



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı
Yönetim Bilimleri Bilim Dalı

**TÜRKİYE’DE YENİ KAMU YÖNETİMİ BAĞLAMINDA SAĞLIK
HİZMETLERİNİN ETKİNLİĞİ VE KALİTESİ AÇISINDAN SAĞLIKTA
DÖNÜŞÜM**

Yüksek Lisans Tezi

Güler ARSLAN

Sivas
Mart 2015

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRKİYE’DE YENİ KAMU YÖNETİMİ BAĞLAMINDA SAĞLIK
HİZMETLERİNİN ETKİNLİĞİ VE KALİTESİ AÇISINDAN SAĞLIKTA
DÖNÜŞÜM**

Yüksek Lisans Tezi

Güler ARSLAN

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Raci KILAVUZ

Sivas

Mart - 2015

KABUL ONAY

Üniversite : Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Kamu Yönetimi
Bilim Dalı : Yönetim Bilimleri
Tezin Başlığı : Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği ve Kalitesi Açısından Sağlıkta Dönüşüm
Savunma Tarihi : 26-03-2105 **İmza**
Juri Başkanı : Doç. Dr. Mithat ARMAN KARASU
Üye : Yrd. Doç. Dr. Raci KILAVUZ (Danışman)
Üye : Yrd. Doç. Dr. Naim KARAGÖZ

Oy Birliği
Oy Çokluğu

Güler ARSLAN Tarafından hazırlanan Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği ve Kalitesi Açısından Sağlıkta Dönüşüm,

Başlıklı tez, kabul edilmiştir. .../.../

Prof. Dr. Alim YILDIZ

Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/ Doktora/Sanatta yeterlilik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2-Yazdığım metinlerin tamamı yada sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmamışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3-Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarda belirttiğimi;
- 4-Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istinasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi;

Beyanve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

İmza

Güler ARSLAN

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	İİİ
KISALTMALAR LİSTESİ.....	Vİİ
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİL LİSTESİ.....	İX
GRAFİKLER DİZİNİ.....	X
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ OLGUSU VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.GENEL ANLAMDA YÖNETİM KAVRAMI.....	3
1.1 Kamu Yönetimi ile Özel Yönetim Arasındaki Farklar	3
1.2 Yönetimin Unsurları.....	4
1.3 Kamu Hizmeti Kavramı	4
1.3.1 Kamu Hizmeti Çeşitleri.....	5
1.4 Kamu Hizmetinin Genel Nitelikleri.....	6
1.4.1 Devamlılık.....	6
1.4.2 Değişkenlik.....	6
1.4.3 Eşitlik.....	7
1.4.4 Tarafsızlık	7
1.4.5 Bedelsizlik.....	7
2. GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ	8
2.1 Hastane Kavramı ve Gelişimi.....	11

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	12
3.1 Selçuklu ve Osmanlı Dönemi.....	12
3.2 Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri	19

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM VE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞININ TÜRK KAMU YÖNETİMİNE YANSIMALARI

1. KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM VE DEĞİŞİMİN DİNAMİKLERİ.....	26
1.1 İşletme Biliminde Meydana Gelen Yöntemlerin Etkisi.....	30
1.2 Küreselleşme Olgusu	31
2. YENİ KAMU YÖNETİMİ DÜŞÜNCESİ.....	32
2.1 Yönetişim	37
2.1.1 Yönetişimin Ortaya Çıkışı.....	38
2.1.2 Yönetişimin İlkeleri.....	39
2.1.2.1 Hukuka Uygunluk ve Hukukun Üstünlüğü.....	39
2.1.2.2. Katılımcılık	39
2.2.2.3. Hesap Verebilirlik	40
2.2.2.4. Açıklık – Şeffaflık – Saydamlık	40
2.2.2.5 Etkinlik ve Verimlilik	40
2.2.2.6. Yerelleşme (Yerel Yönetişim)	41
3. KAMU YÖNETİMİNDE YENİDEN DÜZENLEME ÇALIŞMALARI BAĞLAMINDA 1980 SONRASI UYGULAMALAR.....	41
3.1 Bilgi Edinme Hakkı.....	41
3.2 Kamu Görevlileri Etik Kurulu.....	42
3.3 Kamu Denetçiliği	42
3.4 Kalkınma Ajansları.....	43
3.5 Bağımsız İdari Kuruluşlar	43

4. YENİ KAMU YÖNETİMİ BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ.....	44
4.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Sağlık Teşkilatının Yapısı ...	45
4.1.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Teşkilatı.....	45
4.1.2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilatlanması).....	45
4.1.2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Taşra Teşkilatlanması	47
4.1.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Teşkilatlanması	49
4.1.3.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Merkez Teşkilatı.....	49
4.1.3.2 Kamu Hastane Birlikleri	55
4.1.3.3 Halk Sağlığı Müdürlükleri	60
4.1.3.4 İl Sağlık Müdürlükleri	61
5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERELLEŞMESİ VE BELEDİYELERİN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	61
5.1 Çevre Sağlığı İle İlgili Görevler	63
5.2 Sağlık Kurumlarının Kurulması İle İlgili Görevler.....	64
5.3 Sosyal Yardım İle İlgili Görevleri.....	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM VE PROGRAMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	68
2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	70
2.1 Sosyo Ekonomik Göstergeler ve Analiz.....	70

3.2 Sağlık Hizmeti Sunumu	76
3.3 Sağlıkta Gelir ve Harcama İlişkisi	91
SONUÇ VE ÖNERİLER	99
KAYNAKÇA	104
ÖZGEÇMİŞ	113

KISALTMALAR LİSTESİ

AB:	Avrupa Birliği
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
KHB:	Kamu Hastaneleri Birliği
KHK:	Kamu Hastaneleri Kurumu
SB:	Sağlık Bakanlığı
GSMH:	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
AH:	Aile Hekimliği
KHB:	Kamu Hastaneleri Birliği

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kamu Hastane Birlikleri Karşılaştırmalı İnceleme	57
Tablo 2. Tıp Fakülteleri, Öğrenci ve Öğretim Elemanı Durumu	89
Tablo 3. Hemşire Yetiştiren Hemşirelik Yükseköğretim Kurumları Öğrenci ve Öğretim Üyesi Durumu.....	89

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Geleneksel Yönetim Anlayışı - Yeni Yönetim Anlayışı	35
Şekil2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	46
Şekil 3. 2011 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Taşra Teşkilatı	48
Şekil 4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	50
Şekil 5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığının Taşra Teşkilatlanması.....	52
Şekil 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı, Halk Sağlığı Müdürlüğü.....	53
Şekil 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı Kamu Hastane Birliği.....	54
Şekil 8. Sağlıkta Dönüşüm Politikası Çemberi.....	69

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı.....	71
Grafik 2. Yıllara Göre Yaşam Süresi.....	71
Grafik 3: Nüfus piramidi, toplam, Türkiye (2000, 2011)	72
Grafik 4. Yıllara Göre 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfus içindeki Oranı.....	72
Grafik 5. Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)	73
Grafik 6. Bebek Ölüm Hızı Bölgelere Göre Durumu, (1.000 canlı doğumda).....	74
Grafik 7. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda).....	74
Grafik 8. 100.000 Canlı Doğumda Anne Ölüm Hızı	75
Grafik 9. 100.000 canlı doğumda Anne Ölüm Oranı)	75
Grafik 10. Kişi Başı Gayri Safi Yurt içi Hasıla Düzeyleri (Dolar).....	76
Grafik 11. 2011 yılı itibariyle Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus Sayısı.....	77
Grafik 12. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı.....	77
Grafik 13. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı.....	78
Grafik 14. Yatan hasta sayılarının karşılaştırılması.....	79
Grafik 15. Yatan Hastaların Hastanede Ortalama Kalış Günü.....	80
Grafik 16. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı	80
Grafik 17. 100.000 Kişiye Düşen Hastane Sayıları	81
Grafik 18. Hastane Sayılarının Dağılımı	82
Grafik 19. 100.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayıları	83
Grafik 20. Toplam Yataklar İçinde Özel Klinik Yataklarının Yüzdesi	83
Grafik 21. Kişi Başı Hekime Başvurma Sayısı.....	84
Grafik 22. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı.....	85
Grafik 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı.....	86
Grafik 24. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı	86
Grafik 25. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı	87
Grafik 26. Sağlık İnsan Gücündeki Değişim.....	88
Grafik 27. Sektörlere ve Unvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı	88
Grafik 28. 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayılarının Uluslar arası karşılaştırılması, (2000-2011).....	90

Grafik 29. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011.....	90
Grafik 30. 100.000 Kişiyeye Düşen Ebe Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011.	91
Grafik 31. Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrı Safi Yurt İçi Hasıla İndeki Payları Dünya Sağlık Örgütü Hesaplamalar.	92
Grafik 32. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Dünya Sağlık Örgütü Hesaplamaları	93
Grafik 33. Toplam Sağlık Harcaması İnde Kamu Sağlık Harcamalarının Yüzdesi, Dünya Sağlık Örgütü Hesapları.....	93
Grafik 34. İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İnde Payı 2011	94
Grafik 35. 2004-2012 Yılları Arası İlaç Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamaları, Türkiye.....	95
Grafik 36. İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İndeki Payı	95
Grafik 37. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, ABD doları, Dünya Sağlık Örgütü Hesaplaması.....	96
Grafik 38. Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Gelir ve Giderleri	97
Grafik 39. Genel Sağlık Sigortasının 2006-2012 Arasında Gelir-Gider Durumu	98

ÖZET

Kamu hizmetleri içinde sağlık hizmetleri çok önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetleri merkezi yönetim tarafından yerine getirilmekte fakat bu konuda yeni model arayışları devam etmektedir. İnsanları ihtiyaçları ve beklentileri hızlı bir şekilde artmaktadır. Bu amaçla 21.yüzyılın ilk çeyreğinde kamu hizmetlerinde yeniden yapılanma çabalarından sağlık hizmetleri de etkilemektedir. Nüfus artışı, demografik yapının değişmesi, insanların beklentileri sağlık hizmetlerinin artmasına neden olmaktadır. Türkiye’de 1980’lerde başlayan kamu hizmetlerinde reform çalışmaları 2003’lu yıllarda ivme kazanmıştır. Bu reform sürecinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda önemli değişiklikler gerçekleşmiştir.

Sağlık hizmetleri değişik türlere ayrılır. Bunlar Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerdir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmı yerel yönetimlerce yerine getirilmektedir. Bu çalışmada 2003 ile 2012 yılları arasında gerçekleşen sağlık reformu üzerinde yoğunlaşmıştır. Buna ek olarak yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri konusundaki rolleri de analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Yerel Yönetim, Merkezi Yönetim, Hizmetleri, Kamu Hizmetleri, Sağlık Reformu, Aile Sağlığı, Kamu Hastaneleri Birliği, Yeni Kamu Yönetimi.

ABSTRACT

Health services are very important part of public services. Health services are producing centrally but the alternative models searching are continuing. The needs and expectations of the people are increasing rapidly. For this aim, health system were affected by the efforts to restructure public services in the first quarter of the 21st century. Population increase, change of the demographic structure, people's expectations lead to increase in the health services: In Turkey with the reform in the public services that started in 1980s gained momentum in 2000s. By this reform fundamental changes in organizing and offering health services have assigned.

Health services are being diversity. These are preventive, care and therapeutic health services. Some part of the preventive health services can produce by local governments.

In this research we have focussed on the health reforms between 2003-2012 in Turkey. In addition to this the role of the local governments about the health services are analyzed.

Keywords: Health System, Local Government, Central Government, Public Services, Health Reform, Family Medicine, Public Hospital Associations, New Public Management, Good Governance.

GİRİŞ

“Halk içinde muteber nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi”. Her şey sağlıkla başlar. Sağlık hem bireyler hem de toplumlar için hayatın anlamı, varlığın özüdür. Olmak ile olmamak arasındaki ince çizgi sağlık hattında yer alır. Her şeyin sağlıkla anlam kazandığı dünyamızda sağlık hizmetleri en önemli hizmetlerdendir.

