örgütte yer alan aktörlerin değişime dair davranış ve uygulamalarının alanda hâkim kurumsal mantıklar ile sosyal bağlam içindeki güçleri çerçevesinde ne şekilde oluştuğunu tespit etmeye çaba gösterdiğimiz çalışmamızda değişim ajanı CEO dışında değişim sürecinin tamamına tanıklık etmiş on üç kişi ile her birisi ortalama bir saat süren mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Söz konusu görüşmecilerin okul içindeki pozisyon ve görevleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Görüşmecilerin Okul İçindeki Pozisyonları ve Görevleri

Görüşmeci	Pozisyonu/Görevi
1	Birim Direktörü
2	Elektrik Teknisyeni
3	Operasyon Direktörü
4	Birim Direktörü
5	Kurumsal İletişim Direktörü
6	Öğretmen
7	Öğretmen
8	Kantin İşletmecisi
9	Basın Danışmanı
10	Genel Müdür
11	Hukuk Danışmanı
12	Öğretmen
13	Birim Direktörü ve Öğretmen

Görüşmecilerle yapılan mülakatlarda 3 husus tespit edilmeye çalışılmıştır. Bunlardan birincisi, görüşme gerçekleştirilen aktörün daha önce Milli Eğitim alanı için tespit edilen kurumsal mantıklardan hangisinin yahut hangilerinin ve ne derecede, etkisi altında olduğudur. Bu bağlamda genel toplumsal yaşayış ve gündelik hayat gibi hususlardan başlanarak eğitim sektörü özeline doğru genelden özele bir yaklaşımla bireylerin yerleşik oldukları kurumsal mantıkların tespit edilmesine çalışılmıştır.

Görüşmelerde tespit edilmeye çalışılan ikinci husus, aktörlerin değişim sürecinde karşılaştıkları uygulamalar karşısında ne tür tepkiler verdikleri ve ne tür davranışları benimsedikleridir. Bu hususları tespit etmeye yönelik sorularda görüşmeci aktörlere öncelikle “kendileri dışındaki aktörlerin” değişim karşısındaki tutum ve davranışları sorulmuş, akabinde de “kendi tutum ve davranışlarına ilişkin düşünceleri” alınmaya çalışılmıştır.

Görüşmeler esnasında tespit edilmeye çalışılan son husus, sosyal bağlam içerisindeki pozisyonları (örgüt dışı ve içi) ile doğrudan ilgili olarak oluşan “güç” olgusudur. Bu noktada bireylerin sahip olduğu gücün tespitinde daha önce Şekil 2’de gösterildiği üzere *bireyin örgüt içindeki pozisyonunu* tayin eden *biçimsel ve biçimsel olmayan pozisyon* ile *pozisyon sağlamlığı, örgütün statüsü, sosyal grupların statüsü* ve *örgütler arası hareketlilik* unsurları göz önünde bulundurulmuştur.

Bulgular

Mülakatlar sırasında görüşmecilerin önemli bir bölümünde *yurttaş yetiştirme mantığına* yerleşik söylemlerle karşılaşmıştır. *Yurttaş yetiştirme mantığı*nın Türk Milli Eğitim alanı içinde 1923'ten buyana en baskın mantık olup 2000'li yıllar ile birlikte uluslar arası ve ulusal bağlamda gerçekleşen değişimler neticesinde bir çözülme sürecine girdiği, ancak tam olarak çözülmediği ve hala en güçlü mantık olduğu daha önce tespit edilmişti. Görüşmecilerle yapılan mülakatlarda da değişim ajanı CEO tarafından gerçekleştirilmek istenen ve büyük ölçüde *insan kaynağı yetiştirme mantığına* yerleşik uygulamalara verilen tepkilerin *yurttaş yetiştirme mantığına* yerleşik söylemlerle meşru kılınmaya çalışıldığı gözlemlenmiştir.

Tepki gösterilen yeni uygulamalara örnek olarak, okulda ilk kez ar-ge departmanının kurulması ve eğitim-öğretim faaliyetlerinde teknolojinin daha fazla kullanılması dikkat çekmektedir. Bu uygulamalara ilk etapta öğretmen kadrosunun önemli bir bölümünden tepki gösterildiği tespit edilmiştir. Bu tepkinin en önemli nedeni kuşkusuz söz konusu uygulamaların doğrudan öğretmenlerin yaptıkları işle ve iş görme biçimi ile ilgili olmasıdır:

“... ne yalan söyleyeyim, akıllı tahta kullanılacakmış denildiğinde, hemen itiraz ettim. ‘Yahu ben matematik öğretmeniyim, tahtada soru çözmeden nasıl ders anlatacağım?’ dedim. ‘Hem şu ana kadar normal tahtada anlattığımızda anlaşılıyor muydu ki?’ diye tepki gösterdim...” (Görüşmeci 12).

“...Akıllı tahta uygulaması ilk duyulduğunda öğretmenler arasında tepki gösterenler çok oldu. Ben de gösterdim. Bu insanların büyük kısmı daha bilgisayar bile kullanmayı bilmiyorlardı. Korkuyorlardı tabi akıllı tahtadan da...” (Görüşmeci 1).

“Akıllı tahtalar gelecekmiş denilince bizlerden eski hocalarımız bir hayli tepki gösterdiler... belki de sınıfta öğrencilerin karşısında rezil olmaktan korktular... açıkçası ben de korktum...” (Görüşmeci 7).

Değişim süreci başladığında henüz kurulmuş olan Ar-Ge departmanında görev alan ve daha sonra terfi ederek direktörlük pozisyonlarına gelen Görüşmeci 3, 4 ve 5 eğitim kadrosunda gözlemlenen bu tepkinin büyük ölçüde hizmet yılı 15-20 yılın üzerinde olan öğretmenlerden geldiğini anlatmışlardır:

“...Ben o zaman Ar-Ge'deydim. Bu hocalarımıza, daha çok yaşlı hocalarımız tabi, bir hafta ders verdik. Akıllı tahtayı anlattık. Korkuyorlardı tabi. Çoğu daha bilgisayar bile kullanmamıştı, biz ‘gel akıllı tahta kullan’ diyorduk. O süreç içerisinde öğretmenler odasında yattım kalktım neredeyse... Dedim ki ‘hocam ne zaman olursa olsun çağırın beni, yardımcı olacağım size en ufak sıkıntınızda...” (Görüşmeci 4).

