

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİNDEN YÖNETİMİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Vesim YOLCU

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Arif ERENÇİN

BOLU-2006

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

Vesim YOLCU'ya ait “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi” adlı çalışma jürimiz tarafından Kamu Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

16.08.2006

Üye (Tez Danışmanı) : Yrd. Doç. Dr. Arif ERENÇİN

Üye : Yrd. Doç. Dr. Saadet AYDIN

Üye : Yrd. Doç. Dr. Fevzi ENGİN

Prof. Dr. Uğur ESER
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ABSTRACT**DECENTRALIZATION OF HEALTH SERVICES****YOLCU, Vesim**

Master's Thesis

Department of Public Administration

Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Arif Erençin

July 2006, 118 pages

Today, like other sectors in public administration, a rapid transformation has been occurring in health service sector. The globalisation process and social, political and economic developments in the world have increased the importance of decentralization of the health service sector. The reform attempts of health service in Turkey has been effected by this developments. Especially after 1990s, in this reform process, transferring the functions and powers form central government to local governments has been seen as a priority. The Basic Law of Public Administration which was sent back by President to the Grand National Assembly of Turkey has not legalized yet is projected transferring health services supply to local governments. In this context, one of the aim of "Transformation of Health Program" is to reform of health services according to decentralization principles. In this study, probable effects and results of decentralization of health services in Turkey is analyzed in the light of some application examples of different countries .

Key Words: Health service, reform, decentralization

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YERİNDEN YÖNETİM

YOLCU, Vesim

Yüksek Lisans Tezi

Kamu Yönetimi Bölümü

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Arif Erençin

Temmuz 2006, 118 sayfa

Günümüzde kamu yönetiminin diğer alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Küreselleşme ile birlikte dünyada yaşanan toplumsal, siyasal ve ekonomik gelişmeler, sağlık hizmetleri alanında yerinden yönetimin önemini artırmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması çalışmaları bu gelişmelerin etkisi altında kalmıştır. Özellikle 1990 sonrası sağlık hizmetlerine yönelik reform çalışmalarında, esas itibarıyla sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili görev ve yetkilerin yerel yönetim birimlerine devredilmesi amaçlanmıştır. Cumhurbaşkanı tarafından TBMM’ye geri gönderilen ve henüz yasalaşmamış olan Kamu Yönetimi Temel Kanunu, sağlık hizmet sunumunun yerel yönetim birimlerine bırakılmasını öngörmektedir. Bu kapsamda uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temel amaçlarından birisi de sağlık hizmetlerini yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırmaktır. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında, çeşitli ülkelerdeki uygulama örnekleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinin yerinden yönetiminin olası etkileri ve sonuçları incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmeti, yeniden yapılanma, yerinden yönetim.

TEŞEKKÜR

Tez Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Arif ERENÇİN'e araştırmam boyunca yapmış olduğu yardımlar, öneriler ve göstermiş olduğu anlayış için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yardımcısı Sayın İdris YAŞAR'a yoğun iş temposuna rağmen tezim için gerekli belgelere ulaşmamda göstermiş olduğu yardımlardan dolayı teşekkür ederim. Sağlık Bakanlığı Müşaviri Sayın Yrd. Doç. Dr. Asım BALCI'ya değerli yardımlarından dolayı teşekkür ederim. Son olarak da tezimin başlamasından bitmesine kadar vermiş olduğu manevi destek ve göstermiş olduğu sabırdan dolayı değerli eşim Gülşen YOLCU'ya teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ABSTRACT.....	iii
ÖZET.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar:.....	viii
KISALTMALAR:.....	ix
GİRİŞ:.....	1

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Hizmeti.....	8
1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	11
1.3. Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan Kuruluşlar ve Örgütsel Yapı.....	18
1.4. Sağlık Hizmetleri ve Temel Sağlık Göstergeleri.....	27

2. YENİ KAMU YÖNETİMİ YAKLAŞIMI VE SAĞLIK REFORMLARI

2.1. Yeni Kamu Yönetimi ve Sağlık Hizmeti.....	36
2.2. Türkiye’de Sağlık Reformları.....	42
2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	50

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİNDEN YÖNETİMİ

3.1. Yerinden Yönetim Kavramı ve Yerinden Yönetim Türleri	56
3.2. Yerinden Yönetimin Yararları ve Sakıncaları	65
3.3. Sağlık Hizmetlerinde Yerinden Yönetim.....	71
3.4. Sağlık Hizmetlerinde Yerinden Yönetim Örnekleri.....	75
3.5. Yerel sağlık hizmetleri ve merkezi denetim.....	78

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİNDEN YÖNETİMİ

4.1. Sağlık Hizmetleri ve İl Özel İdaresi	88
4.2. Sağlık Hizmetleri ve Belediyeler	92
4.3. Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumunun İyileştirilerek Yürütülmesi.....	95
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME.....	102
KAYNAKÇA:.....	109

TABLÖLAR:

1- 1923 Yılında Yataklı Tedavi Kurumların Sayısal Durumu.....	11
2- Türkiye’de Sağlık Personelinin Gelişimi (1930-2002).....	15
3- Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları.....	16
4- Sağlık Bakanlığı Kuruluşları (2003).....	18
5- Sağlık Sektöründe Temel Aktörler.....	20
6- Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	23
7- Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	25
8- Temel Sağlık Göstergelerinin AB-15 Ortalaması ile Karşılaştırılması (1990-2003).....	28
9- Türkiye ve Bazı OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamaları.....	29
10- Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı.....	30
11- Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları 2000.....	31
12- Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bazı Göstergeler.....	32
13- Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımının Sağlık Sektörüne Etkileri.....	40
14- Sağlık Reformlarında Türkiye İçin Önerilen Sağlık İşletmeleri Modeli.....	44
15- Kanun Tasarısında Önerilen Sağlık Finansmanı Modelinin Akış Şeması.....	46
16- Yerinden Yönetim Örgütlenmesi.....	59
17- Yerinden Yönetimin Yararları ve Sakıncaları.....	69
18- İngiltere’de Sağlık Hizmetlerinde Yerinden Yönetim Sonrası Örgütsel Yapı....	76
19- Bazı Avrupa Ülkelerinde Yerel Yönetimlerin Sundukları Sağlık Hizmetleri....	78

KISALTMALAR:

AB	: Avrupa Birliği
AB-15	: Avrupa Birliği Genişlemeden Öncesi 15 Ülke
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AİBÜ	: Abant İzzet Baysal Üniversitesi
APK	: Araştırma Planlama Koordinasyon
AR-GE	: Araştırma-Geliştirme
AÜ SBF	: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
C	: Cilt
CDDK	: Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSİ	: Devlet Su İşleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	: Dünya Ticaret Örgütü
FAO	: Dünya Gıda Örgütü
GETA	: Geliştirme ve Toplum Araştırma ve Uygulama Merkezi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IMF	: Uluslararası Para Fonu
ILO	: Uluslar arası Çalışma Örgütü
İTÜ	: İstanbul Teknik Üniversitesi
KAYA	: Kamu Yönetimi Araştırma Projesi
KDV	: Katma Değer Vergisi
KYTKT	: Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı
MGK	: Milli Güvenlik Konseyi
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı

OIHP	: Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu
PAHO	: Tüm Amerikan Sağlık Örgütü
PTT	: Posta Telefon Telgraf
S	: Sayı
s	: Sayfa
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
tbc	: Tüberküloz
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türkiye Cumhuriyeti Karayolları
TODAİE	: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TRT	: Türkiye Radyo Televizyon Kurumu
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri

GİRİŞ

Sağlık, evrensel bir haktır ve toplum yaşamı bakımından vazgeçilmez öneme sahiptir. Daha iyi ve daha sağlıklı bir ortamda yaşamak, bütün insanların ortak beklentisidir. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, daha sağlıklı ve daha iyi bir dünyada yaşamak ve gelecek nesillerin daha iyi şartlarda yaşamasını sağlamak, bütün insanların ve bütün ülkelerin önem verdiği bir konudur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin nitelikli ve etkin bir biçimde sunulması büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu konusunda, toplumda yaşayan herkesin ilgi ve beklentisi her geçen gün artmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan istemin artması ve buna karşın kaynakların yetersiz olması, devletleri bu artan istemi etkili bir biçimde karşılamak üzere sağlık sistemlerini geliştirmeye yönlendirmektedir. Bu bağlamda, Türkiye’de Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde çeşitli politikalar uygulanmıştır.

Türkiye sağlık hizmetlerinde 1923’ten 1960’a kadar geçen süre içinde, öncelikle örgütlenme ve sağlık alanında ülke düzeyinde olabildiğince en ücra yerleşim birimlerine kadar tesis, donanım ve personel ihtiyacını karşılama amacını gütmüştür. Diğer taraftan 19. yüzyılın sonu ile 20. yüzyılın başlangıcında önemli ölçüde hakim olan ideolojik kutuplaşmalar, savaşlar, etnik göçler, ekonomik bunalımlar, büyük toplumsal dönüşümler ve dalgalanmaların mirası olarak tüm dünya ülkeleri gibi Türkiye’yi de etkileyen sıtma, verem, çiçek, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele çabaları ön planda olmuştur.

Türkiye sağlık hizmetlerinde 1960 ve 1980 arasındaki dönem, sağlık sisteminin gelişiminde yapısal ve işlevsel olarak bir kırılma ve yeniden yapılanma dönemini oluşturur. Büyük ölçüde sosyal devlet anlayışının ve bu çerçevede oluşan politikaların etkisiyle benimsenen ve beş yıllık kalkınma planları kapsamında uygulamaya konulan sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasına yönelik politikalar bu döneme damgasını vurmuştur. 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile, esas itibariyle koruyucu ve tedavi edici

sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sunulmasını ve buna göre örgütlenmeyi öngören bir modeldir.

1980’lerden günümüze kadar geçen süre, geleneksel merkezîyetçi ve bürokratik yönetim anlayışının getirdiği örgütsel ve mali sorunları aşma amacı doğrultusunda genel sağlık sigortasını ve performans yönetimini oluşturmaya yönelik tartışmaların yoğunluk kazandığı bir dönem olmuştur. Bu dönem, Türkiye sağlık politikaları tarihinde “Sağlık Reformları” söyleminin en yoğun biçimde gündeme geldiği, ayrıca reform söylemi ve yönteminde önceki dönemlere göre önemli farklılıkların olduğu bir dönemdir. 1980’li yıllara kadar, Türk sağlık sektörü devletçi gelenekten beslenmekte iken, bu tarihten sonra dünyadaki politik değişimlere koşut olarak liberal eğilimler ağırlık kazanmaya başlamıştır.

1980 sonrası, dünyadaki değişim eğilimleri ve dinamiklerine koşut olarak, devletin rolünde ve işlevlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetleri de bu değişimden payını almaktadır. Sağlık sektöründe geleneksel olarak devletin başlıca aktör olduğu ülkelerde, faaliyetlerin hemen her boyutunda devletin kuvvetli bir rolü ile üstünlüğü olduğu varsayımı yeniden gözden geçirilmektedir.

1970’lerin ortalarında dünya ekonomisinin yaşadığı kriz sonucu, 1980’lere doğru makro ekonomik politikalarda büyük değişiklikler olmuştur. Bu dönemde büyüyen devlete ve bürokrasiye karşı ön yargılı yaklaşımlar yaygınlaşmıştır. Kriz sonrası geliştirilen neo-liberal politikalar çerçevesinde, devletin bürokratik yapılanmasından kaynaklanan tıkanıklıklar devletin küçültülmesi ile aşılabileceği öngörülmüştür. Düşünce sistemindeki bu kayma, aslında birçok sektörde devletin rolünün köktenci biçimde sorgulanması anlamına gelmektedir. Yeni düşünce sisteminde, temelinde özelleştirme, rekabetçi alternatifler ve pazar temelli bazı yöntemlerle devletin rolünün azaltılması politikaları geliştirilmiştir.

Neo-liberal yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanması, kamu yönetimi alanında da köklü dönüşümlerin başlamasına ve kamu yönetimi disiplini içinde tartışmaların yükselmesine neden olmuştur. Dünyada meydana gelen

bu temel politika değişikliği, birçok ÷lkede uygulama alanı bulmuş ve tüm dünya devletlerini yakından ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Bu süreçte kamu yönetimi çalışmalarında ilk sıraya yerleşen “yeni kamu yönetimi” anlayışı önem kazanmıştır. Aynı dönemde, “yeni kamu işletmeciliği” ve “yönetişim” kamu yönetimi disiplini içinde iki önemli kavram olarak ön plana çıkmışlardır.

Yeni kamu yönetimi anlayışı, kamusal faaliyetlerin azaltılmasını yani devletin küçültülmesini, kamusal hizmetlerin bir bölümünün piyasa ortamında kar amacı güden veya kar amacı gütmeyen kuruluşlara gördürülmesini, kamu bürokrasinin özel sektör gibi işler hale getirilmesini, kamu yönetiminin denetimine vatandaşların ortak edilmesini, kurallardan çok sonuca, etkinliğe ve verimliliğe odaklanılmasını, kaynak kullanımında daha fazla disiplin ve tasarruf sağlanmasını, otoritenin merkezden uzaklaştırılmasını ve yönetimde katılımın sağlanmasını amaçlamaktadır.

Devletin rolünün yeniden tanımlanması gereksinimi doğuran bu gelişmelerle, özellikle yönetimin yeniden yapılandırılması, kamu işletmeciliği, devletin minimize edilmesi, sivil toplum kuruluşları, yerinden yönetim ve yönetim gibi kavram ve uygulamalar yaygınlık kazanmıştır. Küreselleşme sürecinde, OECD, IMF, DTÖ ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların da bu politikaları benimsedikleri ve özellikle gelişmekte olan ÷lkelerde uygulanan “Yapısal Uyum Programı” ile, çeşitli alanlarda reform çalışmalarına öncülük yaptığı ve bu tür çalışmalara destek sağladığı gör÷lmektedir.

Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, 1980’li ve 1990’lı yıllarda bir çok ÷lkede gerçekleştirilen kamu yönetimi reformu çalışmalarını derinden etkilemiştir. Reform çalışmalarında verimlilik, etkililik, esnek örgütlenme, açıklık ve şeffaflık, hesap verebilirlik, demokratikleşme, yönetim, yerinden yönetim, devletin özelleştirme, deregülasyon ve özel sektör yöntemleri kullanılarak küçült÷lmesi gibi kavram ve yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Böylece, kamu yönetiminin de özel sektör gibi “ussal, verimli ve etkili” çalışabilmesi için özel sektörde geçerli olan süreçlerin kamu sektörüne uyarlanması gerektiği düşüncesi ile reform girişimleri olmuştur. Bu reform

girişimleri, kamu sektörü içerisinde kalan bütün alanlarda uygulandığı gibi sağlık sektöründe de uygulanmıştır.

Yeniden yapılanma sürecinde bunların yanı sıra, devletin ağırlıklı rolünün bu süreç içerisinde yol göstericilik konumu olduğu da vurgulanmaktadır. Geniş, merkezileştirilmiş ve bürokratik kuruluşlar büyük ölçüde düş kırıklığı yaratmışlardır. Yeni kamu yönetimi anlayışı, kamu hizmetine esneklik ve piyasa eğilimleri doğrultusunda yeni işlev ve boyutlar kazandırmıştır. Devletler artık, güvenlikten eğitime, sağlıktan sosyal yardıma, tarımdan ulaşımına bir çok değişik kamu hizmeti alanını giderek daha fazla ölçüde özel sektöre, sivil toplum örgütlerine ve yerel yönetimlere açmaktadır.

Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, 1980'li ve 1990'lı yıllarda bir çok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını da etkilemiştir. Sağlık sektöründe reform çalışmaları, piyasa temelli bazı yaklaşımlar ve yerinden yönetim çerçevesinde olmuştur. Yerinden yönetim, dünyada ve birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektörü reformunun ana konusu olmuştur. Hizmetin sunulmasında gelişmeleri desteklemek, kaynakların gereksinimlere göre daha etkin tahsisini, toplumun önceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki adaletsizliğin azaltılması için etkili bir araç sayılmıştır. Bilgi-iletişim alanındaki hızlı gelişmeler yerinden yönetimin teknik açıdan uygulanabilirliğini arttırmaya yardımcı olmuştur.

Dünya ölçeğinde değerlendirildiğinde, bir çok ülkede yerinden yönetim eğilimleri güçlenmekte olup bunun değişik nedenleri bulunmaktadır. Buna göre, ilk olarak yerinden yönetimle kamu harcamalarının etkinliği amaçlanmaktadır. İkinci olarak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde merkezi bürokrasilerin başarısızlığına bir tepki olarak yerinden yönetim güç kazanmaktadır. Üçüncü olarak, ekonomide merkezi yönetimin ağırlığını azaltmak için yerinden yönetime geçilmektedir. Bu eğilimler bakıldığında, ekonomik faktörlerin etkili olduğu ve devletin ekonomideki gücünü azaltmayı hedefleyen neo-liberal yaklaşımın izlerini bulmak mümkündür.

Diğer taraftan günümüzde, merkeziyetçilikten uzaklaşma eğilimleri başlıca üç alanda kendini göstermektedir. Buna göre, ilk olarak hiyerarşik yapılarda üst kademeden alt kademeye doğru yetki devrini; ikinci olarak, merkezden taşra birimlerine yetki aktarımı ya da yetki genişliği yaklaşımını; üçüncü olarak da merkez veya merkezin taşra yönetiminden yerel yönetimlere yetki devrini kapsamaktadır. Bu anlayışların tümü yerinden yönetim kavramı içerisinde değerlendirilebilir. Ancak, bu çalışmada Türkiye’de merkezden yürütülen sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun geleceği, ikinci ve daha çok üçüncü şıkta yer alan yerelleşme bağlamında değerlendirilmektedir.

1980’li yıllarla birlikte Türkiye’de de piyasa temelli yaklaşımlar gündeme gelmiş ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, ekonomide liberal politikaların izlenmesi ve özelleştirme sıkça tartışılan konular olmuştur. Bu politikaların sağlık sektörüne yansımaları ise özellikle 1990’lı yılları takip eden süreçte gündeme gelmiştir. Türkiye’de bu dönemde sağlık reformları, 1992 yılında Sağlık Bakanlığı’nca “Türkiye Sağlık Reformu-Sağlık Mega Proje” başlığı ile duyurulan sağlık reformu çalışmaları, aslında 1988 yılında Dünya Bankası ile birlikte sağlık sektörünün mali yapısının incelenmesi ve 1989-1990 yıllarında DPT tarafından yapılan, “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü” ile başlatılabilir. Daha sonraki yıllarda sağlık reformu çalışmaları, Dünya Bankası’nın mali desteği ile devam etmiştir. Ancak, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında önemli bir gelişme sağlanamamıştır

Türkiye’de gerçekleştirilen sağlık reform çalışmalarının ana konuları, çok genel anlamda diğer ülkelerde de görülen sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri ile yerinden yönetimi kapsayan bir sağlık reform çerçevesinde olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti örgütlenmesini ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı’nın yönetici rolünün küresel gelişmeler doğrultusunda “yerinden yönetim” ve “düzenleyicilik” işlevi ekseninde yeniden belirlenmesi, reform çalışmalarının ana konusunu oluşturmuştur. Özellikle 1990 sonrası reform çalışmaları, esas itibarıyla yönetim ve kamu bürokrasisi bağlamında sağlıkta yönetim zihniyetinin ve örgütlenme anlayışının değişimi ve sağlık hizmetlerinin rutin olarak vatandaşa

sunumu ile ilgili görev ve yetkilerin yerel yönetim birimlerine devredilmesini amaçlamıştır.

Türkiye’de Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne, sağlık reform çalışmaları ağırlıklı olarak kamu yönetimi reformlarına koşut bir seyir izlemiştir. Dünyadaki değişim ve gelişmelere uygun olarak hazırlanan ve 2003 yılında gündeme gelen KYTKT ile kamu yönetiminde görev, yetki ve sorumlulukların paylaşımı, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında yeniden tanımlanmaktadır. Tasarıda merkezi yönetimin yetkileri sayılarak sınırlandırılmış, yerel yönetimler ise yerel nitelikli hizmetlerle ilgili olarak geniş yetkilerle donatılmıştır. Tasarıda adı geçmediği halde, “görev yetki sorumluluklar, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birime verilir” denilerek, yerel, yerinden yönetim anlayışını betimleyen yerellik (subsidiarity) ilkesine yer verilmiştir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının; araç-gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte yerel yönetim birimlerine devredilmesi öngörülmüştür.

KYTKT 15 Temmuz 2004 yılında TBMM’de kabul edilmiş, ancak cumhurbaşkanı tarafından çeşitli gerekçelerle onaylanmamış ve yeniden görüşülmek üzere TBMM’ne geri gönderilmiştir. Sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimi öngören KYTKT, aradan iki buçuk yıl geçtiği halde yasalaşmamıştır. Ancak kamu yönetimi sisteminin küresel değişim ve gelişmelere ayak uydurabilmesini sağlamak amacı ile hazırlanan kamu yönetimi reformu çerçevesinde, reformun temel dayanakları ve hedefleriyle uyumlu biçimde, altyapı çalışmaları 1990’lı yıllara kadar uzanan ve 2003 yılında kamuoyuna açıklanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Sağlık Bakanlığı’nın koordinatörlüğü ve Dünya Bankası’nın mali desteği ile uygulamaya konulmuştur.

2003 yılında sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” başlatarak sağlıkta yerinden yönetimi gerçekleştirmek, hastanelerde yönetsel ve mali özerkliği sağlamak, tasarrufu teşvik etmek, verimlilik ve kaliteyi artırmak amaçlarıyla önemli adımlar atmaktadır.

Başlatılan programın temel önceliklerden birisi de sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim sağlanarak, hastanelere daha fazla özerklik tanınmasıdır. Bu çalışmalar aynı zamanda kamu yönetimi reformunun ilk adımlarına hazırlık olarak da değerlendirilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, özellikle 1980 yılından sonra birçok ülkenin sağlık reform çalışmalarına konu olan ve Türkiye’de sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında temel ilkelere biri olarak ele alınan sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimin olası etkilerini incelemektir. Yazılı kaynaklara ve verilere dayalı olarak yürütülen bu çalışma dört bölüme oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık ve sağlık hizmeti kavramı açıklandıktan sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi, sağlık sektöründe yer alan temel kuruluşlar ve örgütsel yapı ile istatistiki veriler ve temel sağlık göstergeleri ışığında Türkiye’nin sağlık sistemi değerlendirilmektedir. İkinci bölümde, dünyada kamu yönetimi alanında yaşanan gelişmeler ve sağlık sektörüne etkileri, yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde 1980’den sonra Türkiye’nin sağlık sektöründe yürütülen reform çalışmaları ve 2003 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” incelenmektedir. Üçüncü bölümde, yerinden yönetim anlayışının kavramsal çerçevesi, çeşitli ülkelerde sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim uygulamaları ve dördüncü bölümde ise Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimine ilişkin olası gelişmeler irdelenmiştir. Araştırmanın sonuç kısmında ise sorunlara yönelik bulgu ve önerilere yer verilmiştir.

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan birimler; sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastaneleri poliklinikleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, muayenahaneler ve farklı büyüklükte çok çeşitli diğer kamu dispanserleri ile vakıf poliklinikleridir. Bu kadar çeşitlilik, aynı zamanda karmaşık bir yapıyı da ifade etmektedir. Bu bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı açıklandıktan sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi, sağlık sektöründe yer alan kuruluşlar ve örgütsel yapı ile sağlık hizmetlerinde mevcut durum ve temel sağlık göstergeleri incelenecektir.

1.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında, en öncelikli sırada kabul edilen bir haktır. Sağlık, topluluğun diğer canlılarını yakından ilgilendirdiği için, kişiye bırakılamayacak kadar önemli bir konudur. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında da bir toplumsal müdahale alanı oluşturur (Fişek, 2001: 315). Sağlık için en sık rastlanılan ve kabul gören tanım DSÖ’nün Anayasa’sında yapılmış olandır (Uz, 2001: 321). DSÖ’nün anayasasında sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedenlen, ruhen ve toplumsal yönden tam iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır (Ak, 2001: 299).

1948 yılında kurulan DSÖ, BM’nin sağlık alanında faaliyet gösteren örgütüdür. 19-22 Temmuz 1946 yılında New York’da düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı’nda BM’ye üye 51 ülkenin temsilcileri ile FAO, ILO, UNESCO, OIHP, PAHO, Kızılhaç, Dünya İşçi Sendikaları Konfederasyonu ve Rockefeller Vakfı gözlemcileri DSÖ Anayasası’nı oluşturmuşlardır. Anayasa, 26 üye ülkenin onayının tamamlandığı 7 Nisan 1948’de yürürlüğe girmiştir. DSÖ Anayasası’nın temel ilkeler bölümünde DSÖ’nün amacı, tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmaları şeklinde ifade edilmiştir (Metin ve Aydın, 1997: 7-10).

1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'nın 2. maddesinde ise sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyonu) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir (Öztek, 2001: 295). Sağlık hizmetleri, birincil (koruyucu), ikincil (iyileştirici) ve üçüncül (rehabilitate edici) sağlık hizmetlerini kapsayan ve halkın sağlık ile ilgili istek ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca verilen hizmetlerdir (Uz, 1999: 105).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmalarını önlemek, yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz ve bazıları hastalanır. İşte bu gibi durumlarda, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olur. Bugün varolan mevcut bilgilerle ve yöntemlerle her hasta iyileştirilemez ve bazıları ölür, bazıları ise eskisi gibi olamazlar, yaşamlarını engelli olarak sürdürmek zorunda kalırlar. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı engellilerin başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamlarını sağlamak yani rehabilite etmektir (Öztek, 2001: 295).

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacına yönelik olarak planlanır, izlenir, değerlendirilir ve yeniden planlanır. Bu amaca yönelik olarak kullanılacak araçların tamamı hedeflere ulaşabilmenin yollarıdır. Genel amaca yönelik olarak hedefler; sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, adil olmasını, etkililiğini, verimliliğini yükseltmek şeklinde özetlenebilir (Özsarı, 2001:

1209). Bunların yanında hizmetlerin yaygınlığı, sürekliliği ve ulaşılabilirliği gibi özellikleri taşıması artık yeterli olmamakta, yaygın, sürekli ve ulaşılabilir olan hizmetlerden insanların ne kadar hoşnut olduğu da önemli görülmektedir (Yıldırım, 2001: 1141).

Günümüzde insanlar sağlıklı bir yaşam için sadece hastalıkların önlenmesine yönelik sağlığı koruma çabalarını yeterli görmemektedir. Bunun yanında, tükettikleri gıdanın sağlıklı olmasını ve piyasada yer alan ürünlerin güvenlik standartlarını karşılamasını, kendilerinin ve çocuklarının sağlıklı bir çevrede yaşamlarını sürdürmelerini, işyerlerinde güvenlik ve hijyen koşullarının sağlanmasını ve hatta yolculuk ve geziler sırasında üst düzey bir sağlık yardımı almak ve danışma hizmetlerinden yararlanabilmeyi de istemektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2001: 3). Dolayısıyla sağlık hizmetleri insanların istek ve gereksinimlere yanıt verebilecek düzeyde olmalıdır. Daha iyi ve daha sağlıklı bir ortamda yaşamak, çağımızın sürdürülebilir kalkınma anlayışı bağlamında, tüm insanların ortak beklentisidir. Bu beklentiye ulaşabilmek için, yaşam kalite ve standartlarının yükseltilmesi ve yükseltilmiş standartlara ulaşılabilirliğin artırılması gereklidir (Şener, 2005: 10).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin gerektiği zaman, gereken nitelikte bulunabilmesi ve hizmetlerin finanse ediliş biçimi tüm toplumlardaki bireyleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur (Seçim, 1995: 271).Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, daha sağlıklı ve daha iyi bir dünyada yaşamak ve gelecek kuşaklara daha iyi koşullarda büyümesini sağlamak, bütün insanların ve bütün ülkelerin özlemidir. Devletin görevi; vatandaşın sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, ona sağlığını koruma bilinci vermek ve bunun için gerekli altyapıyı oluşturmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2001: 1).

DSÖ'nün, "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıkların ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için iyileştirme önerileri dört başlık altında toplamaktadır. Bunlar; sağlıkta eşitlik (ülkelerarasındaki ve aynı ülkedeki nüfus gurupları arasındaki sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması), sağlıklı bir hayat için insanların

fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması, insanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak yaşama sağlık kazandırılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin yükseltilerek yaşamın uzatılmasıdır (Yıldırım, 1994: 11).

1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Osmanlı İmparatorluğu’nun son yıllarında sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülmekteydi. Sağlık alanında birkaç yasadın ve savaş durumlarında acil sağlık hizmetlerinin sağlanmasından başka hiçbir ciddi gelişme yaşanmamıştır. Sağlık Bakanlığı, TBMM tarafından 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. O zamanki adı Sıhhat ve İctima-i Muavenat Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) idi. Bu iki terimi bir bakanlığın adında birleştiren ilk ülkelerden birisi Türkiye’dir. Ancak, söz konusu bakanlığın adındaki “sosyal yardım” teriminin asıl gerekçesi, o yıllarda Türkiye’ye yurt dışından göç eden bir milyonun üzerindeki göçmenin yerleştirme ve bakım işlerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na verilmiş olmasıdır. Bu Bakanlık içinde yer alan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 1983 yılında, Çocuk Esirgeme Kurumu ile birleştirilerek Başbakanlığa bağlanmış ve Sağlık Bakanlığı dışına çıkartılmıştır. Bakanlığın adı da 1988 tarihinde Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir (Savaş, 2001: 91, Sağlık Bakanlığı, 2002: 15).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı; bakan, müsteşar, sağlık ve sosyal yardım işleri müdürlüğü ile birkaç müfettişten oluşan sınırlı bir kadro ile kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2002: 15). Sağlık hizmetleri geliştirme çabalarında en önemli engel yeterli sayıda sağlık insangücü bulunmamasıydı. 1923 yılında Türkiye’de 554 hekim, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hemşire ve 4 eczacı bulunuyordu. Hekim gereksiniminin karşılanması için tıp eğitimi, tıp talebe yurtları açılması gibi yöntemlerle teşvik edilmiş ve tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet konulmuştur. Diğer sağlık personelinin yetiştirmek üzere de okullar açılmıştır (Özdemir, 2001a: 259-260).

1923-1946 yılları arasında, Bakanlığın koruyucu hizmetlere öncelik vermesi hedeflenmiş ve tedavi edici hizmetler yerel yönetimlere bırakılmış, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş o gün için sağlık sorunu olan konularda dikey yapılanma olarak tanımlanan Verem-Sıtma-Frengi-Trohom-Cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik programlar yürütülmüştür (CDDK, 1996: 14). Dönemin ekonomik koşulları ve kaynak sorunları nedeniyle sadece sıtma, verem, trahom ve frengi gibi sağlığı tehdit eden hastalıklar hedef alınabilmiş ve yalnızca kamu kaynakları kullanılarak sağlık hizmeti verilebilmiştir (Çağlayan, 2001: 1197).

Tablo 1: 1923 Yılında Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Durumu

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık	32	2402
Toplam	86	6437

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2004: 6).