Devletin vazgeçmesinin mümkün olmadığı hizmetlerden birisi de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin insan için önemi kadar devlet içinde nasıl sunulduğu konusu son zamanlarda hem sosyal güvenlik hem de yeni kamu yönetimi anlayışı içinde yeniden gündemdeki konular arasına girmiştir. Devlet kavramı, devletin neleri yapması gerektiği konusu, kamu hizmetleri sunarken nasıl örgütleneceği gibi konular neo liberal düşünceler çerçevesinde tekrar sosyal bilimcilerin gündemine girmiştir. Değişim ve dönüşüm çağı olarak da isimlendirilen 21. yüzyılda sağlık hizmetleri de yeni anlayışa uygun olarak gözden geçirilmek durumundadır.

Türkiye’de özellikle 1990’lı yıllarda kendisini daha fazla hissettiren yeni kamu yönetimi anlayışı devletin dönüşümüne yönelik düzenlemelerde en önemli unsur olmuştur. Sağlık alanında da devlet 2003 yılı itibariyle yeni bir model geliştirmeye çalışmış Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla yeni bir yaklaşım gerçekleştirmiştir. Bu model bağlamında sağlık teşkilatının merkez ve taşra teşkilatları yeniden düzenlemiştir. Sağlık hizmetlerinde de artık kalite, verimlilik, etkililik, hesap verebilirlik, şeffaflık, müşteri odaklılık gibi daha çok işletme yönetimi kavramlarına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu çalışmada özellikle 2000’li yıllardan sonra ortaya konulmaya çalışılan bu model ele alınmış ayrıca sağlık hizmetlerinde yerel yönetim birimi olan belediyelerin ne tür rol üstlenebileceği hususu incelenmiştir. Yerelleşme, özel sektör, sivil toplum üçgeninde sağlık hizmetleri açısından belediyeler merkezi yönetimin yükünü hafifletecek düzenlemeler üstlenebilir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından büyük önem taşıyan belediyelerin idari ve mali açıdan yeterli kılınması halinde tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde de en az özel sektör kadar merkezin yükünü

hafifletecek hizmetler yapabilmesi mümkündür. Bu çalışmanın son bölümünde sağlık hizmetleri konusu yerel düzeyde ele alınmış ve merkezi yönetime katkı sağlayabilecek hizmetlerin belediyelerce yerine getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde düzenleme ve denetleme merkezi yönetime ait olmak kaydıyla yerelleşme ve özelleştirme ile bu alanda yeni gelişmeler yapılabilir. Sağlıkta dönüşüm modelinin de temel hedefi bu olmuştur. İncelemelerden de görüleceği gibi özel sektöre yönelik düzenlemelerde büyük artışlar ortaya çıkmış son 10 yılda özel sektörün payı önemli ölçüde yükselmiştir. Buna paralel olarak yerel yönetimlerin de bu alandaki rolleri artırılabilir. Özellikle idari ve mali açıdan güçlü olan büyükşehir belediyeleri bu alanda başarılı uygulamalar ortaya koyabilir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ OLGUSU VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.GENEL ANLAMDA YÖNETİM KAVRAMI

Genel anlamda idare denildiğinde belli bir amacı gerçekleştirmek için birden fazla insanın işbirliği yapması anlaşılır. Bu tanımda iki unsur dikkati çeker. Bunlardan birincisi amaca ulaşmak için bir örgüt oluşturma ikincisi ise yine amaca ulaşmak için değişik faaliyetlerde bulunmaktadır. İşte idare kavramı bu iki özelliği de içeren bir şekilde hem örgüt hem de yönetsel faaliyetler anlamına gelir (Gözübüyük, 1999:1). Yönetim olgusu insanlık tarihi kadar eskidir. Birden fazla insan nerede belli bir amaç için faaliyet gösteriyorsa orada yönetim olgusundan söz edilir.

Yönetim olgusu genel olarak ikiye ayrılır. Devlet, kamu tarafından yerine getirilen faaliyetler söz konusu ise kamu yönetimi, daha çok kar amacına yönelik olarak özel kişiler tarafından yerine getiriliyorsa özel yönetimden bahsedilir. Kamu yönetimi ile özel yönetim hem örgütlenme hem de faaliyetleri açısından birbirinden çok farklıdır.

1.1 Kamu Yönetimi ile Özel Yönetim Arasındaki Farklar

Kamu Yönetimi ile özel yönetim arasındaki farkları şu şekilde belirtilebilir

- Kamu yönetimi ile özel yönetimin amaçları birbirinden farklıdır. Kamu yönetiminde amaç kamu yararı iken özel yönetimde amaç özel yarar yani kar elde etmektir.
- Kamu yönetimi kamu yararına yönelik olarak özel kesimden farklı bir şekilde ayrı bir güce sahiptir. Bu güce kamu gücü adı verilir. Devlet egemenlik yetkisinden kaynaklanan bu gücü sayesinde tek taraflı olarak yaptırım uygulama imkanına sahiptir.
- Özel sektörde taraflar arasında eşitlik söz konusu iken kamu yönetiminde taraflar arasında eşitsizlik vardır.

- Kamu yönetimi hem örgütlenmesi hem de faaliyetleri kanunlarla düzenlenmiştir. Özel sektör kamu sektörüne göre bu anlamda daha serbest hareket eder (Gözler Kaplan 2012:8).

1.2 Yönetimin Unsurları

Yönetim olgusunun kamu ve özel yönetim şeklinde ikiye ayrıldığı yukarıda açıklanmıştır. Bazı unsurlar ortak olmakla birlikte kamu yönetiminin unsurlarını aşağıdaki gibi ele almak mümkündür(Tortop İspir Aykaç Yayman ve Özer, 2010:267).

- **İnsan:**Kamu yönetimin ilk akla gelen unsuru insan unsurudur. İnsan unsuru kavramına; tüketici grupları, siyasi liderler, yasama organı üyeleri ve baskı grupları girmektedir (Eryılmaz 2000: 9).
- **Örgüt:** Örgüt kamusal mal ve hizmetlerin sunulması için oluşturulmuş yapıya denir. Örgüt bir araç görevi üstlenmektedir.
- **Yönetim:** Yönetim amaçlara yönelik olarak insanları ve diğer unsurları kontrol edebilmek için karar verme, sürece ve yönetime yön veren faaliyetler anlamına gelmektedir.
- **KamuPolitikası:** Devletin toplumsal meseleleri çözmek için kanun yapması, yönetsel düzenlemelerde bulunması gerekir. Farklı çözüm yolları oluşturmak, bunlardan en uygun olanı seçmek, yeni yöntemler ortaya koymak kamu politikası kavramını oluşturur.
- **MaliKaynak:** Yönetimin yapacağı bütün faaliyetlerin belli bir maliyeti söz konusudur. Hizmetlerin niteliği mali imkanlara bağlıdır.
- **KamuGörevlileri:** **Kamu hizmetlerini bizzat yerine getiren unsurdur.** Kamu hizmetlerinin niteliği önemli ölçüde kamu görevlilerinin iyi seçimi, tecrübeleri, yetiştirilmeleri ile doğrudan ilgilidir.

1.3 Kamu Hizmeti Kavramı

Kamu hizmeti kavramı genel anlamıyla kamu sektörünün vatandaşların ihtiyaçlarını gidermek için yapılan bütün faaliyetler anlamına gelmektedir. Kamu hizmeti kavramı konusunda değişik tanımlamalar yapmak mümkündür. Anayasa

Mahkemesi bir kararında kamu hizmeti kavramını şu şekilde ele almaktadır. “*En geniş tanıma göre kamu hizmeti , devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından ya da bunların yakın gözetim ve denetimleri altında genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir*” (Akyılmaz Sezginer Kaya 2013:491).¹ Anayasa Mahkemesinin açıklamalarında da görüleceği gibi kamu hizmeti kamu kuruluşları tarafından ya da onun yakın gözetim ve denetim altındaki kuruluşlarca yerine getirilen ve toplumsal ihtiyaçları karşılayan hizmetlerdir. Toplumsal ihtiyaçlar sürekli değişmekte beklentiler artmaktadır. Bu durum kamu hizmetlerinde de değişikliklere neden olmaktadır. Kamu hizmeti organik anlamda toplumsal ihtiyaçların giderilmesi için insan, araç gereç ve mali unsurların biraraya gelmesi ile oluşan yapı demektir. “Kamu hizmeti yasama organınca yararı amacıyla, toplumun ortak ve genel ihtiyaçlarını tatmin için yapılan faaliyete verilen isimdir” (Akyılmaz Sezginer Kaya 2013:494).

1.3.1 Kamu Hizmeti Çeşitleri

- **İdari Kamu Hizmetleri:** Bunlar Yönetimin geleneksel hizmetleridir. Bunlar içinde sağlık, bayındırlık, eğitim, adalet gibi kamu hukuku kurallarına göre yerine getirilen hizmetler yer alır.
- **Ekonomik Kamu Hizmetleri:** Bunlar devletin daha çok ekonomik ve ticari alandaki faaliyetlerine yönelik hizmetlerdir. Nitelikleri itibarıyla özel sektöre benzerler.
- **Sosyal Kamu Hizmetleri:** Bunlar daha çok sosyal devlet bağlamında yerine getirilen hizmetlerdir. Emeklilik, sosyal güvenlik, işsizlere, yaşlılara, kimsesizlere, çocuklara, öğrencilere özellikle de ekonomik açıdan güçsüz kesimlere yönelik hizmetler bu kapsamda yer alır.
- **Bilimsel Teknik ve Kültürel Kamu Hizmetleri:** Üniversiteler, bilim kuruluşları, tiyatro, sinema s gibi sanat faaliyetleri bu grupta yer alır (Gözübüyük,2001:29).

¹ AYM.09.12.1994,E 1994/43 K 1994/42-2, AMKD, C.1, sy.31, s.300 vd.

1.4 Kamu Hizmetinin Genel Nitelikleri

Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde bazı temel ilkelere uyulması gerekir². Kamu hizmetleri toplumsal ihtiyaçları gideren hizmetler olması nedeniyle insanoğlunun doğumundan ölümüne hayatının her aşaması ile ilgili düzenlemeler içermektedir. Kamu Hizmetinin genel niteliklerini aşağıdaki ele alınmaktadır

1.4.1 Devamlılık

Devamlılık ilkesi değişik kitaplarda süreklilik ilkesi olarak da yer almaktadır. Kamu hizmeti vatandaşların doğumundan ölümüne hayatının her aşamasını ilgilendiren hizmetler olduğu için kesintiye uğratılamazlar. Toplum hayatının devamlılığı açısından bu konu çok önemlidir. Kamu hizmetlerinin düzenli ve sürekli olması gerekir. Ulaştırma hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinin bir an için aksadığını düşünelim. Toplumsal hayat felç olacaktır.Kamu hizmetleri günün 24 saati boyunca çok farklı alanlarda gerçekleşen hizmetlerdir.

1.4.2 Değişkenlik

21.yüzyıl değişim ve dönüşüm çağı olarak da nitelendirilmektedir. Tarihte en hızlı değişimin yaşandığı yüzyıl 21. yüzyıldır. Ayrıca değişimin hızlı olmasının yanında toplumsal ihtiyaçlar yakın geçmişle kıyaslanmayacak ölçüde çeşitlenmektedir. Özellikle teknolojik alandaki değişime ayak uydurmak çok zorlaşmıştır. Hızlı tüketim bu hizmetleri yerine getiren kuruluşların da kendisini sürekli yenilemesini zorunlu kılmaktadır. Hizmetlerdeki değişim idari yapıyı değiştirmeye zorlamaktadır. Kamu yönetimleri değişime ayak uydurmalıdır. Zira toplumsal ihtiyaçların gerisinde kalan bir yapıyla yeni nesilleri mutlu etmek mümkün olmayacaktır. Ekonomi, sağlık, ticaret, teknoloji, ulaştırma, bayındırlık, eğitim vs bütün alanlarda artık yeni teknikler, yeni yöntemler uygulanmaktadır. Değişim kaçınılmazdır. Özellikle de küreselleşme ile birlikte dünya küçük bir köy haline dönüşmüş yepyeni yöntemler ortaya çıkmıştır. İyi bir kamu yönetimi bu değişimin önünde gider, hatta değişime yön verir, değişimi kendisi başlatır. Bunun için sürekli iyileşme, sürekli yenilik ilkesi benimsenmelidir.