Okulda hem resim öğretmeni hem de sanat direktörü olarak görev yapan Görüşmeci 13'e göre eğitim kadrosunda yer alanlar okulda yaşanan değişim süresince, gerek öğretmenleri gerekse öğrencileri *birey olarak daha özgür davranma* konusunda cesaretlendiren kimi uygulamalara alışmakta zorlanmışlardır. Bunlara örnek olarak, *“öğrencilerin üzerinde okul arması olmak kaydıyla herhangi bir renkte tişört yahut kazak giyebilmelerini ve saçlarını diledikleri gibi uzatıp tarayabilmelerini”* göstermiştir:

“...e tabi alışkanlıklar kolay bırakılamıyor. ‘Bu nasıl saç yahu, öğrenci mi soyтары mı belli değil’ kabilinden konuşmalar öğretmenler odasında olmuştur” (Görüşmeci 13).

Ayrıca görüşmemizi gerçekleştirdiğimiz saatlerde mesai devam etmesine karşın “*kot pantolon ve kazak*” ile görüşmeye katılan Görüşmeci 13, okulda yaşanan değişim sürecinden önce açıkça bir kısıtlama olmamasına rağmen bu biçimde giyinemeyeceğini beyan etmiştir. Bu noktaya ilgili olarak görüşme sırasında fark edilen diğer bir ayrıntı da aynı zamanda öğretmenlik de yapan Görüşmeci 13’ün saçlarının “*mor*” olmasıdır.

Öğretmenlerin yanında idari kadroda da daha önceki iş görme alışkanlıklarını terk etmek istememeye bağlı direnç mahiyetinde davranışlar gözlemlenmiştir. Bu tepkiler özellikle teknoloji kullanımının öğrenilmesi, eski örgütsel yapının yıkılarak yeniden oluşturulması gibi noktalarda ortaya çıkmıştır.

Görüşmecilerle yapılan mülakatlar neticesinde değişim süreci başladığında Ar-Ge departmanında görev alan Görüşmeci 3, 4 ve 5, hukuk danışmanı Görüşmeci 11 ve birim direktörü ve resim öğretmeni Görüşmeci 13’ün değişim başlangıcında pozitif bir tavır takındıkları bunun dışında kalan görüşmecilerin ise nötr yahut negatif tavırlar takındıkları, değişim sonunda ise tamamının pozitif tavra sahip oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 4. Görüşmecilerin Değişime Karşı Tavrıları

Görüşmeci	Pozisyonu/Görevi	Değişime Karşı Tavır	
		Değişim Başlangıcı	Değişim Sonu
1	Birim Direktörü	Negatif	Pozitif
2	Elektrik Teknisyeni	Nötr	Pozitif
3	Operasyon Direktörü	Pozitif	Pozitif
4	Birim Direktörü	Pozitif	Pozitif
5	Kurumsal İletişim Direktörü	Pozitif	Pozitif
6	Öğretmen	Negatif	Pozitif
7	Öğretmen	Negatif	Pozitif
8	Kantin İşletmecisi	Nötr	Pozitif
9	Basın Danışmanı	Nötr	Pozitif
10	Genel Müdür	Negatif	Pozitif
11	Hukuk Danışmanı	Pozitif	Pozitif
12	Öğretmen	Negatif	Pozitif
13	Birim Direktörü ve Öğretmen	Pozitif	Pozitif

Mülakatlar sırasında tespit edilmeye çalışılan son husus “*bireylerin sahip oldukları güç*” olgusuna dair bulgulardan oluşmaktadır. Bireylerin sahip olduğu gücün tespitinde yer alan unsurlardan *bireyin örgüt içindeki pozisyonunu* tayin eden *biçimsel ve biçimsel olmayan pozisyon* ile *pozisyon sağlamlığı* noktasında okulun kurucusu “baba” figürüne yahut değişim ajanı CEO’ya olan *yakınlık* gerek *biçimsel olmayan pozisyonun* gerekse *pozisyon sağlamlığının* kaynakları olarak tespit edilmiştir.

Okul içinde bireysel gücü artıran diğer önemli bir husus da “*eğitimci kökene sahip olma yahut olmama*” olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde Cumhuriyet dönemi ile birlikte “öğretmenlik mesleği”nin yasal düzenlemelerle de desteklenerek *saygın bir meslek* niteliği kazandığını söylemek mümkündür. Nitekim, halen yürürlükte olan 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu’nun 43’üncü maddesine göre, “*Öğretmenlik, Devletin eğitim, öğretim ve bununla ilgili yönetim görevlerini üzerine alan özel bir ihtisas mesleğidir*”. Cumhuriyetin kurucusu Mustafa Kemal Atatürk onlarca söylevinde öğretmenlerin ve öğretmenlik mesleğinin “*yeni nesillerin yetiştirilmesindeki*” önemine işaret etmiş, mesleği her anlamda yüceltmiş ve eğitim camiasını “*eğitim ordusu*” olarak nitelemiştir. Ayrıca 1928 yılında “*başöğretmenlik*” unvanını da kabul ederek toplumsal bağlam içinde mesleğe *büyük saygınlık* kazandırmıştır. Ülkemizde gerçekleştirilmiş kimi çalışmalar ise öğretmenlerin, mesleklerine ilişkin

saygınlık hususunda, toplumun kendileri dışında kalan fertlerinden şikâyet ettikleri, ancak buna rağmen mesleklerine dair kendi düşüncelerinde *saygınlık algısını* büyük ölçüde sürdürdükleri sonucunu ortaya koymaktadır (<http://www.egitimbirsen.org.tr/yayinlarimiz/246-egitimbirsen.org.tr-246.pdf>). Bu bağlamda okuldaki bireylerin sahip oldukları güç noktasında tespit edilen “*eğitimci kökene sahip olma yahut olmama*” etkeninin bir yandan örgütün ana faaliyet konusunun eğitim-öğretim olması itibarı ile *biçimsel pozisyon* bağlamında diğer taraftan da öğretmenlik mesleğine dair toplumsal algı nedeniyle *sosyal grupların statüsü* bağlamında etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Bireylerin Mesleki Kökenleri

Görüşmeci	Pozisyonu/Görevi	Mesleki Köken*
1	Birim Direktörü	E
2	Elektrik Teknisyeni	ED
3	Operasyon Direktörü	ED
4	Birim Direktörü	ED
5	Kurumsal İletişim Direktörü	ED
6	Öğretmen	E
7	Öğretmen	E
8	Kantin İşletmecisi	ED
9	Basın Danışmanı	ED
10	Genel Müdür	E
11	Hukuk Danışmanı	ED
12	Öğretmen	E
13	Birim Direktörü ve Öğretmen	E