İkinci Dünya Savaşı sonrası, dünyada koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmiş biçimde verilmesi genel anlayışına koşut olarak, Türkiye’de de nüfus esaslı bütünleştirilmiş sağlık hizmeti vermek üzere sağlık merkezleri kurulmuştur. Her bir merkezde 2 doktor ve 11 diğer sağlık personeli görev yapıyordu ve 20.000 nüfusa hizmet veriliyordu. 1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti döneminde muayene ve tedavi evlerinden vazgeçilmiş, sağlık merkezlerinin yaygınlaştırılması benimsenmiştir. Hastanecilik hizmetleri sağlık hizmetlerinin özelliğinden ve sağlık personelinin hizmet sunumundaki öneminden dolayı yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Sağlık merkezlerinin sayısı arttıkça Sağlık Bakanlığı’nın hükümet tabiplikleri, sıtma-frengi-verem ve trahom mücadele birimleri ve sağlık merkezleri adeta birbirinden bağımsız üç ayrı hizmet birimi olarak ortaya çıkmıştır. Tüm bunlara ek olarak sigortacılık hizmetlerinin sağlanması için SSK kurularak sağlık hizmet birimi kurma, işletme ve personel istihdamına yetki verilmiştir (CDDK, 1996: 15 ; Özdemir, 2001: 263).

1950’li yıllarda iktisadi liberalizm ile birlikte toplumsal alanda kentleşme olgusu hız kazandığından hastane hizmetleri ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu dönemde, hastane hizmetlerinin geliştirilmesine büyük önem verilmiş, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli hastanelere kaymış ve koruyucu sağlık hizmetleri ikinci planda kalmıştır. Kaynaklar tedavi hizmetlerine ayrılmış, tedavi hizmetleri odaklı SSK sağlık hizmetleri kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı’nın dışında sağlık personeli istihdam etmeye ve sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Bu dönemde bozulmuş olan sağlık politikaları, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde uygulamaya konulan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile önemli bir gelişme göstermiştir. (Çağlayan, 2001: 1197 ; Savaş, 2001: 92).

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası, sağlık hizmet sunumunda büyük değişikliklere yol açmıştır. 224 sayılı yasa, esas itibariyle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sunulmasını ve buna göre örgütlenmeyi öngören bir modeldir. Sağlık hizmetlerinin sürekli, adil ve nüfusun öncelikleri göz önünde bulundurularak verilmesi düşüncesi benimsenmiş ve 1963 yılında sağlık hizmetlerinin sunumu ve alt yapı planlaması I. Beş Yıllık Kalkınma Planı’na dahil edilmiştir. 1963’ten günümüze kadar, bu modelin öngördüğü kırsal ve kentsel hizmet sunumu için gerekli olan altyapıyı oluşturma çabaları devam ettirilmiştir. Özellikle kırsal kesimde, modelin hizmet sunumunda esas aldığı sağlık evi, sağlık ocağı altyapısında önemli fiziki gelişmeler sağlanmıştır (Yıldırım, 2001: 1140 ; Savaş, 2001: 92).

Kanun ile yoksunluk bölgelerinde, kırsal kesimde en uç noktalara kadar sağlık hizmeti, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri verilmeye çalışılmıştır. Böylece, kırsal kesime doktor, hemşire ve ebe gönderilmeye başlanmıştır. Aşılama hizmetleri yaygınlaştırılmış, kızamık, çiçek, difteri, tetenoz, tbc, çocuk felci, tifo gibi hastalıkların sebep olduğu çocuk ölüm oranlarında önemli düşüşler sağlanmıştır. Her 10 bin nüfusa bir sağlık ocağı, her 2500 kişiye bir sağlık evi yapılması ve çalışacak personele lojman sağlanarak hizmet verilmesi amaçlanmıştır (Taşkın, 2001: 244).

1980 yılına kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde biçimlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 10).

1960-1980 yılları arasındaki dönem, sağlık sisteminin gelişiminde yapısal ve işlevsel olarak bir kırılma ve yeniden yapılanma dönemini oluşturur. Büyük ölçüde sosyal devlet anlayışının ve bu çerçevede oluşan politikaların etkisiyle benimsenen ve beş yıllık kalkınma planları kapsamında uygulamaya konulan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik politikalar bu döneme damgasını vurmuştur (Saran, 2005). Kısaca planlı dönemde temel sorun, sürekli hizmetin iyileştirilmesi ve bu yönde sağlık altyapısının ve örgütlenmesinin daha iyi duruma getirilmesi olmuştur (Özdemir, 2001b: 281).

Türkiye’de sağlık hizmetleri özünde hep bir sorun olarak yer almıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık verilerinin iyileştirilmesi için hükümetlerce birçok çalışma yapılmıştır. 1923-1937 yılları arasında Refik Saydam, sonrasında Behçet Uz dönemi, Türkiye tıp tarihinde derin izler bırakan, çalışma ve reformların etkili olduğu yıllardır. Nusret Fişek önderliğinde 1960’lı yıllarda uygulamaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programı da en önemli çalışmalardan biri olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 7).

1980’li yıllara kadar, Türk sağlık sektörü devletçi gelenekten beslenmekte iken, bu tarihten sonra liberal eğilimler ağırlık kazanmaya başlamıştır. Bu temel politika değişikliğinin, dünyadaki değişim ve gelişmelerden bağımsız olduğu söylenemez. Türkiye’de, özellikle 1980’li yıllarla birlikte piyasa temelli yaklaşımlar gündeme gelmiş ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, ekonomide liberal politikaların izlenmesi ve özelleştirme en çok tartışılan konular haline gelmiştir. Bunların sağlık sektörüne yansımaları ise özellikle 1990’lı yılları takip eden süreçte gündeme gelmiştir (Şener, 2005: 40 ; Balcı, 2005: 10).

1982 Anayasasının 56. maddesi ile getirilen en önemli yenilik, katılma payı ödenmesi ve yoksul ve dar gelirli için devlet yardımı yapılarak oluşturulması

düşünülen genel sağlık sigortasıdır. Anayasanın aynı maddesinde, “devlet sağlık alanındaki görevlerini kamu ve özel kesim sağlık ve sosyal kuruluşlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir” şeklinde düzenlemiştir. 1982 Anayasası bu düzenleme ile, sağlık alanında liberal politikaların uygulanmasına olanak sağlamış ve 1990’lı yıllarda hız kazanmış olan bu politikalar için uygun zemin oluşturmuştur (Balcı, 2005: 71).

24 Ocak 1980 ekonomik kararları ile uygulamaya konulan neo-liberal politikalarla birlikte sosyal alanda kentleşme olgusu hız kazanmaya başlamıştır. Bu dönemde kırdan kente olan göç özellikle büyük kentlerdeki halk sağlığı hizmetlerinin yürütülemez hale gelmesine yol açmıştır. Ucuz, kolay ve ulaşılabilir olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocakları yetersiz kalmış ve hastaneler ilk başvuru sağlık kuruluşları haline gelmiştir (Çağlayan, 2001: 1197). Bunun sonucunda hastanelerde yığılmalar olmuş, kaliteli ve etkili bir sağlık hizmeti verilememiştir. 1980’deki askeri müdahale sonrası, MGK tarafından oluşturulan Bakanlar Kurulu 1981 yılı sonunda aldığı bir karar ile, sağlık yatırımlarını teşvik kapsamına almış, kamu fonlarının özel sektöre aktarılması ile özel sağlık hizmetleri hızlı bir gelişme göstermiştir (Soyer, 2000: 259). Ancak, özel sağlık sektörünün, kamu sektörü ile rekabet içine girmesi ile, sağlık hizmetlerinde tam bir karmaşa yaşanmaya başlanmıştır (Çağlayan, 2001: 1197).

1980’lerden günümüze kadar geçen süre, geleneksel merkezîyetçi ve bürokratik yönetim anlayışının getirdiği örgütsel ve mali sorunları aşma doğrultusunda genel sağlık sigortasını ve performans yönetimini oluşturmaya yönelik tartışmaların yoğunluk kazandığı bir dönem olmuştur (Saran, 2005). Bu dönem, Türkiye sağlık politikaları tarihinde “Sağlık Reformları” söyleminin en yoğun biçimde gündeme geldiği, ayrıca reform söyleminde ve yönteminde önceki dönemlere göre önemli farklılıkların olduğu bir dönemdir (Özdemir, 2001a: 274).

Günümüzde, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sosyo-ekonomik değişmelere koşut olarak, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve hizmeti kullananların istemleri ile nüfus yapısı değişmiş, sağlık hizmetlerinin sunumunda teknolojik ve

bölgesel farklılıklar ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda, Türkiye’deki sağlık insangücünün nitelik, nicelik, dağılım ve görev tanımlarında da kapsamlı değişiklikler olmuştur. Özellikle büyük şehirlerde birinci basamak tedavi hizmetlerinin halka ulaştırılmasında büyük sıkıntılar görülmüştür (CDDK, 1996: 193).

Tablo 2: Türkiye’de Sağlık Personelinin Gelişimi (1930-2002).

Yıl	Uzman H.	Prat.H.	Diş H.	Eczacı	Sağlık M.	Hemşire	Ebe
1930	1.182			127	1.268	202	400
1935	1.625			125	1.365	325	451
1940	2.387			129	1.493	405	616
1945	3.886			116	1.632	409	806
1950	3.647	3.248	910	130	4.018	721	1.285
1955	3.192	3.885	1.175	1.256	3.927	1.525	2.001
1960	4.181	4.033	1.395	1.390	3.550	1.658	3.219
1965	6.657	4.283	1.932	1.771	4.676	4.592	4.329
1970	8.818	5.025	3.245	3.011	9.954	8.796	11.321
1975	12.698	9.016	5.046	7.002	11.021	14.806	12.975
1980	16.699	10.542	7.077	11.578	11.664	26.880	15.880
1985	20.878	15.549	8.305	12.202	10.525	30.854	17.987
1990	24.900	25.739	10.514	15.792	21.547	44.984	30.415
1995	29.846	39.503	11.717	19.090	39.342	64.243	39.551
2000	38.064	47.053	16.002	23.266	46.528	71.600	41.590
2002	43.660	51.533	17.108	22.322	49.324	79.059	41.513

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2004: 38).

Tablo 3: Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Kuruluşlar	2003		2004 (1)	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	668	91 202	708	93 702
Milli Savunma Bakanlığı	42	15 900	42	15 900
SSK	121	29 157	148	33 897
KİT	8	1 474	8	1 474
Diğer Bakanlıklar	10	1 045	10	680
Tıp Fakülteleri	50	26 162	50	27 200
Belediyeler	9	1 389	9	1 389
Yabancılar	3	338	3	338
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	18	1 372	18	1 577
Özel	246	11 824	248	12 500
TOPLAM	1 172	180 797	1 249	189 591

(1) Tahmin.

Kaynak: DPT (2004: 142).

19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile, SSK, Kamu İktisadi Teşekkülleri ve diğer bakanlıklara ait sağlık birimleri, bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınırlar, taşınmazlar ve taşitlarla birlikte Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu düzenleme ile, sağlık hizmetlerinde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı arasında nüfusun sağlık statüsündeki varolan farklılıkların azaltılması ve ortadan kaldırılması açısından önemli bir gelişme olmuştur.

Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar sağlık hizmetlerinde hem kurumsal hem sağlık insangücü alanında büyük bir gelişme sağlanmıştır. Ancak bu gelişmeye rağmen sağlık hizmetleri bugün toplumun beklentilerine ve gereksinimlere yanıt vermekten uzaktır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerindeki durum, AB ülkeleri ve

diğer gelişmiş ülkelerin sağlık hizmet düzeyinden uzaktır. Sağlık hizmetlerinin, toplumun gereksinim ve beklentilerine yanıt verecek şekilde yeniden yapılandırılması bir zorunluluk göstermektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan Kuruluşlar ve Örgütsel Yapı

1982 Anayasa'sının 56. maddesi sağlıkla ilgilidir. Bu maddeye göre, herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Ayrıca devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli olup, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Diğer taraftan, Anayasa'ya göre sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir.

Devlet adına bu görevler, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ve 3393 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname gereğince Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerini doğrudan kendisi verebileceği gibi yarı kamusal, özel ve gönüllü örgütlere de verdirebilir. Ancak, tek elden planlama görevinin bakanlık tarafından yerine getirilmesi zorunludur.

Türkiye'nin sağlık sistemi kamusal, yarı kamusal, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmaktadır. Türkiye'de 2003 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı 668 hastane, 5 936 sağlık ocağı, 11 740 sağlık evi ve bunların dışındaki diğer birimlerle toplam 19 586 sağlık kuruluşu ile, sektörde en büyük paya sahiptir. 2005 yılında, SSK ve diğer bazı kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devredilmesi ile bu sayının daha da arttığı söyleyebiliriz. 2003 yılı sonu itibariyle, 272 özel hastane faaliyet göstermekte olup, bu hastanelerin 18 tanesi Vakıf ve Derneklere, 3'ü yabancılara, 5'i azınlıklara ve 246 tanesi de gerçek ve özel hukuk tüzel kişiliklerine aittir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 14). 2002 yılı itibariyle, özel hastaneler yataklı tedavi kurumlarının yüzde 21.3'ünü oluşturmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2002: 19).

Yeniden yapılandırma ile Sağlık Bakanlığı'na, tüm bu aktörler üzerinde “yönlendiricilik rolü” önerilmektedir. Böylece bakanlık artık sağlık hizmet sunumuyla doğrudan ilgilenmeyecek; sistemin plan, eşgüdüm ve denetleme işlevlerini yürütecektir (Balcı, 2005: 81).

Tablo 4: Sağlık Bakanlığı Kuruluşları (2003).

KURULUŞUN ADI	SAYISI
Hastane	668
Sağlık Ocağı	5.936
Köy Sağlık Evi	11.740
Semt Polikliniği	40
AÇS / AP Merkezi	299
Verem Savaşı Dispanseri	272
Bölge Tüberküloz Laboratuvarı	21
Deri-Tenasül Hst.Dispanseri	12
Hava Limanı Sağ.Dnt.Mrk.	16
Hudut Sağlık Denetim Mrk.	16
Sahil Sağlık Denetim Mrk.	48
Sağlık Meslek Lisesi	280
Sağlık Eğitim Enstitüsü	4
Refik Saydam Hıfz.Mrk.Bşk.	1
Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü	7
İl Halk Sağ.Laboratuvarı	79
İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı	31
Sıtma Enstitüsü	2
Sıtma Kontrol Laboratuvarı	6
Sıtma Laboratuvarı	80
Sağlığı Koruma Yeri	2
Liman-Şehir Bakteriyoloji Mües.	2
Ana Donatım İkmal Bölge Md.	1
Donatım Bölge Müdürlüğü	18
Donatım İl Müdürlüğü	5
TOPLAM	19.586

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (saglik.gov.tr : 25.11.2005).

Türkiye’de özel hastanelerin açılmasında hızlı bir gelişme yaşanmaktadır. Ancak özel hastanelerin açılması bir standarda bağlanmadığı için, isteyen istediği yere istediği kapasitede hastane kurabilmektedir. Bazı bölgelerde hesapsız yoğunlaşmalara ve kısa bir süre sonra kuruluşların kapanmasına kadar uzanmaktadır (Güner, 2001: 1218). Son zamanlarda, özel sağlık sektörünün gelişmesi için çeşitli teşvikler uygulanmaktadır. 2003 yılında, devlet memurları ve kamu emeklilerinin özel sektöre ait sağlık tesislerinden yararlanmaları sağlanmıştır. Özel kesim, ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımından önemli bir paya sahiptir. Sigortalı nüfusun özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinden yararlandırılması uygulaması özel sağlık hizmetlerinin gelişmesini olumlu etkilemiştir (DPT, 2005: 142). Ancak, özel hastaneler bina, organizasyon, tıbbi branşlar, personel, hizmet içi eğitim, Ar-Ge gibi konularda çok yetersizdir. Genellikle kamuda çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanları ile ayakta durmaya çalışmaktadır (Kuşoğlu, 2001: 82).

Tablo 5’e bakıldığında, Türkiye sağlık sektöründe rol oynayan aktörlerin sayısının oldukça fazla olduğu görülmektedir. Mevcut durum, stratejik planlama süreçlerinin sonucu olmaktan çok tarihi gelişmelerin neticesinde meydana gelmiştir (Savaş, 2001: 95). DPT 8. BYKP Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Raporu, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sektörü içindeki rolünün yeniden saptanması ve sağlık politikalarının belirlenmesinde katılımcı bir yapı önermektedir. Sağlık politikalarının ülkenin tüm kesimlerini ilgilendiren sonuçlar doğurduğu göz önüne alınarak akademik, bürokratik ve politik katılımın yanında sivil toplum örgütleri, hasta dernekleri, özel sektör temsilcileri ve sigorta kuruluşlarının da katılımıyla hazırlanması gereği üzerinde durulmaktadır (DPT, 2001a: 135). Türkiye’de sağlık sistemi çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Sektörde söz sahibi kuruluşların sayısal çokluğundan ziyade, bu kuruluşlar arası ilişkiler iyi yapılandırılmamış ve ayarlanmamıştır. Bu da kaynakların verimsizce kullanılmasına sebep olmaktadır.

Tablo 5: Sağlık Sektöründe Temel Aktörler

Politika Oluşturan Kuruluşlar	Hizmet Sunan Kuruluşlar	Finansman Sağlayan Kuruluşlar	İdari Yetkisi Olan Kuruluşlar	Dolaylı Etkisi Olan Kuruluşlar
*Sağlık Bakanlığı *Devlet Planlama Teşkilatı *Yüksek Öğretim Kurulu *Yüksek Planlama Kurulu *TBMM	KAMU *Sağlık Bakanlığı *Üniversite Hastaneleri *Belediyeler *Kamu İktisadi Teşebbüsleri *Milli Savunma Bakanlığı ÖZEL *Vakıflar *Yerli ve Yabancı Hastaneler *Pratisyenler ve Uzmanlar *Eczacılar *Özel Klinik ve Laboratuvarlar SİVİL TOPLUM *Kızılay *Türk Aile Planlaması Vakfı *Diğerleri	KAMU *Maliye Bakanlığı *Sağlık Bakanlığı *Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı *Sosyal Sigortalar Kurumu *Bağ-Kur ÖZEL *Vakıflar *Özel Sigortalar *Uluslararası Kuruluşlar (Dünya Bankası, BM, AB gibi)	*Sağlık Bakanlığı *İçişleri Bakanlığı	*Bayındırlık Bakanlığı *Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı *İçişleri Bakanlığı *Maliye Bakanlığı *Belediyeler *Anayasa Mahkemesi, Danıştay ve diğer İdari Mahkemeler *Diğerleri

Kaynak: Balcı (2005: 80).

Türkiye sağlık hizmetlerinde yıllar boyunca ulusal bir sağlık politikası oluşturamamış, hükümet programları ile sağlık hizmetlerinin çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. Oysa, sağlık politikalarının uzun vadeli olarak planlanmasında büyük yarar vardır. Sağlık politikalarının belirlenme süreci bugünkü yapısıyla incelendiğinde, sağlık politikalarının herhangi bir sistematığa bağlı olmadan o günkü ekonomik ve daha çok siyasi tercihler çerçevesinde belirlendiği görülmektedir. Sağlık politikalarının geniş katılım sağlanmadan, günlük gereksinimlere cevap

verecek şekilde belirlenmesi sistemin tutarlılığına ve bütünlüğüne zarar vermektedir (DPT, 2001a: 5).

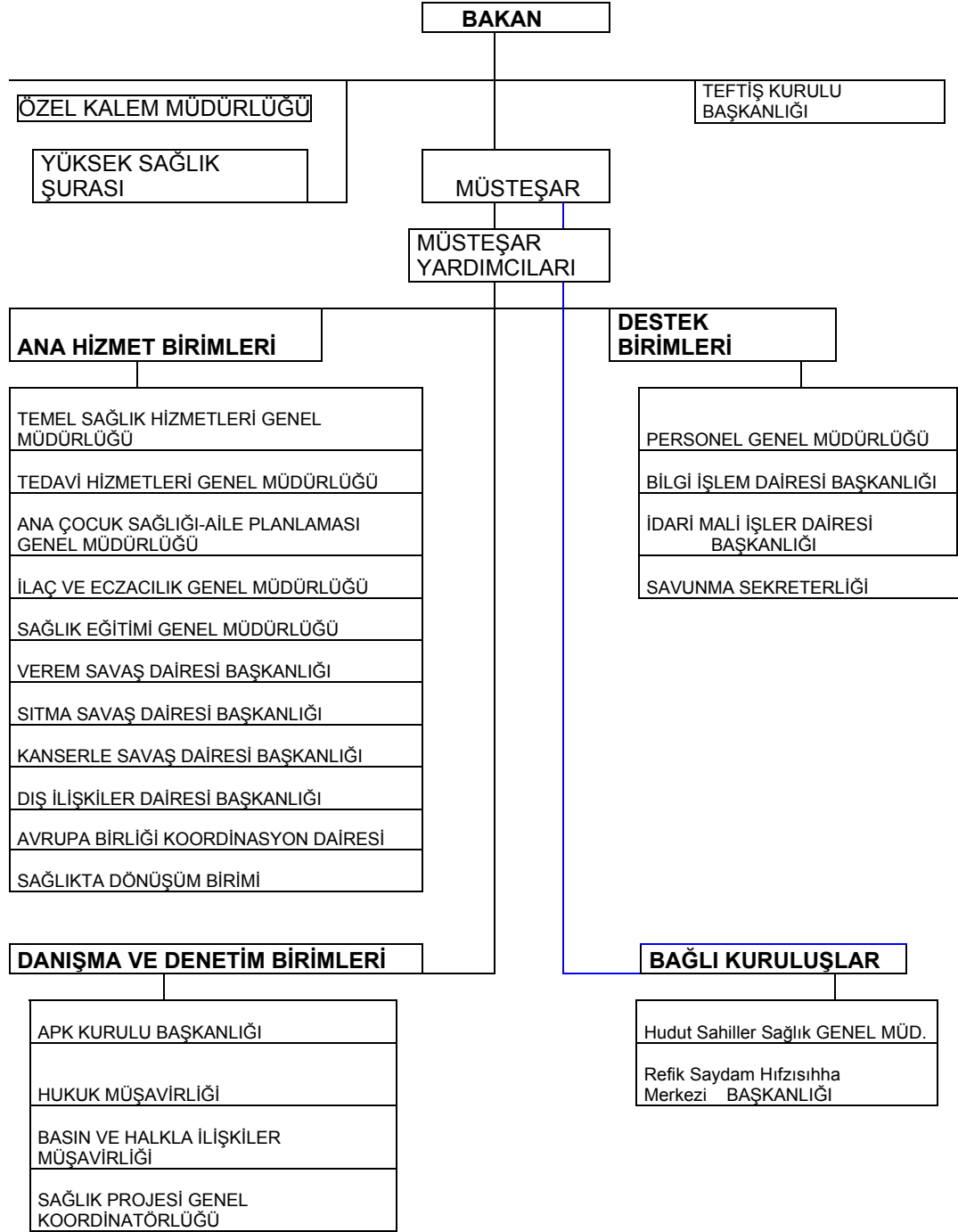
Anayasal olarak, devlet ülke sınırları içinde yaşayan herkesin, sağlıklı olarak yaşayabilmesi ve sürekli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Anayasa ile devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu ve yetkili organ ise Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı tüm ülke düzeyinde sağlık hizmeti sunmakla görevlidir. Bakanlık bu görevi, merkez ve taşra örgütü aracılığı ile yerine getirir. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 2. maddesine göre Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şunlardır:

1. Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
2. Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
3. Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
4. İlaç, uyuşturucu ve psikotrop (keyif verici ve uyuşturucu madde) maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik (ilaç madde ve malzemeleri) ve tıbbi madde ve müstahzar (hazırlanmış) yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
5. Gerekli aşı, serum, kan ürünlerinin ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
6. Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere, Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
7. Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
8. Bulaşıcı ve salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirleri almak ve aldirmek,

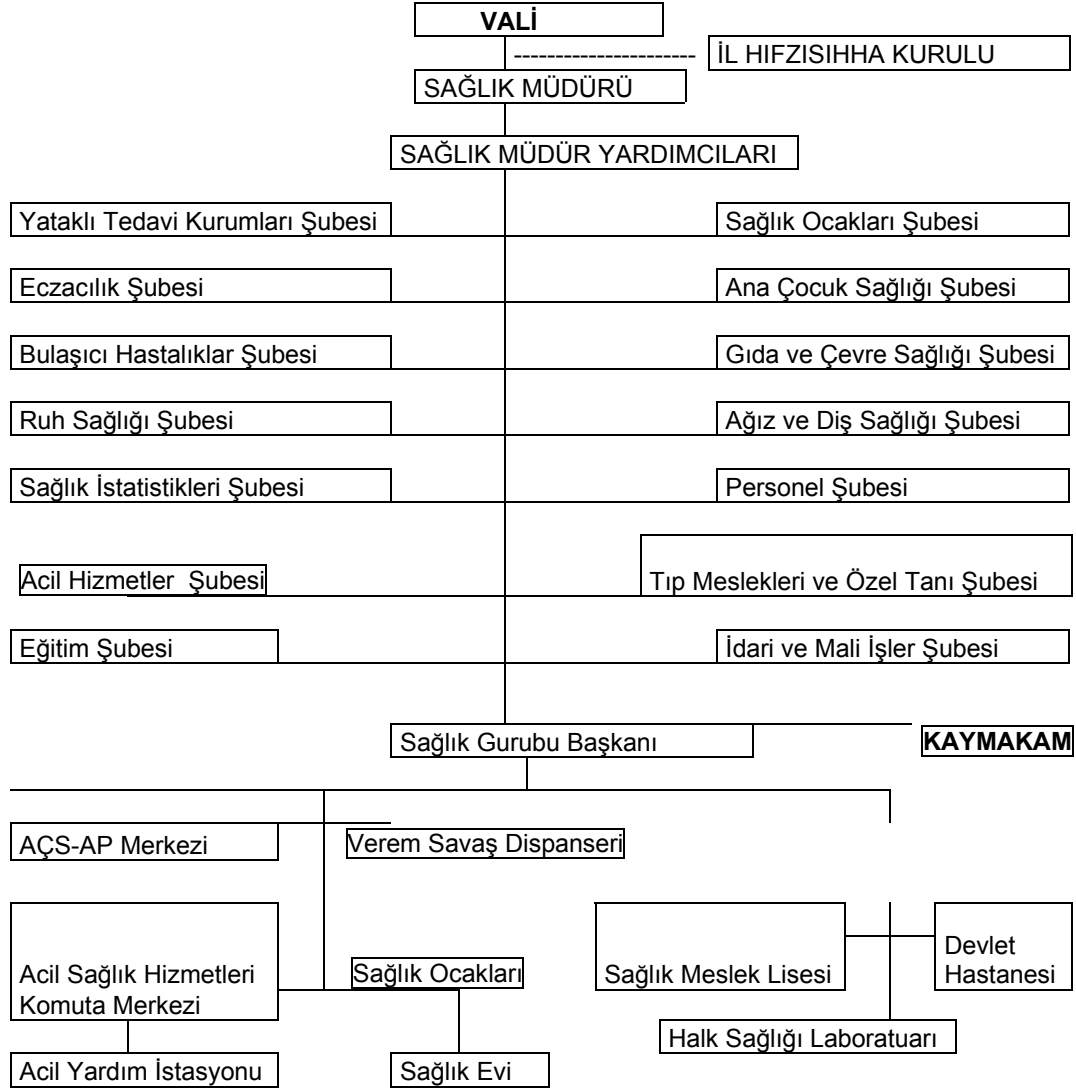
9. Kanser, verem, sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonu ve denetimi sağlamak,
10. Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personeli yetiştirmek,
11. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu ana örgüt ve koruyucu sağlık hizmetleri veren kuruluştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, Bakanlık tarafından, sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana çocuk sağlığı aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri aracılığı ile sunulur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumu, diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf, özel kişiler ve Sağlık Bakanlığı'na yerine getirilir (Aktan, 2004: 4).

Bakanlık merkez örgütü, Tablo 6 'da görüldüğü gibi, ana hizmet birimleri, destek birimleri ile danışma ve denetim birimleri olmak üzere üç ana grup altında toplanan altı genel müdürlük, altı bağımsız daire başkanlığı ve iki kurul başkanlığından oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2002: 17). Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet vermekte olan iki de kuruluş mevcuttur. Aşağıda Tablo 6 'da yer almamasına karşın, 2003 yılında başlatılan sağlıkta dönüşüm programı için, bakanlık merkez teşkilatında müsteşar yardımcısına bağlı olarak faaliyet gösteren sağlıkta dönüşüm birimi kurulmuştur.

Tablo 6: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2002: 17).

Sağlık Bakanlığı illerde “Sağlık İl Müdürlüğü” biçiminde örgütlenmiştir. Mevzuata göre, sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür ve diğer kamu hizmetleri gibi ildeki sağlık örgütlenmesinin başında da vali vardır. Yine mevzuata göre, tüm sağlık kuruluşları sağlık müdürlüğüne bağlıdır. Bakanlık merkezi ile taşra birimleri arasındaki iletişim valilikler kanalıyla gerçekleştirilmektedir. İl sağlık müdürlükleri, merkez örgütünün hizmet alanlarına göre kurulmuş olan ana hizmet birimleri ve yardımcı hizmet birimlerinden oluşur. İlde hizmet veren birimlerin sağlık müdürlükleri ve valilik ile olan ilişkileri bağlı oldukları şube aracılığıyla, ilçelerde ise sağlık grup başkanlıkları aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatının görünümü aşağıda Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (saglik.gov.tr : 11.12.2005).

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Ulusal Sağlık Politikası” belgesinde örgüt ve yönetim yapısı değerlendirilmektedir. Buna göre; sağlık hizmetleri çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Eşgüdüm eksikliğinin yol açtığı yetki kargaşası yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili diğer kurumlar

üzerinde etkili olmayıp, mevcut mevzuatla kendine verilen yetkileri de tam anlamı ile kullanamamaktadır. Sağlık Bakanlığı makro planları yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan çok günlük işlerle uğraşan bir uygulama Bakanlığı şeklinde çalışmakta, üst düzey yöneticilerin zamanının çok önemli bir kısmı personel tayini ile geçirmektedir. Bakanlık yönetiminde, en üst yöneticiden taşradaki en uç birime kadar profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanmamaktadır. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısı modern yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır. SSK hastanelerinin ve bazı kamu kuruluşlarına ait hastanelerin, Sağlık Bakanlığına devredilmesi sağlık hizmetlerindeki çok başlılığı azaltsa da, olumsuz yapı sürmektedir.

1.4. Sağlık Hizmetleri ve Temel Sağlık Göstergeleri

Türkiye’de sağlık sisteminin mevcut durumunun değerlendirildiği rapor ve incelemelere bakıldığında olumlu bir durumun söz konusu olmadığı kolaylıkla görülmektedir. Nitekim Dünya Bankası’nın 2003 değerlendirmelerine göre Türkiye;

- Vatandaşlarının sağlık statüsü bakımından, orta gelir düzeyindeki ülkelerin bir çoğundan geri durumda bulunmaktadır.
- Yaşam süresi beklentisi açısından OECD ortalamalarının yaklaşık on yıl gerisindedir.
- Bebek ve anne ölümleri açısından orta gelir düzeyindeki ülkelerin en üst sıraları arasında yer almaktadır.
- Kadınların üçte ikisinden daha azı doğum öncesi yardımı almaktadır.
- Doğumların yalnızca beşte ikisinde bir hekim hazır bulunmaktadır.
- Çocukların üçte ikisi tam olarak aşılanamamaktadır (Balcı, 2004: 5).