²Bknz (Gözler Kaplan 2012: 232, Akyılmaz, Sezginer Kaya 2013:495, Gözübüyük, 2001: 31-32, Derdiman 2010:491).

1.4.3 Eşitlik

Eşitlik duygusu insanları birarada tutan toplumsal yaşamdaki en önemli duygudur. Hem hukuki anlamda eşitlik hem de kamu hizmetlerinden yararlanmada eşitlik modern devletlerin en önemli özelliğidir. Modern ülkelerin anayasalarında kanun önünde hiçbir ayırım gözetilmeksizin eşitlik ilkesi benimsenmiştir. Türkiye’de 1982 Anayasasının 10. maddesinde de kanun önünde eşitlik ilkesi düzenlenmiş ve hiç kimseye hiçbir sebeple ayrıcalık yapılamayacağı vurgulanmıştır.

Hukuki boyutunun dışında kamu hizmetlerinden yararlanmada da eşitlik sağlanmalıdır. Bu ilke aslında adil gelir dağılımı konusunu da içermektedir. Hiçbir kişiye, aileye, zümreye, sınıfa ekonomik olarak farklı muamele yapılamaz. Eşitlik ilkesi hem kamu hizmetlerinden yararlananlar hem de kamu hizmetini sunanlar açısından söz konusudur.

1.4.4 Tarafsızlık

Tarafsızlık ile eşitlik içiçe iki kavramdır. Tarafsızlıkta yönetime görevler yüklenmektedir. Yönetim hizmetleri hiçbir ayırım gözetmeden yerine getirmelidir. Kamu hizmetlerinde ayrımcılık yapılmamalı ve çoğulculuğa önem verilmelidir. Tek kişi bile olsa farklı muameleye tabi tutulmamalıdır. Bu ilke hem hizmete katılma hem de ondan yararlanmada geçerli olmalıdır.

1.4.5 Bedelsizlik

Kamu hizmetleri genel ilke olarak meccanidir. Yani bedelsizdir. Günümüzde yeni kamu yönetim anlayışı çerçevesinde bu konu da yeni tartışmalar söz konusudur. Kamu hizmetlerinden ücretsiz yararlanan vatandaş kavramı yerini kullanan öder ilkesine göre oluşan müşteri kavramına bırakmıştır. Bu anlayış bütün kamu hizmetlerinin ücretsiz yerine getirileceği anlamına gelmez. Zira bazı kamu hizmetlerinin giderlerine vatandaş katılmakta ücret ödemektedir. Yalnız bu ödenen para özel sektördeki fiyat karşılığı gibi düşünülmemelidir. Devlet kar güdüsüyle hareket etmez. Devletin en önemli özelliklerinden birisi budur. Yalnız bu ilke kamu kaynaklarının israf edilmesi şeklinde de anlaşılmalıdır. Kamu hizmetlerinin bedelsiz yerine getirilirken ekonomik ve ticari nitelikli kamu hizmetleri ile idari

kamu hizmetleri arasında ayırım yapmak gerekir. Özellikle idari nitelikli kamu hizmetleri ekonomik ve ticari nitelikli olanlara göre bedelsiz yerine getirilir.

2. GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Canlılar aleminin temel içgüdüğü sağlığını korumak ve neslini sürdürmektir. Bu güdünün canlılardaki davranışlara yansımalarının çok çeşitli türü vardır. Bazı bitki türlerinin tehlike karşısında kapanıp geri çekildiği, beslemek için böcek avladığı, gözünde katarakt gelişen keçinin gözünü çalılara sürüp bir tür ameliyat gerçekleştirmesi, fazla yiyerek rahatsızlaşan leyleklerin gagasıyla lavman yapması, kabızlık köpeklerin bir tür ayırık otu yiyerek onun müshil (ishal yapıcı) etkisinden yararlanması var olma güdüsünün yansımalarına örnek teşkil etmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin insanlıkla birlikte var olduğu, sağlık hizmetlerinin tarihinin insanlık tarihi ile yaşıt olduğu ilk insanın ilk eczacı ve doktor olduğu söylenebilir (Akdur, 2005:2-3).

Sağlık hizmetleri toplumsal, ekonomik veteknoloji alanlarındaki değişimlere bağlı olarak hem örgütlenme hem de hizmet sunumu açısından farklılıklar ortaya çıkarmıştır. İlk çağlarda mistik bir anlayış hakim olmuş ve sağlık işlemlerinde doğa üstü anlayışlara yönelme, kötü ruh kovma vs şeklindeki düşünceler hakim olmuştur. Bu anlayışların kalıntılarında 21. yüzyılda bile rastlamak mümkündür. Nazar değmesine mavi boncuk, muska yazılması, medyumlardan şifa umulması günümüzde de rastlanan unsurlardır.

İnsanın doğayı dönüştürmesi deneme yanılma yoluyla bazı bitki ve maddelerin hastalıklara iyi geldiği gerçeğini görmüştür. Daha sonraları bazı hastalıklara nelerin sebep olduğu yönünde gelişmeler olmuş, hastalıkların birbirinden farklı oldukları ortaya çıkmıştır (Akdur, 2005:4).

Bilimsel anlamda tıp eğitiminin geçmişi oldukça yeni sayılır. Tıp alanında yazılı ilk gelişmeler 1798 yılında Jenner tarafından çiçek aşısının ortaya çıkışıyla başlar. Daha sonraları morfin, antropin, kokain vs bulunuşu tıp alanında önemli gelişmelere neden olmuştur. Yine 1880'lerde anestetik maddelerin bulunmasıyla özellikle cerrahi alanında yeni gelişmeleri ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi hizmetlerin türü, insanların istekleri, kültür, ekonomi, ahlak, teknoloji

gibi değişik faktörlerden etkilenmektedir. tek tip bir sağlık hizmeti örgütlenmesinden söz etmek oldukça zordur. Sanayileşme süreci ile birlikte kentleşme, sanayileşme, nüfus artışı gibi unsurlar sağlık hizmetlerini de çok etkilemiştir. “Özellikle sanayi alanındaki işbölümü ve uzmanlaşmaya paralel olarak sağlık alanında da işbölümü ve uzmanlaşmanın artması, risk paylaşımı düşüncesiyle sigortacılık sektörünün ortaya çıkışı gibi unsurlar ülkelerin kendilerine özgü sağlık sistemlerinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Yeni ilaçların bulunması ile bazı sorunlarda rahatlama sağlanmış, morfin kullanımı ile ağrı kontrol altına alınmış, anestezinin gelişmesi ile cerrahi işlemler hızlanmış, rontgen ve diğer laboratuvar imkanlarının gelişmesi ile tanılar kolaylaşmış, buna bağlı olarak her toplumda sağlık hizmeti veren örgütlerin gerekliliği ve önemi artmaya başlamıştır”(Sur, 2015:1).

Atıkların uzaklaştırılması, içme ve kullanma suyu temizliği, aşı ve erken tanı gibi unsurlar koruyucu hizmetlerde ve örgütlenmede değişime sebep olmuştur. Yirminci yüzyıl geleneksel tıp yöntemleri yerine bilimsel bilgiye dayanan profesyonelleşme alanında gelişmeler ortaya çıkmıştır. Önceden özellikle hayırseverler tarafından yerine getirilen hasta bakım hizmetleri uzman uzmanların kontrolüne geçmiş ve yönetim gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bilim ve teknoloji alındaki gelişmeler sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve eğitim ile hasta bakımı ilişkilerinde kurallara dayalı bir yapı başlamıştır. “1910 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Carnegie Vakfı tarafından hazırlanan ve Flexner raporu olarak bilinen bir proje ile tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararlaştırılmıştır. Bu yolla bilimsel bilgi birikiminin, yani teorinin, klinik uygulama ile, yani pratikle bütünleşmesi sağlanmıştır. İlk kez John Hopkins Hastanesinde yapılan bu uygulamayı, başka ABD ve Kanada örnekleri izlemiştir. Hastanelerin ve sağlıkla ilgili mesleklerin bazı kurallara bağlanması, ruhsatlandırılması da yirminci yüzyılın başında gerçekleşmiştir. Hekimlerin bir yere kayıtlı olma gerekliliği ilk kez ABD’de 1870’li yıllarda hekimlik yapanların mesleki çıkarlarını korumak için bir talep olarak ortaya çıkmıştır. 1901 yılında ABD Tıp Birliği hekimlik eğitimini ve mesleğini kurallara bağlamıştır. Ülkemizde ise 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa ile sağlıkla ilgili tüm mesleklerin gerektirdiği koşullar ve yetkiler kurala bağlanmıştır. Amerika’da sağlık alanındaki gelişmeler hastane ve hekim merkezli Avrupa’daki gelişmeler daha çok sigortacılık bağlamında ele alınmıştır. 19’uncu yüzyıl sonunda

Avrupa ülkelerinde gelişen genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti verenlere bir fon oluşturduğu gibi, hükümetlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık harcamaları konusunda denetleyici-düzenleyici rol almasına da yardımcı olmuştur. Genel sağlık sigortasının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya’da ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak bilinen işverenlerce oluşturulan bu uygulama bazı değişikliklere uğrayarak kısa sürede diğer Avrupa ülkelerine yayılmış, 1888’de Avusturya, 1911’de İngiltere, 1945’de Fransa, 1955’te İsveç genel sağlık sigortasını kurmuştur”. (Sur, 2015:2)

Sağlık kavramı geleneksel olarak hastalıkların olmayışı şeklinde tanımlanmaktadır. Hastalık kavramı da farklı kültürlerde farklı değerlendirilmiştir. Örneğin Türkiye’de ishal yakın zamana kadar bir hastalık olarak görülmemiştir. En kabul görmüş sağlık kavramının tanımını Dünya Sağlık Örgütü yapmıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “ yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik “ hali olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tamamına denir. Bu çerçevede sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç boyutta ortaya çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri insana ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır. Temiz su, katı atıkların uzaklaştırılması, hava kirliliği ile mücadele, çevre kirlenmesi, gürültü ve radyasyon gibi unsurlar çevreye yönelik sağlık hizmetleridir. Erken tanı, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi ve sağlık eğitimi gibi unsurlar da insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon ise bedensel ve ruhsal açıdan normal hale dönme faaliyetleri olarak tanımlanabilir. Sağlık politikaları ise bir ülkedeki sağlık sektörünün düzenlenmesi ve yapılandırılması olarak tanımlanabilir. Farklı ülkelerde sağlık sektörünün farklı yapılamış olduğu görülür (Akdur, 2005: 5).

“Devletlerin halkın sağlık sorunlarını sahiplenmesi olgusunun geçmişi çok eskilere dayanmaz. 19.yüzyıl ve özellikle bu yüzyılın ikinci yarısına kadar devlet yönetimlerinin sağlık alanında ciddi, sistemli, günümüzde anlaşıldığı şekilde bir hizmet politikası ve uygulamalarına sahip olduklarından fazla söz edilemez. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonradır ki başta Batı ülkelerinde olmak üzere sistemli sağlık politikaları ve hizmet uygulamalarından söz edilemez” (Aydın, 2004:187).