Not: E: Eğitimci, ED: Eğitimci Dışı

Gerçekleştirilen mülakatlar neticesinde, gerek eğitimci gerekse idareci kadro mensuplarına bireysel güç veren diğer bir unsurun, *bireylerin mobilitesi (hareketlilik)* olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, daha önce pek çok kamu okulunda ve özel okulda görev yapmış ve özel teklif ile istihdam edilmiş bir öğretmen olan Görüşmeci 12’nin *değişim öncesinde*³, Ar-Ge bölümünde değişim süresince gerçekleşen uygulamalar ve aldığı eğitimlerle daha donanımlı bir hale gelen ve kendi deyimiyle pek çok stratejik konunun “know-how”ını öğrenen ve bu itibarla mobilite de kazanan Görüşmeci 3 ve 5’in *değişim sonrasında* güçlü bireyler oldukları tespit edilmiştir.

Bu bağlamda mülakatlar neticesinde “*bireylerin sahip oldukları güç*” olgusuna dair tespitler Tablo 6’te gösterilmiştir.

Yapılan mülakatlar neticesinde, bireylerin değişim karşısında sergiledikleri davranışların niteliğinin alanda hakim kurumsal mantıkların çizdiği çerçeve içerisinde oluştuğu ancak ikincil bir faktör olan “*güç*” olgusuna bağlı olarak da farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu noktada bireylerde gözlemlenen davranışların “*karşı koyma*”, “*erteleme*” ve “*uyuma*” biçiminde somut hale geldiğini söylemek mümkündür. Bu 3 davranış türünün ortaya çıkışında, şiddetinde ve ne kadar bir süre boyunca sürdürüleceği noktasında belirleyici unsurun “*güç*” kavramı olarak ortaya çıktığı özellikle vurgulanmalıdır.

“*Karşı koyma*”, büyük ölçüde, değişimi öngörülen uygulamalara direnç noktasında eğitim-öğretim kadrosunda gözlemlenen ve (1) sahip oldukları mesleğin toplum içindeki saygınlığından (sosyal grupların statüsü), (2) “baba” figürüne olan bireysel yakınlıktan (biçimsel olmayan pozisyon), (3) örgüt şemasında sahip olunan pozisyonlardan (biçimsel pozisyon), (4) *bireylerin mobilitesi (hareketlilik)* unsurundan beslenen davranışlar olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Ancak yapılan

³ Aynı zamanda zümre başkanı da olan Görüşmeci 12’nin, zümre başkanlarının öğretmen istihdamındaki rollerinin azaltılması gibi kararlar neticesinde değişim sonrasında güç kaybına uğradığı anlaşılmaktadır.

görüşmelerden elde edilen bulgulara değişim ajanı CEO karşısında “*karşı koyma*” davranışının her halükarda *uzun vadeli olamadığı* ve kısa bir süre sonunda “*erteleme*” yahut “*uyma*” davranışlarından birine dönüştüğü anlaşılmıştır:

“Tabi öncelikle okulun yaşadığı değişime karşı çıkanlar oldular... bunlar güçlerini ‘baba’dan mı alıyorlardı? Kesinlikle evet!” (Görüşmeci 13).

“Daha önceleri bizim zümrede bir öğretmene ihtiyaç duyulunca ben kimi istersem onu alırdım. Tabi artık böyle değil. Bu işlerde zümre başkanının sözü yok gibi. Artık insan kaynakları hallediyor bunları...” (Görüşmeci 12).

“Ben daha önce ... okulundaydım. Buraya gelirken yanımda 30’a yakın öğrenci geldi... Şu an en iyisi biziz. Herkes bizi örnek alıyor” (Görüşmeci 12).

Tablo 6. Görüşmecilerin Sahip Oldukları Güç

Görüşmeci	Pozisyonu/Görevi	Güç	
		Değişim Öncesi	Değişim Sonrası
1	Birim Direktörü	Yüksek	Yüksek
2	Elektrik Teknisyeni	Düşük	Düşük
3	Operasyon Direktörü	Düşük	Yüksek
4	Birim Direktörü	Düşük	Yüksek
5	Kurumsal İletişim Direktörü	Düşük	Yüksek
6	Öğretmen	Orta	Orta
7	Öğretmen	Orta	Orta
8	Kantin İşletmecisi	Düşük	Orta
9	Basın Danışmanı	Orta	Orta
10	Genel Müdür	Yüksek	Yüksek
11	Hukuk Danışmanı	Yüksek	Yüksek
12	Öğretmen	Yüksek	Orta
13	Birim Direktörü ve Öğretmen	Orta	Yüksek

Değişim esnasında örgütte yer alan bireylerde gözlemlenen “*erteleme*” davranışı, değişime konu uygulamaları benimsemeyen ancak (“baba” figürüne kişisel olarak yakın dahi olsa) değişim ajanına daha fazla direnç gösteremeyecek durumda olduğunu kabul eden bireylerde, “*baba’nın günün birinde yeniden işlere el atacağı ve oğlunu (CEO) pasifize edeceği*” beklentisi ile oluşan bir davranış biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda “*erteleme*” davranışı bir tür “*bekle ve gör*” hali olarak özetlenebilir:

“Şimdi önceleri bir bakalım dediler, öğrenmek istemediler, yapmayalım dediler... belki de ... Beyin (CEO) gideceğini, ... Beyin (baba) tekrar işleri tam anlamıyla ele alacağını düşündüler, kim bilir?” (Görüşmeci 12).

Bireysel aktörlerde değişim karşısında gözlemlenen “*uyma davranışı*”, özellikle ne “baba figürüne” yakınlığı bulunan ne de öğretmenlerde olduğu üzere toplumsal yahut örgütsel bağlamdan kaynaklanan “*itibari bir güce*” sahip olmayan ve önemli bir kısmı idari personel olarak adlandırılabilir bireylerle, “*erteleme*” davranışının artık işe yaramayacağını fark eden diğer bireylerde gözlemlenmiştir:

“E tabi işler hep yolunda gitmeye başladıkça, insanlarda direnç kırılıyor. ‘Ya bu deveyi güdersin ya bu diyardan gidersin’ değil mi?” (Görüşmeci 11).