Aşağıda sunulan bazı göstergeler, Türkiye’nin sağlık hizmetlerindeki mevcut durumunun dünyadaki yerini daha iyi açıklamaktadır. Türkiye, ekonomik bir güç olarak dünya ölçeğinde 17. sırada yer alırken sağlık ve eğitimin içinde olduğu sosyal

göstergelere göre hazırlanan insani gelişim indeksinde 86. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 14). Bu sıralamadan da anlaşıldığı gibi, Türkiye'nin sağlık sistemi iyi bir performans ortaya koyamamıştır.

- UNICEF'in 2000 yılında Dünya Çocuklarının Durumu Raporu'nda, beş yaş altı çocuk ölümlerine göre yapılan sıralamada Türkiye, 193 ülke arasında 85. sıradadır.
- OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcaması 1830 dolar iken, Türkiye'de 140 dolardır.
- UNDP'nin 2000 Yılı İnsani Kalkınma İndeksi sıralamasında Türkiye, 174 ülke arasında 86. sırada yer almaktadır (Baran, 2001: 1145).

Temel sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirirken çeşitli verileri içermesi bakımından önemlidir. Ülkelerin sağlık düzeyini yansıtan en tarafsız ölçütler temel sağlık hizmetlerine ait göstergelerdir. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ve çocuk ölüm hızları, anne ölüm oranı bu göstergelerin başında gelir (Çağlayan, 2001: 1196). Bugün, Türkiye'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, içinde bulunduğu durumun olması gerekenden çok gerilerde olduğunu söyleyebiliriz (Güner, 2001: 1216-1217). Türkiye'nin sağlık göstergelerine yıllar itibarıyla bakıldığında, sağlık düzeyinin yükseltilmesi konusunda önemli gelişmeler sağlanmış olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyinden uzaktır.

Tablo 8: Temel sağlık göstergelerinin AB-15 ortalaması ile karşılaştırılması (1990-2003).

Temel Sağlık Göstergeleri	TÜRKİYE			AB-15 ORTALAMASI		
	1990	2000	2003	1990	2000	2003
Kaba Doğum Hızı (Binde)	25,5	20,2	19,4	12	10	10
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	7,1	6,2	6,2	11	9	8
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	66	70,4	70,9	74	77	78
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	55,4	28,9	25,6	10	7	7
Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Binde)	60	50	37	12	8	8
Anne Ölüm Oranı (Yüz Binde)	100	70	62	4	3	3
Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (Yüzde)	3,6	6,6	6,8	8	8,5	8,5
Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları)	98	195	192	1900	2100	2150
Sağlık Personelinin Hazır Bulunduğu Doğumlar (Yüzde)	63	75	78	98	100	100
Hekim Başına Düşen Nüfus (Kişi)	1121	834	718	360	350	350

Kaynak: DPT (2005: 149).

Tablo 8’de, Türkiye’nin temel sağlık göstergeleri ile Avrupa Birliği’nin genişlemeden önceki, 15 üye devletin temel sağlık göstergeleri ortalamasının 1990-2003 yılları arasındaki karşılaştırılması verilmiştir. Tablo’nun da gösterdiği gibi, Türkiye temel sağlık göstergeleri açısından, AB ortalamasının çok gerisinde bulunmaktadır. Temel sağlık göstergelerindeki bu duruma, Türkiye’nin 2004 AB İlerleme Raporunda da dikkat çekilmiştir. Türkiye’nin 2004 AB İlerleme Raporunda; toplumun sağlık statüsünün AB ortalamasının oldukça altında olduğu ve bunun iyileştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması gereği üzerinde durulmuştur (Yıldırım, 2004: 2).

Tablo 9: Türkiye ve Bazı OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamaları

	Toplam Sağ. Harc./ GSYİH (%)			Kamu Sağ. Harc./ Top. Sağ. Harc. (%)			Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları)		
	1990	2000	2002	1990	2000	2002	1990	2000	2002
Türkiye	3,6	6,6	6,5	61,0	62,9	65,8	98	195	172
Yunanistan	7,4	9,7	9,5	53,7	53,9	52,9	606	1 043	1 198
Almanya	8,5	10,6	10,9	76,2	78,8	78,5	2 063	2 398	2 631
Japonya	5,9	7,6	7,9	77,6	81,3	81,7	1 459	2 827	2 476
Portekiz	6,2	9,2	9,3	65,5	69,5	70,5	447	951	1 092
İspanya	6,7	7,5	7,6	78,7	71,5	71,4	879	1 092	1 196
Finlandiya	7,8	6,7	7,3	80,9	75,1	75,7	2 166	1 543	1 852

Kaynak: DPT (2005: 150).

Türkiye sağlık hizmetleri için bir başka olumsuz gösterge, sağlık hizmetleri harcamalarının genel bütçe içindeki payının çok düşük olmasıdır. Aşağıda, yer alan Tablo 10 incelendiğinde, Sağlık Bakanlığının bütçesinin Genel Bütçe içindeki payı yüzde 2 ile 5 arasında değişmektedir. Oysa, OECD ülkeleri ortalaması 1997 yılında yüzde 8'e yakındır. Üstelik ABD, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı yüzde 10 civarında seyretmektedir (Balcı, 2005: 75). Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2000 yılında 6.6 iken, Tablo 9'da da görüldüğü gibi bu oran gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır.

Tablo 10: Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı

Yıl	Genel Bütçe (Bin TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Bin TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesini Genel Bütçeye Oranı (%)
1923	137.333	3.033	2,21
1925	183.932	4.860	2,64
1930	222.646	4.502	2,02
1935	190.011	4.820	2,54
1940	268.476	8.185	2,05
1945	603.404	18.809	3,12
1950	1.487.208	60.615	4,08
1955	2.940.727	152.463	5,18
1960	7.266.965	382.762	5,27
1965	14.421.419	590.950	4,10
1970	28.860.265	888.080	3,08
1975	107.680.514	3.815.161	3,54
1980	756.687.182	31.822.605	4,21
1985	5.412.082.049	137.462.333	2,54
1990	63.925.354.000	2.633.217.000	4,12
1995	1.335.978.053.000	49.417.951.000	3,70
2000	46.327.436.000.000	1.059.855.000.000	2,28
2001	48.219.490.000.000	1.280.660.000.000	2,65
2002	97.831.000.000.000	2.355.447.691.000	2,41
2003	146.805.170.000.000	3.570.054.000.000	2,43
2004	149.858.129.000.000	4.787.751.000.000	3,19
2005	-----	-----	3,55

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2003b: 22); Şener (2005: 30).

Tablo 11: Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları 2000

Ülkeler	Toplam Sağlık harcamasında kamu harcaması (%)	Toplam sağlık harcamasında özel harcamalar (%)	GSYİH'da toplam sağlık harcaması (%)
ABD	44.4	55.6	13.9
Almanya	74.9	25.1	10.8
Çek Cumhuriyeti	91.4	8.6	7.4
Fransa	76.0	24.0	9.6
İtalya	75.3	24.7	8.4
İspanya	71.4	28.6	7.5
Japonya	77.9	22.1	8.0
Kanada	70.8	29.2	9.5
Portekiz	69.0	31.0	9.2
Yunanistan	56.0	44.0	9.4
Türkiye	62.9	37.1	6.6

Kaynak: DİE (2004: 93).

Sağlık göstergeleri açısından bir başka olumsuzluk, sağlık personelinin ülke genelindeki dağılımında görülmektedir. Bu dağılımda kırsal-kentsel ve doğu-batı arasında önemli farklılıklar görülmektedir. Ankara, İstanbul ve İzmir üç büyük il olarak, personelin yüzde 60'ına (Taşkın, 2001: 247), ve yatak sayısının yüzde 40'na sahiptir (Kuşoğlu, 2001: 84). Halen hekimlerin yüzde 50'ye yakını üç büyük ilde bulunmaktadır. Üç büyük ildeki nüfus/hekim oranı 539 kişi iken diğer illerde ortalama 1.657 kişidir. Uzman dağılımı daha da dengesiz olup, üç ilde toplam uzman hekimlerin yüzde 56.1'i bulunmaktadır (DPT, 2001a: 148). Sağlık çalışanlarının sayılarında ve ülke geneline dağılımında sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle yataklı tedavi kurumlarının büyük illerde yoğunlaşması, sağlık çalışanlarının buralarda toplanmasına neden olmaktadır (Şener, 2005: 81-82).

24.07.2003 tarihli resmi gazetede yayımlanan 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun hükümlerine göre sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. Bu kanunun asıl amacı, personel sıkıntısı çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sözleşmeli olarak yüksek ücret karşılığında daimi personel çalıştırılmasını sağlamaktır. 4924 sayılı

kanun ile uygulamaya konulan sözleşmeli personel uygulamasıyla yardımcı sağlık personeli ve pratisyen hekim dağılımında kısmi bir iyileşme sağlanırken, uzman hekim dağılımında beklenen sonuç alınamamıştır. Bu nedenle, 2003 yılında yürürlükte kaldırılan zorunlu hizmet yükümlülüğü 2005 yılında tekrar uygulamaya konulmuştur.

Tablo 12: Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bazı Göstergeler

Göstergeler	2003	2004 (1)
Yatak Sayısı	180 797	189 591
Yatak Başına Düşen Nüfus	389	376
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	61	62
Sağlık Ocağı Sayısı	5 893	5 920
Hekim Sayısı	93 200	96 950
Bir Hekime Düşen Nüfus Sayısı	765	735
Diş Hekimi Sayısı	16 482	17 282
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus Sayısı	4 323	4 130
Eczacı Sayısı	24 015	25 017
Bir Eczacıya Düşen Nüfus Sayısı	2 967	2 850
Hemşire Sayısı	80 900	84 400
Bir Hemşireye Düşen Nüfus Sayısı	881	850
Sağlık Memuru Sayısı*	49 324	-----
Bir Sağlık Memuruna Düşen Nüfus*	1 391	-----
Ebe Sayısı*	41 513	-----
Bir Ebeye Düşen Nüfus Sayısı*	1 653	-----

(1)Tahmin.

Kaynak: DPT (2004: 143).

(*) DİE (2004: 86). (Değerler 2002 yılına aittir.)

Bir başka olumsuzluk, sağlık hizmetlerinin mevzuatında ve yönetim yapısından kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetleri yönetimindeki olumsuzluklar şöyle sıralanabilir:

- Sağlık hizmetlerinin yönetimi aşırı merkeziyetçi yapıdadır.
- Yönetimden sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdüm zayıftır.
- Nitelikli yönetici yetiştirme programı yoktur.
- Yönetim sürecinde bilgi desteğinden yeterince yararlanılamamaktadır.
- Toplanan bilgi ise yönetim sürecine yön vermekten uzak, yetersiz ve güvenilirlikten yoksun olmaktadır.

- Asıl mesleğinde başarılı olan ve sevilen doktorların yönetici yapılmaları her zaman doğru olmamaktadır.
- Yönetim bilimini tanımış yöneticilerin kurumlarını daha başarılı yönettikleri gerçeği göz ardı edilmektedir (Çağlayan, 2001: 1201).
- Sağlık Bakanlığı'nın hala bir kuruluş kanunu mevcut değildir. Bakanlık örgütlenmesini Kanun Hükmünde Kararnameye göre yerine getirmektedir. Yürürlükte olan mevzuat, 1930'lu yıllara dayanmakta dağınık, yetersiz ve karmaşık kalmaktadır (Aktan, 2004: 8).

DPT 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetleri Özel İhtisas Raporu'nda; anayasal bir yükümlülük olarak devletin tüm vatandaşların sağlığından sorumlu olduğu belirtilmektedir. Ancak, halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık güvencesinden yararlanamadığı gibi, bu imkanlardan yararlananlar da aldığı sağlık hizmetlerinden hoşnut değildir. Türk sağlık sisteminde en önemli pay tedavi edici hizmetler tarafından alınmakta ve hekim ağırlıklı bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri kuramsal olarak önemsenmekte ise de uygulamada istenilen yaygınlık ve etkinlikte bir koruyucu sağlık hizmeti sunulamamaktadır. Özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgelerine ilişkin veriler kıyaslandığında standart bir sağlık kalitesinin yakalandığını söylemek mümkün değildir (DPT, 2001a: 4).

2004 AB İlerleme Raporunda (Yıldırım, 2004: 2), sağlık sektöründeki sorunlara dikkat çekilmiş ve bu sorunların giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması istenmiştir. Raporda, Türkiye sağlık sektörünün temel problemleri; nüfusun sağlık statüsündeki farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler, kaynakların verimsiz kullanımı ve hizmetlerin kötü yönetimi olarak ortaya konulmuş ve sağlığa ayrılan kaynakların artmasına karşın bu konudaki çabaların sürdürülmesi gerektiği de vurgulanmıştır.

Mevcut sağlık sistemi; kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle gereksinimlere yanıt veremeyecek hale gelmiştir. Maliyetler, sistemdeki kaçaklar nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş ve standart

birliği kalmamıştır. Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulması kaçınılmaz bir hale gelmiştir (Başbakanlık, 2004: 88). Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgilendirme sistemine ve ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini zorunlu hale getirmektedir.

2. YENİ KAMU YÖNETİMİ YAKLAŞIMI VE SAĞLIK REFORMLARI

Küreselleşme adı verilen olgunun tüm ülkeleri derinden etkilemesinin sonuçlarından birisi de kamu hizmetlerinde giderek birbirine benzeyen eğilimlerin birçok ülkede, aynı anda uygulamaya geçirilmesidir. Bu eğilimlerin başlıcaları; verimlilik, kalite, esnek örgütlenme, şeffaflık, hesap verebilirlik, yönetim, demokratikleşme, özelleştirme, deregülasyon ve işletmecilik yöntemleri gibi kavram, uygulama ve yaklaşımlardan oluşmaktadır (Balcı, 2005: 15). Kamu yönetimine yeni bir bakış açısı getiren bu görüş ve yaklaşımlar birçok ülkenin reform çalışmalarında etkili olmaktadır. Bu bölümde, yeni kamu yönetimi yaklaşımı ve sağlık sektörüne etkileri, Türkiye’de sağlık sektöründe yapılan reform çalışmaları ve sağlıkta dönüşüm programı incelenecektir.

2.1. Yeni Kamu Yönetimi ve Sağlık Hizmeti

1970’lerin ortalarında dünya ekonomisinin içine girdiği krizle, kamusal mekanizmaların beraberinde getirdiğine inanılan sorunların piyasa ilkeleriyle çözülebileceğine inanılmış ve buna uygun politikalar geliştirilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2004: 1). 1980’lere doğru makro ekonomik politikalarda büyük değişiklikler görülmüştür. Keynes’cilikten moneterizm’e ve neo-liberalizm’e, açık ya da örtülü güdümlülükten pazar ağırlıklı çözümlere, parasal genişlemecilikten kısıtlılığa, merkantilizmden serbest ticarete doğru bir dönüşüm gözlemlenmiştir. Bu dönemde büyüyen devlete ve şişen bürokrasiye karşı ön yargılı ideolojik görüşler yaygınlaşmıştır. Düşünce sistemindeki bu kayma, aslında birçok sektörde devletin rolünün radikal biçimde sorgulanması anlamına gelmektedir (Tutum, 1995: 135).

Bu çerçevede gerçekleştirilen neo-liberal politikalar, özellikle 1980’li yıllarda yeni bir ekonomik modelle uygulamaya konulmuştur. Bu politikalar Batı’da ve özellikle İngiltere’de daha önce uygulamaya konulmuş geleneksel liberal politikaların yeniden yorumlanmasıdır (Soyer, 2000; 260). Bu anlayışa göre, devletin olanakları iki yolla genişletilmelidir. Birincisi, ihracat gelirlerinin artırılması, ikincisi

ise özelleştirme politikaları ile devletin artan giderlerinin karşılanmasıdır. Her iki yol da aslında devletin ekonomik faaliyetlerden olabildiğince uzaklaşmasını amaçlamakta ve kalkınma/genişleme için bunu temel almaktadır. (Cirhinlioğlu, 2001: 115). Bu dönemde, piyasa koşullarının iktisadi ve toplumsal yaşamın her aşamasına egemen kılınması, özelleştirme, özel mülkiyetin teşvik edilmesi, devletin toplumsal alanlardan çekilmesi ön plana çıkmıştır. Kısacası bu döneme damgasını vuran yeni liberal stratejinin temel dayanakları; piyasa ekonomisi, küreselleşme ve özelleştirme (Yıldırım, 2000: 6).

Neo-liberal yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanması, kamu yönetimi alanında da köklü dönüşümlerin başlamasına ve kamu yönetimi disiplini içinde paradigma tartışmalarının yükselmesine neden olmuştur. Bu dönüşümler sadece kuramsal değil, ayrıca uygulama düzeyinde de somutluk kazanmıştır. Böylelikle, kamu yönetiminin de özel sektör gibi ussal, verimli ve etkili çalışabilmesi için özel sektörde geçerli olan süreçlerin kamu sektörüne uyarlanması gerektiği düşüncesinin temelleri bu dönemde atılmıştır. Bu süreçte kamu yönetimi çalışmalarında ilk sıraya yerleşen yeni kamu yönetimi ve yönetim kamu yönetimi disiplininin iki önemli paradigması olarak önem kazanmıştır (Güzelsarı, 2004: 1).

Yeni kamu yönetimi, devlet örgütlerinin kendilerine yüklenen misyonları nasıl başaracaklarına ilişkin bir yaklaşım önerisi getirirken, esas itibarıyla, inceleme birimi olarak yürütme işlevine odaklanır. Bu alanın gerçek müşterileri ise yürütme işlevini üstlenen yöneticilerdir. Etkin bir yönetim için ise, kamu yöneticileri arasında rekabetin başlatılması gerekmektedir. Yeni kamu yönetimi yaklaşımında, standartların ve performans ölçümlerinin net olarak belirlenerek, sonuçların temel alındığı bir yönetim anlayışı, ekonomiklik, etkinlik ve etkililik, uzmanlaşma ve müşteri odaklılık, toplam kalite yönetimi, sürekli iyileştirme gibi vurgularla, resmi süreç ve usullere göre tanımlanan yönetim kavramının yerini, sonuçların başarılması için kaynakların etkili bir biçimde kullanılması gerektiğine vurgu yapan yönetim kavramı almıştır. Bu sonuçları gerçekleştirecek olanlar ise, kendilerinden birer iş yöneticisi olmaları beklenen kamu personelidir. Dolayısıyla, yeni kamu yönetimi

yaklaşımı ile kamu personelinin değerlerinin piyasa mantığına göre dönüştürülmesi hedeflenmiştir (Güzelsarı, 2004: 3-9).

Yönetim kavramından türetilen ve son yirmi yıl içinde bu kavramın karşısı olarak kullanımı yaygınlaşan yönetişim, yeni bir yönetme süreci ya da toplumun yeni bir yönetim tarzı ile yönetilmesi anlamında kullanılmaktadır. Ayrıca yönetişim, kamu-özel, devlet-devletdışı, ulusal-uluslararası aktörler tarafından gerçekleştirilen bir işlev olarak tanımlanmakta ve bunlar arasındaki yeni etkileşimsel ilişkilerin gelişimini kavramsallaştırmada kullanılmaktadır. Bunun anlamı, yönetimin sadece devlet tarafından yürütülen bir süreç olmadığı, bu süreçte özel sektör ve sivil toplumun dahil edilmesi gerektiğidir. Siyasal iradeye devletin yanısıra özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının katılımını öneren yönetişim, bunun gerçekleşmesi için yeni bir yönetim tarzının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, küreselleşmeci kuramcılarının ileri sürdükleri, küreselleşmenin geri döndürülemez süreci ile birlikte ulus-devletlerin güç kaybettiği, hatta bittiği savlarının yükseldiği bir dönemde tanımlanan yönetişim, artık yönetme işlevinin ulus-devletlerle de sınırlandırılmayacağını, uluslararası sermayenin ve küresel sivil toplum örgütlerinin yönetme sürecine dahil edilmelerini öneren bir yönetim tarzıdır. Dolayısıyla, yönetişim küreselleşmenin ve bu süreçte ulus-devletin yönetme kapasitesini yitirdiği savına dayalı olarak küresel kapitalizm gerçekliğine uygun yeni bir iktidar tarzı ve devlet anlayışını geliştirmeyi amaçlamaktadır (Güzelsarı, 2003: 8).

1980 sonrasında, kamu yönetiminde ve yönetsel reform çalışmalarında ortaya çıkan değişimin temelinde, yeni dünya düzeninin gereksinimi olan yeni ilişkiler biçimi yatar. 1945'den 1980'lere kadar egemen söylem olan kalkınma temasının yerini, 1980'lerden sonra demokratikleşme almıştır. Yeni dünya düzeni, demokrasinin gerçekleşme ortamıdır. Demokratikleşmenin ise küreselleşme, özelleştirme ve yerelleşme süreçleri ile gerçekleşeceği savunulmaktadır (Özdemir, 2001b: 280).

1980'ler boyunca dünya ekonomisinde temel bazı değişimler meydana gelmiş ve küreselleşme akımı göze çarpmıştır. 1990'lara gelindiğinde ise dünya çapında

daha köklü olarak ekonomik, politik ve toplumsal alandaki değişimler hızlı bir şekilde devam etmiştir ve bu bağlamda devletin, işletmelerin ve vatandaşların rolleri ciddi anlamda sorgulanmaya başlanmıştır (Yıldırım, 2000: 7). Bu çerçevede, kamu hizmetlerinin alanının daraltılması, kamu harcamalarının azaltılması ve böylece devlet aygıtının küçültülmesi için, temelinde özelleştirme, rekabetçi alternatifler ve pazar temelli bazı yöntemlerle devletin rolünün azaltılması politikaları gündeme gelmiştir (Erençin, 2002: 2; Balcı, 2005: 5).

Dünyada meydana gelen bu temel politika değişikliği, birçok ülkede uygulama alanı bulmuş ve tüm dünya devletlerini yakından ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Bu değişim, OECD Kamu Sektörü Grubunun, yakınsaklık (convergence) kuramını ortaya atmasına neden olmuştur. Bu kuramın ana görüşü, tüm Batı ülkelerinde kamu sektörü reform çalışmalarının aynı yönde ilerlediğidir. Bu gelişme, Yeni Kamu Yönetimi isimli pradigmada odaklanmıştır. Bu paradigmanın ortak öğeleri; kişi ve hizmet kurallarına odaklı olma, daha çok pazar piyasasında kullanılan mekanizmaları kullanma, hizmet kalitesini artırma, verimlilik, etkenlik ve performans yönetimi temalarından oluşmaktadır. Buna benzer görüşler değişik ülkelerde farklı isimlerle dile getirilmişse de, ana temaları aynıdır (Atun, 2001: 1148).

Yeni kamu yönetimi anlayışı; kamusal faaliyetlerin azaltılması yani devletin küçültülmesini, kamusal hizmetlerin bir bölümünün piyasa ortamında kar amacı güden veya kar amacı gütmeyen kuruluşlara gördürülmesini, kamu bürokrasinin özel sektör gibi işler hale getirilmesini, kamu yönetiminin denetimine vatandaşların ortak edilmesini, kurallardan çok sonuca, etkinliğe ve verimliliğe odaklanılmasını, kaynak kullanımında daha fazla disiplin ve tasarruf sağlanmasını, otoritenin merkezden uzaklaştırılmasını ve yönetime katılımın sağlanmasını amaçlamaktadır (Yustemur, 2005: 75).

Yeni kamu yönetimi olarak tanımlanan yaklaşım birçok ülkede ivme kazanmıştır. Eski bürokrasi yöntemleri ile çalışan devlet birimleri kendilerini yeni bir ortam içerisinde bulmuşlardır. Yeni ortamın getirdiği çerçeve ve çalışma yöntemleri özel

sektörün tabi olduklarından pek farklı değildir. Bu yapı kamu sektöründe tüm alanlarda uygulanmaktadır. Bu alanlar içerisinde sağlık sektörü de vardır (Atun, 2001: 1154).

Gerek Dünya Bankasının gerek OECD'nin yaklaşımının temelinde, esas olarak, toplumsal refah politikası çerçevesindeki harcamaların sınırsız bir şekilde ve giderek çoğalan oranlarda arttığı ve bu durumun ülkeleri ciddi bir mali krizle yüz yüze getirdiğine ilişkin bir ön kabul vardır. Üçüncü Dünya ülkelerinin kalkınma amacına yönelik programların başarısız kalmasının veya istenmeyen sonuçlara yol açmasının temel sebebi de toplumsal refah harcamaları ve iyi yönetilememektir. Bu krize çözüm olarak; özelleştirme, özel sektör-kamu sektörü işbirliği veya ortaklığı, refah devleti harcamalarının azaltılması gibi politikalar önerilmektedir. (Yüksel, 2002: 859).

Böylece, devletin bürokratik yapılanmasından kaynaklanan tıkanıklıkların devletin küçültülmesi ile aşılabacağı öngörülmektedir (Bellek, 1999: 462). Özellikle ABD, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerin öncülük ettikleri kamuyu (devleti) küçültme ve özelleştirme düşüncesi, ikili ilişkiler ya da uluslararası finans kuruluşları yoluyla az gelişmiş ülkelere aktarılmış, hatta benimsetilmiştir (Keleş, 1998: 401). Devletin rolünün yeniden tanımlanması gereksinimi doğuran bu değişimler, özellikle özelleştirme, sivilleşme ve yerelleşme şeklinde gelişen eğilimleri desteklemektedir (KYTKT, 2003: 22).

Günümüzde hızla artan nüfus, kentleşme ve göç olgusu, yolsuzluklar, gelir dağılımı eşitsizlikleri, kamu harcamalarındaki artış ve borçlanma sorunları, kamu hizmetlerinden yararlananların artması ve bunun sonucu olarak hizmet genişlemesi ve çeşitlenmesi, küreselleşmenin getirdiği rekabet ortamı ve teknolojik gelişmeler, ulus-üstü örgütsel yapılanmaların güç ve etkilerinin artışı, çevre sorunlarının yaygınlaşması, kamu hizmetlerine yönelik aşırı kamusal düzenlemeler ve denetimler, bir türlü kapatılamayan ve sürekli büyüyen bütçe açıkları, ekonominin küreselleşmesi ve bunun bir sonucu olarak uluslararası rekabetin artması, özellikle uluslararası ilişkilerden kaynaklanan değişim baskılarıyla nitelenen yeni ekonomik

koşullar, kamusal politikalarda ve kamu yönetiminde şeffaflık istemlerinin artması, geleneksel hesap verme yükümlülüğü süreçlerinin beklentileri karşılayamaması gibi nedenlerle kamu yönetimi anlayışı hızla değişmekte, buna koşut olarak reform çabaları gündeme gelmektedir. (Aktel, 2003: 63).

Tablo 13: Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımının Sağlık Sektörüne Etkileri

Yeni Kamu Yönetimi	Sağlık Sektöründe Reform
Verimliliği artırmak	*Verimlilik Göstergeleri *Kıyaslama
Hizmet kalitesini artırmak	*Kalite girişimleri *Kalite göstergeleri *Kalite bazında sözleşmeler *Kalite geliştirmesinde devamlılık
Etkililiği artırmak	*Öncelikli Belirlenmesi *Delile Bağlı Tıbbi Tedavi
Kişi ve hizmet kullanana odaklı olmak	*Finansal değişim kaynaklarının tüketici hizmet kullanmasından sonra tahsisi *Tüketici haklarının belirlenmesi
Daha çok piyasa mekanizmaları kullanmak	*Piyasa benzeri sistemler, *Bütçelendirme, *Stratejik Planlama, *Çıktılar bazında sistemleri
Performanslar yönetimi	*Performans göstergeleri, *Performansa bağlı ödeme sistemleri

Kaynak: Altun (2001:1155) bilgilerden derlenmiştir.

Yeni kamu yönetimi anlayışı 1980’li ve 1990’lı yıllarda bir çok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını da derinden etkilemiştir. Balcı bunları üç başlık altında değerlendirmektedir (Balcı, 2005: 6):

1-) Gerçek anlamda piyasa temelli reformlar (tedarikçi rekabetinin sağlanması ve kullanıcıların hizmetin bir kısmını ödemesi yaklaşımları gibi),

2-) Sözde pazar temelli reformlar (tedarikçi ve satın alıcı ayrımı, sözleşme, yönetsel özerklik sağlanması ve diğer rekabeti teşvik edici yöntemler gibi),

3-) Yerinden yönetim.

2.2. Türkiye Sağlık Sektöründe Reformlar

Reform olumlu anlamalı bir sözcük olarak kabul edilmektedir. Planlanmış bir doğrultuda yenilenme demektir. Mevcut durumdan daha iyi bir duruma geçmeyi öngörmektir. Sağlık reformu ise, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, sonuç olarak toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki yapısal değişim sürecidir (Bellek, 2001: 431).

1980 sonrası, dünyadaki değişim eğilimleri ve değişim dinamiklerine koşut olarak, devletin rolünde ve işlevlerinde önemli değişiklikler söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetleri açısından da devletin rolünde ve işlevlerinde önemli değişimler yaşanmaktadır (Aktan, 2004: 9). Sağlık sektöründe geleneksel olarak devletin başlıca aktör olduğu ülkelerde, sağlık sektörü faaliyetlerinin hemen her boyutunda devletin kuvvetli bir rolü olduğu varsayımı yeniden gözden geçirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998: 39). Türkiye’de sağlık reformları diğer ülkelerde görülen reform çabalarına koşut olarak 1980’lerin sonlarında başlamıştır. Reform konuları açısından çok genel anlamda diğer ülkelerde de görülen sağlık hizmetlerinde, devletin ve piyasanın değişen rolleri, yerinden yönetim, tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü adlı dört temel konuyu kapsayan bir sağlık reformu çerçevesi olduğu söylenebilir (Yıldırım, 2000: 1).

Türkiye’de, 1992 yılında, Sağlık Bakanlığı’nca “Türkiye Sağlık Reformu-Sağlık Mega Proje” başlığı ile duyurulan sağlık reformu çalışmaları, aslında 1988 yılında Dünya Bankası ile, birlikte sağlık sektörünün finansman yapısının incelenmesi ve 1989-1990 yıllarında, DPT tarafından yapılan, “Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü” ile başlatılabilir (Özdemir, 2001b: 283). 1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı “sağlık projeleri”ne dönüşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2003a; 7).

Türkiye’de sağlık reformlarının, 16 Ağustos 1990’da Dünya Bankası ile imzalanan “Sağlık Projesi İkraz Anlaşması” doğrultusunda başlatılan “Birinci Sağlık Projesi” ile hedefleri ve yöntemi belirginleşen sistematik bir değişim süreci haline geldiği söylenebilir. Bunu takiben 28 Eylül 1994 tarihinde Dünya Bankası ile imzalanan yeni bir ikraz anlaşması ile “İkinci Sağlık Projesi” başlatılmıştır. Son olarak da, 22 Eylül 1997 tarihinde yine Dünya Bankası ile imzalanan bir anlaşmayla “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” uygulamaya konulmuştur (Özdemir, 2001b: 285). Türkiye’de sağlık reformları, 1980’li ve 1990’lı yıllarda sürekli gündemde olmasına rağmen, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında önemli bir gelişme sağlanamamıştır (Yıldırım, 2001: 1141).

Sağlık reformlarının amaçları; maliyetleri sınırlama, sağlık hizmetlerinin niteliğini artırma ve tüketicileri memnun etme, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma, eşitliği sağlama, daha fazla verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve eşit kılma, etkililiğin artırılması, sağlık hizmetlerinde çalışanların emek gücünün artırılması, özelleştirme, finansmanın kamu ve özel sektörlerce karma biçimde karşılanması, yerinden yönetim, pazar ekonomisinin uygulanması, sağlık hizmetini sunan ve kaynağı toplayan kurumların ayrılması, hizmetlerin yeniden yapılandırılması olarak belirtilmektedir (Sarp vd., 2001: 1119). Sağlık reformlarının nedenleri, maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun olması, teknolojik gelişmeler ve uluslararası finans çevrelerinin etkileri olarak kabul edilebilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2004; 1).