2.1 Hastane Kavramı ve Gelişimi

Hastaların tedavileri için tutuldukları mekan olarak tanımlanabilen hastaneler özellikle Avrupa'da papaz ve rahiplerin hizmet sundukları manastırlarda ortaya çıkmıştır. XIII. yüzyılda Avrupa'da 19,000 hastane bulunduğu bilinmektedir. Hastaneler ilk dönemlerde kimsesiz hastalar, yolcular ve yoksullara yönelik hizmet vermiştir. 19. yüzyılda kolera, çiçek ve tifo gibi bulaşıcı hastalıklar için hastaneler kurulmuştur. Yine aynı dönemlerde İsveç'te genital hastalıklar için, Norveç'te ise lepralılar (Cüzzam) için hastane yapılmıştır. Ayrıca akıl hastaları için de özel hastanelere rastlanmaktadır. Hastaneler Avrupa'da kilisenin kontrolünde hizmet verirken özellikle Fransız İhtilali'nden sonra kamu otoritelerine devredilmişlerdir. Yine Avrupa'nın sömürge ülkelerinde yaptırdığı hastanelerin özellikle Katolik kilisesine bağlanmıştır. İngiltere'de 8.Henry ile birliktelaik gelişmelerle çerçevesinde hastanecilik hizmetleri kilisenin etkisinden yavaş yavaş kurtulmaya başlamıştır. Yine yardım kuruluşları da hastaneler konusunda çok etkilidir. Kar amacı gütmeyen hastane uygulamalarına Kuzey Amerika'da da rastlanmaktadır. Amerika'da ise hastane hizmetleri piyasa koşulları çerçevesinde gerçekleşmiş ve hizmetle paralı hale getirilmiştir. 1893 tarihinde yataklı hastalardan para alınırken hastane giderlerinin üçte biri hastalardan tahsil edilmiştir. Avrupa'da Parası olmayan hastalara hükümet ve yardım kuruluşlarınca hekim görevlendirilmesi söz konusudur. Bu durum hekimler arasında uzmanlaşmaya yol açmış, hastanelerde maaş alma yerine hekimlere uzmanlıkları sebebiyle özel hasta bakma hakları verilmiştir. Bu durum pratisyen hekimlere göre uzmanlık bilgisine sahip hekimlerin daha fazla para kazanmalarına sebep olmuştur. Pratisyen hekimlik ile uzman hekimlik arasında sosyal anlamda farklılık oluşmuş, kaliteli hizmet için uzman hekime başvurma yoluna gidilmiştir. "Hastane dışında hasta bakım hizmetleri için ücret karşılığında hekim istihdam edilmesi uygulamasının da oldukça eski bir geçmişi bulunmaktadır. Norveç'te bu uygulamanın 350 yıllık bir geçmişi olup , aynı dönemde İsviçre'de de benzer uygulamaya rastlanmaktadır. 1864'te Rusya'da yerel yönetimler tarafından kırsal kesimde hastaneler ve sağlık merkezleri kurulduğu, hekimlerin maaş karşılığında devlet memuru olarak çalıştırıldığı, ulaşım giderlerinin ödenerek, konut imkanı sağlandığı, ayrıca emekli olduklarında güvence sağlandığı bilinmektedir. Bağımsız ve yardımseverlik temelinde bir sağlık hizmeti olarak ev hemşireliği ilk

kez 1859'da İngiltere'de ortaya çıkmış daha sonra kamu hizmetine dönüştürülmüştür . Benzer şekilde İngiltere, Hollanda, Fransa ve Belçika'da ayrı bir meslek olarak ortaya çıkan ebelik kısa zamanda yerel yönetimlerin ücret ile istihdam ettiği bir meslek şekline dönüşmüştür” (Sur, 2015:3).

3.TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri incelenirken geçmişteki uygulamalara bakmak gerekir. Zira toplumsal hayat süreklilik arz etmekte ve çok eski dönemlerden günümüze kadar gelen uygulamalar bulunmaktadır. Bu amaçla sağlık alanında Selçuklu ve Osmanlı dönemlerindeki uygulamalar aşağıda açıklanmaktadır.

3.1 Selçuklu ve Osmanlı Dönemi

Türklerin bilinen en eski sağlık teşkilatı 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Bu medrese Kayseri'de kurulmuştur. Yine yakın tarihlerde Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum'da hastaneler açılmıştır. Bu hastanelerde hem fiziki hem de ruhsal hastalıkların tedavileri gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır.

“Osmanlı Devleti'nin sağlık kurumları köklü islahat teşebbüslerinin başladığı 3. Selim dönemine kadar gerek uygulama gerekse de görünüm açısından Selçuklu döneminin bir tekrarı niteliğindedir. Darüşşifa, Tımarhane gibi çeşitli isimlere sahip olan bu sağlık kurumları devlet tarafından açılan resmi kurumlar olarak değil de genellikle devlet adamları ve şahısların vakıfları sistemi içerisinde toplum hizmetine sundukları sosyal yardım kuruluşları şeklindeydi”(Yavuz, 1988:123).

Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerini görmek üzere merkezde hekimbaşı denilen kişiler görev yapmaktaydı. Hekimbaşılar Darüşşifa (Şifa evi) denilen hastanelerde hizmet sarayda hem de ülkedeki sağlık hizmetlerinden sorumlu kişiydi. Günümüzde hekimbaşının karşılığı olarak Sağlık Bakanı gösterilebilir. Hekimbaşılik teşkilatının ne zaman ortaya çıktığı konusunda farklı rivayetler vardır. Bazı kayıtlarda “II. Murat zamanında (1404-1451), bazı belgelere göre ise Fatih

döneminde(1432-1481) ortaya çıkmıştır. . Hekimbaşılık 380 yıl sürmüş ve bu süre içerisinde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. İlk hekim başı Kutbettin, son hekimbaşı ise II. Mahmut döneminde Abdülhak Molla'dır" (Sur, 2015:4).

Hekimbaşılık döneminde sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve cerrahlar ile Darrüşşifa adı verilen vakıf hastaneleri tarafından yürütülmekteydi.

Hekimbaşıların görevleri şunlardır:

- "Hastane hekimlerini atama, yer değiştirme, yükseltme ve görevden alma,
- Hastane müteveli heyeti tarafından önerilen hekim dışı personelin atamalarını kabul ya da reddetme,
- Gereken yerlerde hastane açtırma,
- Gerektiğinde hekimlerin sınavını yapma ve ehliyetsiz olanları meslek uygulamasından yasaklama,
- Hekim ve cerrahlara muayenehane açma izni verme,
- Harp halinde ordu hekimbaşılığı yapma,
- Ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini satın alma ve koruma"(Sur, 2005:5).

"Osmanlı tıbbının klasik İslam tıbbı niteliğinde olduğu söylenir" (Şehsuvaroğlu vd, 1984:21). O dönemlerde salgın hastalıklar tıp konusunda tedbir almanın en önemli sebepleri arasındaydı. 1817 yılında Bengal'de kolera salgını görülmüş, salgın Hindistan ve Pakistan üzerinden Rusya, İran ve Anadolu'ya oradan da batı ülkelerine yayılarak binlerce kişiyi öldürmüştür. Salgınlara karşı en önemli yöntem olarak karantina uygulamasına gidilmiş, 1823 yılında, Rusya'da yayılan kolera nedeniyle Fransa ve Batılı Devletlerin isteği üzerine İmparatorluğa gelecek gemilerin karantina altına alınmıştır. 1831 ve 1835 yıllarında hem Karadeniz'den hem de Akdeniz'den gelecek salgınlara karşı İstanbul ve Çanakkale'de karantina merkezleri oluşturulmuştur. Osmanlı Devletinde 1838 yılında İstanbul'da "Karantina Meclisi" oluşturulmuş, yeterli hekim olmaması nedeniyle yabancı ülkelerin sefirleri de meclise üye yapılmıştır. Bu durum karantina meclisinin uluslararası bir konum kazanmasına neden olmuştur. Daha sonraları yabancıların çoğunlukta olduğu bir meclise dönüşmüştür. Osmanlının son dönemlerinde 2 Türk,

14 yabancı üyenin yer aldığı bu meclis Lozan Antlaşması ile ortadan kaldırılmıştır³(Yıldırım, 1994:459).

“Klasik ve Doğulu Osmanlı Tıbbının Osmanlıdaki pek çok değişim gibi Tanzimat ile birlikte şekillenmeye başladığı kabul edilmektedir. 19. yüzyıla gelinceye kadar Osmanlı Devleti de dahil olmak üzere dünyadaki çoğu devletin planlı ve bilinçli bir sağlık politikası bulunmamaktaydı. 19. yüzyılda Avrupa’da koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşılması ile batılı devletler sağlık teşkilatlarını oluşturmaya başlamışlardır. Osmanlı Devleti de batıda yaşanan gelişmelerden etkilenecek bu dönemde sağlık alanında teşkilatlanmaya başlamıştır” (Aydın, 2004:186)

“Osmanlı Devletinde batılılaşma ile birlikte Fransa örneğine göre oluşturulan yeni devlet teşkilatında 1849’da sağlık işlerini yürütmek üzere Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) kurulmuştur. 1843 yılında Tanzimat’tan sonra açılan ilk hastane, Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin kadın hastanesidir. İlk açılan hastanelere Gureba (kimsesizler, garipler) adı verilmiş, II. Abdülhamid zamanında açılanlara Hamidiye Hastanesi denilmiştir. Yine İzmir’de 1851, Bursa’da 1879 ve Edirne’de 1888 yılında birer Gureba Hastanesi açıldığı görülür. Osmanlı Devletinde azınlıklar sağlık konusunda özellikle hastaneler açmış. İzmir’de 1775’de bir Fransız hastanesi, 1748’de Rum Cemaati Hastanesi, 1843’te Yahudi hastanesi açılmıştır. Özellikle yoksullara yönelik olarak büyük hizmetler yapmışlardır. Osmanlı Devletinde 1909’da yılında 1883’ü Osmanlı uyruğunda, 773’ü yabancı olmak üzere 2658 hekim vardı. İmparatorluk ikinci meşrutiyetin ilan edildiği 1908’li yıllarda yaklaşık 6 milyon kilometre kare alana ve 54 milyonluk bir nüfusa sahipti. Ortalama 20 bin kişiye bir hekim düşmekteydi. Hekimler de genellikle İstanbul, Selanik, İzmir, Bursa gibi büyük şehirlerde toplanmıştır. Anadolu’da 50-60 bin kişiye bir hekim düşmekteydi. Günümüzde de hekimlerin ülke geneline dağılımında yüzlerce yıl önce yaşanan sorunlara benzer durumların olduğu görülür. Osmanlılarda batılı anlamdaki ilk tıp okulu, II. Mahmut döneminde, 1827 yılında Tıphane-i Amire adıyla kurulmuştur. Bunun hemen ardından- aynı yıl ya da ertesi yıl- Cerrahane kurulmuş, 1831 yılında bu iki okul yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra tıp ve cerrah okulları, Avrupadaki gelişmelere uygun şekilde birleştirilmiştir. Başlangıçta, eğitim-öğretim dili Fransızca

³www.os-ar.com 03.09.2014

olan bu okulda 1866 yılında Osmanlıca eğitime geçilmiştir.Hekimbaşılığın kaldırılarak yetkilerinin Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine devredilmesinden sonra 1870’de yayınlanan bir nizamname ile,Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye, 1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla “Sıhhiye Müfettişlikleri” ile “Memleket Tabiplikleri” kurulmuştur.Bu düzenleme ile öngörülen yapı şu şekildedir:

1. İstanbul’da şehremini, taşrada valiler, Tıbbiye Nezareti ile yazışarak sınırları belli ilçe, kent ve kasabalarda birer memleket tabibi, kent ya da kasabanın büyüklüğüne göre gerektiğinde memleket tabip muavini bulunduracaktır.

2. Bunların maaşları yerel yönetimlerce ödenecektir.

3. Sınırı belli kent ve kasabalarda belediyece birer eczane açılacak, eczanenin kapısına belediyeye ait olduğunu belirtir bir tabela konulacaktır.

4. Tabipler haftanın belirli gün ve saatlerinde , belirli bir yerde zengin, fakir gözetmeksizin başvuran tüm hastaları ücret almadan muayene edecektir. Gerekli aşilar da ücretsiz yapılacaktır.

5. Muayeneye gelemeyecek durumda olanları tabipler evlerinde muayene edecek, ödeme gücü olanlardan, önceden belirlenen bir ücret alınacaktır. Yoksul olanlardan ücret alınmayacak, zorunlu giderler belediye sandığından hekime ödenecektir.

6. Önemli bir gerekçe olmadan hastalara bakmamak, yoksullardan ücret almak işten uzaklaştırma nedenidir.

7. Salgın hastalık çıktığında hekimler gereken önlemleri alacak ya da aldıracaklardır. Sorumluluk alanları dışında da valilerin emir ve onayları ile önlem alacaklardır. Gereken harcamalar yerel yönetimlerce ödenecektir.