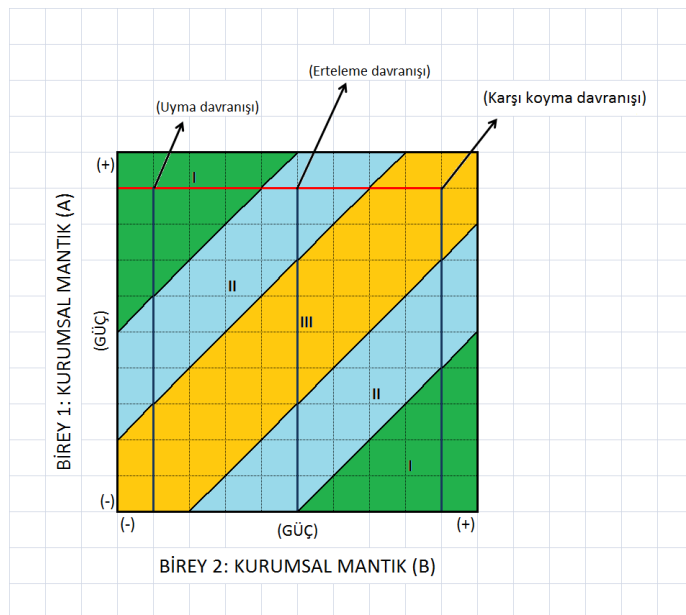
“... Bey (CEO) bir ara iyi bir temizlik yaptı ama... bu okulda birinin ayrılması her zaman herkesi üzmüştür... ancak başka şansları da kalmadı... bu kurumda işlerin değiştiğini anladılar... gittiler...” (Görüşmeci 13).

Çalışmamızda ulaşılan diğer ilginç bir nokta “okulun kurucusu baba” ile oğlu “CEO” arasında gözlemlenen karşılıklı davranışlar olmuştur. Okulun yaşadığı finansal zorluklar karşısında “baba”nın “işleri eğitilmiş ve güvenilebilecek birine bırakma güdüsü” ile gerçekleştirdiği davranış beş yıla yakın süren değişim süreci içerisinde zaman zaman “çatışma” boyutuna gelen karşılaşmalara neden olmuş gözükmektedir. Bu noktada da, CEO’un uygulamaya koymak istediği değişimleri *peyderpey, sosyal ve örgütsel bağlamda güç kazandıkça ve başarıya ulaştıkça* gerçekleştirebildiği gözlemlenmiştir. “Baba” ile oğlu “CEO” arasındaki karşılaşmalarda da “güç” olgusuna bağlı olarak “karşı koyma”, “erteleme” ve “uyma” davranışlarının gözlemlendiği, bireylerin sahip olduğu “güç” olgusunun niteliği değiştikçe bu davranış biçimlerinin de değiştiği anlaşılmaktadır:

“Öncelikle ilk 3 yıl ben kendime oda yapmadım. Çünkü bu tür bir davranış ters anlaşılabilirdi. Ar-Ge’yi kurduk. Ben de orada çalıştım... Şimdi bu kurumu ortaya çıkarmış olan insan, benim de babam, ne kadar teşekkür etsek az kendisine... ama her dediğimizi de hemen kabul etmedi tabi, bekledik bazen... bu süreçte Türkiye’nin ortamı da bana çok yardımcı oldu... Bir nevi Allah yardım etti demek doğru olur... yaptığımız işler başarılı oldukça tabi, inananlarımız da arttı...” (CEO).

Gelinen noktada, değişim konusunda inisiyatif üstlenip üstlenmemelerine bakılmaksızın bireylerin değişim karşısında sergiledikleri davranışların alanda hakim kurumsal mantıkların çizdiği çerçeve içerisinde yerleşik söylemlerle meşrulaştırılırken ikincil bir faktör olan “güç” olgusuna bağlı olarak da farklılaştığı ve “karşı koyma”, “erteleme” ve “uyma” biçiminde somut hale geldiği anlaşılmıştır. Şekil 4, farklı kurumsal mantıklara yerleşik bireylerin davranışlarında güç olgusuna bağlı olarak gözlemlenen farklılaşmayı şematize etmektedir.

Şekil 4. Farklı Kurumsal Mantıklara Yerleşik Bireylerin Güç Olgusuna Bağlı Olarak Değişen Davranışları



Burada dikey ve yatay eksenler farklı kurumsal mantıklara yerleşik bireyleri ve bunların sahip oldukları karşılıklı/göreceli güçleri temsil etmektedir. Bir değişim söz konusu olduğunda farklı kurumsal mantıklara yerleşik iki birey karşılaşırsa, görece daha az güçlü olan birey güç eksenlerindeki noktalardan çıkarılan dikmelerin kesiştiği alandaki davranışı sergileyecektir. Burada I nolu alan *Uyma Alanı*, II nolu alan *Erteleme* alanı, III nolu alan ise *Karşı koyma* alanıdır.

Örneğin, birbirlerine yakın güçteki iki birey (örn. CEO ve Baba) karşılaştığında güçlerinin kesişimi *karşı koyma* alanında oluşacaktır. Güçlü bir birey (CEO) görece daha az güçlü olan bir bireyle (örn. zümre başkanı bir öğretmenle) karşılaştığında karşılaşma *erteleme* alanında olacak ve daha az güçlü olan birey (öğretmen) erteleme davranışını benimseyecektir. İlerleyen zamanla birlikte CEO güç kazanırsa zümre başkanı öğretmenin göreceli gücü azalacağından *uyma* davranışı göstermek durumunda kalacaktır.

Sonuç

Belirli bir örgütsel alanda hakim farklı kurumsal mantıkların o alandaki bir örgütte yaşanan değişim sürecinde örgütsel aktörlerin değişim karşısındaki davranış ve uygulamalarını ne derece belirlediğini ve bu davranış ve uygulamaların bireylerin göreceli güçlerine göre ne derecede farklılaştığını araştırdığımız çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ışığında, değişim konusunda inisiyatif üstlenip üstlenmemelerine bakılmaksızın bireylerin değişim karşısında sergiledikleri davranışların öncelikle alanda hakim kurumsal mantıkların çizdiği çerçeve içerisinde yerleşik söylemlerle meşrulaştırılırken ikincil bir faktör olan “güç” olgusuna bağlı olarak da farklılaştığı ve “*karşı koyma*”, “*erteleme*” ve “*uyma*” biçiminde somut hale geldiği anlaşılmıştır.