Sağlık reformlarının ana stratejileri;

- Halen hiçbir sağlık sigorta sisteminden yararlanmayan 21 milyon nüfusu kapsayacak bir sigorta sisteminin oluşturulması.
- Hizmete erişimi ve hizmet kalitesini arttırmak amacıyla, aile hekimliği sisteminin kurulmasını da içeren birinci basamak sağlık hizmetleri reformu.

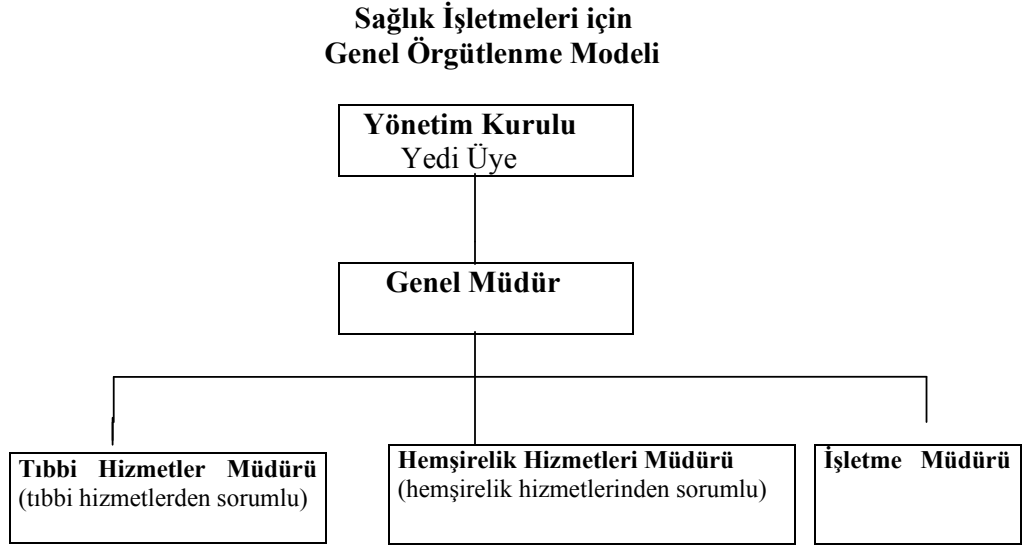
- İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinlik ve verimliliğini artırmak için, özerk sağlık işletmeleri oluşturulması yoluyla hastane reformu.
- Sistematik ve örgütsel yönetim ve insan kaynakları reformu.
- Karar verme, sorumluluk ve etkinliği hızlandıracak ve artıracak bir sağlık bilgi sistemi de dahil olmak üzere altyapıyı geliştirmek.
- Mevzuatı yeniden düzenleyerek, öncelikleri belirleyerek, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek ve daha fazla kaynak ayırarak, sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde, izlenmesinde ve denetiminde Sağlık Bakanlığı'nın rolünü yeniden belirlemektir (Özdemir, 2001b; 287-288).

Türkiye’de yapılan sağlık reform çalışmalarının ana unsurlarından biri, “Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerine, aile hekimliği sistemi getirilerek sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılması hedeflenmiştir. Bu uygulamanın 1998 yılının ilk aylarında, önce bir pilot proje ile başlatılması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 23-24). Ancak planlanan bu proje belirlenen zamanda uygulanamamış, 2005 yılında Düzce’de başlatılabilmektedir. 2006 yılında ise uygulamanın kapsamının genişletilmesi yönünde altyapı çalışmaları devam etmektedir.

Reform çalışmalarının bir başka unsuru, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi olmuştur. Hastanelerin özerkleştirilmesi ile kamu hastanelerine özerk bir statü verilip “Sağlık İşletmesi”ne dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Böylece sağlık işletmeleri verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı yönetim anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, rekabet edebilen, yönetsel ve mali açıdan özerk ve kamu tüzel kişiliğine sahip hastaneler olacaklardır. Önerilen sağlık işletmelerinin

genel örgütlenme modeli ise Tablo 14’te gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998: 24).

Tablo 14: Önerilen Sağlık İşletmeleri Modeli



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (1998: 24).

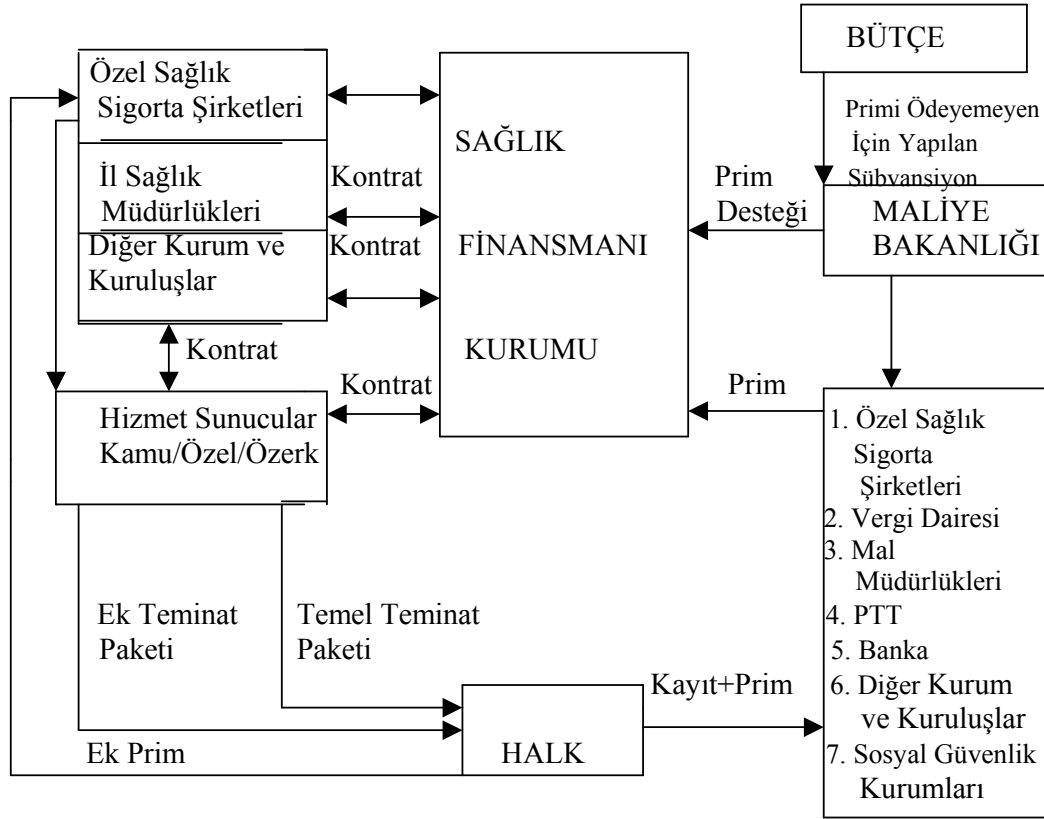
Sağlık işletmelerinde mali ve yönetsel sorumluluk yönetim kuruluna aittir. İşletme genel müdürünün başkanlık yaptığı yönetim kurulu, başkan dışında, altı üyeden oluşacaktır. Bu üyelerden üçü işletme yönetiminden gelirken, diğer üçü ise yerel toplum ve kamu kuruluşlarından seçilecektir. Yerel toplum temsilcilerinin hastane yönetimine katılımı, toplumun gereksinimlerinin hastanelere yansımaları sağlamayı amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 24).

Sağlık reformlarının bir diğer unsuru, sağlık hizmetleri yönetsel ve örgütsel reformu olmuştur. Yeni yapıda, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, politikaları oluşturacak, standartları belirleyecek, illerin sağlık hizmetlerine yönelik görüşlerini alacak, onları denetleyecek ve merkezi düzeyde eşgüdüm sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı stratejik ulusal sağlık planlamaları konularında çalışacaktır. Böylece

mevcut sağlık hizmetlerinde önemli bir sorun olarak kabul edilen merkeziyetçi yönetim yapısının değişimi amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 28).

Reform çalışmalarının bir diğer unsuru ise, sağlık finansmanı reformu olmuştur. Sağlık reformları kapsamında hazırlanmış olan “Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu” tasarısı, getirilecek “Kişisel Sağlık Sigortası Modeli” ile herhangi bir sosyal sağlık güvencesi olmayan 21.4 milyon dolayındaki kişinin sosyal sağlık sigortası kapsamına alınması ve bu kişilere sağlanacak sağlık yardımları için gerekli finansman ile harcama ve giderlerin karşılanması için “Sağlık Finansmanı Kurumu” oluşturulması öngörölmüştür. Böylece, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılarak iki faaliyetin birbirinden bağımsız olarak yönetilmesi amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 25). Modelinin akış şeması aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 15: Kanun Tasarısında Önerilen Sağlık Finansmanı Modelinin Akış Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (1998: 27).

1980 sonrasında, Dünya Bankası gibi kurumların ülkelerdeki sağlık hizmetleri reform çalışmalarını destek verdikleri görülmektedir (Sur ve Atlı, 2001: 1164). Bu destek, özellikle gelişmekte olan ülkelerde Yapısal Uyum Programı ile, çeşitli alanlarda reform çalışmalarına öncülük etme ve bu tür çalışmalara destek sağlama biçimindedir. Bu politikaların bir sonucu olarak, Türkiye’de, bankacılık, eğitim, tarım gibi alanlar yanında sağlık sektöründe de reform çalışmaları yapılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2004: 4).

Son yıllarda Dünya Bankası'nın Türkiye'ye yönelik yürüttüğü sağlık politikası, Haziran 2002'de yayınlanan, "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. Dünya Bankası'nın Türkiye için önerdiği sağlık politikası dokuz ana başlık altında toplanabilir (aktaran; Pala, 2003: 115):

1- Sosyal Güvenlik Kurumlarının Birleştirilmesi: SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile devlet memurlarına sunulan hizmetler ve Yeşil Kart gibi programları birleştirilerek tek bir zorunlu sağlık sigortası sistemi ya da Sağlık Fonu haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir.

2- Genel Sosyal Sağlık Sigortası : Bu konu Rapor'da, "Genel Sosyal Sağlık Sigortası kurulması" ile "Temel Hizmetler Paketinin Oluşturulması" hedef olarak gösterilmektedir.

3- Temel Hizmetler Paketi : Sağlık hizmetleri temel hizmetler paketi çerçevesinde sunulmalıdır. Çok sayıda hizmetin aslında hemşireler ve diğer paramedikal personel tarafından da verilebileceği tespit edilirse, gerek duyulan yerlerde hemşireleri yerel olarak işe alma ve eğitime yoluna gidilmeli ve ana ve çocuk ölüm ve hastalanma oranını azaltacak temel hizmetler paketi bunlar aracılığıyla sunulmalıdır.

4- Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi : Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK Hastanelerine hem yönetsel ve mali açıdan hem sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınmalıdır. İlk aşamada hastane kurumunun geneline özerklik tanınmalı, ikinci aşamada ise her tesise ayrı ayrı özerklik tanınmalıdır. Sağlık tesislerinde bulunan tüm personel ilgili kurumun sözleşmeli personeli olacaktır.

5- Sağlık ve Çalışma Bakanlıkları : Her iki bakanlık da şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü

oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır.

6- Sağlık Bakanlığı : Sağlık Bakanlığı’nın başlıca görevi ve sorumluluğu “politika hazırlamak ve düzeni denetlemek” olarak açıklanmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın odaklanması gereken diğer alanlar arasında ise kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi tanımlanmaktadır.

7- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın sağlık sektöründeki temel görevi de Evrensel Sağlık Sigortası sisteminin yönetimine ve işlevlerine denetim ve rehberlik sağlamak olarak tanımlanmaktadır.

8- Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi: Temel sağlık hizmetlerinde yapılacak reformların çıkış noktası hem tıp hem hasta toplumunda temel sağlık hizmetini sağlayan kişilerin görelî konumunu iyileştirmek olmalıdır. Başka bir deyişle, Türkiye’deki temel sağlık uzmanlarına temel hizmet paketini Türkiye’de sunarken, hem evde hem hastanede bakılan hastaların tedavisinde çeşitli sağlık hizmeti sektörlerinin bütünleştirilmesini sağlayacak olanaklar verilmelidir. Bunu başarmanın bir yolu aile hekimliği kavramının ve uygulamasının benimsenmesidir.

9- Aile Hekimliği : Aile hekimliği tüm aileye sağlık hizmeti sunar, dahiliye, jinekoloji, pediatri, önleyici hekimlik ve sağlığın yayılması gibi tıp alanlarındaki genel hastalıkları tedavi eder. Hastalara teşhis hizmeti, laboratuvar hizmetleri ve konsültasyon sunulur. Böylece “tek pencere” sistemi altında hemen hemen tüm hizmetler verilir. Aile hekimliği sayesinde doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kurar ve doktor sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynar.

Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması amacıyla, Sağlık Bakanlığı’nın koordinatörlüğünde yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi, genel sağlık sigortası, sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması, sağlık

insangücünün motivasyonu, ulusal sağlık bilgi sistemi (e-sağlık) bileşenlerinden oluşan Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış ve Dünya Bankasının kredi desteği ile uygulamasına devam edilmektedir (DPT, 2005: 148).

2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında başlatılan, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli değişiklikler öngörmektedir. Programın sağlıkla ilgili bugüne kadar oluşan ülke birikimini dikkate alarak hazırlandığı ve “mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüşüm” yapmayı öngördüğü belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 24). Sağlıkta dönüşüm programının amacı, geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem başlatılması olarak açıklanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 24).

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adalete uygun bir şekilde örgütlenmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu kavramlardan;

Etkililik; uygulanacak politikalarla halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi anlamına gelmektedir. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaşıldığının en somut örnekleri olarak belirtilmektedir.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmektedir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve bütünleştirilmesi verimliliği arttıracaktır.

Adalet, insanların sağlık hizmetlerine gereksinimleri ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı toplumsal gruplar, gerek kırsal-kent, gerek doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların

azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 24).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkeleri de şöyle belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 24-25);

- **İnsan merkezlilik:** Bununla sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin gereksinim, istek ve beklentilerinin esas alınacağı ve bireyin “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınacağı belirtilmektedir.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin, Türkiye koşulları ve kaynakları ile uyumlu kendini besleyerek bir devamlılık göstermesi öngörülmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi:** Sunulan hizmetlerde ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, sürekli daha iyiye doğru yönelmesi hedeflenmektedir.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasıyla, yapıcı bir anlayışla ortak platformların oluşturulması amaçlanmaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşmayı, çıkar çatışması yerine standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- **Gönüllülük:** Sağlık sisteminde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama, hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları hedeflenmektedir.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerini finanse eden, planlayan, denetleyen ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde daha verimli ve kaliteli hizmet sağlanacaktır.

- **Yerinden yönetim:** Merkezi örgütlenmenin getirdiği olumsuzlukları gidermek amacıyla yönetsel ve mali açıdan kurumları özerkleştirerek yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenmesini öngörmektedir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmet sunumu devlet tekelinden çıkartılarak, standartlara uygun farklı hizmet sunucuları bu alanda birbirleriyle rekabet içerisinde olmalarının sağlanmasını öngörmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 26-37):

- 1- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
 - 2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
 - 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - Etkili, kademeli sevk zinciri
 - Yönetsel ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla sağlık insan gücü
 - 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
 - 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
 - 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

Programın bileşenlerinin uygulamaya geçirilmesinde öngörülen aşamalar ise; (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 37-38).

- 1- Kavramsallaştırma,
- 2- Yasallaşma,
- 3- Kontrollü yerel uygulamalar,
- 4- Türkiye geneline yaygınlaştırmadır

Bu aşamalar tamamlandığında;

- Genel sağlık sigortası,
- Aile hekimliği,
- Sağlıkta tek merkezden yönetim ve sağlık kuruluşlarının tek elde toplanması,
- Performansa dayalı döner sermaye uygulaması,
- Özel sağlık kuruluşlarından artan oranda yararlanma ve özel sektörün özendirilmesi,
- Kamu sağlık kurumlarının sağlık işletmelerine dönüşmesi gerçekleşmiş olacaktır (Şener, 2005: 86).

2006 yılına gelindiğinde kavramsallaştırma sürecinin geride kaldığı, yasallaşma, kontrollü uygulamalar ve ülke geneline yaygınlaştırma aşamalarının değişik alanlarda birlikte yürütüldüğü görülmektedir. Bu dönem içerisinde aile hekimliğine pilot uygulama düzeyinde başlatılmış, ilaç ve kan ürünlerinde KDV indirimleri yapılmış, sağlık iletişim sistemi kurulmuş, ilaçta eşdeğer ilaç uygulaması ile aşırı ve pahalı ilaç kullanımı azaltılmış, yeşil kart sahipleri sağlık güvencesinden tam olarak

yararlanır hale gelmiş, hasta hakları ülke geneline yaygınlaştırılmış, performansa dayalı döner sermaye uygulaması başlatılmış ve sağlık personeli atamalarında norm kadro esaslı benimsenmiştir. Ayrıca hastanelerin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Yine bu kapsamda, hastanelere ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/B maddesi uyarınca sözleşmeli olarak sağlık personeli çalıştırma imkanı sağlanmıştır. 31.5.2006 tarih ve 5510 sayılı Kanun ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı kabul edilmiş, yürürlük tarihi 1.1.2007 olarak belirlenmiştir. Ancak, Cumhurbaşkanı tarafından bazı gerekçelerle Anayasa Mahkemesi'nde iptali istemi ile dava açılmıştır.

Kamu yönetimi sisteminin küresel değişime ve gelişen şartlara ayak uydurabilmesini sağlamak üzere yaşama geçirilmeye çalışılan kamu yönetimi reformu çerçevesinde, reformun temel dayanakları ve hedefleriyle uyumlu biçimde başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın birinci ayağını; sağlık hizmeti örgütlenmesinin ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'nın yönetici rolünün küresel gelişmeler doğrultusunda yerinden yönetim ve düzenleyicilik işlevi ekseninde yeniden belirlenmesi oluşturur. Bu çerçevede yönetim ve kamu bürokrasisi bağlamında sağlıkta yönetim düşüncesinin ve örgütlenme anlayışının değişimi ve sağlık hizmetlerinin rutin olarak vatandaşa sunumu ile ilgili görev ve yetkilerin yerinden yönetim ve yerel yönetim birimlerine devredilmesi öngörülmektedir (Saran, 2005).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bir bütün olarak bakıldığında, 1980 sonrası gündeme gelen yeni kamu yönetimi anlayışının izlerini sürmek mümkündür. Özellikle yerinden yönetim, güçler ayrılığı ve hizmette rekabet gibi ilkeler bu anlayış tarafından sıklıkla gündeme getirilmektedir. Nitekim, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın diğer uluslararası örgütlerce ortaya konulan uluslararası deneyimlerin dikkate alınacağını belirtilmesi de bunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2003a: 26).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlıkta yerinden yönetimi gerçekleştirmek, hastanelerde yönetsel ve mali özerkliği sağlamak, tasarrufu teşvik etmek, verimlilik ve kaliteyi artırmak amaçlarıyla önemli adımlar atmaktadır. Başlatılan programın temel önceliklerden birisi de sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim sağlanarak, hastanelere daha fazla özerklik tanınmasıdır. Bu çalışmalar aynı zamanda kamu yönetimi reformunun ilk adımlarına hazırlık olarak da nitelendirilebilir (Balcı, 2005: 50).

2003 yılında Türk Kamu Yönetiminin yeniden yapılandırılması gerektiği düşüncesi ile hazırlanan “Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı” (KYTKT) ile merkezi yönetimin görev, yetki ve sorumluluklarını yeniden tanımlamaktadır. Bu düzenleme çerçevesinde merkezi yönetimin bir unsuru olan Sağlık Bakanlığı’nın görev, yetki ve işlevleri de yeniden düzenlenmektedir. Tasarı, Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının, yerel yönetimlere devredilmesini öngörmektedir. KYTKT, TBMM’de kabul edilmiş ancak, Cumhurbaşkanı tarafından çeşitli gerekçelerle tekrar görüşülmek üzere 3.8.2004 tarihinde TBMM’ye geri gönderilmiştir. KYTKT TBMM’de tekrar görüşülmeyi beklemektedir.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİNDEN YÖNETİMİ

Dünyada son yirmi yıldır sağlık hizmetlerinin planlanmasında yerinden yönetim politikaları etkili olurken, Türkiye’de yerel yönetimlerin yeniden yapılandırılması sürecinde, hizmetlerin yerelleştirilmesi esasına yönelik bir yaklaşım gündemdedir (Çiftçi, 2004: 713). Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi, dünyanın değişik ülkelerinde, gerek kapsamlı bir reformun parçası ve gerek tek başına bir hedef olarak seçilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması reform çalışmaları sürecinde ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda temel ilkelerden biri olarak kabul edilmiştir. Bu bölümde; öncelikle yerinden yönetim kavramı ve türleri açıklanacak, ardından yerinden yönetimin yararları ve sakıncaları incelenecektir. Daha sonra, bazı Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim uygulamaları ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi için öngörülen çeşitli öneriler değerlendirilecektir.

3.1. Yerinden Yönetim Kavramı ve Türleri

Yerinden yönetim yaklaşımı, köken olarak, Batı’da ortaya çıkmış bir düşüncedir. Ancak bugün bu düşünce Batı’daki klasik anlamından daha geniş bir boyutta ele alınmaktadır (Eryılmaz, 1994: 79). Günümüzde, yerinden yönetim, merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme ve kamu gelirlerinin toplama gibi işlevlerin bir kısmını taşra kuruluşlarına, yerel yönetimlere, yarı özerk kamu kurumlarına, meslek kuruluşlarına ve yönetimin dışındaki gönüllü örgütlere aktarılmasıdır. “Yetki genişliği”, “yetki devri”, “hizmette yerellik” ve “özelleştirme” de yerinden yönetim kavramı içinde değerlendirilmektedir (Eryılmaz, 2002: 225).

Yerinden yönetim, yönetim bilimi’nde “adem-i merkeziyet” (decentralization) olarak bilinen kavramdır (Keleş, 1998: 17). Yerinden yönetim kavramı, sözlük anlamı olarak, bir hizmetin yürütüldüğü ya da işin yapıldığı yerde yönetilmesi anlamına gelmektedir. Günümüzde, Türk yönetim ve anayasa hukuku yazınında yerinden yönetim kavramı, ademi merkeziyet ve Fransızların decentralisation

sözcüğü ile eşanlamlı ve aynı değerler yüklenerek kullanılmaktadır (Yalçındağ, 1995: 5-8). Bu çalışmada, olguyu ifade etmek üzere yerinden yönetim kavramı tercih edilmiştir.

Yerinden yönetim, kamu hizmetlerinin merkezi yönetim dışında, farklı yörelerde oturan halkın, kendi aralarında seçtikleri kimseler tarafından yürütülmesidir (Teziç, 1997: 122). Bir diğer ifadeyle, topluma sunulacak bazı yönetsel hizmetlerin devlet merkezinden ve tek elden değil, merkezi yönetim örgütü içinde yer almayan ve merkezi yönetim hiyerarşisine dahil olmayan kamu tüzel kişileri tarafından yürütülmesi olarak da tanımlanabilir (Günday, 2003: 61).

Yerinden yönetim, yerel nitelikteki kamusal hizmetlerin, devletin tüzel kişiliği dışındaki kamu tüzel kişilerince gerçekleştirilmesi için bazı kamu güçlerinin daha az yetkili bir otoriteye transfer edilmek amacı ile merkezi otoriteden geri çekilmesini ifade eder. Diğer bir söyleyişle, kamusal güçlerden bir kısmının merkezi otoriteden daha az yetkili bir diğer otoriteye aktarılması biçiminde görülebilir (Nadaroğlu, 1998: 20). Genelde planlama, yönetim ve karar mekanizmalarında ulusal düzeyden daha alt düzeylere otoritenin devri veya gücün yayılmasıdır (Çevik, 2001: 191).

Eryılmaz, yerinden yönetim kavramında zaman içerisinde meydana gelen anlam değişikliğe dikkat çekmektedir. Buna göre; klasik anlamda yerinden yönetim, merkezi yönetimden yerel yönetimlere doğru yetki, görev, ve kaynak aktarımını ifade eder. Modern anlamda ise, merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme ve kamu gelirlerinin toplanması gibi yönetsel yetkilerin bir kısmının, taşra kuruluşlarına, yerel yönetimlere, federe birimlere, yarı-özerk kamu kurumlarına, meslek kuruluşlarına ve idarenin dışındaki (dernek ve vakıf gibi) gönüllü örgütlere aktarılmasıdır. Kısaca yerinden yönetim, merkezi yönetimin küçültülmesi olgusudur (Eryılmaz, 1994: 79).

Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi, yerinden yönetimin amacı merkezde bulunan güç, yetki ve sorumlulukların daha alt kademelere ve yerel yönetimlere aktarılmasıdır. Uygulamada yerinden yönetim tek bir şekilde ortaya çıkmaz.

Yerinden yönetim birimleri yetkilerinin derecesi ve uygulama alanı bakımından çeşitli türlere ayrılır (Versan, 1994: 82). İlk önemli ayırım, “siyasi yerinden yönetim” ve “yönetimsel yerinden yönetim” olarak yapılmaktadır (Yalçındağ, 1995: 5).

Siyasi yerinden yönetim, daha çok federal devletlerde, anayasalarca ulusal kimliğe sahip olmayan yerel birimlere tanınmış bulunan yarı özerk ya da özerk statüye dayanan bir yönetim biçimidir (Keleş, 1998: 18). Bu sistemde siyasi otorite merkezde toplanmamış, çeşitli birimler arasında paylaşılmıştır. İl, cumhuriyet, kanton ve eyalet gibi yerel yönetim birimleri egemenliğin bir parçasına sahiptir. Yerel yönetim birimlerine yasama ve yürütme konularında kısmi bir bağımsızlık verilmiştir (Eryılmaz, 1994: 69).

Yönetimsel yerinden yönetim ise, aslında yerinden yönetim terimi ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Yönetimsel yerinden yönetimde yasama ve yargı erkleri merkezde toplanmıştır. Yerel kuruluşlara yalnız yürütmeye ilişkin bazı yetkiler tanınmıştır (Yalçındağ, 1995: 5). Yönetimsel yerinden yönetim, yerel nitelikteki kamu hizmetleriyle iktisadi, ticari, kültürel ve teknik bazı işlevlerin merkezi yönetimin hiyerarşik yapısı dışındaki kamu tüzel kişiliklerince yürütülmesidir. Bu kamu tüzel kişileri ya belli bir coğrafi bölgede yaşayan halkı ya da eğitim, ticaret, sanayi, kültür gibi belirli bazı işlevleri temsil ederler (Eryılmaz, 1994: 71).

İkinci ayırım, yönetimsel yerinden yönetimin kendi içinde yapılmaktadır. Yönetimsel yerinden yönetim kendi arasında, hizmet yerinden yönetim ve yerel yerinden yönetim olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Görmez, 1995: 329). Hizmet yerinden yönetimi, belli kamu hizmetlerinin, merkezin dışında, bağımsız bir örgütçe yerine getirilmesidir (Keleş, 1998: 19). Merkezi hiyerarşiye bağlı olmayan bu örgüt, kendisine verilen hizmetle ilgili konularda yürütmeye ilişkin kararlar almak yetkisine sahiptir (Nadaroğlu, 1998: 24). Bu tür yerinden yönetim birimlerine örnek olarak, üniversiteler, ticaret ve sanayi odaları, iktisadi devlet teşekkülleri gösterilebilir.

Yerel yerinden yönetimde ise bir yörede yaşayanlara ortak ve yerel nitelikteki gereksinmelerini yeterince karşılayabilmek, bunları kendi organları eliyle

gerçekleştirebilmek için özerklik tanınması söz konusudur (Keleş, 1998: 19). Yerel yerinden yönetimlere yerel yönetim kuruluşları da denir. Türkiye’de; il özel idaresi, belediye ve köy yerel yerinden yönetim birimleridir. Yerinden yönetim kuruluşlarının en önemli özelliği özerkliklerinin olmasıdır. Özerklik, yerinden yönetim kuruluşlarının yönetim ve mali alanda, serbestçe hareket edebilme olanağını gösterir (Gözübüyük, 1998: 19). Yönetimsel özerkliklerinin simgesi tüzel kişilikleridir. Mali özerkliklerinin simgesi ise, kendilerine özgü bütçelerinin varolmasıdır. Yerel yerinden yönetim birimlerinin, karar ve yürütme organları seçimle işbaşına gelirler (Nadaroğlu, 1998: 20).

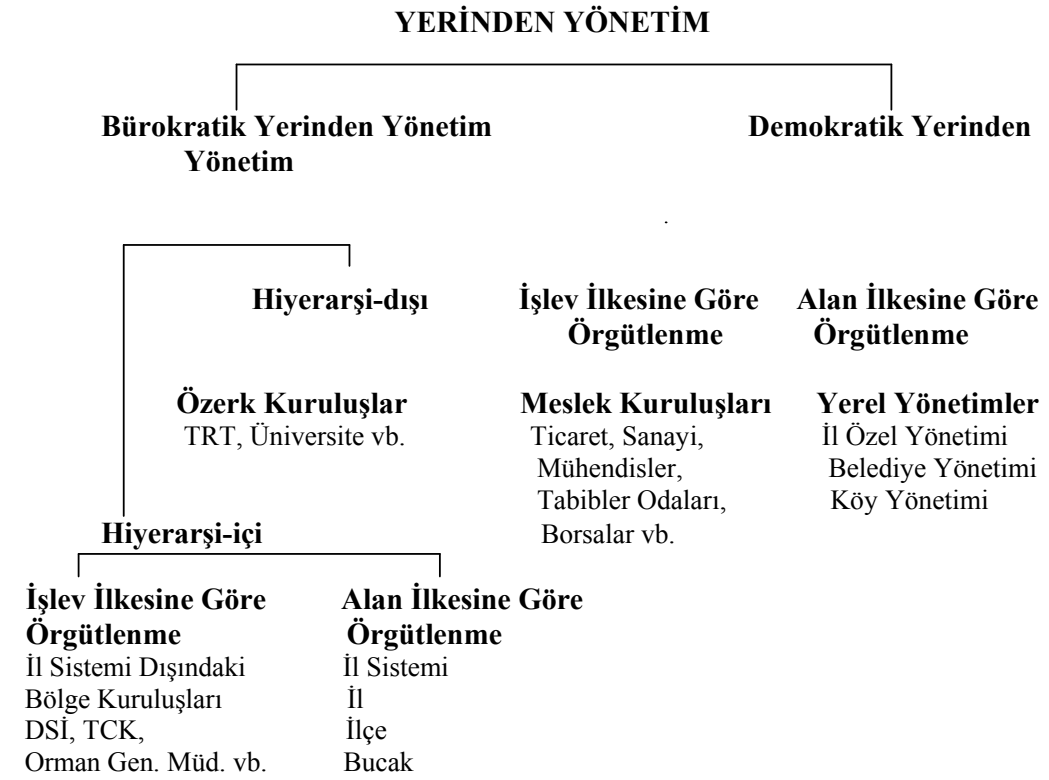
Yönetme işlevi doğal olarak örgütlenme olgusunu da içerdiğine göre, terim aynı zamanda yerel düzeyde örgütlenme konusunu da kapsamaktadır. Dolayısıyla yerel düzeyde ve merkez dışında kamu hizmetine ilişkin her tür örgütlenme ve yönetim olgusunu kapsayacak genel bir anlam taşımaktadır. Bu durumda yerinden yönetim kavramı yalnızca hizmet yerinden yönetim kuruluşları ile yerel yönetimleri anlatan bir anlam verilmesi tek yanlı ve dar bir bakış ortaya koymaktadır (Yalçındağ, 1995: 10).