8. Tabipler, bölgelerindeki hastane, eczane, sağlıkla ilgili yerleri denetlemek ve sağlıkla ilgili tüm işlerden sorumludur.

9. Memleket tabipleri ayda bir kez Tıbbiye Nezaretine çalışma raporu gönderecektir.

10. Atanmalarından sonra en fazla 9 ay içerisinde sorumlu oldukları bölgeyi tanımları gerekir.

11. Memleket tabiplikleri adli konulardaki görevlerini, bu iş ile ilgili nizamname hükümlerine göre yürüteceklerdir.

12. Tıbbiye Nezaretinden aldıkları talimatları ilçe yönetim amirliklerine bildirmekle sorumludurlar (Sur, 2015: 5)”.

Osmanlı Devletinde 1870’de yılında bir Tüzükle Bakanlığa bağlı Tıp Okulu Nezareti Tıbbiye Mülkiye (Sivil Tıp İşleri Bakanlığı) oluşturulmuştur. 1871 yılında da Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü çıkarılmış ilçelerde memleket tabiplikleri, il ile livalarda ise sıhhiye müfettişlikleri oluşturulmuştur. Bu tüzük ülke içinde sağlık hizmetlerinin hükümet tarafından amacıyla örgütlenmede ilk adım olması nedeniyle oldukça önemlidir. Resmi hekim atanması yöntemi de bu dönemde gerçekleşmiştir. Tıp fakültesi mezunu her öğrencinin2 yıl olmak üzere memleket hekimi olarak görev yapması zorunluluğu getirilmiştir. Bunlar bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşı, hasta bakımı, hastane ve eczane denetleme gibi görevleri yerine getirmekteydi. Bunların maaşları sağlık müfettişlerinin (merkezde görev yapan) maaşlarına göre daha düşüktü. Memleket hekimlerinin maaşları 6-12 altın) arasında değişirken sağlık müfettişlerinin maaşları 20 altından başlardı. Burada da merkez ile taşra arasındaki dengesiz dağılım dikkati çekmektedir (Sur, 2015: 5-7).

Osmanlı İmparatorluğu’nda ilk Belediye İstanbul’da Şehremini olmak üzere 1855’te oluşturulmuştur. Şehreminin meclis üyesi biri başkan olmak üzere 13 kişiden oluşmaktadır.

“Osmanlı Devletinde belediyelerin halka sağlık hizmetleri sunmaya başlaması 7 Temmuz 1870’de Tababet-i Belediye’nin İcrasına Dair Nizamname’nin yürürlüğe girmesiyle olmuştur. Bu nizamname ile belediyenin sağlık personeli tayini ve dışarıda tıp eğitimi alanlara çalışma izni verme usulleri tespit edilmiştir. Yine 1870 yılında yürürlüğe giren “İdare-i Umumiye-i VilayatNizamnamesi’de belediye meclislerinde müşavir üye olarak bir hekimin bulunmasını öngörmekteydi. Bazı önemli liman şehirleri ve merkezleri hariç tutarsak belediyelerin bu dönemde kendi bütçeleri ile sağlık müesseseleri inşa edemedikleri ve ne yazık ki bilinen bir gerçektir. Bu konuda başarılı olan bölgelerde ise başarının nedeni hükümetin özel

gayretlerinin yanı sıra yabancı misyonların faaliyetleri olmuştur Osmanlı İmparatorluğu'nda ilk Belediye İstanbul'da Şehremini olmak üzere 1855'te oluşturulmuştur. Şehreminin meclis üyesi biri başkan olmak üzere 13 kişiden oluşmaktadır.

Belediyelerin halk sağlığı için önemli görevlerinden biri de temizlik konusuydu. Geleneksel Osmanlı şehrinde temizlik işleri resmi görevlilerin denetimi altında her mahallenin halkı ve bazı esnaf tarafından yapılmaktaydı. Osmanlı şehrinde çarşının temizliğinden esnafkethudası, mahalle temizliğinden ise imam sorumluydu. Belediyelerde temizlik işlerini yürütecek bir örgütün kurulması II. Meşrutiyet döneminde gerçekleşmiştir” (Ortaylı, 2000:220).

“Osmanlı Devletinde ne vilayet idareleri ne de belediyeler düzenli olarak sağlık tedbirleri alabilmişlerdir. Devletin modernleşen merkezlerinden biri olarak görülen Tuna vilayetinde bile sağlık konusunda eksiklikler görünüyordu. Nisan 1876 da Tuna vilayetinden çekilen şifreli bir telgrafta “yol üzerinde açıkta hayvan leşlerinin bulunduğu bunların hıfzısıhna bakımından gömülmesi gerektiği” Rusçuk ve Vidin mutasarrıflıklarına bildirilmekteydi” (Ortaylı, 2000:215).

Belediyelerin önemli görevlerinden biri de şüphesiz salgın dönemlerinde hastaların tedavisive ilaç teminiydi. 1865 yılında görülün kolera salgınında ilk belediye hastanesi olan Altıncı Daire-i Belediye Hastanesi hizmete girmiştir. Yine 1879 yılında Beyoğlu Nisa (kadın) hastanesi açılmıştır (Çavdar ve Karcı, 2014:261).

“Batılılaşma hareketleri çerçevesinde idari yapının Fransa örnek alınarak oluşturulması ve taşrada yerel yönetimlerin kurulması ile sağlık alanında yeni bir örgütlenme ortaya çıkar. 1861 yılında çıkarılan bir nizamname ile belediyelerin hekim istihdam etmesi konusu düzenlenmiştir. 1864 yılında çıkarılan Vilayet Nizamnamesi ile eyalet şeklindeki taşra örgütlenmesinin yerine vilayetler almış ve Vilayet Belediye Kanunu ile her şehir ve kasabada belediye kurulması öngörülmüştür” (Ortaylı, 2000:215).

“Osmanlı Devletinde sivil nitelikli tıp okulu olarak 1866 “Mektebi Tıbbiye Mülkiye” açılmıştır. Bu dönemler batılılaşma hareketlerinin etkin olduğu ve eğitim sistemimizin her alanında batı örmek alınarak okulların oluşturulduğu yıllardır. Türkçe eğitim yapan bu okul ilk mezunlarını 1873 yılında 25 kişi olarak verir. 1909

yılına kadar toplam 725 hekim bu okuldan mezun olmuştur. Hekimler bu dönemde mülki kademeleşmeye paralel olarak kaza, liva, vilayet tabibi ve müfettiş şeklinde 4'e ayrılmıştır. Memleket hekimleri bulunan yerlerde aynı zamanda birer memleket eczanesi de bulunacaktı. Bir çeşit kamu görevlisi konumunda bu kişilerin sicilleri tutulup devlete bağlı görevliler olarak değerlendirilmiştir. Bu uygulamalar sadece merkezde değil bütün ülke genelinde sağlık hizmetlerinin devlet eliyle örgütlenmesi örneğidir. Taşrada görev yapacakları süreler belirlenmiş, bir çeşit zorunlu hizmet getirilmiştir. Kura ile görev yerleri belirlenen genç hekimlerin askerlik hizmeti yerine kazalarda 2, livalarda 3 olmak üzere 5 yıl zorunlu hizmet yaptıkları görülür. Günümüzdeki gibi ülkenin her bölgesinin aynı ekonomik, sosyal, teknolojik, coğrafi vs şartlara sahip olmaması nedeniyle Hicaz, Bağdat, Basra, Yemen gibi yelere gönderilen hekimlere ayrıca tazminat uygulaması getirilmiştir. Dikkat edilecek olursa artık sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti sayılmakta ve bunları yerine getiren hekimler de kamu görevlisi konumuna gelmiş bulunmaktadır. Memleket hekimlerinin görevleri net bir şekilde tanımlanmış, belediye tarafından belirlenmiş ve ilan olunmuş yerlerde haftada iki defa ücretsiz olarak muayene yapmak ve fakir ya da zengin farketmeksizin hastalardan para almamaktır. Ayrıca isteyenlere yine ücretsiz olarak aşı yapacaklardı. Yine belirlenen yere gelemeyecek durumda olan hastaların buldukları yerde muayene yapılacaktı. Bütün bunların yanında memleket hekimlerine verilmiş çok önemli bir görev daha vardı. Memleket hekimleri ülkenin genel kalkınmasına katkı olması amacıyla görev yaptığı bölgenin tıbbi topografyasını çıkaracak gerekli sağlık tedbirlerini belirleyecekti. Bu tür bilgileri bir çeşit haber elemanı gibi merkeze rapor etmekle görevliydi. Acil durumlarda tüm sağlık hizmetleri merkezden müdahaleye kadar onun sorumluluğundaydı". (Ergin, 1995:6).

Memleket hekimlerinin taşrada ilk örnekleri Diyarbakır'da görülür. Buraya Dr. Vanitirker'in ismi, Malatya Sancağında Abdulahad Efendi'nin ismi, Ergani Madeni Sancağında ise Yusuf Efendi'nin ismi geçmektedir (İzgoer, 2002:3 aktaran Gülüser, Rasimoğlu: 4).

Memleket hekimliği uygulaması iyi niyetlerle sağlık hizmetlerinin taşraya devlet eliyle yayılmasını amaçlamıştır. Uygulamadama ddi imkansızlıklar, yetişmiş hekim sayısının azlığı, taşrada yaşanan sıkıntılar hep varolmuştur.

1915 yılına gelindiğinde sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı (Dahiliye Nezareti) bünyesinde kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumisi'ne (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne) devredilmiştir. İlk Genel Müdür ise Besim Ömer Paşa'dır. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin ilanından sonra sağlık hizmetleri 3 Mayıs 1920 tarihinde Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına) bağlanmış ve ilk bakan olarak Adnan Adıvar görevlendirilmiştir 1913 Vilayeti İdareyi Sıhhiye Nizamnamesi ile Memleket Tabibiliği ünvanı yerine Hükümet Tabipliği ünvanını kullanılmaya başlanmıştır. İlk kez “ Sağlık Müdürlüğü” bu dönemde kurulur. Böylece başta koruyucu ve çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere il genelinin tüm sağlık işlerinden idari yönden Sağlık Müdürü sorumlu tutulur. “Sıhhiye Meclisleri” de bu kanunla kabul edilmiştir. Sıhhiye Meclisleri Cumhuriyet döneminde önce “Umumi Hıfzıssıha Meclisi” daha sonra da sosyalleştirmede “Sağlık Kurulları “ olarak sürmüştür⁴ (Sur, 2015: 7, Gülse ve Rasimoğlu, 2013:1).

3.2 Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri

Bu dönem cumhuriyetin ilan edilip yeni devletin kurumlarının oluşmaya başladığı dönemdir. Yeni devletin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam'dır. 14 yıl gibi uzun süre bakanlık yapmış olan Saydam Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında ve gelişmesinde önemli hizmetlerde bulunmuştur. Saydam daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermiştir. O dönemlerde ülkenin ekonomiden eğitime, sağlıktan ulaştırmaya içinde bulunduğu durum çok iyi değildi. Kaynaklar kıt, nitelikli insan gücü çok azdı. Saydam bu gerçekten hareketle kıt kaynakları daha çok öldürücü ve sakat bırakan hastalıkların altına alınmasına kullandı. Devletin sağlık hizmetlerinin il ölçeğinde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde ise hükümet doktorları olarak örgütlemiştir. Ayrıca bazı sağlık sorunlarına yönelik örgütlerin kurulması yoluna gidilmiştir. (Frengi, Sıtma Savaş Örgütleri).

Sağlık hizmetleri Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılması ile birlikte bir kamu görevi haline getirilmiştir. 3 Mayıs 1920 tarihinde çıkarılan 3 sayılı Sıhhiye ve

⁴www.os-ar.com 03.09.2014

Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak ayrı bir bakanlık şeklinde örgütlenme yapılmış ve bu hizmetler kamu görevi olarak görülmüştür (Dirican, 1970:3).