Örneğin, sınıf içerisinde öğrenci karşısında güçsüz duruma düşme korkusu psikolojik temelleri olan bir davranış olmakla birlikte, sosyolojik açıdan da “*yurttaş yetiştirme mantığı*”ndaki *öğretmen merkezli yaklaşımın* öngördüğü güçlü öğretmen profilinden “*insan kaynağı yetiştirme mantığı*”nın *öğrenci merkezli ve öğretmeni yönlendirici, görece daha pasif* bir biçimde konumlandıran yapısına geçişe bir tepki olarak değerlendirilebilecektir. Bu bağlamda akıllı tahta örneğinden hareketle teknolojik temelli bir değişimin bireysel aktörlerde psikolojik ama sosyal bağlamla da ilişkili ve dolayısı ile kurumsal mantıklara yerleşik ve bu çerçevede meşrulaştırılmış söylemlerle ifade edilen davranışlara sebep olduğu söylenebilir. Öğrencilerin farklı renklerde tişörtler giyebilmelerinin ve öğretmenlerin giyim ve kuşamlarında daha rahat hareket etmelerinin, insan kaynağı yetiştirme mantığının “*bireysel özgürlüklere ve farklılıklara saygı gösteren*” doğasına uygun olduğu ve bu bağlamda oluşan direncin de yurttaş yetiştirme mantığının “*tek tip birey yetiştirme*” perspektifine uygun olduğu ifade edilebilir. Eğitim-öğretim kadrosunun yanında idari kadroda da daha önceki iş görme alışkanlıklarını terk etmek istememeye bağlı olarak gözlemlenen direncin teknoloji kullanımının öğrenilmesi noktasında somutlaştığı görülmektedir. Teknoloji kullanımının öğrenilmesi sürekli ilerleyen ve değişen yeni teknolojilerin de kullanımını öğrenmeyi gerektireceğinden oluşan direncin *insan kaynağı yetiştirme mantığının* gereği olan “*hayat boyu öğrenme*” ve “*esnek çalışanlar*” perspektifine tepki niteliğinde ortaya çıktığı ve “*yurttaş yetiştirme mantığı*”na yerleşik söylemlerle somutlandığı anlaşılmaktadır.

Gelinen noktada, incelenen özel okulda gerçekleşen değişim sürecinde, değişim ajanı CEO’nun uygulamalarının küresel ve ulusal bağlamda yeni oluşmaya ve güçlenmeye başlayan “*insan kaynağı yetiştirme mantığı*”na yerleşik bir biçimde ve daha önceki hâkim mantık olan “*yurttaş yetiştirme mantığı*”nın da çözülmesiyle birlikte kendisine sağlanan “*geniş hareket kabiliyeti*” dahilinde gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Diğer taraftan, örgütsel bazda yaşanan bu değişim mevcut kurumsal bağlamdan ıraksak bir görünüm arz etmiş ve bu yapısıyla da örgüt içinde dirençle karşılaşmıştır. Gerek okulun kurucusu “*baba*” gerekse çalışanlar nezdinde oluşan davranışların, psikolojik temelleri olmakla beraber sosyal ve örgütsel bağlamdan kaynaklanan “*güç*” olgusu ile birlikte farklılaşıp alanda hakim “*kurumsal mantıklar*”a yerleşik bir biçimde oluştuğu tespit edilmiştir.

Kaynakça

- Alford, R. R. & R. Friedland, 1985. *Powers of Theory: Capitalism, the State, and Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Akyüz, Y. 1970. Abdülhamid Devrinde Protestan Okulları ile İlgili Orijinal İki Belge. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. Cilt 3, s. 121-130.
- Armenakis, A. A., Harris, S. G., & Mossholder, K. W. 1993. Creating readiness for organizational change. *Human Relations*, 46(6), 681–703.
- Battilana, J. 2006. “Agency and Institutions: The Enabling Role of Individuals’ Social Position” *Organization* 13 (5): 653-676.
- Battilana, J. 2007. “Initiating divergent organizational change: The enabling role of actors' social position.” *Best Paper Proceedings of the Academy of Management*.
- Battilana, J., Leca, B., & Boxenbaum, E. 2009. “How actors change institutions: Towards a theory of institutional entrepreneurship.” *The Academy of Management Annals*: 65-107.
- Berger P.L. & Luckmann T. 1967. *The Social Construction of Reality; a Treatise in the Sociology of Knowledge*. Penguin, Harmondsworth (Original: Doubleday. Garden City, N. Y. 1966).
- Choi, M. 2011. ‘Employees’ Attitudes Toward Organizational Change: A literature review.’ *Human Resource Management*, 50(4): 479-500.
- Çakar, M. 2009. “Türkiye’de Bir Örgütsel Form Olan Özel Ortaöğretim Okullarının Kurumsallaşması”. 17. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı. 669-675.
- Dacin, T., J. Goodstein, and W. R. Scott 2002. ‘Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum’. *Academy of Management Journal* 45: 45–46.
- Danışman, A. 2012. *Institutional Logics and National Politics: An Analysis in the Health Care Field*, III. Örgüt Kuramı Çalıştayı Bildirileri, 3-4 Şubat 2012, ODTÜ İşletme Bölümü, Ankara.
- Devlet Personel Başkanlığı İstatistikleri, http://www.dpb.gov.tr/dpb_istatistikler.html, 05.01.2012.
- Dikmen, O. 1971. *Özel Yüksek Okullar Meselesi*. İstanbul: Cahit Matbaası.
- DiMaggio, Paul J. and Walter W. Powell. 1983. ‘The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields,’ *American Sociological Review* 48: 147–160.
- DiMaggio, P. J. 1986. “Structural analysis of organizational fields: A blockmodel approach.” *Research in Organizational Behavior*. Vol. 8. pp. 335-370.
- DiMaggio, Paul. 1997. ‘Culture and Cognition,’ *Annual Review of Sociology* 23: 263–287.
- DiMaggio, Paul J. 1988. ‘Interest and agency in institutional theory,’ in *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment*, ed. Lynne G. Zucker, 3–21. Cambridge, MA: Ballinger
- Friedland, R. and Alford, R. 1991. Bringing Society back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In W. W. Powell and P. J. DiMaggio (Ed), *The new institutionalism in organizational analysis*, pp. 232–263. Chicago: University of Chicago Press.
- Galvin, T. L. 2002. “Examining Institutional Change: Evidence from the Founding Dynamics of U.S. Health Care Interest Associations”. *Academy of Management Journal* 45 (4): 673–696.
- George, J. M., & Jones, G. R. 2001. Towards a process model of individual change in organizations. *Human Relations*, 54(4), 419–444.
- Gouldner, Alvin W. 1954. *Patterns of Industrial Bureaucracy*. New York: The Free Press.
- Green, S. 2004. A Rhetorical Theory of Diffusion. *The Academy of Management Review*. Vol. 29, No. 4, 653-669.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. 2004. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. 1996. “Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism”. *Academy of Management Review*, 21: 1022–1054.