Yerel düzeyde kamu hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetiminde çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Söz konusu olan yaklaşımlardan birisi bürokratik yerinden yönetimdir. Yönetme yetkisinin merkez yönetimince atanmış olan görevlilere bırakılması şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu tür yerinden yönetim iki şekilde görülmektedir. Birincisi; hiyerarşi-içi bürokratik yerinden yönetimdir. Bu tür örgütlenmede, işlev ilkesine ve alan ilkesine göre iki farklı örgütlenme yapabilmektedir. İkinci tür örgütlenme ise, hiyerarşi-dışı bürokratik yerinden yönetimdir (Yalçındağ, 1995: 10-11).

Yerel düzeyde kamu hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetiminde bir diğer yaklaşım demokratik yerinden yönetimdir. Yerel nitelikli ya da belli hizmetler üzerindeki yönetme yetkisi, o hizmetlerden etkilenenlerin seçtikleri kişilere ya da kurullara bırakılmaktadır. Bu tür örgütlenmede, işlev ilkesine ve alan ilkesine göre demokratik yerinden yönetim olmak üzere iki şekilde görülmektedir (Yalçındağ,

1995: 11-12). Yerel düzeyde kamu hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetilmesine ilişkin yerinden yönetim örgütlenmesinin genel görünümü Tablo 16’da özetlenmiştir.

Tablo 16: Yerinden Yönetim Örgütlenmesi



Kaynak: Yalçındağ (1995: 12).

Yerinden yönetim kavramı ile anlatılmak istenen aslında merkezi yönetimin etkin ve demokratik olarak gerçekleştirmediği hizmetlerin yerel yönetimlere aktarılmasıdır. Yerel yönetimlere yapılacak aktarma, hizmetlerin üretilmesi ve sunulması bakımından tamamen ya da kısmen olabilir (Çevik, 2001: 82). Ancak, bütünüyle merkezi ya da bütünüyle yerinden bir yönetim modeli hiçbir ülkede bulunmamaktadır. Genellikle bunlardan birinin daha ağırlıklı olduğu karma yönetim modelleri benimsenmiştir. Her iki kavramın da dengede olduğu bir sistemde merkeziyetçilik coğrafi ve toplumsal adalete ulaşmayı amaçlarken, yerinden yönetim

yönetimin yerel gereksinimlere uygun hareket etmesini sağlayıcı bir rol üstlenmesini sağlar (Uz, 1999: 106). Bununla birlikte günümüzde, merkezi yönetim-yerel yönetim arasındaki denge yerel yönetim lehine değişmiş yerinden yönetim süreci hız kazanmıştır (Güler, 1998: 186).

Yerinden yönetimde, etkili kararların merkez örgütü ve hiyerarşisi içinde olmayan bazı organlar tarafından alınması gerekir. Bu bakımdan merkezîyetçiliğin tamamen tersidir. Merkezden yönetimde yerel halkın yönetsel faaliyetler karşısında edilgen bir durumda bulunmasına karşılık, bu sistemde tamamen etkindir ve yönetime katılmaktadır. Yerinden yönetim organları ve çalışanları, merkezi otoritenin hiyerarşik denetimine tabi değildirler. Ancak bu yerinden yönetim organlarının tamamen bağımsız olduğu anlamına gelmez. Yönetsel vesayetin genişlik derecesine göre, merkezin veya merkezin temsilcilerinin (vali, kaymakam) vesayet denetimine tabi tutulabilirler (İçişleri Bakanlığı, 1972: 42).

Yerinden yönetim, yerel topluluklara ait işlerin o topluluk tarafından biçimlendirilen ve denetlenen yerel yönetimler eliyle görülmesini öngörür. Bu doğrultuda merkezi yönetimden yerel yönetimlere yetki ve kaynak aktarımıyla birlikte yerel yönetimlerin özerkliğini korumayı da içerir (Canatan, 2001: 43). Bu ilkeye göre belli bir yerel hizmet, bu hizmetin gereklerini en iyi şekilde yerine getirebilecek birim tarafından halka götürülmelidir. Gerekli mali kaynakları karşılamak veya bu kaynakları yaratma fırsatının yerel yönetimlere kayıtsız şartsız sağlanması ile yerel hizmetin halka sunumu en küçük yönetim birimine bırakılmalıdır. Sadece bu birimin başarısızlığı durumunda yetki daha büyük yönetim birimlerine aktarılabilir (Koyuncu ve Coşkun, 2003: 284).

Yerinden yönetim kuruluşları devletten ayrı bir tüzel kişiliğe, görev ve yetkilere, malvarlığına ve amaçlara sahip olduğu için yönetim işlerindeki sorumluluk da yerinden yönetim birimlerine aittir. Ancak hemen belirtmek gerekir ki, yerinden yönetim sistemi devletin tek yapılı olma özelliğini ortadan kaldırmamaktadır. Çünkü, yerinden yönetim organları, merkezi tek yapılı devletin çıkardığı yasalar çerçevesinde faaliyetlerini sürdürmek zorundadır (Teziç, 1997: 123).

Kamu yönetimi yapısında merkezi yönetim ile yerel yönetim arasındaki ilişkinin ne olacağı o ülkenin, siyasal yapısı, yönetim anlayışı, siyasal kültürü ve tarihi tarafından belirlenmektedir. (Çevik, 2001: 77). Merkezden yönetim ve yerel yönetim, birbirlerinin güçsüz yanlarını tamamlamayı amaçlayan yönetim biçimleridir. Her ikisinin de üstün yanları ve güçsüz yanları bulunmaktadır. Birinin güçsüz yanları, ötekini üstün niteliklerini oluşturmaktadır. Bu nedenle her ülkede bu iki yönetim biçiminden de yararlanılmaktadır (Keleş, 1998: 21). Her ülke kendi koşulları ve yapısına uygun olarak her iki yönetim türünü farklı ölçü ve niteliklerde uygulamaya geçirmektedir (Balcı, 2005: 20).

Merkeziyetçilik, devlet yönetiminde bir tüzel kişilik olan “devlet”in içinde karar alma, emretme ve uygulama yetkisinin devletin merkezinde toplanması demektir. Bu yönetim gücü ülkenin tamamında ve dış temsilciliklerde kendini gösterir (Uz, 1999: 105). Yerel yönetimler ise, belirli bir coğrafi alanda (kent, köy, il gibi) yaşayan yerel topluluğun bireylerine, bir arada yaşamak nedeniyle kendilerini en çok ilgilendiren konularda hizmet üretmek amacı ile kurulan, karar organları (kimi durumlarda yürütme organları) yerel toplulukça seçilerek göreve getirilen, yasalarla belirlenmiş görevlere ve yetkilere, özel gelirlere, bütçeye ve personele sahip, merkezi yönetimle olan ilişkilerinde yönetsel özerklikten yararlanan kamu tüzel kişileridir (TODAİE, 1991: 177).

Geride bıraktığımız yüzyıl kamu kurumlarının büyümesi, çeşitlenmesi ve sayıca artması ve dolayısıyla yürütülen kamu hizmetlerinin kapsamı bakımından kamu yönetimi ve kamu hizmeti ile nitelenmiş, refah devleti uygulamaları da bu durumu daha da güçlendirilmiştir. Refah devleti devletin ne yapmaması değil, ne yapması gerektiği anlayışına dayanmış, devlet aşırı şekilde büyümüş, “kırtasiyecilik”, “verimsizlik” ve “hantallık” gibi suçlamaların hedefi haline gelmiştir. Merkeziyetçilik, katı hiyerarşi, aşırı kurallara bağlılık ve ağır işleyen bürokrasi kamu yönetimlerinin bu dönemde, en çok eleştirilen özellikleri olmuştur (Aktel, 2003: 63). Kamu yönetimlerinin bu olumsuz yönlerinin ortadan kaldırılması ve ayrıca,

örgütlerde etkinlik ve verimliliğe ulaşmak için otorite ve sorumluluğun yerelleştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Balcı, 2005: 15).

Yaklaşık elli yıl önce, kurumların merkeziyetçi bir yapıda olmaları kaçınılmazdı. Çünkü kurumlar küçüktü, yeteri kadar eğitilmiş personel yoktu, bilgiye ulaşma kanalları sınırlı idi, bugünkü gibi devingen bir piyasa mevcut yoktu ve tepe yöneticilerin her şeyi daha iyi bildiğine dair bir kültür egemendi. Oysa bugün koşullar büyük ölçüde değişmiştir. Bilgi kanalları gelişti ve yayıldı, süratle değişen koşullar karşısında daha hızlı ve isabetli karar vermek zorunlu hale geldi, personelin eğitimi arttı ve bireylerin hizmetler konusundaki istemleri ve beklentileri değişti (Eryılmaz, 2002: 225). Dolayısıyla, hizmetlerin sağlanmasında merkeziyetçiliğin azaltılması ve vatandaşların daha fazla katılımının sağlanması için yerinden yönetimin ve katılımın gerekliliği öne çıkmıştır (Çevik, 2001: 191).

1990'lı yıllarla birlikte kamu yönetimi kendi içine yönelik bir bakış açısından yani iç işleyişinin yeniden tanımlanıp, yeniden düzenlenmesi endişelerinden uzaklaşıp, kendi dışındaki çevreyi de hesaba katan, bütün öğeleriyle toplumu, kamu yönetiminin ayrılmaz bir parçası olarak görmeye başlamış, böylece Weber'in hiyerarşik bürokrasi modelinden uzaklaşan bir bakış açısına kavuşmuştur (Aktel, 2003: 65). Dünyadaki genel eğilim yerel koşullara daha iyi yanıt verdiği düşünülen yerel yönetimlere daha fazla çalışma ve yetki alanı ile kaynağın aktarılması yönündedir (Çevik, 2001: 82).

Yerinden yönetim, günümüzde yaygın hale gelen yönetişim, etkinlik ve yerel demokrasi gibi kavramlarla da desteklenmektedir. Yerel yönetimler artık merkezi yönetimin bir uzantısı olarak kabul edilen ve yerel olarak bazı küçük ve kısıtlı hizmetlerin görülmesinde sorumluluğu olan bir yapıdan çıkmakta ve kamu hizmetinin görülmesinde ortaklık olarak değerlendirilebilecek yeni bir statüye yükselmektedir. Bu ise yerel özerkliği de beraberinde taşıyan bir anlayışa karşılık gelmektedir (Koyuncu ve Coşkun, 2003: 299).

Dünya ölçeğinde değerlendirildiğinde, bir çok ülkede yerinden yönetim eğilimleri güçlenmekte olup bunun değişik nedenleri ortaya konulmaktadır. Buna göre, ilk olarak yerinden yönetimle kamu harcamalarının etkinliği amaçlanmaktadır. İkinci olarak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde merkezi bürokrasilerin başarısızlığına bir tepki olarak yerinden yönetim güç kazanmaktadır. Üçüncü olarak, ekonomide merkezi yönetimin ağırlığını azaltmak için yerinden yönetime geçilmektedir (Balcı, 2005: 22). Bu eğilimler, ekonomik unsurların etkili olduğu ve devletin ekonomideki gücünü azaltmayı hedefleyen neo-liberal yaklaşımın izlerini barındırmaktadır.

Yerinden yönetim yaklaşımı, kamusal yetkilerin ve görevlerin söz konusu birimler arasında mümkün olduğu kadar bireye daha yakın alt birimlerde kalacak şekilde paylaşılmasını öngörmektedir (Canatan, 2001: 39). Yerinden yönetim ile, karar verme sürecinin kullanıcılara daha yakına taşınması ve onlara bu süreçte söz hakkı tanınması ile kamu hizmetlerinde etkinlik ve niteliğin artırılması amaçlanmaktadır (DSÖ, 1998: 44).

Ancak, yerinden yönetim ile birlikte bir takım tehditlere de dikkat çekilmektedir. Buna göre, yerinden yönetimle birlikte kamu hizmetlerinin kendiliğinden iyileşme göstereceğini söylemek mümkün değildir. Ayrıca, yerel siyasi seçkinlerin etkisiyle kamu hizmetlerinin daha da kötüleşmesi olasılığı bulunmaktadır. Yine, yerel yönetimlerin teknik kapasiteleri yerinden yönetim için yeterli düzeyde olmayabilir. Diğer taraftan yerinden yönetim, kamu hizmetlerinin bölgesel dağılımında eşitsizlikleri arttırabilir. Son olarak, mali açıkları körükleyebilir ve kamu sektörünün aşırı büyümesine yol açabilir. Bunlar ise, makro ekonomik dengeler açısından bazı tehditleri ortaya çıkarabilir (Balcı, 2005: 24).

Yerinden yönetim savunucularına göre, yerelleşme yapısal olarak toplumun söz konusu hizmetlere katılımını artırıcı, yerelleştirilen hizmet ve ürünlere ulaşımı kolaylaştırıcı bir etkiye sahiptir (Bellek, 2004: 65). Yerinden yönetim karşıtları ise, yerelleşme eğilimlerinin ve bu alandaki reform çabalarının BM, AB ve Dünya Bankası gibi bazı dış aktörlerce öne çıkarıldığı ve sonuçta yerel birikimlerin ve

ulusal kazanımların yerel yönetimler eliyle daha kolay bir biçimde ulusal ve uluslararası sermayeye aktarılmasıyla, yerel hizmet ve ürünlere ulaşmanın zorlaşacağını savunmaktadırlar (Balcı, 2005: 17).

Günümüzde, merkeziyetçilikten uzaklaşma, yönetim hukukunun tanımladığı üç anlamda da talep edilmektedir: (1) Hiyerarşik yapılarda üst kademedeki yetki devri; (2) Merkezden taşraya yetki genişliği, (3) Merkez-taşra yönetiminden yerel yönetimlere yetki devri (DPT, 2001b: 7). Bu anlayışların tümü yerinden yönetim kavramı içerisinde değerlendirilebilir. Ancak, Türkiye’de merkezden yürütülen sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun geleceği, ikinci ve daha çok üçüncü tercihte önem kazanmaktadır.

3.2. Yerinden Yönetimin Yararları ve Sakıncaları

Yerinden yönetim karmaşık, ağır, verimsiz ve kullanıcı tercihlerine duyarlı olma konusunda eleştirilen kamu bürokrasilerinde ortaya çıkan sorunların çözümü için bir araç olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 1998: 52). Yerinden yönetim sisteminin yarar ve sakıncalarını, yerel bakımdan ve hizmet bakımından ayrı ayrı incelenmektedir. Bu ayrıma göre yerinden yönetimin faydaları ve sakıncaları şu şekilde özetlenebilir (Yıldırım, 1999: 26-30, Versan, 1994: 95).

Yönetimsel bakımdan yerinden yönetim kişisel girişimi sağlar. Bu yönetim biçiminde kişi yalnız kendi güven ve iradesine, kendi girişimine dayanacağı için gelişir.

Yönetimsel bakımdan yerinden yönetim yurttaşların devlete karşı olan saygısını sağlar ve bu sayede hükümetin sorumluluğu azalır. Yurttaşlar belediyelerde ve il özel idarelerinde yerel çıkarlara ait işleri merkez yönetiminin müdahalesi olmaksızın yapıp yönetince bu işlemlerin sonucu zararlı olsa dahi merkezi yönetimi eleştirmeyi bir hak olarak göremez. Sorumluluk doğrudan doğruya kendisine yönelir. Böylece merkeze karşı saygı ve bağlılık sağlanmış olur.

Yönetimsel yerinden yönetimin başka bir yararı da yurttaşlar arasında ortak yararlar ve çıkarlar bulunduğu duygusunu güçlendirmesidir. Demokrasiye en çok zararlı olan şey bir insanın kendisini doğrudan doğruya ilgilendirmeyen şeylere karşı ilgisiz kalmasıdır. Halbuki yerinden yönetim yurttaşları kendi yakın gereksinimleri için diğer yurttaşlarla birlikte çalışmaya zorlar. İşbirliği düşüncesini, ortak çıkarlar için ortaklaşa çalışmayı sağlar. Böylece yurttaşların millet ve memleket sorunlarına karşı olan ilgilerini çeker ve ulusal birliği ve dayanışmayı pekiştirir.

Özetlemek gerekirse, yerel yerinden yönetim demokrasi esaslarına daha uygundur. Çünkü bu sayede yurttaşların kendilerini doğrudan doğruya ilgilendiren yerel işlerin yönetimine geniş bir şekilde katılım sağlanmış olur. Personel sayısının gereğinden çok artmasına ve kişisel girişimin önlenmesine meydan vermez, aksine bu girişimleri kuvvetlendirir. Yerel çıkarları ilgilendiren hizmetler o bölge tarafından ve kendi aralarından seçilmiş organlar yolu ile yönetileceğinden ihtiyaçlar daha yakından ve daha iyi değerlendirilir.

Bu organlar kendilerine verilen hizmetlerle ilgili kararları alabilecekleri için merkez hiyerarşisinin ve bürokrasinin doğurduğu güçlükler ortadan kalkar ve işler daha çabuk görülür. Özellikle devletin görevleri arttıkça merkez, ülkenin her bölgesinin gereksinimlerini tamamen kavrayamaz ve bunların sağlanmasına yetişemez. Yerel yönetimler devlet görevlerinin yerel gereksinimlere daha uygun bir şekilde ve daha süratle görülmesini sağlar. Bu itibarla yer bakımından yerinden yönetim ilkesi demokrat ve liberal sistemler tarafından siyasal nedenlerle ihmal edilemeyeceği gibi devletçilik ve müdahalecilik sistemi uygulanırken de tamamen bir kenara bırakılamaz.

Bununla beraber yerel yerinden yönetimin birtakım sakıncaları da vardır:

Aşırı bir yerinden yönetim ülkenin birliğini bozabilir. Çeşitli bölgeler arasındaki rekabetlere, tartışmalara, mücadelelere, israflara yol açabilir ve böylece devletin genel düzenine ve çıkarlarına ters düşer.

Kamu hizmetlerinin bir sistem içinde ve ülkenin her tarafından olanaklar ölçüsünde bir eşitlik içinde görülmesine engel olur ve sonuç olarak ülkenin bir kısmında yaşayanların en önemli gereksinimler sağlanamaz.

Ülkenin her tarafında mali ve teknik araçlardan aynı biçimde ve aynı ölçüde yararlanmak mümkün olmaz. Mali kaynakları zengin, halkı aydın olan bölgeler gelişme imkanları bulabilecekleri halde kalkınmak için daha etkili yardıma gereksinimi olan yerler gelişme olanağından yoksun kalırlar.

Hizmet bakımından yerinden yönetimin yararlarını şu şekilde özetlemek mümkündür:

Hizmetin daha ussal, işin gereklerine daha uygun kurallarla yönetilmesi ve böylece daha çabuk, daha iyi ve daha verimli bir şekilde görülmesi mümkün olur.

Yerinden yönetim örgütünün bağımsız bir kişiliği ve mal varlığı olması ona bağışlarda bulunmayı teşvik eder ve bu bağışların o hizmete ayrılmasını sağlar.

Bu örgütün sahip olduğu bağımsızlık, yönetimlerinin daha uzman kişilere verilmesini ve bu kurumların genel bütçeden sağlanan yardımdan daha fazla gelir kaynaklarına sahip olabilmelerini ve daha verimli çalışmalarda bulunmalarını sağlar.

Hiyerarşi ve merkez örgütünün bazı özellikleri ve merkezden yönetimin yukarıda açıklanan sakıncaları özellikle hıza ve özel bilgi ve uzmanlığa gereksinim duyulan işlerin ağır yürütmesine ve az verimli olmasına sebep olur. Oysa, hizmet bakımından yerinden yönetim bu sakıncaların önüne geçer ve işin kendi girişim ve gücüyle verimli bir biçimde yürütmesini sağlar.

Bunlara karşılık hizmet bakımından yerinden yönetimin önemli bir takım sakıncalar da vardır:

İlk olarak, hizmet bakımından yerinden yönetim birimlerinin farklı yöntemlerle çalışabilmeleri ve her birinin mali işlerinin özel kurallara tabi olabilmesi, yönetimin bütçe ve muhasebe yöntemlerini bozar. Bunların mali durumları açık ve seçik bir biçimde gözükmez. Özellikle bütçe ve genel muhasebe yöntemlerinin sağladığı denetimin olmaması bu kurumlarda israfların, yönetim sorunlarının çoğalmasına neden olur. Bu ise, beraberinde yolsuzlukları getirebilir. Ancak kamu yönetimindeki bozulma ile yerinden yönetim ilkesi arasında doğrudan bir ilişki olmadığı, yolsuzluk iddialarının bir çok merkezi yönetim birimlerinde de bulunduğu bilinmektedir.

Hizmet bakımından yerinden yönetime dayanan kurumların kendi içlerinde ve bağımsız bir biçimde yönetilmeleri kötü geleneklerin ortaya çıkmasına, özel çıkarların güçlenmesine neden olabilir. Bu bakımdan çok defa bu yönetimlerde yenilik ve reform yapılması güçleşir. Devlet yapmak istediği reformları uzun süre kapalı kalmış ve ayrı bir yaklaşımla gelişmiş olan bu kurumlara anlatmakta güçlük çekebilir.

Bu sakıncaları dolayısıyla hemen her ülkede hizmet bakımından yerinden yönetime karşı zaman zaman olumsuz yaklaşımlar görülür. Fakat bu sistemi doğuran zorunluluklar bu sakıncalara rağmen onun korunmasını gerektirmekte ve özellikle devletçilik ilkesi ve devletin faaliyetlerinin çeşitli alanlara yayılması bu sisteme tabi kurumların çoğalmasını zorunlu kılmaktadır. Ancak yasa koyucular bu sakıncalara önlemler aramakta ve almaktadırlar.

Yukarıda belirtilen yararlı ve sakıncalı yönleri, kesin çizgilerle belirlemek mümkün değildir. Örneğin, siyasal baskılar veya merkezdeki yetkililerin kişisel eğilimleri, hizmetlerin dağılımında eşitsizliklere yol açabilmektedir. Böylelikle kaynakların ussal kullanımı söz konusu olamamaktadır.

Kamu görevlilerinin, hizmet etmekle yükümlü oldukları yurttaşlardan çok merkezin istemlerine duyarlı olmaları, merkezden yönetimin önemli bir sakıncası olarak vurgulanmakla beraber merkezi yönetimin en üst düzey yöneticileri yani

Bakanlar Kurulu da seçimle işbaşına gelmektedir. Dolayısıyla hizmetten yararlananlar aynı zamanda seçmen de oldukları için gerek merkez gerek merkeze bağlı görevliler kamu hizmetlerinden yararlananların istem ve eğilimlerini kolaylıkla göz ardı edemezler.

Aynı şekilde, özellikle yerel yönetimler için söz konusu olan en önemli sakınca, ülke bütünlüğünün bozulması endişesidir. Bu endişe Osmanlı imparatorluğunun parçalanışının mirasıdır. Ama unutmamak gerekir ki, günümüzde yerel yönetimlerin güçlendirilmesi ve geliştirilmesi ülke bütünlüğünü sağlayacak koruyacak yöntemlerden biri olarak önerilmektedir. toplumun, hizmetlerin aksamamasından merkezi yönetim yerine kendi seçtikleri yöneticileri sorumlu tutacakları, yönetime daha etkin katıldıkları için kendilerini ülkenin bir parçası olarak görecekları açıktır.

Merkezden yönetimin ortaya çıkarabileceği sakıncalardan birisi olan bürokrasinin güçlenmesi, yerinden yönetimde de görülebilir. Türkiye’de sadece merkezden yönetim değil aynı zamanda yerinden yönetim kuruluşlarında da bürokratizm (evrak havalesi, kayıt, dosyalanması, masa masa dolaşp ilgili ilgisiz memurlara evrak imzalatırılması, bir ölçüde sorumluluktan kaçınma ve mümkün olduğu kadar fazla kişinin işe karışması veya olası suistimallere karşı mümkün olduğu kadar çok kişinin işe karışarak denetim işlevine girmeleri) söz konusudur. Gerekli gereksiz yaratılan işlemler kamu hizmetlerinin gerçekleşmesini geciktirmektedir. Ancak merkezden yönetimin daha geniş bürokrasiye yol açtığı kabul edilmektedir.

Bu ve benzeri nedenlerle, olası yararların veya sakıncalarının tam tersi sonuçlar uygulamada ortaya çıkabilir. Ayrıca, belirtilen yarar ve sakıncalarla aynı anda karşı karşıya kalınabilir. Bu nedenle, yerinden yönetimi “ya hep ya hiç” mantığıyla ele almamak gerekir. Yerel yönetimlerde yerelleşme ile birlikte artan katılımın özellikle yoksul kesimler için sağlık, eğitim, içme suyu ve atık su ile ilgili hizmet sunumu açısından daha iyi sonuçlara neden olduğu yönünde sistematik ve karşılaştırmalı kanıtlar bulunmamaktadır. Mevcut incelemeler ya tek bir ülkeye yönelik vak’a çalışmalarına, ya anekdot biçimindeki aktarımlara ya da geçici ve oldukça özel

küçük birimlere ait olup, genelleştirme yapmaya olanak tanımamaktadır (Balci, 2005: 45).

Tablo 17: Yerinden Yönetimin Yararları ve Sakıncaları

Türleri	Yararları	Sakıncaları
Yetki Genişliği	Merkezden yönetim birimlerine duyulan gereksinimin azalması ve yerel yenilik uygulamaları	Eşgüdümsüzlük oluşturabilir.
Yetki Devri	Yerel karar alma gücünün artması, daha fazla etkinlik kazanılması ve daha az merkezi güç	Denetim yetersizliği.
Yetkilendirme	Daha hızlı uygulama	Etkinlik düşebilir.
Özelleştirme	Karar almada yeteneksiz olan ve rollerini tam olarak bilmeyen politikacıların etkisinden kurtulma	Toplumsal adaletsizlik.

Kaynak: DSÖ (1998: 45) bilgilerden derlenmiştir.

Yerinden yönetimin yararlarının olası sakıncalarına üstün gelip gelmediği, özellikle de hizmette aşırı bölünmüşlük ve yetki karmaşası, ulusal sağlık uzmanları tarafından vakadan vakaya göre çözülmesi gereken bir konudur. Köktenci bir yerinden yönetim reformuna giden ülkelerde daha sonra sistemin kilit elemanları olarak sağlık finansmanını ve profesyonel standartların belirlenmesini yeniden merkez denetimine alma uygulaması sık sık görülmektedir (DSÖ, 1998: 58).

Merkezi yönetim ile yerinden yönetim arasındaki duyarlı dengenin yıllar içinde değiştiği görülmektedir. Örneğin, Kazakistan'da ulusal bağımsızlığın kazanıldığı 1991'den sonra sağlık sisteminin finansmanı üzerindeki denetim yerelleştirilerek bölge yönetimlerine bırakılmıştır. Ancak, ülkenin varlıklı ve yoksul yöreleri arasında kısa süre sonra dengesizlikler ortaya çıkmıştır. Bu yüzden 1995'te sağlık finansmanı denetimin yeniden merkezi yönetime aktarılarak Ulusal Sağlık Sigortası Fonu adı verilen yeni bir kuruluşça yürütülmesi önerilmiştir (DSÖ, 1998: 44).

Sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim deneyimleri; yerinden yönetim uygulamasının başarılı olabilmesi için, öncelikle yerel düzeydeki yöneticilerin ve ardından da bina, araç-gereç, diğer insan gücü ve benzeri kaynakların hazırlanması gerektiğini saptamaktadır. Ardından da merkezdeki siyasi ve bürokratik güçlerin bu reformist yaklaşımı tam anlamıyla desteklemesi gerekmektedir (Uz, 1999: 122).

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Yerinden Yönetim

Sağlık alanında yerinden yönetim olgusu ilk olarak 1978 yılında Alma Ata'da gerçekleştirilen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda gündeme taşınmıştır. DSÖ de, temel sağlık hizmetlerinin sunumu için en uygun model olarak küçük, bölge temelli sağlık sistemleri önerisinde bulunmuştur. Bunlara ek olarak, Dünya Bankası'nın 1993'te yayınlamış olduğu Dünya Kalkınma Raporu, yerinden yönetimi ana reform stratejisi olarak sunmuştur (Balcı, 2005: 9). Yerinden yönetim farklı biçimlerde tanımlanabilir. Bunlar arasında, DSÖ'nün yaptığı sınıflamaya göre; yetki genişliği, yetkilendirme, yetki devri ve özelleştirme aşağıda kısaca açıklanacaktır. Bunlar arasındaki farklılık yasal statüleri ile ilgilidir (DSÖ, 1998: 44).

Yetki Genişliği; yönetsel yetkilerin devredilmesidir (Güner, 2001: 1221). Başka bir deyişle, merkezi yönetim kademesinden yerel düzeydeki yetkililere yetkinin devredilmesidir. Bazı kaynaklarda yetki göçerimi olarak da adlandırılmaktadır (Uz, 1999: 1005). Yetki genişliği altında kurulacak yönetim iki tip olabilir. Dikey biçimli yönetimde, yerel personel kendi bakanlığına karşı sorumludur. İkinci tip yönetim bütünleme olarak adlandırılabilir. En uç şeklinde, bakanlıklardan birine karşı sorumlu (örneğin, işleri ya da yerel yönetimlerle ilgili bir bakanlık) merkezi hükümetin yerel bir temsilcisi yöredeki tüm hükümet işlevlerinin performansından sorumludur. Burada, merkezi yönetim yalnızca personelinin teknik açıdan gözetimini yapmaktadırlar (DSÖ, 1998: 45). Polonya sağlık sistemi DSÖ tarafından yetki genişliğine iyi bir örnek olarak sunulmaktadır.

1990 yılında Polonya’da kamu yönetimi reformu ile benimsenen “İl Modeli” yöneticilere büyük yetkiler tanımıştır. Yöneticiler sağlık kurumlarının yapısını bu düzeyde planlamakta, kararlar almakta ve devlet bütçesinden verilen ödeneklerin tahsisini yapmaktadırlar. Bu düzeydeki yöneticiler tarafından çalıştırılmak üzere bir il sağlık sorumlusu seçilmektedir. Uygulamada Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerini etkileme konusunda gücünü yitirmiş olduğu görülmektedir (DSÖ, 1998: 45).

Yetkilendirme; bir başkası adına iş görme-faaliyet yapmak üzere yetkiyle donatılmadır. Diğerlerini temsil etmek üzere bir ya da daha çok kişinin atanması, seçilmesi, yetkilendirilmesi ve bir örgütte yetkinin alt kademelere dağıtılması sürecidir (Uz, 1999: 1005). Yetkilendirme, kararların uygulanmasında ve planlanmasında yetkinin, daha üst bir mercinin doğrudan denetimi olmadan devredilmesi sistemidir. Bu sistemde, ulusal sağlık hizmetleri yönetiminin özerk bir kamu kuruluşuna devredilmesi durumunda, Sağlık Bakanlığı’nın en önemli rolü strateji ve politika sorunlarına indirgenmiş olacaktır (Güner, 2001: 1221). DSÖ, İtalyan sağlık sistemini iyi bir yetkilendirme örneği olarak sunmaktadır.