Saydam izlediği sağlık politikalarında özellikle tedavi edici hizmetleri yerel örgütlere bırakmıştır. Bu bağlamda Numune Hastaneleri açma yoluna gidilmiş, Ankara, Sivas, İstanbul, Diyarbakır, Erzurum gibi illerde numune hastaneleri açılmıştır.

Koruyucu hizmetlere verdiği önem sayesinde önemli başarılar elde edilmiş, sağlık hizmetlerinin daha cazip hale getirilip koruyucu hizmetlerde görev yapacaklara yüksek ücret politikasıyla kaliteli sağlık personeli temin etme yoluna gitmiştir. Sağlık sektöründe görev yapan personelin özlük işleri, yer değiştirmeleri, yükselmeleri vs konularını Sağlık Bakanlığına bağlamıştır.

İlçe düzeyinde hükümet tabipliği teşkilat oluşturulmuş, bunlar bulaşıcı hastalıklarla mücadele, yoksul hastaların teşhis ve tedavisi gibi görevleri üstlenmişlerdir. Bunların özel muayene yapabilmeleri ve ilaç satabilmelerine de imkan tanınmıştır.

Hükümet tabipliği düzenlemesi, ilçeler arasındaki farklılıklar, iş yükündeki dengesizlikler ve özellikle hekimlerin sağlık konularının dışındaki idari işlerle çok fazla uğraşmaları yüzünden hekimlerce cazip görülmeğe çıkmıştır. Yine hekimlerin uzmanlaşma isteklerine yönelik çalışmaları nedeniyle ilçelerdeki hükümet tabipliği uygulaması çok verimli ve sevilen bir iş olmaktan çıkmıştır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında yürürlüğe girmiştir.

“Dr. Saydam ilk başta ülkenin sağlık alanındaki ihtiyaçlarını tespit etmiştir. Ülkeninihtiyacı olan sağlık elemanı ve kurumlan onun tarafından 1925 yılında şu şekilde tespit edilmiştir:

- 1) Devletin sağlık örgütünü genişletmek
- 2) Doktor sayısını artırmak
- 3) Numune hastaneleri açmak
- 4) Ebe yetiştirmek
- 5) Sağlık memuru yetiştirmek

- 6) Doğum ve çocuk bakımevi açmak
- 7) Verem sanatoryumu açmak
- 8) Sıtma mücadelesi yapmak
- 9) Frengi ve öteki sosyal hastalıklarla mücadele
- 10) Trahom ile mücadele
- 11) Sağlık-sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek
- 12) Sağlık-sosyal yasalarını yapmak
- 13) “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi”ni kurmak
- 14) “Hıfzıssıhha Mektebi”nin açılması

Burada, planlanan sağlık hizmetlerinin ana hatlarına bakıldığında görülmektedir ki;tespit edilmiş olan hedefler, personel/ hizmet birimi gibi sağlık hizmetleri için gerekli altyapısal gereksinimi karşılama ile koruyucu sağlık hizmeti üretme niteliğindedir. Tüm bunlar taşra ve kırsal kesime sağlık hizmeti götürme politikasıyla bir aradadır. Kuşkusuz, tespit edilen bu hedeflerin gerçekleşmesi ülkenin sınırlı olanakları içerisinde olasıdır ki, seneleri alacak bir girişimdir. Türkiye Cumhuriyeti o günden sonra tüm ülke düzeyine hizmet götürebilmek için; illerden ilçelere, ilçelerden köylere kadar sağlık personeli atayarak ve sağlık üniteleri kurarak gerekli hizmet altyapısını kurmaya çalışacaktır” (Aydın,1997:24).

Saydam tıp eğitimi konusunda gayretler sarfetmiş, tıp fakültesi öğrencilerine yönelik barınma, beslenme ve giyinme gibi hususlarda düzenlemeler yapmıştır. 1923 yılında Türkiye’de toplam hekim sayısı 554 ve (19.860 kişiye bir hekim), 1930 ‘da 1182’ye, 1940’ta ise 2387’ye yükselmiştir. Ebe sayısı 136 (80880 kişiye bir ebe), 1930’larda hemşire sayısı ise 202’dir. (71520 kişiye bir hemşire) Taşrada o dönemlerde kadın personelin istihdamının zorluğundan dolayı daha çok erkek sağlık memurları yetiştirilmiştir (Sur, 2015:6).

Saydam döneminde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde ise Hükümet Tabiplikleri kurularak bütün yurda yayılması hedeflenmiştir. Daha çok koruyucu hizmetlere yönelen yaklaşım sağlık hizmetlerinin bütün yurda yayılması ve devlet tarafından yerine getirilmesi ilkesini benimsemiştir.

1945 yılında sıtma hastalığının artması ve tehlikesi nedeniyle Sıtma Savaş Kanunu çıkarılmıştır. Aynı yıl Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur. 1949 yılında Verem Savaş Dernekleri kurulmuştur. 1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuştur.

1935'lere kadar özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yerel yönetimlerden alınmış, Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Ayrıca belediye hastaneleri de devletleştirilmiştir. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan personel hastanelere kaydırılınca koruyucu hizmetlerde bir gerileme ortaya çıkmıştır. Bu dönemde hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesi konusunda başarılı olunamamıştır.

1946-1950 yılları arasında Saydam'dan sonra sağlık bakanı olan Behçet Uz tarafından hazırlanan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı", yürürlüğe konulmuştur. Planın hedefi sağlık hizmetlerin tüm yurda yaymaktır. Bu plana göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmıştır. Bu bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacaktır. Bu merkezlerde de iki hekim bir ebe, bir sağlık memuru bulunacaktır. Yine 10 köy için bir hemşire ebe görevlendirilecektir. Bölgelerin kurulmasından sonra buralarda tıp eğitimi için fakültelerin kurulması öngörülmüştür (Dirican, 1970:5).

Bu merkezler iyi niyetle açılmış ama Behçet Uz'dan sonra her ilçeye bir sağlık merkezi açma biçimine dönüşmüştür.

1954 yılında 6134 sayılı yasa ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara ait hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlanarak bir birlik oluşturulmaya çalışılmıştır. (SSK.Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri hariç)

1961 Anayasa'sının 48 ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin asli anayasal bir kamu hizmeti olarak ele alınmıştır. Hazırlanan birinci beş yıllık planın amaçları arasında halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve halk sağlığı hizmetlerine öncelik vermek vardır. Bunun için tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler bir bütün olarak ele alınmış, pahalı ve nüfusun daha az kesimine hizmet sunan hastane yerine evde ve ayakta tedavi sağlayan bir örgütlenme modeli öngörülmüştür. Bu amaçla Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun çıkarılmış ve 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir (Akdur, 1998:15).

1960'lı yıllarda bütün dünyadaki gelişmelere benzer şekilde planlı kalkınma dönemi başlamıştır. 1961 yılında 224 sayılı kanun ile hükümet tabipliği yerine sağlık ocağı kurulması yöntemi benimsenmiştir 222 sayılı kanun Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ismini taşır ve sağlık ocaklarının sayısı giderek artmış 1982 yılında 53 ile yayılmıştır. 1983 yılında ise bütün ülkede yaygınlaştırılması öngörülmüştür.

“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet
- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet
- Ekip hizmeti
- Denetlenen hizmet
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmet

Bu ilkeler uygun olarak tasarlanan örgütlenme modeli de şöyledir:

-Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5-10 bin kişiye birinci basamak hizmeti verecek olan sağlık ocaklarıdır. Her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile hizmetli, şoför bulunacaktır.

-Sağlık ocakları ekip anlayışı içerisinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturacak hizmet sürekli ve gerektiğinde gezici olacaktır.

-Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden Devlet Hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır.

Halen yürürlükte olan bu örgütlenme modeli kırsal kesimde başarılı olmuşsa da çeşitli nedenlerle kentsel kesimde bir türlü etkin hale getirilememiştir” (Sur, 2015:7-8).

Cumhuriyet’in ilanından 1970’li yıllara kadar genel sağlık politikalarının kamu eliyle yürütülmesi ilkesi hakim iken bu tarihten sonra liberal gelişmeler yavaş yavaş kendini göstermeye başlamıştır. Sosyal Devlet anlayışı politikaları terke dilmeye başlanmıştır. 24 Ocak 1980 kararları ile neo liberal görüşler çerçevesinde piyasa şartlarında hizmet eden bir sağlık anlayışına doğru gelişmeler başlamıştır.

1990’lardan sonraki gelişmelerde ise en dikkat çekici nokta sağlık ocaklarının yavaş yavaş muayenehane temeline dayanan aile hekimliğine dönüştürülmesidir. Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türk Kamu Yönetimi anlayışında ve bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin sunumunda 1990’lardan sonra önemli değişim ve dönüşüm yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde dönüşüm, sağlık reformu, sağlık teşkilatının yeniden yapılanması gibi isimlerle anılan düzenlemeler taşıdıkları önem itibarıyla ayrı bir bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alınmış ve incelenmiştir. Sağlık teşkilatı ve sağlık hizmetlerinin dönüşümü konusunu anlayabilmek özellikle 1980’lerden sonra dünyada (İngiltere Thatcher, Amerika Reagean dönemlerinde yaşanan dönüşüm) gerçekleşen ve 1990’lardan sonra daha belirgin bir şekilde Türk Kamu Yönetiminin merkez ve taşra teşkilatlarında meydana gelen değişimleri ortaya koymak gerekmektedir. Bu amaçla çalışmanın bundan sonraki bölümünde Türk Kamu Yönetimde gerçekleşen değişim ve dönüşüm ele alınmakta, bu değişim ve dönüşüme sebep olan ekonomik, siyasi, hukuki gerekçeler ortaya konulmaktadır. Ayrıca yeni kamu yönetimi olarak tanımlanan yeni yapılanmayı oluşturan etmenler belirtilmekte bu çerçevede oluşturulmuş olan yeni kuruluşlardan kısaca bahsedilmektedir. Sağlık sektörü de genel olarak Türk Kamu Yönetiminde yaşanan bu gelişmelerden etkilenmiş ve Sağlık Sektöründe de değişim ve dönüşüm yaşanmıştır. Sağlık Sektöründe yaşanan değişim ve dönüşüm bağlamında Sağlık Teşkilatlanmasının önceki ve sonraki durumları örgütsel boyutta ele alınmış ve karşılaştırma yapılmıştır. Yine 2000’li yıllarda ortaya konan bu değişim ve dönüşüm hala devam etmektedir. Çalışmada 2000’li yıllardan 2015 yılına girilen bu günlerde ortaya konan değişim ve dönüşümün olumlu ve olumsuz yansımaları önemlidir. Zira yapılanların sonuçlarının iyi değerlendirilmesi reform çalışmalarının en önemli

unsurudur. Sonuçlara y6nelik olarak değerlendirmeleri içeren bilgiler ayrı bir b6l6mde ele alınmıştır. Yine yeni kamu y6netimi anlayışına uygun olarak yerelleşme bağlamında mahalli idarelerin g6lendirilmesi ve y6netişim modeli çerçevesinde merkezi y6netim, sivil toplum, mahalli idareler ve 6zel sekt6r gibi paydaşlardan birisi olan mahalli idarelerin sağlık hizmetleri açısından aldıkları rollerde ayrı bir b6l6mde ele alınmıştır. 6zellikle belediyelerin sağlık ile ilgili g6revleri ele alınmıştır. T6rkiye Cumhuriyeti Devletinde 80 milyon vatandaşımızı doğrudan ilgilendiren sağlık hizmetleri konusunda yerel y6netimler ne gibi roller alabilir. Bu çerçevede mahalli idareler merkezi y6netimin y6k6n6 ne kadar hafifletebilir. B6t6n bu konular çalışmanın son b6l6m6nde ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM VE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞININ TÜRK KAMU YÖNETİMİNE YANSIMALARI

1. KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM VE DEĞİŞİMİN DİNAMİKLERİ

20. yüzyılın üçüncü çeyreğinden sonra ilk önce Amerika'da daha sonra Avrupa'da kamu yönetimlerinin hem örgütlenmeleri hem de işleyişinde devrim niteliğinde değişimler meydana gelmiştir. Yeni sağ kavramı özellikle II. dünya savaşı sonlarına rastlar. Bu düşünce daha çok yaşanan ekonomik sıkıntılar sonucunda ortaya çıkmıştır. Liberalizmin eleştirisi ve yeni yorumu şeklinde ortaya konan ve devlet örgütlenmesinde ortaya çıkan sonuçları yeni kamu yönetimi olarak ortaya konulmaktadır (Aksoy, 2003:547).