- Greenwood, Royston, Roy Suddaby and C. R. Hinings. 2002. "Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields". *The Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 1, pp. 58-80.
- Gür, B.S. ve Z. Çelik. 2009. Türkiye’de Millî Eğitim Sistemi: Yapısal Sorunlar ve Öneriler. SETA Vakfı. http://file.setav.org/Files/Pdf/20121126140909_setaturkiyede_milli_egitim_sistemi.pdf (05.01.2012).
- Hall, G. E., & Hord, S. M. 1987. *Change in schools: Facilitating the process*. New York: State University of New York Press.
- Hallett, Tim, and Marc Ventresca. 2006. "Inhabited Institutions: Social Interactions and Organizational Forms in Gouldner’s Patterns of Industrial Bureaucracy." *Theory and Society*. 35, 2: 213-236.
- Heracleous, L. and Michael Barrett. 2001. *Organizational Change as Discourse: Communicative Actions and Deep Structures in the Context of Information Technology Implementation*. *The Academy of Management Journal*, Vol. 44, No. 4, pp. 755-778.
- Hinings, C.R., Greenwood, R., Reay, T. and Suddaby, R. 2004. Dynamics of Change in Organizational Fields. In M.S. Poole and A.H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation*, pp. 304-323. New York: Oxford University Press.
- Isabella, L. A. 1990. Evolving interpretations as a change unfolds: How managers construe key organizational events. *Academy of Management Journal*, 33(1), 7-41.
- Koç, O. 2012. Rakip Kurumsal Mantıkların Yönetimi: Türk Sağlık Alanı Kapsamında Karşılaştırmalı bir Analiz, III. Örgüt Kuramı Çalıştayı Bildirileri, 3-4 Şubat 2012, ODTÜ İşletme Bölümü, Ankara.
- Lau, C. M., & Woodman, R. W. 1995. Understanding organizational change: A schematic perspective. *Academy of Management Journal*, 38(2), 537-554.
- Lawrence, Thomas B., and Roy Suddaby. 2006. 'Institutions and institutional work' in *Handbook of organization studies*. S. R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence and W. R. Nord (eds), 215-254. London: Sage.
- Lawrence, Thomas B. and Nelson Phillips. 2004. From Moby Dick to Free Willy: Macro-cultural discourse and institutional entrepreneurship in emerging institutional fields. *Organization*, 11(5): 689-711.
- Maguire, S. C. Hardy, and Thomas Lawrence. 2004. 'Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada,' *Academy of Management Journal*. 75 (5):1-23.
- Marshall, G. 2009. *Sosyoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- MEB İstatistikleri Kitabı (Örgün Eğitim) 2011-2012, http://sgb.meb.gov.tr/istatistik/meb_istatistikleri_orgun_egitim_2011_2012.pdf, 06.01.2012
- Meyer, John W. and Brian Rowan 1977. 'Institutional Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony,' *American Journal of Sociology* 83: 340-363.
- Meyer, John W. and W. Richard Scott. 1983. *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. London: Sage.
- Milton Friedman, 1997. "Public Schools: Make Them Private," *Education Economics*, vol. 5(3): 341-344
- Oliver, Christine, 1991. "Strategic Responce to Institutional Processes," *Academy of Management Review*, 16/1: 145-179.
- Özen, Şükrü, 2002. "Bağlam, Aktör, Söylem ve Kurumsal Değişim: Türkiye’de Toplam Kalite Yönetiminin Yayılım Süreci," *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2 (1) 47-90.
- Özen, Şükrü. 2007. "Yeni Kurumsal Kuram: Örgütleri Çözümlemede Yeni Ufuklar Yeni Sorunlar" In A. Selami Sargut & Şükrü Özen (Eds). *Örgüt Kuramları*, pp. 237-330. İmge Kitabevi, Ankara.
- Özen, Şükrü ve Berkman, Ümit. 2007. The Cross-national Reconstruction of Managerial Practices: TQM in Turkey. *Organization Studies* 28 (6): 825-851.

- Palmer, D. A. ve N. W. Biggart. 2002. "Organizational institutions", in: Joel A. ve C. Baum (Eds), *The Blackwell Companion to Organizations*. Oxford: Blackwell, pp.259-280.
- Parsons, Talcott. 1956. 'Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations,' *Administrative Science Quarterly* 1: 63-85.
- Pettigrew, A.M, Woodman, R.W, & Cameron, K.S, 2001. "Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research" *Academy of Management Journal*, Vol. 44, No. 4 (Aug., 2001), pp. 697-713.
- Phillips, N., Thomas B. Lawrence and Cynthia Hardy. 2004. Discourse and Institutions. *The Academy of Management Review*, Vol. 29, No. 4, pp. 635-652.
- Powell, W.W., & Colyvas, J.A. 2008. "Microfoundations of Institutional Theory" In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*: 276-298. Thousand Oaks CA: Sage.
- Reay, T. and C. R. Hinings, 2005. "The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta", *Organization Studies*, 26: 351-384.
- Scott, W. R., & Meyer, J. 1983. The organization of societal sectors. In J. W. Meyer & W. R. Scott (Eds.), *Organizational environments: Ritual and rationality*: Beverly Hills, GA: Sage.
- Scott, W. Richard. [1995] 2001. *Institutions and Organizations*, 2nd edn. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scott, W. R., M. Ruef, P. Mendel, and C. Caronna. 2000. *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Selznick, Phillip. 1948. 'Foundations of the Theory of Organization,' *American Sociological Review* 13: 25-35.
- Selznick, Phillip. 1949. *TVA and the Grass Roots*. Berkeley: University of California Press.
- Selznick, Phillip. 1957. *Leadership in Administration*. Berkeley: University of California Press.
- Sevinç, N. 1975. *Ajan Okulları*. İstanbul.
- Suddaby, Roy ve Royston Greenwood. 2005. Rhetorical Strategies of Legitimacy. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 50, No. 1, pp. 35-67.
- TED Ankara Koleji, <http://www.tedankara.k12.tr/public/>, 2012.
- Thornton, P. H., and W. Ocasio, 1999. Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*, 105 (3), 801-843.
- Thornton, Patricia. 2004. *Markets from Culture: Institutional Logics and Organizational Decisions in Higher Education Publishing*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Thornton, P. H., C. Jones, and K. Kury, 2005. "Institutional Change in Organizations: Transformation in Accounting, Architecture, and Publishing", *Transformation in Cultural Industries Research in the Sociology of Organizations*, 23: 125-170.
- Thornton, P. and W. Ocasio. 2008. Institutional logics. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, and R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*: 99-129. Los Angeles: Sage.
- Thornton, P.H., W. Ocasio, M. Lounsbury. 2012. *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure and Process*. Oxford University Press, Oxford.
- Toffler, Alvin. 2008. *Üçüncü Dalga: Bir Fütürist Ekonomi Analizi Klasığı*. İstanbul: Koridor Yayıncılık
- Turner, Bryan S. 2006. *The Cambridge Dictionary of Sociology*. Cambridge University Press.
- Uygun, S. 2003. "Türkiye'de Düünden Bugüne Özel Okullara Bir Bakış (Gelişim ve Etkileri)". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 36 (1-2): 107-120.
- Tozlu, N. 1991. *Kültür ve Eğitim Tarihinde Yabancı Okullar*. Ankara: Akçağ Yayınları.
- Vahapolu, M. H. 1990. *Osmanlı'dan Günümüze Azınlık ve Yabancı Okullar*. İstanbul.