İtalyan kamu sağlık hizmetleri geleneksel olarak zorunlu sosyal sigorta uygulamasına dayalı iken 1978 reformu durumu tamamen değiştirmiş; sağlık, işçi haklarından vatandaşlık hakkına dönüştürülmüş, birbirlerinden ayrı kuruluşlar yerine bölgesel ve yerel sağlık birimlerine dayalı bir sistem getirmiştir. 1980’lerde bu yeni kurumsal çerçeve iki önemli soruna neden olmuştur: Aşırı politikleşme ve ussal mali teşviklerin yokluğu. 1992’de yeni reformda ilk yenilik yerel sağlık birimlerinin yapılarının değiştirilerek “kamu işletmeleri”ne dönüştürülmesi ve bunlara örgütsel özerklik ve sorumluluk verilmesidir. Bu birimler günümüzde kurullar yerine bölge esasına dayalı, profesyonel niteliklere göre beşer yıllık sözleşmelerle çalıştırılan yöneticilerin elindedir. Büyük hastaneler kendilerini “kamu hastanesi işletmesi” statüsüne dönüştürmüş, özerk yönetim altında dengeli bütçe sistemine gitmiş, gelir fazlasını yatırımlara ve personel teşvikleri alanına yöneltmiştir. Diğer taraftan, mali açıkların gerekçelendirilmemesi durumunda özerk statülerini yitirmeleri söz konusu olmaktadır (DSÖ, 1998: 48).

Yetki devri; yetki, sorumluluk veya görevlerin hiyerarşik yapılanmada bir alt makama devredilmesidir. Merkezdeki yönetimden bağımsız ve belirli sorumluluklarla donatılmış yerel düzeyde yönetimlerin kurulmasını gerektirir (Uz, 1999: 106). Bunlar tipik olarak bölgesel ve yerel yönetimlerdir. Hizmette yerellik ile birlikte iki sorun ortaya çıkmaktadır. Birincisi sağlık hizmetleri yüksek miktarlarda yinelenen giderler gerekmektedir. Yerel yönetimler ise gelirleri artırma konusunda kısıtlı imkanlara sahiptir. Yüksek maliyetli sağlık hizmetleri için merkezi finansman gereklidir bu da merkezin gücünün artışı anlamına gelmektedir. İkinci olarak hizmette yerellik ile birlikte birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi karmaşık bir hale gelebilir (DSÖ, 1998: 46). Hizmette yerellik örneği olarak İsveç'teki uygulamalar gösterilmektedir.

İsveç, vergi esasına dayalı sağlık hizmet sistemine iyi bir örnektir. Hizmetlerin finansman ve örgütlenme sorumluluğu bölgesel düzeyde demokratik olarak seçilmiş bölge meclislerine verilmiştir. Bu meclisler, bazı gelirlerini hükümet ödeneklerinden ve ulusal sosyal sigorta sisteminden elde etmekle birlikte gelir vergisinden pay alma hakkına da sahiptirler. Ayrıca, bölge konseyleri kendi bölgelerinde sağlık hizmeti sunumunu geniş biçimde düzenleme yetkisine de sahiptir. Birçok sağlık hizmeti faaliyeti ve hemen hemen bütün hastaneler bölge meclislerine aittir ve bu kuruluşlar tarafından işletilmektedir. İsveç'te sağlık hizmetlerinin genel yapısının üç temel özeliği vardır. Birincisi, karar alma yetkisi yerel yönetimlere, yani bölge meclislerine devredilmiştir. İkincisi, her bölge meclisi, kendi bölgesinde sağlık hizmetleri sunumunda tekele sahiptir. Üçüncüsü, meclisler kendi tesislerini işletmektedirler. Bu nedenle mali ve hizmet sunumu için gerekli olan sorumluluğa da sahiptirler (DSÖ, 1998: 46).

Özelleştirme ise, yerinden yönetimin nihai biçimi olarak görülmektedir. Yönetim işlevlerinin kar amacı güden kuruluşlara devredilmesidir (Güner, 2001: 1221). Özelleştirme iktisadi bir kavram olmasına rağmen, yerinden yönetim araştırmalarında mülkiyetin kamu sektöründen özel sektöre devredilmesi nedeniyle yerelleştirmenin bir türü olarak ele alınmaktadır. Özelleştirme yanlısı ve karşıtı

oldukça yoğun tartışmalar sürdürülmektedir. Özellikle kamu sağlığı alanında özelleştirmenin ciddi sakıncalar içerebileceğini göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Balcı, 2005: 39). Özelleştirmenin başlıca faydası sağlık hizmet kuruluşlarında, daha yüksek bir verimliliğe ve kaliteye doğru bir gidiş olarak algılanmaktadır. Ayrıca, mali baskı altındaki hükümetler özelleştirmeyi kamu harcamalarının azaltılması ve özel sektörün sağlık alanına çekilmesi için etkin bir araç olarak kabul etmektedir (DSÖ, 1998: 49).

Öte yandan, özelleştirmenin önemli sakıncaları da vardır. Özel sektör ve sermaye buradaki mali getirinin, yatırım yapılabilecek diğer özel sektör alanlarından elde edilebilecek getirinin altında kalmayacağı beklentisini taşır. Bu getirinin elde edilmesine yönelik baskılar sağlık hizmetlerinin toplumsal içeriğinin arka plana itilmesi ve hizmete gereksinim duyan ve yeterli olanakları bulunmayan hastalara karşı ayrımcılık yapılması sonucunu doğurabilir. Çek Cumhuriyeti, İsrail ve Rusya Federasyonu ve bir dereceye kadar da Hollanda'daki son deneyimler, ABD'de görüldüğü gibi, özel sigortacıların güçlü mali teşviklere sahip olmalarının bu şirketlerin risk seçimlerinde etkili bir rol oynayabildiğini göstermektedir (DSÖ, 1998: 49). Özelleştirmeye örnek olarak, Çek Cumhuriyeti deneyimi gösterilmektedir.

Çek Cumhuriyeti eczaneler konusunda hızlı bir özelleştirme gerçekleştirmiştir. Bu çerçevede isteyen herkese, Eczacılar Odasına yüksek bir ücret ödedikleri takdirde, eczane açma lisansı verilmiştir. Burada amaç ilaçların bulunabilirliğini sağlamak ve rekabeti arttırarak fiyatları aşağı çekmektir. Zorunlu sağlık sigortasının reçeteli ilaç bedellerini karşılaması planlanmış, ancak her reçete için kişilere ödeme zorunluluğu getirilmesi ve referans fiyatın üzerinde sübvansiyon yapılmaması politikaları benimsenmiştir. Uygulamanın bir sonucu olarak eczane sayısı, çoğunluğu büyük kentlerde olmak üzere, aşırı derecede artmış ve tüm ilaçlar bulunabilir duruma gelmiştir. Ancak stoklarda çoğunlukla pahalı ilaçların bulundurulması eğilimi gelişmiştir. Bir pratisyenin ucuz ilaç yazması durumunda eczacılar onun yerine daha pahalı bir ilaç vermekte, aradaki fark da hasta tarafından ödenmektedir. 1990'dan önce yılda 110 ile 180 arasındaki ilaca onay verilmekteydi. İlaç dışalımaları üzerindeki kısıtlamaların kaldırıldığı 1990'dan sonra bu sayılar hızla artmıştır.

Sayılar 1991, 1992 ve 1993 yıllarında sırasıyla 827, 1344 ve 1356 olmuştur. İlaç piyasasında sayı 10.000'i aşmıştır. Toplam ilaç giderleri 1991 yılından 1993 yılına kadar iki katına çıkmıştır (DSÖ, 1998: 50).

Özelleştirmeyi her sorunun üstesinden gelebilecek sihirli bir formül olarak görmek yanlış olacaktır. Sağlık hizmeti gibi kamusal yanı ağır basan bir alanda özelleştirmeye gitmenin sakıncaları, faydalarına üstün gelebilir (Balcı, 2005: 39). Nitekim, bir dönem özelleştirme uygulayan Macaristan ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkeler bu uygulamadan vazgeçmişlerdir. Ancak sağlıkta özelleştirme, ulaşım, yemek, temizlik gibi yan alanlarda uygulamalarını yaygınlaştırarak sürdürmektedirler (Güner, 2001: 1221). Türkiye'de özellikle son zamanlarda, kamu hastanelerinde, temizlik şirketleri vasıtasıyla, temizlik işçisi adı altında, sağlık personeli çalıştırıldığı bilinmektedir ve bu geleceğe dair bazı endişeleri de beraberinde getirmektedir.

3.4. Sağlık Hizmetlerinde Yerinden Yönetim Örnekleri

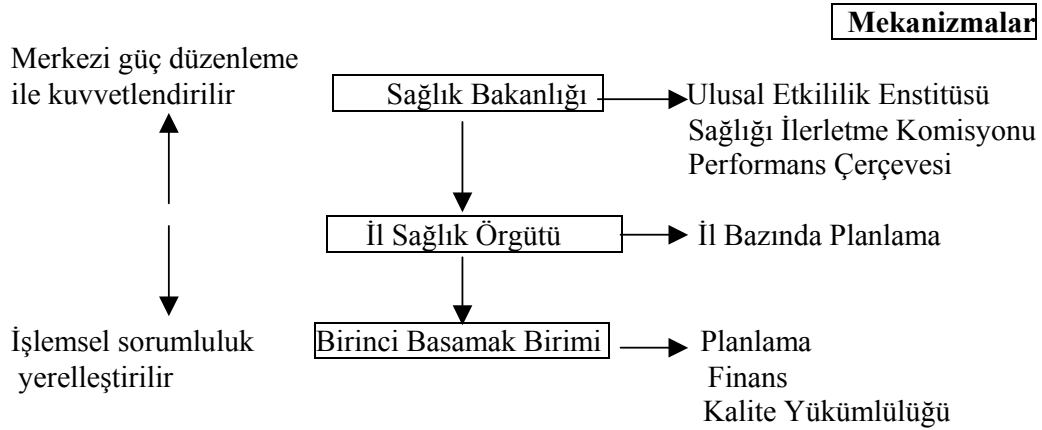
Günümüzde kamu politikalarının oluşturulması sürecinde devletin tekelinde olduğu yaygın olarak kabul edilen alanlar dahil olmak üzere, bazı kamu hizmetleri özel kesime açılmakta, sivil toplum kuruluşlarına devredilmekte, merkezi yapılar yerine yerinden yönetim anlayışı hakim hale gelmektedir (KYTKT, 2003: 22). Bu ise, devlet merkezli yönetimin giderek diğer politik aktörlere açılmasını, kamu politikalarının ortaklaşa bir anlayışla ilgili aktörlerle birlikte oluşturulması anlayışını pekiştirmektedir. Bu doğrultuda, yeni paradigma yerel yönetimlerin enerjilerinden daha fazla yararlanmayı öngörmektedir. Bunların yanı sıra, devletin ağırlıklı rolünün bu süreç içerisinde yol göstericilik olduğu da vurgulanmaktadır. Devletler artık güvenlikten eğitime, sağlıktan sosyal yardıma, tarımdan ulaşımına bir çok değişik kamu hizmeti alanını giderek daha fazla ölçüde özel sektöre, sivil toplum örgütlerine ve yerel yönetimlere açmaktadırlar (Balcı, 2005: 16).

Merkezi yönetimin, istemlere uygun biçimde yanıt verebilmesi açısından hizmetin kullanıcılara yeteri kadar yakın olmaması, yerelleşmeyi çekici bir yaklaşım haline getirmektedir. Geniş, merkezileştirilmiş ve bürokratik kuruluşlar büyük ölçüde düş kırıklığı yaratmıştır. Merkezden yönetilen sistemlerde, düşük verimlilik, değişim ve yenilikte yavaşlık, sağlığı ve sağlık hizmetini etkileyen değişikliklere karşı düşük duyarlılık gibi sakıncalar bulunmaktadır. Merkezden yönetim sistemlerinin politik etkilere açık olması da, yerinden yönetimin bu sorun için bir çözüm yolu olmamasına karşın, düşündürücü başka bir sakıncadır (DSÖ, 1998: 43).

Yerinden yönetim, birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektörü reformunun ana konusu olmuş, hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların gereksinimlere göre daha etkin tahsisini, toplumun önceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç sayılmıştır. Bilişim alanındaki hızlı gelişmeler yerinden yönetimin teknik açıdan uygulanabilirliğini arttırmaya yardımcı olmuştur (DSÖ, 1998: 43). Aşağıda, Avrupa sağlık sektörü reformları uygulamasına örnek olarak, İngiltere sağlık sisteminin bir özeti sunulmuştur.

İngiltere’de sağlık hizmetlerinden sorumlu kurum Ulusal Sağlık Servisi (NHS)’dir. Bu kurum herkese ücretsiz sağlık hizmeti vermek üzere kurgulanmıştır ve bölge temelli bir örgütlenme modeli üzerinde yapılandırılmıştır. Bölgeler, en küçük düzeyde sağlık elemanlarının yer alacakları birimler olarak düşünülmüştür. Bölgelerde bölge yönetim ekibi, bölge tıp komitesi, sağlık hizmeti planlama ekibi, toplum sağlığı konseyi gibi çok sayıda organ genellikle seçimle işbaşına gelerek çalışanları ve halkı temsil etmektedir. Bunlar, sağlık hizmetinin kendi bölgelerinde planlanmasından ve denetlenmesinden sorumludur. Bölgelerin üzerinde üst bölge denilebilecek birimler yer alır ve üyelerinin çoğu merkezi bir kısmı ise yerel yönetimce atanır. Tüm birimlerin üzerinde ise Sağlık ve Sosyal Güvenlik Departmanı bulunur. Bu kurum, hükümet adına sağlık hizmetlerini kontrol eden, karar veren, değerlendiren, finansman konularını düzenleyen yapıdır. İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmeti aile hekimi olarak da nitelendirilen genel pratisyenlik sistemine dayanmaktadır (Balcı, 2005: 92-93).

Tablo 18: İngiltere’de Sağlık Hizmetlerinde Yerinden Yönetim Sonrası Örgütsel Yapı



Kaynak: Atun (2001: 1161) bilgilerden derlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı artık düzenleme ve stratejik yönetim ile uğraşmaktadır. Merkez gücünü korumakla birlikte günlük işlere karışmamaktadır. Gücünü düzenleme ve performans çerçevesinden almaktadır. Denetimi de diğer kuruluşlara devretmiş durumdadır. Bunlar arasında en önemli olanları Ulusal Etkililik Enstitüsü ile Sağlık İlerletme Komisyonu’dur. Ulusal Etkililik Enstitüsü’nün görevi, öncelikli kararlarda yardımcı olmak ve hangi hizmetlerin ulusal sağlık servislerinde verilebileceğine dair önerilerde bulunmaktır. Sağlık İlerletme Komisyonu ise, hizmet veren birimlerin niteliğini denetlemektedir. Verilen hizmetlerin niteliği düşük ise kanunen bu birimlerin sözleşmelerini değiştirme, yönetimi ele alma, veya tamamıyla kapatma güçleri vardır. Bunlarla birlikte, belki de en önemli değişikliklerden birisi bütün mali ve sağlık hizmet planlanmasının birinci basamağa devredilmesidir. Birinci basamak yetki ve sorumluluk anlamında öncelikli konuma gelmiştir. Mali kaynakları yıllık planları çerçevesinde kullanım hakkına sahiptir. Bu plan çerçevesinde hangi hizmetlerin birinci basamak ve hastane dışında verileceğine karar vermektedir. Geri kalanlarını ise hastanelerden satın almaktadırlar. Bu hastaneler kamu veya özel olabilirler. Bunu üç yıllık bir hizmet sözleşmesi çerçevesinde yapmaktadırlar (Atun, 2001: 1162).

3.5. Yerel Sağlık Hizmetleri ve Merkezi Denetim

Tarihsel olarak birçok Batı Avrupa ülkesinde güçlü yerel yönetim sistemleri vardır. Bazı durumlarda da merkezi yönetim yerel yönetimlerden daha sonra gelişmiştir (DSÖ, 1998: 43). Bazı Avrupa ülkelerinde yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili görev ve yetkileri incelendiğinde gerek illerin gerekse belediyelerin değişik derecelerde sağlık hizmetiyle ilgili görev ve sorumluluklarının olduğu görülür. Bunlar, ülkelere göre aşağıda tablo şeklinde özetlenmiştir (Uz, 1999: 108).

Tablo 19: Bazı Avrupa Ülkelerinde Yerel Yönetimlerin Sundukları Sağlık Hizmetleri

ÜLKE	Yerel Örgüt	Görev ve Sorumluluk
Belçika	Belediye + İl yönetimi	Hastane ve doğum evlerinin açılması ve işletilmesi, sağlık, kamu hijyeni, koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı hizmetleri
Bulgaristan	Belediye Bölge yönetimi	Yerel sağlık politikalarının belirlenmesi, örgütlenmesi, poliklinikler açılması ve çevrenin korunması hizmetleri. Bölgesel Sağlık kuruluşlarına yardım ve çevre sağlığı hizmetlerinin kontrolü
Danimarka	Bölge yönetimi Bölge + Yerel yönetim Yerel yönetim	Hastane hizmetleri Genel sağlık hizmetleri Çevre sağlığı hizmetleri
Finlandiya	Belediyeler	Hastane, kişisel ve çevre sağlığı hizmetleri
Fransa	Belediye İl yönetimi	Bazı acil yardım hizmetleri Tıbbi denetim, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ana ve çocuğun korunması
Hollanda	Belediye Merkezi yönetim +Belediye Merkezi + İl + Belediye	Hastane ve bakım evlerinin kurulması ve işletilmesi. Kişisel Sağlık hizmetleri Çevre Sağlığı hizmetleri
İspanya	Belediye	Çevre Sağlığı hizmetleri, il sağlık kurumlarının hizmetlerinin yönetimine katılma
İsveç	Belediye İl yönetimi	Çevre sağlığı ile nekahet ve kronik hastalık evleri Hastane hizmetleri
İsviçre	Belediye	-Cenevre Kantonu'nda Çevre sağlığı hizmetleri -Neuchatel Kantonunda hastane, kişisel sağlık hizmetlerinin yönetimi ve çevre sağlığı hizmetleri
Lüksemburg	Merkezi yönetim + Belediye	Çevre Sağlığı hizmetleri, hastane ve huzur evleri yapmak ve işletmek
Norveç	İl yönetimi Belediye Belediye kontrolünde özel şirketler	Hastane hizmetleri İlk yardım ve poliklinik hizmetleri Çevre sağlığı hizmetleri
Portekiz	Belediye	Sağlık merkezleri kurmak ve işletmek
Yunanistan	Belediye Merkezi yönetim Merkezi yönetim+Belediye	Çevre koruma hizmetleri Kişisel sağlık ve hastane hizmetleri Büyük belediyelerce tamamlayıcı tesisler

Kaynak: Uz (1999: 108-109).

Yerel sağlık hizmetlerinde merkezi denetim konusunda Avrupa lkelerinden, Hollanda, İrlanda ve İsveç Sağlık Bakanlıklarının denetim kurumları örnek olarak sunulmuştur. Bu bilgiler, Türkiye’de kurulması planlanan Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Biriminin alt yapısını oluşturmak amacıyla, Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı’nın Avrupa lkelerinin Sağlık Bakanlıklarının Denetim Hizmetlerini incelemesi sonucunda hazırlamış olduğu ‘Bilgi Notu’ndan aktarılmıştır (Giray, 2005: 1-2).

Hollanda’da Devlet Sağlık Denetim Kurumu, Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı’nın özerk bir kuruluğu olup 3 denetim biriminden oluşmaktadır. Bunlar, Sağlık Hizmetleri Denetim Birimi, Sağlığın Korunması Denetim Birimi, vrenin Korunması Denetim Birimidir. Sağlık Hizmetleri Denetim Birimi, sağlığın korunması ve sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda mevcut yasal düzenlemelere uyulup uyulmadığını denetlemekle yükümlüdür. Ayrıca sağlığın korunması konusunda denetim yapan yetkili kişiler, bu hizmetleri eşgüdümleme ve yönetme yetkisine de sahiptirler. Bu kişiler; vre, gıda ve veterinerlik ürünleri ile ilgili önlemlerin alınmasını da denetlerler. Sağlık Hizmetleri Denetim Kurumu yaklaşık 350 personelden oluşmaktadır. Bu personelin yarısı denetçi, yarısı da bunlara destek veren personeldir. 4 adet yerel şubesi (bölge müdürlüğü) olan kurumun merkezi La Hey’dedir. Merkez birimde çalışan denetçiler, özellikle sağlık hizmetleri alanında özel bir uzmanlığa sahiptirler. Denetçiler, genel yetkilerini Sağlık Kanunu’ndan almaktadırlar. Bu Kanun kapsamında iki çeşit görevleri bulunmaktadır.

1. Uygulama Görevi: Uygulama görevi, izleme ve araştırma aşamalarından oluşmaktadır. İzleme aşaması geniş lde teşvik edici önlemler almaya ve yaptırımlar uygulamaya zorlayıcı faaliyetlerden danışmanlık ve tavsiyelere kadar uzanan bir süreci kapsamaktadır. Denetçilerin görevi, hizmet sunumunda ortaya çıkacak olumsuz durumların giderilmesi konusunda acil önlemler alınmasının da sağlanmasıdır. Kurumun diğer bir görevi ise sağlık hizmetlerinde kullanılan ürünlerin (ilaçlar dahil) ve malzemelerin gözetim ve denetimidir.

2. Öneri Görevi: Kurumun ikinci görevi, merkezi ve yerel yönetime halk sağlığını ilgilendiren konularda danışmanlık hizmeti sunmaktır. Bu bilgiler, politikaların belirlenmesinde oldukça büyük önem taşımaktadır.

İrlanda Sağlık Bakanlığı'nın Sosyal Hizmetler Denetim Kurumunun görevleri: Sağlık Bakanlığı'na sosyal hizmetlerin standartlarını belirleme konusunda önerilerde bulunmak; hükümet kurumlarına ve diğer kuruluşlara mesleki uzmanlık ve danışma hizmetleri sunmak; faaliyetleri sonucu ortaya çıkan durum hakkında raporlar sunmak; sosyal hizmetler ve çocuk bakımının yönetimi konularında bilgi sunmak; araştırmalar yapmak ve yayın-eğitim-konferanslar yoluyla denetim sonuçlarını kamuya yaymak; sağlık hizmetleri ve çocuk bakımında en iyi uygulamalar konusunda rehber belgeler hazırlamak ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde her türlü mali denetimi yapmaktır.

İsveç Sağlık Bakanlığı Denetim Biriminin temel görevi, sağlık hizmetlerinin gözetim ve denetimi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve çevre sağlığının korunmasıdır. Birimin amacı, sağlık hizmetlerinde risklerin azaltılması, sakatlık ve yaralanmalardan korunmanın sağlanmasıdır. Birim, denetim aracılığıyla sağlık personelinin faaliyetlerini desteklemekte ve incelemektedir.

Birim, denetim hizmetlerini aşağıdaki başlıklar altında gerçekleştirmektedir:

- Acil Durumlara Hazırlık
- Çevresel Sağlık, Enfeksiyon ve Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü
- Yasal Yardım Konseyi
- Bölgesel Denetim

Hollanda, İrlanda ve İsveç'in Sağlık Bakanlıkları Denetim Birimlerinin şu ortak özellikleri göze çarpmaktadır. Birinci olarak, yönetsel ve mali konulardaki denetimlerin yanı sıra piyasa gözetim ve denetimi, çevre sağlığının korunması ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi konularda da denetim hizmetleri yürütmektedirler. İkinci olarak, politika belirleyicilere danışmanlık hizmetleri vermektedirler.

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİNDEN YÖNETİMİ

Türkiye’de yönetimin kuruluş ve görevleri merkezi yönetim ve yerinden ilkelerine dayanır. Merkezi yönetim, taşra birimlerinin coğrafi ve ekonomik durumu ile kamu hizmetlerinin gereklerine göre illere, illerin ilçelere ve ilçelerin de köylere bölünmesi ile meydana gelir. Yerel yönetimler ise il özel idareleri, belediyeler ve köy yönetimlerinden oluşur. Anayasanın 123. maddesi, yönetimin kuruluş ve görevleri ile bir bütün olduğunu, yönetimin kuruluş ve görevlerinin merkezden yönetim ve yerinden yönetim esaslarına dayandığını hükme bağlamıştır. Anayasa’ya göre, yetki genişliği esası uygulanması gerekirken, görev ve yetkilerin çoğu merkezde toplanmıştır (Uz, 1999: 117).

Yerel Yönetimler, Anayasanın 127. maddesinde, “il, belediye veya köy halkının mahalli müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, yine kanunda gösterilen seçmenler tarafında seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişileri” olarak tanımlanmıştır. Anayasaya göre karar organları halk tarafından seçilen, kamu tüzel kişiliğine sahip olan yerel yönetimler özerk kuruluşlar olup, merkezi yönetimin hiyerarşik denetimi dışında faaliyetlerini sürdürürler. Yönetimin bütünlüğünü sağlamak ve toplum yararını korumak amacıyla yönetim yasa ile belirtilen çerçevede yerel yönetimler üzerinde denetim yetkisine sahiptir.

Türkiye’de modern yerel yönetimlerin çok eski bir geçmişi yoktur. Batı’da yerel yönetimlerce yerine getirilen kimi kent hizmetlerinin, lonca ve vakıflarca gerçekleştirilmekte olduğu bilinmektedir. Osmanlı İmparatorluğu’nda resmileşmiş bir yerel yönetim statüsünün ancak, merkezîyetçilik sisteminin yerleşme gereği ve özellikle azınlık unsurlarının siyasal katılması ve etnik haklarını elde etmeleri yönünde dış devletlerin yaptığı baskıların sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir (Keleş, 1998: 122). Devlet otoritesinin yerel düzeyde güçlendirilmesinin bir aracı olarak düşünülen yerel yönetimler Batıdaki tersine yerel katılım, siyasal bilinç ve demokrasinin yeşermesi gibi kavramlardan uzak olarak ortaya çıkıp başlangıçtan itibaren fazla işlevsel olamamıştır (Görmez, 1995: 327).

Cumhuriyet döneminde devletçi, otoriter ve merkeziyetçi politika, reformların yerleşmesi açısından kaçınılmaz bir yöntem olarak benimsenmiştir. Bu bakımdan Osmanlı'daki yerel yönetim anlayışı, Cumhuriyet döneminde de önemli bir değişikliğe uğramadan geçerliliğini korumuştur. Bugünkü merkezi yönetim bünyesi içinde yer alan temel kurumlarla yerel yönetimler, büyük ölçüde İmparatorluktan Cumhuriyet'e miras olarak geçmiştir. Aradaki en önemli farklılık, söz konusu yönetim organlarının gelişmesi, örgüt bakımından büyümesi ve yayılması biçiminde kendini göstermiştir. Cumhuriyet yönetimi de yerel yönetimleri, siyasi organları olarak değil de daha çok "yönetmel" birimler biçiminde değerlendirerek, yetki, görev ve örgüt yapısını bu anlayışa göre düzenlemiştir. Birlik ve beraberlik tehlikeye girer gerekçesiyle yerinden yönetimleri güçlendirme konusunda hep çekingen davranılmıştır (Eryılmaz, 1995: 341).

Türk yönetim yapısı, 1920 ve 1930'lu yılların gereksinimlere yanıt vermek üzere merkezi yönetim esasına dayalı bir özellik göstermektedir. Ancak geçen yıllarla birlikte hizmet edilen nüfus büyümüş, büyüyen bu nüfusun gereksinimleri içerik ve miktar olarak artmış ve hizmetlerin yerel olarak da verilebilmesini sağlayacak ölçüde yetişmiş insan gücü kaynağı oluşmuştur. Dolayısıyla, merkezi yönetimin bazı görev ve yetkilerinin yerel kuruluşlara devredilmesi artık bir gereksinim haline gelmiştir (Uz, 1999:114). Ayrıca, Batılı anlamda köklü bir yerel yönetim geleneği olmasa da yerel yönetimler, hem merkezi yönetim hem yerel halk tarafından vazgeçilmez nitelikte yönetmel birimler olarak görülmektedir. Bunun etkisiyle yerel yönetimleri güçlendirme arayışları sürekli gündemde olmuştur (Balcı, 2005: 26). Dünya genelinde yaşanan hızlı değişim ve özellikle Türkiye'de son yıllarda yaşanan ekonomik krizler, kamu yönetimini yeniden yapılandırmayı zorunlu kılmaktadır (Eryılmaz, 1995: 340; Yayla, 1995: 121).

Türkiye'de uzun süredir kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesiyle ilgili geniş tartışmalar yapılmakta ve yeniden yapılanma gereksinimi dile getirilmektedir. Aslında, kamu yönetiminde yeniden yapılanma çabaları uzun bir geçmişe sahiptir. 1930'lu yıllarda başlayan bu yöndeki çalışmalar, 1950'li yıllarda devam etmiş, 1960 sonrası Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi

(MEHTAP) başta olmak üzere çeşitli çabalar ile sürdürülmüş, 1988’de Kamu Yönetimi Araştırması Projesi (KAYA) ile belli bir olgunluğa ulaşmıştır. 2001-2005 dönemini kapsayan 8. Plan kapsamında yönetimde yeniden yapılanma gereksinimi dile getirilmiş ve bu amaçla çalışmalar yapılmıştır. Ancak, tüm bu çalışmalar çeşitli nedenlerle başarısız kalmıştır.

Bu anlayışla hazırlanan ve 2003 yılında kamuoyuna açıklanan KYTKT ile, yönetimde yeniden yapılanma sürecine işlerlik kazandırılmıştır. Bu reform tasarısıyla beraber, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasındaki görev, yetki ve sorumlulukların yeniden belirlenmesini amaçlanmıştır. Önceden merkezi yönetimce sunulan hizmetlerin büyük bir bölümü yerel yönetimlere aktarılacak istenmektedir. Tasarıda merkezi yönetimin göreceği hizmetler maddeler halinde sayılmıştır. Bunlar; adalet, savunma, güvenlik, istihbarat, dış politika, maliye, hazine, dış ticaret, gümrük hizmetleri, piyasalara ilişkin düzenleme, ulusal ve bölgesel düzeyde görev ve hizmetler, milli eğitim, sosyal güvenlik, diyanet, tapu ve kadastro, nüfus, acil durum ve sivil savunma, vakıflar, ulusal nitelikli veya birden çok ili kapsayan görev ve hizmetlerdir. “Yerel müşterek ihtiyaçlara ilişkin her türlü görev, yetki ve sorumluluklar ile hizmetler yerel yönetimler tarafından yerine getirilir” denilerek yerel yönetimlerin yetkileri geniş tutulmuştur. Merkezi yönetimin yerel yönetimlerin sorumluluk alanlarına giren görev ve hizmetler için yerel düzeyde örgüt kuramayacağı, doğrudan harcama ve ihale yapamayacağını hükme bağlamıştır. Ayrıca yerel yönetimlerin görev, yetki ve sorumluluk alanına giren konularda çıkarılacak mevzuatın da yerel yönetimlerin yetkilerini kısıtlayıcı, yerel hizmetleri zayıflatıcı ve yerinden yönetim ilkesine aykırı hükümler konulamayacağını belirtmiştir.

Türkiye’de yönetim merkeziyetçilik ilkesine göre örgütlenmiştir. Merkezi yönetim, devlet tüzel kişiliğinin cismini oluşturmakta, devlet sisteminde genel yetkili olma konumu merkeze verilmiş bulunmaktadır. Yerel yönetimler ise ikincil parçalardır; bu nedenle görev ve yetkileri sayılıp sınırlandırılmıştır. Oysa KYTKT bunun tersi bir sistem kurmaktadır. Tasarıda merkezi yönetimin yetkileri sayılarak sınırlandırılmış, yerel yönetimler ise yerel nitelikli hizmetlerle ilgili olarak geniş

yetkilerle donatılmıştır. Tasarıda adı geçmediği halde, “görev yetki sorumluluklar, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birime verilir” denilerek, yerel, yerinden yönetim anlayışını betimleyen yerellik (subsidiarity) ilkesinden söz edilmektedir. Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı’nın 4. maddesinde yer alan bu ilkeye göre, kamu hizmeti sunma sorumlulukları genellikle ve tercihen vatandaşa en yakın olan makamlar tarafından kullanılmalıdır (Yustemur, 2005: 78).