Yeni sağ hem ekonomik olarak hem de siyasi özgürlükler olarak devleti vatandaşın önünde bir engel olarak değerlendirmektedir. Bu anlayışta daha çok piyasa şartlarının erdemlerinden bahsedilmektedir. Refah devleti ve sosyal devlet anlayışının devlet örgütlenmesini aşırı bir şekilde büyütüp hantallaştırdığı ileri sürülmektedir. Yeni sağ düşüncesi devletin asli görevlerine dönmesi, ekonomiyi piyasa koşullarına bırakması ve üretici, dağıtıcı vs olmaması gibi ilkeleri benimsemektedir (Güler,2005:97).

“Yeni sağ düşüncesi liberalizm, muhafazakarlık kavramlarının yeni yorumları ve kamu tercihi teorisine dayanmaktadır. Yeni sağ düşüncesi liberalizm, yeni muhafazakarlık, ve kamu tercihi kuramları bağlamında ele almaktadır. Siyasi ve ekonomik liberalizm şeklinde ikiye ayrılan kavramda siyasal liberalizm ekonomik liberalizme ortam hazırlamaktadır. İnsan hakları, demokrasi, özgürlük gibi kavramlar ekonomik liberalizmde piyasa koşullarının devlet müdahalesi olmadan gerçekleşmesi düşüncesi temeline oturtulmaktadır”(Kışlalı, 2000:84-94).

Devlet yeniden “küçük devlet” olacak dış politika, güvenlik ve dış politika gibi asil vazifeleri yerine getirecektir. Ekonomik alanda da sadece piyasada meydana gelebilecek olumsuzlukları giderme görevi üstlenecektir. Bu anlayışın uzantısı olarak yasal ussal bürokrasi (MaxWeber) yerine ekonomik ussal bürokrasi ortaya çıkmıştır. Artık devlet kamu hizmeti kamu yararı gibi kavramların yanında ekonomik rasyonellik çerçevesinde hareket edecektir. Bu yaklaşım beraberinde doğal olarak denetlenebilirlik, şeffaflık, yerelleşme, hesap verebilirlik gibi kavramları ortaya çıkarmıştır. Hukuk devleti, insan hakları, katılım, sivil toplum gibi kavramlara bunlar eklenmiştir.

İlk bakışta birbirleriyle çelişir gibi görünen liberalizm ile muhafazakarlık kavramlarının yeni boyutları tam rekabet piyasasının işlemesi, adaletin gerçekleştirilmesi, tarihi ve kültürel değerlerin korunması, kar amaçsız kuruluşlar gibi hususlarda kesişmektedir.

Bireyin özgürlüklerini savunan liberalizm düşüncesi sosyal düzeni bozmamalıdır. Bunun için devlet piyasada bizzat rol almamalı sadece düzenleyici olmalıdır. Vatandaşlar arasında eşitsizlik kaçınılmazdır. Bu düşünceye muhafazakar düşüncede yer alan daha akıllı ve yeteneklilerin başarılı olacağı az yeteneklilerin ise başarısız olabileceği görüşü eklenmiştir (Aksoy, ed. Aykaç vd, 2003: 550-551).

Liberalizmin ortaya çıkardığı olumsuzluklar (sermayenin tekelleşmesi, adaletsiz gelir dağılımı vs) muhafazakarlık kavramıyla azaltılmakta, bu olumsuzluklar sivil toplum devreye sokularak giderilmeye çalışılmaktadır.

Yeni sağ düşüncesinin küreselleşmeye ve küresel sermayenin çıkarlarına yönelik düzenlemeler olduğu ileri sürülmektedir. Bir çeşit küresel gerçeklere kendini uydurma çabasıdır. Yeni sağın temel eleştirileri, aşırı merkeziyetçi, hantal, işlemeyen bir bürokrasi, kamu kaynaklarının israfı gibi hususlarda yoğunlaşmaktadır.

“Yeni sağ düşüncesi serbestleşme (deregülasyon), özelleştirme ve yeni kamu hizmeti anlayışı düşüncelerini içermektedir. Deregülasyon devletın piyasada aktif bir ekonomik aktör olmak yerine düzenleyici olması esas olanın özel sektör olmasını savunan bir yaklaşımdır. Belediye meclisine ait olan ekmek fiyatını belirleme yetkisini, Fırıncılar Odası’na bırakma kararı deregülasyondur.” devletın piyasadaki

karar alıcı ve oyuncu olması yerine kararları paylaşan özele devreden ve düzenleyen olmasını savunan düşüncedir” (Güler,2005:36).

Serbestleştirme düşüncesi maliyetleri azaltmayı, etkinlik ve verimliliği artırmayı amaçlar. Yine adem-i merkeziyetçiliği yani yerelleşmeyi ve aynı zamanda özelleştirmeyi de savunmaktadır (Kutlu,2006:211). Özelleştirmede özellikle kamunun verimsizliği üzerinde durulmaktadır. Özelleştirme yapılarak kamunun yükü azaltılacaktır.

Dünyada yaşanan ekonomik, siyasi, toplumsal ve teknolojik gelişmeler o ülkelerin yönetim yapılarını da doğrudan etkilemektedir. Bu çerçevede yönetimde egemen olan otorite, hiyerarşi, bürokratik yapılanma gibi kavramlar tartışılır hale gelmektedir. Tartışmaların temelinde de devletin neleri yapması ya da yapmaması düşüncesine paralel olarak artık kamu hizmetlerinde de kamu hizmeti anlayışının yanında verimlilik etkinlik gibi kavramların kullanılması yer almaktadır. Hemen hemen bütün yeniden yapılanma, reform, yenileşme gibi kavramlar hedef olarak etkinlik ve verimlilik kavramlarını esas almaktadır (Saran, 2004:204). Dikkat edilecek olursa bu kavramların işletmeve ekonomi bilimine ait kavramlar olduğu görülür. Kamu yönetiminde temel ilke olan kamu yararı, kamu hizmeti kavramları artık içerik değiştirmekte kamu kaynaklarının da israf edilmemesi gerçeğiyle hareket edilmektedir. Türk kamu yönetiminde Osmanlı'nın son dönemlerinde itibaren çok sık bir şekilde reform konusu gündeme getirilmektedir. Bu durum “ Bitmeyen senfoni” ye dönüşmüştür(Aykaç, Yayman ve Özer, 2003:154). Sık sık reform çalışması yapılması aslında toplumun çok hızlı değişmesiyle birlikte yapılan reformların tam olarak gerçekleşmemesinden de kaynaklanmaktadır.

Yönetimde reform konusu özellikle ekonomik krizlerde daha çok gündeme gelmektedir. “Ekonominin dışa açılması sürecinde zorunlu ortaya çıkan rekabet etme zorunluluğu, ekonomik alanda yeniliği ve gelişmeleri zorlarken, kamu yönetimi alanındaki yeniden yapılanma gereği göz ardı edilmiştir. Ekonomik alanda yaşanan dönüşümler sonucunda ortaya çıkan kamu yönetiminde yeniden yapılanma ihtiyacı uzun süre kamu yönetimini genişleten ve hantallaşmasına yol açan yeni birimlerin kurulması olarak algılanmıştır” (Ekinci, 2005:59). Küresel gelişmelerin yanında iç dinamiklerin de yönetimde değişikliklere neden olmaktadır.İç ekonomik göstergeler,

insanların beklentileri, bürokrasinin siyasallaşması, yolsuzluk, israf gibi unsurlar da yönetsel değimin gerekleri arasında yer alır (Şaylan, 1998:3). Yine ülkedeki siyasi yapı, aşırı merkezîyetçilik, istikrarsız hükümetler, sivil toplumun yetersizliği de bu özelliklere eklenebilir.

“Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında “Kamu Hizmetlerinde Etkinliğin Artırılması Projesi” başlığı altında dile getirilen Kamu yönetiminin örgütlenme, işleyiş ve personel yapısının değişen koşullara uyumu konusuna vurgu yapılmaktadır. Bu çerçevede,

- Devletin kamusal hizmetlerle ilgili görevlerinin yeniden değerlendirilmesi, teşkilat yapısının küçültülerek fonksiyonel hale getirilmesi, dengesiz istihdamın düzeltilmesi ve nitelikli personel istihdamı, halka dönük bir yönetim anlayışının yerleştirilmesi, şeffaflık, katılımcılık gereği,
- Dünya ekonomisindeki küreselleşme süreci, toplumun değişik kesimlerinin çeşitli konularda uzlaşmalarını sağlayacak kurumlara olan ihtiyaç,
- Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasında, Devletin hangi faaliyetleri doğrudan yürüteceği veya yürütmeye devam edeceği, hangi faaliyetler açısından ise gözetici, destekleyici, yol gösterici veya sadece izleyici rol üstleneceğine karar verilerek kamu hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesi, görev ve teşkilat arasında uyumun sağlanması, hizmet etkinliğinin artırılması,
- Devletin rolü küreselleşme ve entegrasyon politikaları çerçevesinde yeniden tanımlanarak, tüm kamu kurum ve kuruluşları üstlendikleri görevle uyumlu bir teşkilat yapısına kavuşturulacağı,
- Devlet ekonomik faaliyetlerini en aza indirecek, sübvansiyon dağıtan bir yapıdan uzaklaşacak, mali piyasalar üzerinde baskı oluşturmayacak, etkin kaynak tahsisi için uygun makroekonomik ortamı oluşturarak kural koyucu ve orta vadede belirsizlikleri giderici genel bir yönlendirme görevi üstleneceği yönündeki ilke ve politikalar, kamu hizmetlerinde verimliliği ve etkinliği artırıcı, katılımı sağlayıcı öneriler, açıkça yeni dönem yeniden yapılanma yaklaşımını göstermektedir”(DPT, 2007:117).

Bu dönemde uygulamaya sokulan yeniden yapılanma politikalarının amacı; serbestleşme yada kaynak dağıtımında piyasa mekanizmasının etkinliğinin artırmayı hedeflediği, fiyatların idari kararlarla değil piyasada oluşacak arz ve talep dengesine

göre belirlenmesi gerektiği uygulanan programın temel ilkesini oluşturmakta olduğu izlenmektedir. Ancak piyasa mekanizmasının kabul edilmesi sadece rekabetin serbest bırakılması gerçekleştirilemeyeceğine göre piyasa mekanizmasının işlemlerinden beklenen sonuçlar ancak uygun bir kurumsal yapının oluşturulması ile gerçekleşebilir. Dolayısıyla öncelikle bu yapının oluşturulması gerekmektedir. Buna göre;

- “ Piyasaların işleyebilmesi için gerekli bilgi akımlarını sağlayacak bir kurumsal yapının oluşturulması,
- yapılan sözleşmelerin taraflar için bağlayıcılığını güvence altına alacak sağlam bir yasal yapının oluşturulması,
- piyasaların rekabetçi bir yapıda çalışabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gibi temel konularda düzenlemelerin yapılması ve bu düzenlemelerin uygulanmasında devletin sorumluluk alması gerektiği gündeme getirmekteydi.” Özetle 1982'deki mali kriz sonrasındaki döneme hakim bakış açısında, deregülasyon bahsedilemese bile “yeniden düzenleme” (regulation) uygulamalarından söz edilebileceği söylenmektedir (Ersel, 1999:37).

1.1 İşletme Biliminde Meydana Gelen Yöntemlerin Etkisi

Kamu yönetiminde hakim olan görüş kamu yararı ve kamu hizmetidir. Kamu yararı denildiğinde herkesin paylaşımına açık özel amaç gütmeyen hizmetler anlaşılır. Kamu hizmeti ise ya bizzat kamu kurumları tarafından ya da kamunun yakın gözetin ve denetimi altındaki kuruluşlarca yerine getirilen hizmetler anlaşılır. Kamunun amacı gütmemesi kamu kaynaklarının israf edileceği anlamına gelmemektedir. İşte kamu hizmetlerinde de verimlilik, uzmanlaşma, müşteri odaklılık, kalite, sürekli iyileşme gibi unsurlar da kamu yönetiminde ileri sürülen ilkeler haline gelmiştir (Güzelsarı, 2004:6).