- Zilber, Tammar B. 2002. Institutionalization as an Interplay between Actions, Meanings, and Actors: The Case of a Rape Crisis Center in Israel. *The Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 1. pp. 234-254.
- Zucker, Lynne G. 1977. 'The Role of Institutionalization in Cultural Persistence,' *American Sociological Review* 42: 726–743.
- Zucker, Lynne G. (Der.) 1988. *Institutional Patterns and Organizations*. Cambridge: Ballinger.

The Ethics of Resistance to Managerial Control in Organizations: A Critical Approach¹

Ozan Nadir Alakavuklar

Dokuz Eylül University Faculty of Business

Abstract

Even though the political nature of the resistance to managerial control is well discussed, the ethical ground of resisting in the organizations is not given adequate attention. In this study, in addition to providing a comparison of theoretical backgrounds related to resistance, it is aimed to develop an ethical framework of resistance in order to discuss the morality of resistance actions. Considering the formation of resistant subjectivities into ethical subjectivities, arguments from utilitarian and freedom ethics are developed in association with the discussions on resistance. As a result, it is claimed that resistance is a righteous action as the resistant ethical subjectivities construct themselves while they search for autonomy and justice.

Keywords

conceptualization of resistance, ethics and politics, ethics of resistance, subjectivity

Introduction

Managerial tools to control the employees and their usage in directing the employees towards commonly accepted goals is one of the fundamental discussion topics in management and organization literature (Barker, 1993; Fleming, 2012b; McKenna et al., 2010; Raelin, 2011; Seeck and Kantola, 2009; Tannenbaum, 1962). Employees' resistance to this managerial control process has also been discussed from a variety of viewpoints and paradigms (Alvesson and Willmott, 2002; Collinson & Ackroyd, 2005; Willmott, 1993). Considering the historical development of management and organization studies, resistance or subversion of the employees in the organizations is mostly perceived as a problem and as a pathological issue. Particularly, resistance is associated with change process in the organizations and traditionally the resistant actions are expected to be managed and overcome (Coch and French, 1948). Recently, however, it is also claimed that resistance is not necessarily harmful for the organizations (Courpasson et al., 2012; Ford et al., 2008; Piderit, 2000).

With the contribution of critical perspectives, studies of resistance to managerial control began to have a completely different view on regarding the nature of the resisting subjects, resistance and control mechanisms (Ackroyd & Thompson, 1999; Jermier et al., 1994; Thomas, Mills and Mills, 2004: 2). In such studies, in congruent with the agenda of critical management studies the political nature of resistance is put forward. Particularly, the resistant tactics of employees, their actions and their gains against the managerial control are discussed. In these studies, the political nature of resistance is mentioned with the absence of an ethical ground. Therefore the aim of the study is to interrogate the possibility of discussing ethics of resistance to managerial control in organizations with a critical perspective.

Departing from such a motive, the research question of the study can be stated as "what is the ethics of resistance to managerial control in organizations?" In order to answer this question and to provide an ethical framework, the study is organized in two sections. First, the relationship between the main assumptions of critical perspectives in the organization studies and the development of

¹ Bu çalışma Prof. Dr. Ömür Neczan Timurcanday Özmen ve Prof. Dr. Şükrü Özen'in danışmanlığında gerçekleştirdiğim doktora tezinden geliştirilmiştir. Kendilerine sundukları akademik yönlendirme ve verdikleri destek için şükranlarımı sunarım

resistance concept is analyzed. Secondly, discussion on the possibilities of a politicized ethics and the problematic nature of universalized ethics is given. Therefore, it is aimed to provide a theoretical proposal regarding the ethics of resistance to managerial control. The final argument on ethics of resistance is given in the discussion section.

The study has three main contributions. First of all, depending upon the related literature it provides a comparison of conceptualization of resistance in organizations which helps comparing different perspectives at one time. Secondly, it brings a political discussion on ethics in managing and organizing processes by taking resistance as a base. Therefore, following the discussion on how politics and ethics are related to each other in organizations (McMurray et al., 2011; Parker, 2003; Thomas and Davies, 2005b; Willmott, 1998) this study suggests a new ethical ground in order to discuss the ethicality of resistance in the organizations.

Conceptualization of Resistance to Managerial Control

The ideological nature of management and organization theories are well discussed in the literature (Becker, 1967; Brief, 2000; Bruce and Nyland, 2011), and different paradigms are employed in order to understand the reality of organizational dynamics (Burrell and Morgan, 1979; Westwood and Clegg, 2003). Particularly, with critical perspectives, the so-called harmonically nature of organizations and managerial processes are challenged. As a part of this challenge, resistance becomes one of the key concepts considering the agenda and the definition of critical organization studies (Alvesson, 2008). Hence, to discuss resistance to managerial control means to demonstrate how power imbalances and conflicts are characteristics of organizations in addition to political nature of managing and organizing processes.