Bu çerçevede KYTKT’nın getirmeyi amaçladığı en önemli yeniliklerden biri, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakılmasını öngörmektedir. Tasarı ile merkezi yönetimin birçok görev, yetki ve sorumluluğu, araç-gereç, personel ve mali kaynakları ile yerel yönetimlere devredilmek istenmektedir. Buna göre; Sağlık, Kültür ve Turizm, Çevre ve Orman, Tarım ve Köyişleri, Sanayi ve Ticaret, Bayındırlık ve İskan Bakanlıkları, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Gençlik ve Spor Genel Müdürlükleri taşra teşkilatları belediyelere ve il özel idarelerine devredilmektedir. Mevcut duruma baktığımızda sağlık hizmetleri hem merkezin taşra teşkilatı olan il sağlık müdürlüğüne, hem belediyelere görev olarak verilmiş, ancak sağlık müdürlükleri ile belediyeler arasında çeşitli nedenlerle eşgüdüm eksikliği ve işbirliği olanaklarının kullanılmaması sonucu çeşitli sorunlar yaşanmıştır (Uz, 1999:109).

KYTKT’nın geçici 1. maddesinin (a) bendinde, “Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler; araç-gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere, personeli il özel idarelerine devredilmiştir” şeklinde düzenlenmiştir. Ayrıca, “il özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesisler il özel idarelerince Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre bina, araç-gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere, personeli belediyelere devredilebilir” hükmünü getirmiştir.

Sağlık Bakanlığına ait devirler dışındaki devir ve tasfiye işlemlerinin, Bakanlar Kurulu tarafından yürürlüğe konulacak esas ve usullere göre en geç bir yıl içinde tamamlanması öngörülmektedir. Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatına ait devir işlemlerinin kadrolar dışında bir yıl içinde, kadroların ve taşra teşkilatının bunlara ilişkin görev ve yetkilerinin devrinde Bakanlar Kurulunca yürürlüğe konulacak esaslara göre kademeli olarak beş yıl içinde yapılması hükme bağlanmaktadır. Bu suretle, anılan devir işlemleri tamamlanıncaya kadar Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının görevine devam etmesi ve maddede öngörülen kadrolara ait atamaların bu Bakanlık tarafından yapılmasına devam edilmesi mümkün kılınmaktadır.

Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam'ın benimsediği ilkeler arasında da sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin temel görevli ve yetkili olması, Bakanlığın sadece politika belirleme, plan yapma, hedefler saptama ve yerel yönetimlere örnek teşkil etme görevlerini yürütmesi yer almaktaydı. Son dönemdeki reform çalışmaları dışında Sağlık Bakanlığının, özellikle 1990 yılından sonra yaptığı çalışmalarında ve hazırladığı rapor ve dokümanlarda, en azından düşünce olarak, Refik Saydam'ın başlattığı fakat ondan sonra uzun süre terk edilen sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetiminde yerinden yönetim ilkesinin benimsendiği görülmektedir (Uz, 1999: 119).

Sağlık Bakanlığı'nın yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırılması gerektiği, 1990'lı yıllarda daha fazla ele alınmaya başlanmıştır. 1993 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası'nın 15. hedefinin ilkeler bölümünde, "sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkeleri benimsenmelidir, yönetime halkın, meslek teşekküllerinin ve diğer sektörlerin de katılımı sağlanmalıdır, sağlık yönetimi profesyonel yöneticilerle yürütülmelidir" denilmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi, 2003 yılında uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın da temel ilkelerinden bir tanesidir. 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda da, sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimin benimsendiği görülmektedir. Raporda, "sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim ilkesi ile uyumlu bir yeniden yapılanmaya gidilmelidir. Türkiye'de şu anda yetki genişliği

ilkeleri ile uyumlu bir örgütlenme mevcuttur. Yerinden yönetimin bu türü birçokları tarafından sadece iş yükünün devri olarak nitelendirilmektedir. İlk aşamada yapılması gereken, bu sistem içinde en üst düzeyde yetki ve sorumluluk devrini gerçekleştirmek daha sonra hizmette yerellik yani yerel düzeye yönelmektir” görüşü aktarılmıştır (DPT, 2001a: 6).

Bugün sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğunda olduğu genel kabul görmektedir. Ancak, nasıl bir sağlık sistemi oluşturulacaktır, kimler sağlık hizmetlerini sunacaklardır, kimler hangi koşullarda yararlanacaklardır, kimler ne kadar bedel ödeyecektir gibi hususlar tartışma konusudur (Kuşoğlu, 2001: 81). Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde yapılabilmesine ilişkin planlama çalışmaları, son yıllarda en fazla üzerinde tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir. Özellikle genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalar bunun bir göstergesidir (Seçim, 2001: 29).

Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi konusunda değişik görüşler mevcuttur ve çeşitli alternatifler ortaya konulmaktadır. Bunlar arasında, sağlık hizmetinin sunumunun yönetilmesinde sadece il özel idarelerin sorumlu olmaları; sadece belediyelerin sorumlu olmaları; mevcut durumun iyileştirmelerle devamı; küçük saha birimlerinin sorumlu olması; yerel düzeyde sağlık sunumundan katılımcı bir anlayışla tüm paydaşların yer aldığı alternatif bir model önerisi ve özelleştirme-sosyalleştirme gibi senaryolar sayılabilir (Balcı, 2005: 133).

Bu alternatiflere bakıldığında her birinin olumlu ve olumsuz yanları ortaya konulabilir. Ancak bu çalışmada, sağlık hizmeti sunumundan, il özel idareleri veya belediyelerin sorumlu olmaları ile mevcut sağlık sisteminin iyileştirilmelerle devamının sağlanması seçenekleri üzerinde durulmaktadır.

4.1. Sağlık Hizmetleri ve İl Özel İdareleri

İl özel idaresi, il sınırları içinde yaşayanların yerel ortak gereksinimlerini karşılamak üzere kurulmuş olan yerel yönetimlerdir. İl özel idaresi 1864 yılında yürürlüğe konulan Teşkil-i Vilayet Nizamnamesi ile resmi bir nitelik kazanmıştır. Zaman içinde, çeşitli nizamnamelerle geliştirilmiş ve 1913 yılında yürürlüğe giren, İllerin Genel İdaresi Geçici Kanununun İl Özel İdaresi Bölümü ile bugünkü yapısına kavuşmuştur (Ecemiş, 1995: 311). Önceleri geniş yetki ve çalışma alanına sahip olan il özel idareleri, yıllar geçtikçe bu gücünü kaybetmiş ve tarım, sağlık, bayındırlık ve eğitim alanlarındaki görevleri başka kuruluşlara aktarılmış ve sadece merkezi yönetim birimlerinin verdiği hizmetlere yardımcı olarak faaliyet gösterir hale gelmişlerdir. Kuruluş kanunlarının dışında il özel idareleri'ne, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile; yerel olarak sağlık hizmeti sunumunda Sağlık Bakanlığı'nın uygun görmesiyle harcanabilen ödenekler koyması, kuracakları sağlık kuruluşlarının il sağlık müdürlüğü tarafından kontrol edilmesi ve İl Hıfzısıhha Kurullarının kurulması ile ilgili çeşitli görevler verilmiştir (Uz, 1999: 111).

2003 yılında gündeme getirilen KYTKT, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında yeni bir görev, yetki ve sorumluluk paylaşımını öngörmekteydi. Bu kapsamda, KYTKT'nin tamamlayıcısı niteliğinde hazırlanan, "Mahalli İdareler Reformu" içerisinde ele alınan "İl Özel İdaresi Kanunu Tasarısı", TBMM'de kabul edildikten sonra Cumhurbaşkanı'na gönderilmiş ama çeşitli gerekçelerle Cumhurbaşkanı'nca yeniden görüşülmek üzere TBMM geri gönderilmiştir. İl Özel İdaresi Kanunu, bazı değişikliklerden sonra TBMM'de kabul edilerek 04.03.2005 tarih ve 5302 sayılı Kanun olarak Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

KYTKT'da, il özel idarelerine sağlık alanında önemli görevler verilmiştir. KYTKT geçici 1. maddesi ile, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler; araç-gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere, personeli il özel idarelerine devredilmiştir. Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatına ait devir işlemlerinin kadrolar

dışında bir yıl içinde, kadroların ve taşra teşkilatının bunlara ilişkin görev ve yetkilerinin devrinde Bakanlar Kurulunca yürürlüğe konulacak esaslara göre kademeli olarak beş yıl içinde yapılması öngörülmüştür. Ancak KYTKT, aradan geçen zaman içinde yasalaşmamıştır.

5302 sayılı Kanunla, İl Özel İdaresinin görev yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını yeniden düzenlenmiştir. Kanun'da il özel idaresi; “il halkının mahalli müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişisi” (madde 3), olarak tanımlanmaktadır. Karar organları, il genel meclisi, il encümeni ve vali'dir. İl özel idaresi, ilin kurulmasına dair kanunla kurulur ve ilin kaldırılmasıyla tüzel kişiliği sona erer. Vali, il özel idaresinin başı ve tüzel kişiliğinin temsilcisidir (madde 3, 4 ve 29).

5302 sayılı kanununa göre, il özel idaresinin görev ve sorumlulukları şu şekilde düzenlenmiştir. İl özel idaresi yerel ortak nitelikte olmak şartıyla;

a) Sağlık, tarım, sanayi ve ticaret; ilin çevre düzeni plânı, bayındırlık ve iskân, toprağın korunması, erozyonun önlenmesi, sosyal hizmet ve yardımlar, yoksullara mikro kredi verilmesi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları; ilk ve orta öğretim kurumlarının arsa temini, binalarının yapım, bakım ve onarımı ile diğer ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetleri il sınırları içinde,

b) İmar, yol, su, kanalizasyon, katı atık, çevre, acil yardım ve kurtarma, kültür, turizm, gençlik ve spor; orman köylerinin desteklenmesi, ağaçlandırma, park ve bahçe tesisine ilişkin hizmetleri belediye sınırları dışında, yapmakla görevli ve yetkilidir.

Hizmetlerin diğer mahallî idareler ve kamu kuruluşları arasında bütünlük ve uyum içinde yürütülmesine yönelik koordinasyon o ilin valisi tarafından sağlanır. Hizmetlerin yerine getirilmesinde öncelik sırası, il özel idaresinin malî durumu,

hizmetin ivediliği ve verildiği yerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak belirlenir (madde 6).

Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin il özel idarelerinin sorumluluğuna bırakılması durumunda, I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde öngörülen model uygulanabilir. I. Ulusal Sağlık Kongresi Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı Çalışma Grubu Raporu'nda, sağlık hizmetleri yönetiminin yerinden yapılması için öngördüğü modelde "İl Sağlık Kurulu" temel unsuru oluşturmaktadır. Vali başkanlığında ve ildeki kamu kurum ve kuruluşlarının (belediye dahil) başkanları, meslek örgütlerinin ve sendikaların temsilcileri ile seçimle gelen üyelerden oluşan bu kurul ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulama planlarının hazırlanması, yürütülmesi, denetlenmesi, hizmetlerle ilgili ek kaynakların bulunması, personel istihdamı gibi görevlerle donatılmıştır. Aldığı kararların il sağlık müdürlüğünce uygulanması ve belediye ve özel sektörde uyulması esası getirilen bu kurulun faaliyetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmesi de önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1993: 146).

Sağlık hizmetlerinin İl özel idarelerinin yönetimine bırakılmasının bazı olumlu katkıları bulunmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerini il özel idarelerine bırakılması, mevcut durumdan yumuşak bir geçiş anlamına da gelmektedir. İl özel idareleri, ilde merkezi idarenin ve yerel katılımcıların birikimlerini birleştirerek daha iyi sağlık hizmeti sunumu için eksikliklerin yerel düzeyde giderilebilmesi amacıyla daha yoğun bir çalışma ortaya koyarak vatandaş tatminini esas alan bir yapılanma içine girebilir. Yerinden yönetimin sağlayacağı yararlar ile merkezi yönetimin otorite ve becerisi birleştirilerek sağlık hizmet sunumunun olumlu etkilenmesine yol açabilir. (Balcı, 2005: 134). Ayrıca, yönetim kolaylıkları, yerel gereksinimlere daha duyarlı ve hızlı yanıt vermesi ve halkın katılımını daha yoğun sağlaması diğer olumlu katkılarıdır (Uz, 1999: 104).

Sağlık hizmetlerinin İl Özel İdarelerine bırakılmasının bazı olumsuz yanları da bulunmaktadır. Yaygın değerlendirmelerden biri, il özel idarelerinin başında atanmış olarak vali bulunduğu için, 'gerçek' anlamda yerel yönetim olmadıkları görüşüdür. 'Gerçek' bir yerel yönetimin tüm organlarının yerel halk tarafından seçilmiş olması

gerektiği düşünölmektedir. Buna göre, il özel idarelerine devredilen görevler, il halkının seçilmişlerine verilmemekte, yine valiliklerin elinde kalmaktadır. Bu nedenle, il özel idarelerine yetki devri, gerçek ve tatmin edici bir yerinden yönetim değildir (Güler, 2003: 22).

Ayrıca İl Özel İdaresi il düzeyinde sağlık hizmetlerinin gerektirdiği yönetsel ve teknik kapasitenin oluşturulmasında zorluk çekebilir. Mevcut durumda merkezden planlama, uzmanlık gibi konularda güçlük çekilmemektedir. Yerinden yönetimleştirme ile birlikte bu konularda özellikle ilk zamanlarda büyük güçlükler yaşanabilir. İl özel idareleri yerel politik etkilere daha fazla maruz kalabilirler. Bu durumda sağlık hizmet sunumunun eşit ve adil sağlanması sorunu ortaya çıkabilir. Bunun yanı sıra, mevcut haliyle il özel idareleri yeterli finansman kaynaklarına sahip değildirler. Bu eksiklik ise, sağlık hizmet sunumu açısından olumsuzluk kaynağı olabilir (Balcı, 2005: 134-135).

Bunlara ek olarak, sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine bırakılması iller ve bölgeler arasında varolan eşitsizlikleri artırabilir. Özellikle, geri kalmış bölgelerde uzman ve pratisyen doktorlar ve diğer sağlık personelinin istihdamında daha fazla güçlükler yaşanabilir. İl özel idarelerinin, sağlık hizmeti sunması ve yönetmesi için eldeki teknik kadroların nitelik ve nicelik olarak yetersiz olması ve sağlık gibi kamunun düzenleyici sorumluluğunun vazgeçilmez olduğu bir alanda seçimle gelenlerin olası çıkar hesaplarının istenmeyen sonuçlarının, toplum sağlığına olumsuz etkileri olabilecektir (Uz, 1999: 104).

Böyle bir durumda, Sağlık Bakanlığı ile il sağlık müdürlüklerinin ilişkisinin de yeniden tanımlanması gerekir. Bu kapsamda iletişim, planlama ve denetim konuları çok iyi düzenlenmelidir. Sağlık hizmeti sunum ve yönetiminin il özel idarelerine bırakılmasının toplum sağlığına ve ülkedeki sağlık hizmeti sunum ve yönetimi üzerine yapabileceği olumlu ve olumsuz sonuçları vardır. İl özel idarelerinin mevcut örgüt ve personel yapısıyla varolan kaynakları, sorumlu olduğu hizmetleri karşılama yetersizdir. Ayrıca merkezden müdahaleye olanak sağlayan yapısı

değiştirilmelidir. Aksi taktirde gerçek anlamda bir yerinden yönetimden söz etmek zor olacaktır.

4.2. Sağlık Hizmetleri ve Belediyeler

Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi denilince ilk planda, halka en yakın yerel yönetim birimi olan belediyeler akla gelir. 5393 sayılı Belediye Kanununa göre belediye, “belde sakinlerinin mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idarî ve malî özerkliğe sahip kamu tüzel kişisini” ifade eder. Belediyenin organları; belediye meclisi, belediye encümeni ve belediye başkanı’dır. İl ve ilçe merkezleri dışındaki bir yerleşim yerinde belediye kurulabilmesi için en az 5000 nüfusu olmalıdır. İl ve ilçe merkezlerinde belediye kurulması zorunludur (madde 3 ve 4).

Belediye Kanunu, 13.07.2005 tarih ve 5393 kanun sayısı ile Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Belediye Kanunu ile, belediyelerin görev ve sorumluluklarında değişiklikler olmuş, bu değişiklikler sağlık alanındaki hizmetlere de yansımıştır. Yeni modelde sağlık hizmetleri, daha çok koruyucu halk sağlığı kapsamında düşünülmüş ve yapılandırılmıştır (Çiftçi, 2004: 715). Belediyelerin sağlıkla ilgili görevleri konusundaki mevzuat hayli geniştir. Bunlar arasında (Uz, 1999: 112);

- 5393 sayılı Belediye Kanunu
- 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu
- 3285 sayılı Hayvan Sağlığı ve Zabıtası Kanunu
- 5491 sayılı Çevre Kanunu
- 3194 sayılı İmar Kanunu
- 486 sayılı Umuru Belediyeye Müteallik Ahkamı Cezaiye Hakkında Kanun
- 2464 sayılı Belediye Gelirler Kanunu

- 3572 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
- 1593 sayılı Gıda Maddeleri ve Umumi Sağlığı İlgilendiren Eşya ve Levazımatı Hususi Vasıflarını Gösteren Tüzük
- İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik
- Tıbbi Atık Kontrolü Yönetmeliği
- Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği sayılabilir.

Belediyelerin sağlıkla ilgili görev ve yetkileri, 5393 sayılı Belediye Kanunu'nda düzenlenmiştir. Buna göre; su ve kanalizasyon, çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık, acil yardım, kurtarma ve ambulans, defin ve mezarlıklar görev ve sorumlulukları arasında sayılmıştır. Belediyeler, sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilirler. Ayrıca nüfusu 10.000'i geçen belediyeler, meclis kararıyla, sağlık yatırımlarını faiz almaksızın on yıl kadar geri ödemeli veya ücretsiz olarak yapabilir veya yaptırabilir, bunun karşılığında yapılan tesislere ortak olabilirler. Sağlık için geliştirilecek projelere İçişleri Bakanlığının onayı ile ücretsiz veya düşük bir bedelle amacı dışında kullanılmamak kaydıyla arsa tahsis edebilirler (madde 14). Belediye ve bağlı kuruluşlarında, norm kadroya uygun olarak çevre, sağlık, veterinerlik, tabip, uzman tabip, ebe, hemşire, veteriner, kimyager, teknisyen ve tekniker gibi uzman ve teknik personel yıllık sözleşme ile çalıştırılabilir (madde 49).

10.07.2004 tarih ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile de büyükşehir belediyelerine sağlıkla ilgili bazı görev, yetki ve sorumluluklar verilmiştir. Buna göre; su ve kanalizasyon, çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık, defin ve mezarlıklar, doğal afet planlamaları ve acil yardım hizmetlerini yürütme, gerektiğinde sağlık hizmetleri için bina ve tesis yapma, gıda maddeleri ile ilgili gayrisihhi müesseseleri ruhsatlandırma ve denetleme, gıda maddelerinin tahlillerini yapmak üzere laboratuvarlar kurma ve işletme, sağlık merkezleri-hastaneler-gezici sağlık üniteleri ile ilgili her türlü tesis kurma, geliştirme ve yürütme işlevleri büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında sayılmıştır (madde 7).

Sağlık hizmetlerinin İl Özel İdareleri yönetimine bırakılması ile oluşabilecek faydalar ve sakıncaları belediyeler için de geçerlidir. Belediyeler yerel halkın ortak gereksinimlerini en iyi biçimde yerine getirmesi beklenen birimlerdir. Ancak belediyelerin sağlık ile ilgili görevlerinin yer aldığı mevzuatta bazı sorunlar mevcuttur. Mevzuat dağınıktır ve tekrarlar, eksiklikler ve çelişkiler içermektedir. Aynı veya benzer hizmetlerin üretimi ve sunumunun farklı kurumlara da görev olarak verildiği görülmektedir (Uz, 1999: 113). Bununla birlikte, bugünkü koşullarda, kapsamlı sağlık hizmeti sunmaya yönelik bir altyapı hazırlığı da belediyelerin bünyesinde bulunmamaktadır (Çiftçi, 2004: 713).

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin sunumunun belediyelere bırakılması gerektiğini savunan bazı görüşler vardır. Bunlara göre sağlık hizmetleri belediyelere, özellikle büyükşehir belediye yönetimlerine bırakılabilir. Sağlık ocağı ve hastanelerin bir kısmı belediyelere bırakılmalı, bölge hastaneleri ve üniversitelerle işbirliği yapan ihtisas hastaneleri ise merkezde kalmalıdır. Avrupa'daki örnekler de bu görüşü desteklemektedir (Uz, 1999: 122). Ancak, belediyeler önemli ölçüde finansman, teknik donanım ve uzman personel gerektiren hizmetlerin sunumunda bazen tek başlarına yeterli olamamaktadırlar (Çiftçi, 2004: 713).

Sağlık hizmetlerinin tüm halka eşit, tarafsız ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması gerekir. Ancak, sağlık sektöründe çalışan personel siyasi yönleri olan belediyelere bağlanma konusunda direnç gösterebilirler. Mevcut durumda, belediye yapılanması içerisinde sağlık hizmetleri örgütlenmesi genellikle sağlık işleri müdürlüğü ile sınırlı kalmakta, kaynak yetersizliği ve personel eksikliği nedeniyle belediye sınırları içerisindeki tüm yerleşim yerlerine ulaşılamamaktadır. Bu durumda belediyelerin sağlık hizmetlerinden sorumlu olmaları halinde hizmetlerde ciddi aksamalar olabilecektir. Belediyelerin oy kaygısı ile hareket etmeleri sonucunda birinci basamak, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı gibi konuların ihmalı beraberinde ciddi sorunları da getirebilir (Balcı, 2005: 137).

Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetilmesinin getireceği yönetim kolaylıkları; yerel gereksinimlere daha duyarlı ve daha hızlı yanıt vermesi ve halkın katılımını daha yoğun sağlamasıdır. Ancak belediyelerin, sağlık hizmeti sunması ve yönetmesi için eldeki kadrolarının nitelik ve nicelik olarak yetersiz olmasının toplum sağlığına olumsuz etkileri olabilecektir (Uz, 1999: 104). Türkiye'nin içinde bulunduğu siyasi koşullar, sağlık gibi vazgeçilmez bir konunun belediyelere bırakılmasına uygun gözükmemektedir.

4.3. Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumunun İyileştirilerek Yürütülmesi

Türkiye'nin sağlık hizmeti sektöründe çeşitli sıkıntılar yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut durumda sağlık hizmet sunumunu, finansmanı, planlamasını ve denetimini çok iyi bir şekilde yerine getirdiğini söylemek zordur. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında değişik görüşler dile getirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunları genel bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük olmasına bağlayanlar olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı'nın çağdaş yönetim anlayışına göre örgütlenmemesi ve yönetilmemesine bağlayan görüşler de vardır. Bugün, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gereğinin, toplumun değişik kesimlerince genel kabul gördüğü söylenebilir. Ancak, yeniden yapılanma sürecinde izlenecek yöntem ve politika konusunda değişik görüşler vardır. Bu görüşler, sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasından özelleştirilmesine kadar uzanan bir çerçevede dile getirilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerini düzenleyen iki ana kanun vardır. Bunlar 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ve 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'dur. Her iki yasa da eskimiştir. Türkiye'nin değişen koşullarının yarattığı gereksinimlere yanıt verememektedir. Mevcut sağlık sistemi daha çok kırsal kesimde yaşayan nüfusun gereksinimlerini karşılamak üzere yapılandırılmıştır. Günümüzde ise Türkiye nüfusunun yüzde 70'i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Bunun için, sağlık

hizmetlerinin günümüz koşullarında ve kent yaşamı içinde ele alınıp yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (Bilgel, 2002: 8).

Sağlık hizmetlerine farklı ülkelerde GSMH'nın yüzde 3'ü ile yüzde 10'u arasında değişen oranlarda kaynak aktarılmaktadır. Türkiye'de, 1960 yılında GSMH'nın yüzde 2.3'ü olan toplam sağlık harcamaları, 1996 yılında kişi başına 105 ABD Doları ve toplam 6.9 milyar ABD Doları olmak üzere GSMH'nın yüzde 3.8'ine yükselmiştir. Buna karşılık, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık harcamalarındaki payı GSMH'nın yüzde 1.04'ü oranında seyrederek nispeten sabit kalmıştır. Ancak nüfus artışı, demografik değişiklikler, tedavisi pahalı hastalıkların yaygınlaşması, halkın beklentileri ve teknolojik yenilikler ile gelişmeler sağlık kaynakları üzerinde artan bir baskı oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 19).

Türkiye'deki sağlık hizmetleri kural olarak toplumsal ve ücretsizdir. Ancak gerçekte bireysel tedavi edici hizmetler söz konusu olduğunda, hastalar bu hizmeti almak için para ödemek durumunda bırakılmaktadırlar. Bu ise daha çok ödeme yapma ama karşılığında çok nitelikli olmayan bir hizmet alınması demektir. Böylece, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yapısının ve yapılanmasının yeni baştan düzenlenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (Bilgel, 2002; 9).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetiminde yeniden yapılanmaya gidilmesi uzun zamandır tartışılan bir konudur. Sağlık Bakanlığı'nın özellikle 1990 yılından sonra yaptığı çalışmalarda, yeniden yapılanma çerçevesinde yerinden yönetim ilkesinin benimsendiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 1993 yılında yayınladığı Ulusal Sağlık Politikası adlı belgede, sağlık hizmetlerinin planlama ve yürütülmesinde yerinden yönetim ilkesinin esas alınması istenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1993: 145). Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması konusu, DPT'nin 8. BYKP Sağlık Hizmetleri Özel İhtisas Komisyonu Rapor'unda da geniş bir şekilde ele alınmış ve değişik görüşler dile getirilmiştir.

8. BYKP Sağlık Hizmetleri Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması, siyasi etkilerin

yoğunluğu, sivil toplum örgütleriyle yeterince işbirliği yapılamaması gibi nedenlerle çoğu kez sağlık politikalarının dönemsel olduğu; her iktidar değişikliğinde Sağlık Bakanlığı'nın bürokratik yapısı da değiştiğinden, uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve eylemi oluşturulamadığı belirtilmiştir. Türkiye'de sağlık sorunlarının çözülmesi için eşgüdümlemesi gerekli olan kurumların, siyasi ve politik istikrarsızlıklar nedeniyle yeterince eşgüdümlemmediği vurgulanmıştır (DPT, 2001a: 4).

Raporda, sağlık politikası düzeyinde öncelikli olarak Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çıkartılıp, sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet niteliğini denetleyen, hizmet standartlarını belirleyen ve denetleyen bir yapıya dönüştürülmesi önerilmektedir. Bunun için, sağlık hizmetlerinde çağdaş yerinden yönetim ilkeleriyle uyumlu yeni bir yapılanmaya gidilmesi gerektiği belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir "Sağlık Üst Kurulu"nın oluşturulması önerilmektedir. Ulusal Sağlık Politikasının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin çevreden merkeze mi yoksa merkezden çevreye doğru mu olacağına karar verilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (DPT, 2001a: 212).

Devlet, sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ağırlık vermelidir (DPT, 2001a: 7). Sağlık Bakanlığı'nın asli görevi sağlık politikalarının belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde uygulanması, birinci kademe sağlık hizmetleri veya aile hekimliği uygulamalarının yürütülmesi, yataklı tedavi hizmetlerinin koordinasyonu, izlenmesi ve denetimi faaliyetlerinin yürütmesi olmalıdır (DPT, 2001a: 136). Kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları özerkleştirilmelidir. Daha pahalı bir yatırım gerektiren hastanecilik işletmeciliğini özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir. Sağlık alanında faaliyet gösteren sivil toplum örgütlerine destek verilmelidir (DPT, 2001a: 198).

Ayrıca, Rapor'da mevcut durumun iyileştirilmesi için, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın günümüz koşullarına göre yeniden

düzenlenmesi ve etkin bir uygulamanın sağlanması için gerekli koşulların oluşturulması görüşü de dile getirilmektedir. Devlet kurumlarının sağlık alanında sosyal güvenlik ve hizmet sunumunu özel sektör kurumlarına aktarma uygulamalarına yöneldiği gözlenmektedir. Devletin sağlık politikası değişmekte, fakat özelleştirmenin etkilerinden toplumu ve çalışanları koruyucu bilinç, mevzuat, kurum ve geleneklerin yeterince bulunmadığı vurgulanmaktadır (DPT, 2001a: 34).

Yine mevcut durumun iyileştirilmesinde toplumsallaşmadan yana olanlar şu görüşleri dile getirmektedirler. Türk hükümetleri ortalama olarak genel bütçenin sadece yüzde 3'ünü sağlık sektörüne ayırmaktadırlar. Oysa, DSÖ'nün önerdiği en az oran yüzde 10 olmaktadır. Türkiye Avrupa ülkeleri arasında yüzde 3 oranıyla neredeyse sağlığa en az pay ayıran ülke konumundadır. Sağlık sektörüne, Almanya ortalama olarak yüzde 17, Yunanistan yüzde 7 pay ayırmaktadır (Cırhinlioğlu, 2001: 127). Dolayısıyla bütçenin yüzde 7'si sağlık sektörüne ayrılırsa, sağlık sistemindeki sorunlar azalabilir (Pala, 2003: 422).

Son on yıl içerisinde genel bütçeden sağlığa yapılan harcamalarda yüzde 20 azalmanın olduğu görülmektedir. Buna karşılık, döner sermaye harcamalarının da yüzde 300 oranında arttığı görülmektedir. Kamunun sağlığa ayırdığı miktar artmıyorsa, bu harcamalardaki artış ne ile açıklanabilir? Sigorta prim oranları sürekli yükselmekte, döner sermaye mekanizması içerisinde cepten harcamalar gittikçe artmaktadır. Dolayısıyla, vatandaşlara hissettirilmeden paralı sağlık hizmetleri için zemin hazırlanmakta ve sosyal devlet anlayışından uzaklaşmaktadır (Kaan, 2001: 140).

DiE'nin seçilmiş gelir dağılımı ve yoksulluk verilerine göre, Türkiye'de 14 milyon insan açlık sınırının altında gelir elde etmekte, 14 milyon insan açlık sınırının biraz üzerinde yaşamakta, 14 milyon insan yoksulluk sınırı civarında yaşamakta, sonuncu 14 milyonluk insan grubu ise yoksulluk sınırı üzerinde yaşamaktadır. Türkiye'de gelir dağılımı itibarı ile nüfusun en altta yer alan yüzde 20'lik kısmı,

gelirin yaklaşık yüzde 5'ni, nüfusun en üstteki yüzde 20'lik kısmı ise, gelirin yaklaşık yüzde 55'ni almaktadır. Dolayısıyla Türkiye'de yoksulluk oranı oldukça yüksek olup, gelir dağılımı adaletsizliği had safhadadır. Bu durumda sosyal devletten vazgeçmek, geniş halk kitlelerine felaket getirecektir (Türkdoğan, 2004: 18).

Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerine yoğun tartışmalar yaşanmaktadır. Bu konu da yapılan ve yapılmak istenenlerin; sağlıkta taşeronlaşma, özelleştirmenin ürktücü uygulamaları, Dünya Bankası ve IMF dayatmaları, piyasa ekonomisinin ve yoksullaşmanın başlangıcı olarak nitelemek mümkündür. Diğer taraftan, sağlıkta dönüşüm programı kamu yönetiminde acilen karşılanması gereken yeniden yapılanma gereksiniminin sağlık alanında olumlu ve olması gereken yansımaları olarak da ele alınabilmektedir. Ayrıca süreci, sağlık kuruluşlarını yerel yönetimlere devretmeyi öngören KYTKT'nin uygulanmasının hazırlık aşamaları olduğu da belirtilmektedir (Şener, 2005: 87).

Bu süreçte, aile hekimliği uygulaması ile sağlık ocakları devre dışı bırakılacak ve halkın sağlık sorunları çözümsüz kılınarak karmaşa oluşturulacaktır. Karmaşaya acil çözüm adı altında hastaneler işletmeye dönüştürülecek ve aile hekim-uzman hekim bağlantısıyla ticari ilişki resmileştirilecektir. Bu arada ortaya çıkacak mali sorunlar, döner sermaye adına doğrudan ödeme yapılarak çözülecek ve özel sağlık sigortaları devreye sokularak sigorta sistemi meşrulaştırılacaktır. Böylece bilinçli olarak tıkanan sağlık modeli, çözüm aranıyormuş görüntüsüyle oldu-bittiye getirilerek sağlık hizmetleri özelleştirilecektir (Aksakoğlu, 2004: 22).

Aile hekimliği sisteminde, sağlık ocakları tarafından sunulan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, temelde sözleşmeli olarak görev yapan aile hekimi ve aile sağlık elemanı tarafından sunulur. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında kanuna göre, Bakanlığın belirlediği standartlar ölçüsünde, koruyucu hekimlik hizmetlerini eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde aile hekimine yapılacak ödeme tutarından brüt ücretin yüzde 20'sine kadar indirim yapılır (madde

3). Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı alınır (madde 5). Bu şekilde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hasta ve başvuruların azaltılması amaçlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansmanına ilişkin önemli düzenlemeler uygulamaya geçirilmiştir. Bu dönemde, aile hekimliği pilot uygulaması, performansa dayalı döner sermaye uygulaması, kamu çalışanlarının özel hastanelerden yararlanma hakkı, hasta hakları, hekim seçme hakkı, SSK ve diğer kamu kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devri, hastanelere 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4. maddesinin B bendi kapsamında ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere sağlık personeli çalıştırma hakkı, sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında birleştirilmesi ve Genel Sağlık Sigortası gibi önemli düzenlemeler yapılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının sonuçları hakkında kapsamlı bir değerlendirme yapmak için henüz erken olduğu söylenebilir. Ancak programın olası sonuçları kamuoyunda tartışılmaya devam edilmektedir. 2006 yılının ortalarına gelindiğinde IMF, hükümeti sağlık harcamalarında meydana gelen artışlar konusunda uyarılmış ve gerekli tedbirlerin alınmasını istemiştir. Sağlık harcamalarındaki artışta özel hastanelerin denetim zafiyetinden yararlanarak tedavi masraflarını olduğundan fazla göstermesinin ve kamu sektöründe performansa dayalı döner sermaye uygulamasının payının büyük olduğu söylenebilir. Performansa dayalı döner sermaye uygulaması doktorların hastanelerde hastalara daha fazla zaman ayırması gibi olumlu etkisinin yanında performansın, yaptığı işlemler ve baktığı hasta sayısına göre değerlendirilmesi, gerekli gereksiz birçok işlemin yapılmasına neden olmuştur. Sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik tedbirlerin başında kamu çalışanlarının tekrar devlet hastanelerine yönlendirilmesi ve tedavide fiyatı daha düşük olan ilacın kullanımını öngören eşdeğer ilaç uygulaması gelmektedir. Bu amaçla, Maliye Bakanlığı 1 Temmuz'da yürürlüğe koyduğu, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile "paket fiyat" uygulaması başlatmıştır. Buna göre, belirlenen fiyatın

üzerindeki sağlık giderleri hasta katkı payı olarak ödeyecektir. Üniversite ve özel hastaneler tebliğin geri çekilmesini istemektedirler. Yine, Maliye Bakanlığı tarafından 5 Temmuz 2006 tarihli 12443 sayılı genelge ile, değişik hastalıkların tedavisinde kullanılan ve tedavi değeri olan 119 ilacı, 1 Ağustos 2006 tarihi itibarıyla kurumların geri ödeme listesinden çıkarıldığını belirtmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında, 2005 yılında Düzce’de başlatılan aile hekimliği pilot uygulaması, 2006 yılında belirlenen 10 yeni ilde (Adıyaman, Bolu, Denizli, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, İzmir ve Samsun) uygulanması için gerekli çalışmalar sürdürülmektedir. 2007 yılında da, Türkiye genelinde uygulanması amaçlanmaktadır. Bu programının temel önceliklerden birisi sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimin sağlanarak, hastanelere daha fazla özerklik tanınmasıdır. Sağlıkta yerinden yönetimi gerçekleştirmek, hastanelerde yönetsel ve mali özerkliği sağlamak, rekabeti sağlamak, tasarrufu teşvik etmek, verimlilik ve kaliteyi artırmak amaçlarıyla önemli adımlar atılmaktadır. Yerinden yönetim anlayışı çerçevesinde personel özlük işlemleri ve il içi tayinler taşra teşkilatlarına bırakılmıştır.

Sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik yapılan çalışmaların, sistemi daha da geriye götürebileceği riskini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumunun kapasitesini ve kalitesini yükseltmek için, Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatını güçlendirmek önemlidir. Bu nedenle, özellikle il sağlık müdürlükleri ve ilçe sağlık grup başkanlıklarının yeterli sayı ve kapasitede personel, teknik araç-gereç, bütçe ve diğer donanımlara sahip olması, yönetsel ve mali açıdan gerekli yetki ve sorumlulukla iş yapabilir hale getirilmeleri gerekmektedir. Bunun en uygun yolu, yetki ve sorumluluklar açısından güçlendirilmiş sağlık müdürlükleri yapılandırılmasına gidilmesidir (Balcı, 2005: 143-144).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetlerinin insan hayatı ile doğrudan bağlantısı ve hizmet sunumu ile hizmet istemi arasında her zaman var olan dengesizlik nedeniyle sağlık sistemini iyileştirmeye yönelik çabalar yalnız gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli hedefleri arasındadır. Günümüzde, kamu hizmetlerinin alıcısı konumundaki vatandaşların sağlığa ilişkin istek ve beklentileri giderek artmakta ve bu alandaki tatmin düzeyleri sürekli yükselmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunun hem nüfus yoğunluğuna hem coğrafi dağılıma göre nitel ve nicel olarak yeterli olduğunu savunmak güçtür. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar sürekli çaba gösterilmiştir. Türkiye’nin temel sağlık göstergelerinden de anlaşılacağı gibi, bu iyileştirme çabaları yeterli olmamış ve sağlık hizmetlerinde ulaşılan düzey, gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kalmıştır.

Türkiye’nin sağlık sisteminde önemli sorunlar yaşandığı ve sorunların çözümüne yönelik reform niteliğinde uygulamaların yaşama geçirilmesi gerektiği, ilgili her kurumun ve sivil toplum kuruluşlarının üzerinde uzlaştığı bir konudur. Ancak, bu reformun ne şekilde gerçekleştirileceği konusunda değişik görüşler mevcuttur. Kimileri işletme temelinde bir reformun uygulanmasından yana iken, kimileri de kamu yararı temelinde bir reformun uygulanmasından yana görüş belirtmektedir. Buna karşın, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla yapılan reform çalışmalarında Bakanlığın yönetici rolünün küresel gelişmeler doğrultusunda düzenleyicilik işlevi ve yerinden yönetim ekseninde yeniden belirlenmesi reform konusunun birinci ayağını oluşturmaktadır.

Türkiye’nin ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam’ın benimsediği ilkelerde de sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin temel görevli ve yetkili olması, Bakanlığın sadece politika belirleme, plan yapma, hedefler saptama ve yerel yönetimlere örneklik etme görevlerini yürütmesi başlıca unsurlardır. Türkiye’de de özellikle 1990’lı yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması amacıyla

yapılan reform çalışmalarında, 2003 yılında gündeme gelen ancak yasalaşmayan ve bugün itibarı ile geleceği belirsizlik arz eden KYTKT ve bu kapsamda 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetiminde yerinden yönetim ilkesinin benimsendiği görülmektedir. Esas itibarıyla sağlık hizmetlerinin vatandaşın sunumu ile ilgili görev ve yetkilerin yerinden yönetim ve yerel yönetim birimlerine devredilmesi öngörülmektedir.

Dünyada sağlık hizmetlerinin planlanmasında son yirmi yıldır yerinden yönetim politikaları etkili olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi, dünyanın değişik ülkelerinde, gerek kapsamlı bir reformun parçası ve gerek tek başına bir hedef olarak sağlık sistemlerinin temel reform konusu olmuştur. Sağlık hizmetinin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların gereksinimlere göre daha etkin tahsisini sağlamak, toplumun önceliklerle ilgili kararlara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki adaletsizliğin giderilmesi için, yerinden yönetim etkili bir araç sayılmıştır.

Bu çalışmada da ele alındığı gibi yerinden yönetim, birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektörü reformunun ana konusu olmuştur. Çeşitli Avrupa ülkelerinde yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili görev ve yetkileri incelendiğinde gerek illerin gerek belediyelerin değişik derecelerde sağlık bakımı ve sağlık hizmetiyle ilgili görev ve sorumluluklarının olduğu görülmektedir.

Ancak, yerinden yönetim sistemleri ile ilgili ideal bir model ortaya konulamamaktadır. Sağlık sektörünün kendine özel bazı özellikleri onu diğer hizmet sektörlerinden ayırmaktadır. Sağlık sektöründe yönetsel anlamda yöresel bir sınırlamaya gidilmesi, dışsalıklar nedeniyle mümkün değildir. Bir yörede çıkan bir hastalık kolaylıkla diğer yörelere yayılma riski taşımaktadır. Bu nedenle yerinden yönetim sürecinde, uygulamadan önce yerel koşulların belirlenmesi ve bunlara uygun stratejilerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Ayrıca çevresel, örgütsel ve kurumsal faktörler yanında politik, toplumsal ve ekonomik koşullar önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi sürecinde çeşitli sorunlar yaşanabilir. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilerek iş güvencesinin yok edileceği kaygıları, reformun önünde en büyük engeli oluşturmaktadır. Bunun yanında, daha önce merkezi olarak yürütülen bazı hizmetler için harcamaların her yörede tekrarlanması, hastanelerin iyileştirilmesi çalışmaları ve personelin eğitimi için ek kaynak gereksinimi mali sorunlara yol açabilir. Özellikle politik öncelikler, sendikalar ve diğer bazı çıkar gruplarının dirençleri sonucu uygulamadan geri adımlar atılmak zorunda kalınabilir. Ayrıca, merkezdeki bürokratların sahip olduğu yetkileri taşra yöneticilerine devirde isteksizlik ve direnç bir başka sorun kaynağıdır. Bunlara ek olarak, yerel yönetimlerin kapasite eksikliği ve merkeze güvensizlikleri nedeniyle daha fazla sorumluluk almak istememeleri de yerinden yönetim sürecini olumsuz etkileyebilir.

Türkiye'nin mevcut bürokratik ve merkeziyetçi yapısından kurtulması, yoksulluk ve yolsuzluğun azaltılması amacıyla, yerinden yönetim ilkesi gereğince yerel yönetimleri güçlendirmek ve gerçek anlamda demokratikleşmeyi sağlamak için bir değişime gereksinim duyulmaktadır. Ancak, belediyelere sağlık gibi toplumsal etkileri çok fazla olabilecek bir hizmeti bırakmak Türkiye için istenmeyen sonuçlara yol açabilir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, çeşitli teşvik tedbirleri ve mecburi hizmet uygulamasına rağmen Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri başta olmak üzere birçok yerleşim biriminde, başta uzman hekim ve diğer sağlık personelinin istihdamında çeşitli sıkıntılar yaşamaktadır. Bu bölgelerde yaşanan hekim sıkıntısının giderilmesi için yurt dışından hekim ithal edilmesi bile kamuoyunda tartışılmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun yerel yönetimlere bırakılması bölgeler arasında, hatta iller arasında dengesizlikleri artırarak sağlık alanında ülke düzeyinde belirli bir standarttın oluşmasını engelleyebilir. Böylece vatandaşların sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşmasında ve faydalanmasında çeşitli adaletsizliklere yol açabilir.

Sağlık Bakanlığı mevcut yapısı ve sınırlı olanakları ile tek elden bütünü harekete geçirme, ekonomik ve toplumsal sorunları belirleyip çözme kapasitesine sahip değildir. Taşra birimlerini mevcut durumlarıyla yerelleştirmek sorunların çözümünü sağlamayabilir. İl sağlık müdürlükleri yeterli sayı ve kapasitede personel, teknik araç-gereç, bütçe ve diğer donanımlarla yönetsel ve mali açıdan gerekli yetki ve sorumlulukla desteklenmelidir. Yönetsel ve mali konularda görev yapacak sağlık personelinin sahip olması gereken nitelikler tarafsız ölçütlerle belirlenmesi ve belirli dönemlerde performans ölçümüne tabi tutulması olumlu bir adım olacaktır.

Sağlık Bakanlığı bir yandan sağlık hizmetini merkezden planlayıp finanse ederken, diğer yandan bu hizmetlerin vatandaş istemlerini karşılaması için çalışmalar yürütmektedir. Ancak, birden fazla işle uğraşmak zorunda kalan Bakanlık, hizmetlerde istenen etkinlik, verimlilik ve kaliteyi sağlayamamaktadır. Hizmet sunumu açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikle büyük şehirlerde nitelik ve nicelik açısından gereksinimlere uygun olarak geliştirilmeleri bir zorunluluk halini almıştır. Bu nedenle, sağlık sisteminde politikaların yeniden gözden geçirilmesi, uzun vadeli ve gereksinimlere yanıt verecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Yerel sağlık birimlerine sorumlulukları ile orantılı yetki verilmeli, yeterli personel ve mali kaynaklarla desteklenmeli ve çağdaş yönetim teknik ve stratejiler uygulanmasına imkan tanınmalıdır.

Sağlık sektöründe kamu ve özel arasında ve kamunun kendi kurumları arasında eşgüdümün sağlanamaması sağlık hizmet sunumunu olumsuz etkilemekte ve ülke kaynaklarının verimsiz kullanımına yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kurumları tek çatı altında toplayan yasal düzenleme olumlu bir gelişme olmuştur. Sorunların temelinde yatan tek elden planlama yapamama ve eşgüdüm yetersizliğini gidermek için, sağlık hizmetlerine ilişkin genel politikalar belirlenmelidir. Sağlık hizmetleri bu politikalar çerçevesinde planlanmalı ve hizmet standartları saptanmalıdır. Bu standartların sağlanması için, Sağlık Bakanlığı'nın planlama, eşgüdümleme ve denetim işlevlerini iyi bir biçimde yerine getirmesi için gerekli yasal düzenleme yapılmalıdır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yönetimi profesyonelce yapılamamaktadır. Uzun yıllarını sağlık eğitimine ayırmış ve yönetim bilimi ile tanışmamış olan hekimlerin sağlık yönetiminde tüm yönetsel ve tıbbi süreçlerden sorumlu tutulmaları hem kendi mesleklerini icra etmelerini engellemekte hem sistemin kötü işlemesine yol açmaktadır. Bu nedenle, sağlık yönetiminin başına profesyonel, sağlık işletmeciliği konularında eğitim almış ve yönetim biliminde uzman kişilerin görevlendirilmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinde mevzuatla ilgili konularda da büyük problemler yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde mevzuat çok eski ve dağınıktır. 1930’lu yılların koşullarında hazırlanan mevzuatın büyük bir kısmı halen yürürlükte bulunmaktadır. Çağdaş koşullara ve gereksinimlere uygun bir şekilde ele alınmalı ve sağlık mevzuatı yeniden düzenlenmelidir. Bu kapsamda çıkarılacak olan, “Sağlık Kanunu” ile görev yetki ve sorumluluklar açık bir şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Bu nedenlerden dolayı gerek bakanlık merkezi gerek taşra teşkilatının yeniden ele alınıp, sağlık hizmetlerinin kaliteli verimli ve etkin sunumunu gerçekleştirmek için sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması bir zorunluluk olarak görünmektedir. Ancak, sağlık sisteminin sahip olduğu yetersiz kaynaklar ve araçlarla geçmişten gelen birikmiş sorunların, ağırlıklı olarak kamu yönetimi sisteminin yönetsel, mali ve hukuki yönden bir bütün olarak yeniden yapılandırılmasına yönelik reform uygulamalarının başarısına bağlı olduğu gözden uzak tutulmamalıdır. Yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin, sendikaların, akademisyenlerin ve uygulayıcıların görüşlerine yeterli ölçüde başvurulmadan gerçekleştirilecek olan reform kısa ömürlü ve beklenen yarardan çok çeşitli zararlara yol açabilir.

Sağlık alanında gerçekleştirilmek istenen reformların diğer tüm alanlarda olduğu gibi, yalnızca devlet eksenli bir anlayışla kurgulanması ve kamu örgütleri eliyle uygulamaya konulması çağımızın katılım ve demokrasi anlayışına uygun düşmemektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili meslek kuruluşları, sivil toplum örgütleri, akademisyenler, kamuoyu, yerel sağlık birimleri çalışan ve yöneticileri, merkez

örgütü personeli ile ortak bir vizyon geliştirilerek her kesimin istem ve beklentilerini dikkate alan bir stratejinin izlenmesi önemli olmaktadır. Sistem, paydaşlarının karar alma, uygulama, izleme, denetim ve değerlendirme süreçlerine etkili bir biçimde katılımını öngören yönetim modeli çerçevesinde ele alınabilir. Sağlık hizmetlerinin yönetimine halkın, çalışanların, meslek kuruluşlarının ve diğer sektör temsilcilerinin katılımı sağlanmalıdır.

Bugün, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yerinden yönetilmesi için gerekli siyasi iradenin var olduğu söylenebilir. Ancak yerinden yönetimin yönü, boyutu, içeriği, ve zamanlaması ile ilgili çeşitli tartışmalar güncelliğini korumaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetiminin nasıl bir sonuç doğuracağı ve sorunlara çözüm olup olamayacağı konusunda bilimsel anlamda kesin bir şey söylemek doğru değildir. Ancak bunun sonuçları uygulandığı görülecektir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi çalışmalarında ülkelerin toplumsal, siyasal, kültürel ve ekonomik yapıları etkili olmaktadır. Merkeziyetçi yönetim geleneğinin hakim olduğu, yerel yönetimlerin yönetsel, mali ve teknik kapasitelerinin yetersiz olduğu, sivil toplumun yeterince gelişemediği, ekonomik açıdan zorlukların yaşandığı Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin kısa bir sürede yerelleşmesi oldukça güçtür. Ancak uzun dönemde toplumsal ve siyasal kültürün olgunlaştığı, demokratik kurum ve kuruluşların da tam anlamıyla yerleştiği bir ortamda yerelleşme mümkün olabilir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetiminde uygulanacak olan modelin ülke koşullarına, toplumsal istemlere ve gereksinimlere uygunluğu ile başarı şansı taşıdığı gözden uzak tutulmamalıdır. Değişik ülkelerde yapılan yerinden yönetim uygulamaları, yeterli sayıda nitelikli personel, yeterli mali kaynak ve uygun sağlık sistemi altyapısı olmadan başarıya ulaşmanın mümkün olmadığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetiminde, yerinden yönetim mevcut sorunlara bir çözüm olarak düşünülüyorsa öncelikle yerel

düzeydeki yöneticilerin, çalışanların, bina, araç-gereç gibi kaynakların bu yeni duruma hazırlanması, daha sonra da merkezdeki siyasi ve bürokratik güçlerin tam anlamıyla bu yaklaşımı desteklemesi gerekir.

KAYNAKÇA:

Ak, Bilal (2001); “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 299-312.

Aksakoğlu, Gazanfer (2004); “Kamu Yönetimi Reform Tasarısı Üzerine”, **Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Dergisi**, S. 10, s. 8-15.

Aktan, C. Can (2004); **Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılandırma**, Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara.

Aktel, Mehmet (2003); **Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi**, Asil Yayın, Ankara.

Atun, Rıfat A. (2001); “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1148-1163.

Balcı, Asım (2004); **Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon**, Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara.

Balcı, Asım (2005); **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, Nobel Basımevi, Ankara.

Baran, Doğan (2001); “Sağlık Reformu”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1145-1148.

Başbakanlık (2004); **Hükümetin Bir Yıllık İcraatı**, Başbakanlık Yayını, Ankara.

Bellek, İlker (1999); “Nasıl Bir Sağlık Sistemi”, **Toplum Hekim Dergisi**, C. 14, S. 6, s.461 470

Bellek, İlker (2001); “Sağlık, Sosyalizm, Kamuculuk: Sağlık İçin Sosyalizm Gerekir”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 16, S. 6, s. 23-27.

Bellek, İlker (2004); “Yerelleşme Kapitalizmin Kılcal Damarlarına Sermaye Gidiyor”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 19, S. 1, s. 65-69.

Bilgel, Nazan (2002); “Sağlıkta Reforma İhtiyaç Var mı?”, **Hekimce Bakış**, S. 53, s. 1-5.

Canatan, Bilal (2001); **Yerellik İlkesi**, Galeri Kültür Yayınevi, Ankara.

CDDK (1996); **Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri**, CDDK Yayını, Ankara

Cirhinlioğlu, Faik (2001); **Sağlık Sosyolojisi**, Cumhuriyet Üniversitesi Yayını, Sivas.

Çağlayan, Suat (2001); “Sağlık Sistemimiz ve Sağlıkta Yeniden Yapılandırma Üzerine Yaklaşımlar”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1196-1209.

Çevik, H.Hüseyin (2001); **Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları**, Seçkin Yayın, Ankara.

Çiftçi, Aylin (2004); “Yeni Yerel Yönetim Modelinde Sağlık Hizmeti Planlanması: İstanbul Örneği”, **Dünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma, Yerel Yönetimler Kongresi**, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İİBF ve Biga Belediyesi, Biga Çanakkale, s. 713-715.

Demirer, Mustafa (1995); “İdarenin Yeniden Yapılandırılmasında Mahalli İdareler”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 316-321.

DİE (2004); **Türkiye İstatistik Yılığ**, DİE Yayın No: 0535, Ankara.

Diren, H.Bariş (2001); “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Uygulamadaki Sorunlar”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 251-257.

DPT (2000); **Uzun Vadeli Strateji ve 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, DPT Yayınları, Ankara.

DPT (2001a); **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT Yayınları, Ankara.

DPT (2001b); **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Yerel Yönetimler Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT Yayınları, Ankara.

DPT (2004); “8.Beş Yıllık Kalkınma Planı 2005 Yılı Programı”, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2005.pdf>. 13.12.2005.

DPT (2005); “8. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2006 Yılı Programı”, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2006.pdf>. 23.12.2005.

Dünya Sağlık Örgütü (1998); **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Ecemiş, Muzaffer (1995); “Ülkemizde Mahalli İdareler ve Bu İdarelerin Yeniden Yapılandırılması”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 311-316.

Erdemir, Mehmet (1995); “Büyüyen Türkiye’de Yerel Yönetim İhtiyacı”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 322-324.

Erençin, Arif (2002); “Yerel Yönetimler ve Yeni Kamu Yönetimi Tartışmaları”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, C. 11, S. 4, Ekim, s.1-9.

- Eryılmaz, Bilal (1994); **Kamu Yönetimi**, Üniversite Kitabevi, İzmir.
- Eryılmaz, Bilal (1995); “Yerel Yönetim Sendromu”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 340-346.
- Eryılmaz, Bilal (1997); **Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılandırılması**, Birleşik Yayıncılık, İstanbul.
- Eryılmaz, Bilal (2002); **Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime**, Alfa Yayınları, İstanbul.
- Fişek, A.Gürhan (2001); “Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 312-321.
- Giray, Ümit A. (2005); AB Ülkeleri Sağlık Bakanlıklarının Denetim Hizmetleri; **Bilgi Notu**, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, 23.01.2006.
- Görmez, Kemal (1995); “Türkiye’de Yerel Yönetim Reformu Üzerine”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 327-340.
- Güler, B. Ayman (1998); **Yerel Yönetimler: Liberal Açıklamalara Eleştirel Yaklaşım**, TODAİE, 2.Baskı, Yayın No: 280, Ankara.
- Güler, B. Ayman (2003); **İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon (Kamu Yönetimi Temel Kanunu)**, A.Ü. SBF GETA Tartışma Metinleri, Yayın No: 59, Ankara, s. 1-34.
- Günday, Metin (2003); **İdare Hukuku**, İmaj Yayınevi, 7. Baskı, Ankara.
- Güner, Şükrü (2001); “Kamu Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (Desantralizasyon-Demokratikleşme)”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1217- 1225.

Gözübüyük, A. Şeref (1998); **Anayasa Hukuku**, Turhan Kitabevi, 7. Baskı, Ankara.

Güzelsarı, Selime (2004); **Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları**, AÜ SBF, GETA Tartışma Metinleri Serisi, Ankara, s. 1-19.

Hasdemir, Betül (2001); **Ulusal Sağlık Programı çerçevesinde Mevzuat Uyum; Sağlık Politikaları**, Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Hayran, Osman (2001); “Küreselleşme ve Sağlık”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos, S. 40, s. 1110-1116.

İçişleri Bakanlığı (1972); **İçişleri Hizmet ve Teşkilatını Yeniden Düzenleme Projesi**, İç-Düzen Yayınları: 11, Ankara.

Kaan, Tufan (2003); “Kamu Yönetimi Reform Tasarısında Sağlık Hizmetleri”, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu**, İTÜ EVİ, Ankara.

Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı (2003); <http://www.basbakanlik.gov.tr>, (11.9.2005).

Keleş, Ruşen (1998); **Yerinden Yönetim ve Siyaset**, Cem Yayınevi, 3. Baskı, Ankara.

Kuşoğlu, Bülent (2001); “Sağlık Sistemimiz; Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözümler”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 81-87.

Koyuncu, Başak ve Coşkun, Bayram (2003); “Kamu Yönetiminde Yeni Perspektifler”, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar** içinde, A. Balcı,

A. Nohutçu, B. Coşkun ve N.K. Öztürk (der.), Seçkin Yayıncılık, Ankara, s. 282-301.

Metin, Bekir ve Aydın, Sevim T. (1997); **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkiler**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Nadaroğlu, Halil (1994); **Mahalli İdareler**, Beta Yayınları, 5. Baskı, İstanbul.

Özdemir, Y.Ekrem (2001a); “Sağlık Reformları -1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs- Haziran, s. 276-294.

Özdemir, Y.Ekrem (2001b); “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları –Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları-“, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 257-276.

Özsarı, S.Haluk (2001); “Sağlıkta Yeniden Yapılanma”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1209-1217.

Öztekin, Zafer (2001); “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 294-299.

Pala, Kayıhan (2003); “Dünya Bankasının Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 18, S. 2, s. 115-119.

Sağlık Bakanlığı (1993); **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Hizmetleri Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1998); **Sağlıkta Reformlar**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2001); **Herkese Sağlık: Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2002); **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl (Mayıs 1999-Mayıs 2002)**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003a); **Sağlıkta Dönüşüm**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003b); **Sağlık İstatistikleri 2002**, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayın No: 653, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2004); **80.Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Kuruluşları; Sağlık İstatistikleri 2003, <http://www.saglik.gov.tr>, 25.11.2005.

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Şeması, <http://www.saglik.gov.tr>, 24.02.2006.

Saran, Ulvi (2005); **Sağlıkta Dönüşüm İlkeleri**, Radikal Gazetesi, 11 Eylül. <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=161074> 11.02.2006.

Sarp, Nilgün vd. (2001); “Globleleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1116-1123.

Savaş, B.Serdar (2001); “Türkiye Sağlık Sistemi; Kısa Bir Genel Bakış”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 87-98.

Seçim, Hikmet (1995); **Hastane İşletmeciliği**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

Soyer, Ata (2000); “Dünya Sağlık Örgütü,Alma Ata Bildirgesi.” Toplum ve Hekim, C. 15, S. 4, s. 259-264.

Sur, Haydar ve Atlı, Hakkı (2001); “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1163-1168.

Şaylan, Gencay (1995); **Değişim Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Kitabevi, Ankara.

Şener, Olgun (2005); **Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara.

Taşkın, Mükremin (2001); “Sağlık Politikamız”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 243-251.

TBMM (2004); “Büyükşehir Belediyesi Kanunu”, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5216.html>, 15.12.2005.

TBMM (2005); “İl Özel İdaresi Kanunu”, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5302.html>, 21.12.2005.

TBMM (2005); “Belediye Kanunu”, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5393.html>, 28.12.2005.

Tezcan, S.Güven (2001); “Türkiye’nin Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 65-81.

Teziç, Erdoğan (1997); **Anayasa Hukuku**, Beta Yayınevi, 4. Baskı, İstanbul.

TODAİE (1991); **Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor**, TODAİE Yayını, Yayın No: 247, Ankara.

Tutum, Cahit (1995); “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 133-146.

Türkoğlu, Öztürk (2004); “Sağlıkta Dönüşüm”, **Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Dergisi**, S. 10, s.121-135.

Uz, M. Hulki (1999); “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, **Amme İdaresi Dergisi**, TODAİE, C. 32, S. 1, s. 103-123.

Uz, M. Hulki (2001); “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, **Yeni Türkiye**, S. 39, Mayıs-Haziran, s. 321-325.

Versan, Vakur (1994); **Kamu Yönetimi Siyasi ve İdari Teşkilatı**, Der Yayınları, 10. Baskı, İstanbul.

Yalçındağ, Selçuk (1995); “Yerinden Yönetim, Yerel Yönetim”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, TODAİE, C. 4, S. 2, s. 3-20.

Yayla, Yıldızhan (1995); “Türkiye İdaresinin Yeniden Yapılandırılması Üzerine Bazı Gözlemler”, **Yeni Türkiye**, S. 4, Mayıs-Haziran, s. 120-127.

Yıldırım, Savaş (1994); **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayın No: 2350, Ankara.

Yıldırım, Savaş (2001); “Sağlık Reformu Çalışmaları”, **Yeni Türkiye**, S. 40, Temmuz-Ağustos, s. 1140-1145.

Yıldırım, Turan (1999); **Türkiye’nin İdari Teşkilatı**, Alkım Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

Yıldırım, H. Hüseyin (2000); “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 5, S. 1, s. 1-25.

Yıldırım, H. Hüseyin ve Yıldırım, Türkan (2004); “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor; Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, **Hastane Yaşam Dergisi**, Yıl: 1, S. 2, s. 1-6.

Yıldırım, H.Hüseyin (2004); Sağlık ve Siyaset; Türkiye İlerleme Raporu 2004 ve Sağlık Hizmetleri, www.absaglik.com, www.saglikyonetimi.org, 18.11.2005.

Yustemur, Serap (2005); **Yönetmel Denetim ve Yerel Yönetimlerde Halk Denetçisi**, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.

Yüksel, Mehmet. (2002) **Yönetişim Kavramı Üzerine**, A.Ü. İletişim Fakültesi Yayınları, Ankara.