Since the emergence of management and organization as a field, resistant employees, subversive actions are under scope of the management scholars. Taylor assumed the unions were useless since the interests of workers and management would be the same, Mayo hoped that resistance would be tamed as a part of behavioral research and the other following scholars studied on creating a workplace worth to work by developing various approaches such as quality of work (Walton, 1985), commitment (Rubinstein, 2002) or organizational culture programs (Willmott, 1993; Fleming, 2009). However, employees resist due to inherited nature of hierarchy, monotonous tasks, and low salaries or because of colonization of the identities and formation of new subjectivities by the managerial discourses.

In the management and organization theory, in addition to studies focusing on controlling the resistance and the subversion, historically and generally resistance is studied with different approaches. The discussions began with labor process theory (Braverman, 1974; Knights and Willmott, 1990) and these are followed by studies taking Foucault's arguments as a base assuming a fresh perspective would be brought to the understanding of resistance in the organizations (Knights and Vurdubakis, 1994: 168). A series of arguments from both strands emerge about how to understand resistance in the organizations (Commisso, 2006; Thompson and Ackroyd, 1995; Thompson and O'Doherty, 2009: 113-114). Recently, there have been other perspectives trying to understand the dynamics of resistance and power in the organizations which are labeled as cynic, quotidian or struggle. Since the nature of control changed in time from coercive to normative and even to neo-normative, the actions of resistance and the studies on resistance have also evolved and changed (Fleming and Sturdy, 2011; Fleming, 2012b). The macro-sociological effects also have important consequences considering the relationship between managerial control and resistance. Therefore, currently resistance in the organizations has a multidimensional and a multi-contextual structure. Considering the epistemology and the ontology of the main theoretical grounds and the macro impacts on discussions, the conceptualization of the resistance to managerial control can be given in Table 1.

Considering the aim of the study, rather than focusing on resistance in details, their basic arguments are stated in the table 1. Just to summarize, whilst labor process theory mostly focuses on confrontational resistance and gives importance on the structural control mechanisms (Ackroyd and Thompson, 1999; Braverman, 1974; Thompson and Smith, 2009), studies using Foucault's arguments mention that resistance is based on resisting to discourses, to normalization processes and creating alternative discourses to avoid subjectification by the management as well as taking resistance also as a form of power (Burrell, 1988; Clegg, 1998; Knights and Vurdubakis, 1994; Thomas and Davies, 2005a). Recent conceptualizations of resistance focus on the quotidian nature of resistant actions

(Prasad and Prasad, 1998; 2000; Scott, 1990) and mention how the resistant subjects struggle to distance themselves from the colonization of their identities and subjectivities, sometimes with a cynic approach (Fleming and Spicer, 2003; Zizek, 1989) and sometimes with humor (Rodrigues and Collinson, 1995; Taylor and Bain, 2003). The outcome and the *raison d'être* of resistance in the organizations is also a point of discussion (Contu, 2008; Fleming and Spicer, 2007: 83-84; Rodrigues and Collinson, 1995), however, in many studies of resistance it is stated that any kind of resistance to managerial control helps creating awareness among the employees about the power and control mechanisms in the organizations (Ashcraft, 2008; Fleming, 2012a; Huault et al., 2012; Thomas, Mills and Mills, 2004:6; Wray-Bliss and Parker, 1998: 47, 50).

As a part of this discussion, it is also stated that in the related literature it is seen that either managerial control is exaggerated or resistance itself has an idealized romantic image. Even the quotidian nature of resistance is so put forward that nearly everything is began to be associated with resistance but without the macro connotations (Fleming and Spicer, 2008: 303). Therefore, it is defended that rather than thinking in terms of such a dichotomy it is better to consider resistance and power relationship in dialectical terms (Mumby, 2005). Hence, resistance becomes a dynamic and organic reality that interacts, changes and intertwines with managerial control that would create potential to make change and transformation due to inherited dilemmas resistance consists of. By this way, it would be possible to understand resistance as a contextual and contingent phenomenon (Mumby, 2005: 38).

The changing nature of managerial control and resistance relationship has also a recent interest (Ackroyd, 2012). The productive aspect of resistance (Courpasson et al., 2012), the cooperative aspect of resistance (Courpasson and Clegg, 2012) or rejecting the established nature of work in terms of self-valorization as a key manifestation of resistance (Fleming, 2012a), the discussion on the resistant subjects and what the corporations promote still goes on. The well-established structures of control have been changing and today it is even stated that corporations try to incorporate the characteristics of private life to organizational life (Fleming, 2009) so that employees mostly self-exploit themselves as their persona become the main realm of production and internalized control where they cannot really resist in terms of traditional ways (Fleming, 2012b).

Even though all these studies have different theoretical backgrounds, they explain the political nature of organizations in terms of resistance. An overall assessment of resistance studies demonstrate that employees resist for different causes with different levels of organizing structures (Clegg, 1994: 289). However, in this study, it is claimed that despite the differences on explanations and approaches, resistance and demand for autonomy and justice seem the main characteristic of resistance studies. For instance, according to labor process theory, employees try to protect their task, time and labor autonomy (Ackroyd and Thompson, 1999: 25). In terms of Foucault based studies, employees try to create alternative discourses in order to maintain their autonomy of their subjectivities (Kondo, 1990; Thomas and Davies, 2005b) or even in terms of cynicism employees distance themselves in order to avoid control mechanisms surrounding themselves (Fleming and Spicer, 2003). Or, according to autonomist Marxists, employees may struggle for cutting the relationship with the exploiting nature of capital in order to be autonomous productive of labor (Fleming, 2012b; Hardt and Negri, 2009). In a similar vein, employees also resist in order to demand justice for wage, identity and representation (Collinson, 1994; Fleming and Spicer, 2007: 150-165). Accordingly, autonomy and justice become the key reflection points regarding the aim of the resistance and the base for transforming the power relations in the organizations as well as gaining emancipations in the organizations (Alvesson and Willmott, 1992; Huault et al., 2012).

Therefore, people do not resist just to resist. Such an assumption re-asserts the idea that resistance is pathological, baseless and useless. On the other hand, assuming that resistance is a rational and logical act (Jermier et al., 1994: 21) it has certain reasons and aims. These aims of protecting autonomy and demanding justice as a part of political action are directly related to ethics of resistance.