Kamu hizmetlerinin özel sektör işletmeciliği ilkelerine göre yerine getirilmesinin üzerinde durduğu temel noktalar şunlardır.

- Klasik hiyerarşik teşkilatlanma yerini yatay teşkilatlanmaya bırakır.

- Sonuç odaklılık önemlidir. Sonuçta sayısal olarak ölçülebilen veriler önemlidir.
- Devlet karşısında hak ve borçlara sahip vatandaşın yerini artık aldığı hizmetin parasını ödeyen müşteri almıştır.
- Üretimde esneklik, uzmanlaşma ve özerk kuruluşlar mevcuttur.
- Küçük ama etkili devlet olmalı piyasa kendi oyuncularına bırakılmalıdır.

1.2 Küreselleşme Olgusu

Küre dünya anlamındadır. Küreselleşme en basit tanımıyla dünyanın küçülmesi bir anlamda büyük bir köy haline dönüşmesidir. Küreselleşme bir süreç olarak insanlığın var olduğu günden bu güne devam etmektedir. Değişimin kaçınılmazlığı en önemli sebeptir. 21. yüzyıl değişimin tarihteki en hızlı yaşandığı yüzyıldır. Bundaki en önemli etken teknolojik gelişmelerdir (Aktel, 2003:6).

Değişim devletlerin yapılarını da etkilemektedir. Ekonomik ve teknoloji alanındaki değişimlerin devlet örgütlenmesine değiştirmesikaçınılmazdır. Ekonomideki ekoller devlete verilen görevleri farklılaştırmakta bunun sonucu da devlet farklı (müdahaleci ya da liberal) mantığa göre teşkilatlanmaktadır. (Şaylan, 2003a:121). Sermayenin çok güçlenip küresel hale gelmesi ona göre daha küçük olan ulus devletleri etkileyecek kapitalist mantığın temelfelsefesi olan kar güdüsüne uygun hale getirecektir. Küresel sermayenin karın önündeki engelleri değiştirmesi kaçınılmazdır.

Bu gelişmeler küresel sermayenin lehine değerlendirilebilir. Ülkelerin idari yapılarının değişimini küresel aktörlerden bağımsız düşünmek imkansızdır. Küreselleşme kapitalist anlayışta üretilen mal ve hizmetlere sınır aşırı pazar bulma mücadelesidir.

Küreselleşme çevirisi oldukça doğru bir şekilde dünyayı küçültmüş küçük bir köy haline getirmiştir. Kavramsal olarak ilk defa küreselleşme Marshall McLuhan'ın "Komünikasyonda Patlamalar" isimli eserde kullanılmıştır (Özer, 2006a:143).

“Küreselleşme daha çok ekonomik boyutta kendisini hissettiren bir kavram olsa da aslında ekonomik, siyasi, sosyal ve kültürel boyutları olan çok farklı perspektiflerden bakıldığında çok farklı değerlendirmelere konu edilen ve günümüzde hemen her kavramla bağlantısı kurulan bir olgu” dur (Köse,2007:2). “Dünyanın tek bir mekân olarak algılanabilecek ölçüde sıkışıp küçülmesi anlamına gelen bir süreci tanımlayan küreselleşme, ekonomik, siyasal, sosyal ve kültürel değerlerin ve bu değerler çerçevesinde oluşmuş birikimlerin ulusal sınırlar dışına taşarak dünya geneline yayılması olarak” değerlendirilmektedir” (Köse, 2003:4).

OECD’ye göre küresel şirketlerin ulusal siyasal arenaya girmesi, teknolojik gelişmelerle ülkelerin iletişim, bilgisayar ve enformasyon alanında yeni düzenlemelere gitmesi şeklinde ele alınmıştır (Hasanoğlu,2001:70).

“Coğrafisınırlarla tanımlanan klasik milli devlet ve milli egemenlik kavramı ekonomik anlamda sınır tanımayan dünya pazarı haline dönüşmüştür. “Ulus devletler ülke toprakları ve uyrukları üzerinde siyasi ve hukuki alanlarda daha önce sahip oldukları mutlak belirleyicilik ve denetim güçlerini önemli ölçüde kaybetmeye başlamışlardır” (Saran,2001:39).

Burjuvazinin ulusal sınırları aşan ekonomik güçlerininulusal sınırlar üzerindeki etkisinin teoriden pratiğe yansımaları 1980’li yıllarda ortaya çıkar. İngiltere’de Theatcher ABD’de Reagan, Türkiye’de Özal gibi. Bu değişim vatandaş kavramını da etkiledi klasik tanım yerine ekonomik bir tanımlama hakim oldu. Vatandaş kavramı müşteri kavramına yaklaştırılmaya başlandı.

2.YENİ KAMU YÖNETİMİ DÜŞÜNCESİ

“Yeni kamu yönetimi anlayışı klasik yönetim anlayışına bir tepki olarak ortaya çıkmıştır. Yeni kamu yönetimi konusunda literatürde öncü olarak kabul edilebilecek yazarlar özellikle Osborne ve Gaebler’dir. Bu iki yazar devletin piyasada girişimci rolü üstlenmesi gerektiğini belirtmektedirler.

Devlet; rekabeti artırıcı, sonuçlara odaklı, müşteri öncelikli, görev, yetki ve sorumluluğun örgütün alt birimlerine aktarıldığı, piyasa kurallarını öne çıkaran bir yaklaşımı içerir”(Osborne ve Gaebler, 1992:20).

Yeni kamu yönetimi kavramının temel ilkelerini şu şekilde özetlemek mümkündür.

- *açıklık ve şeffaflık*
- *sayısal performans ölçümleri*
- *merkeziyetçilik yerine yerelleşme*
- *maliyetleri rekabetle azaltmak*
- *tasarruf, verimlilik ve etkinliğe daha fazla önem verme*

kamuda da özel sektördeki gibi profesyonel üst kademe yöneticileri olmalı, sonuçlara odaklanılarak kamu kaynakları daha verimli kullanılmalıdır. Bunun için standart ölçüler getirilmelidir. Yerelleşme ve yetki devri yapılmalıdır. Yerel yönetimler daha da etkili hale getirilmelidir.

Kamu hizmetleri, Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartında⁵ da yer alan ve(subsidiarite)yerelleşme ilkesine uygun olarak oluşturulmuş örgütler tarafından yerine getirilmesinin etkinlik ve verimlilik artırılmalıdır.

“1980’li yıllarda gündeme gelen yeni kamu yönetim anlayışı, bu alanda yeni bir paradigma oluşturmaktadır. İşletmecilik, piyasa temelli kamu yönetimi, girişimci hükümet, yeni kamu işletmeciliği gibi adlarla tanımlanan bu anlayış kamu yönetiminin yapısı ve işleyişi üzerinde yoğunlaşan eleştirilerle iletişim ve teknolojiye paralel olarak özel sektörde gözlemlenen değişim ve dolayısıyla ekonomik anlayışta meydana gelen değişiklikler sonucunda doğmuştur. Bu anlayışla süreç sevk ve idare etmek olan (administration) anlayışından performans ölçme, sorumluluk alma, kaynakları etkin ve verimli kullanma, hedef, strateji ve öncelikleri belirleme demek olan işletme (management) anlayışına doğru bir kaymanın olduğu” görülmektedir” (Bilgiç, 2003:29).

“Üzerinde durulan konular daha çok yöntem ve kurallardır. Bir konuda mevzuat fazlalığından ya da mevzuat yokluğundan kaynaklanan anomi durumlar yaşanmaktadır. Kamu yönetimi (Publicadministration) ile (publicmanagement) şeklinde belirtilen iki yaklaşımın temelinde rasyonalite algılamalarının farklılıkları

⁵ Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı, Avrupa Konseyi, 1981/1984, 1992 tarih ve 92/3398 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, Resmi Gazete, 3-10-1992. 21364.

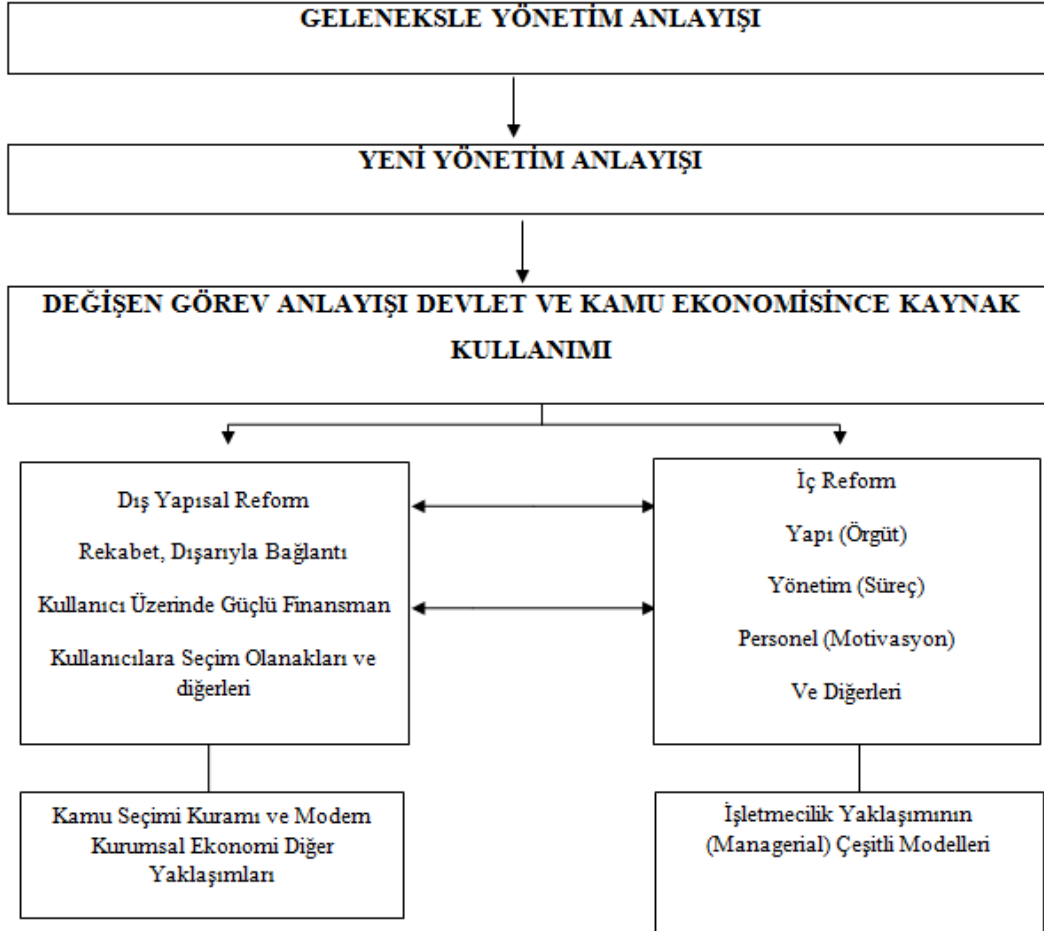
yer almaktadır. “Yeni kamu yönetimi anlayışı, değerleri, normları, teknikleri ve kamu yönetimine dönük yönetim pratiklerini içermektedir. Yeni kamu yönetimi ile insanların yönetimine öncelik verilmekte, kaynaklar ve programlar, yönetim faaliyeti, süreci ve düzenlemelerine göre belirlenmektedir” (Ömürgönülşen, 1997:520).

Bu anlayış kamu yönetiminde bir paradigma değişimidir. Verimlilik, denetlenebilirlik, değişim, işletmecilik, yeni sağ, müşteri odaklılık *gibi kavramlar* değişime neden olmaktadır. Yeni kamu yönetimi bu söylemlerini yeni sağ ve yeni muhafazakarlık düşünceleri ile destekleyerek güçlendirmiştir.

Bu anlayış çerçevesinde devletin yapı ve işlevlerindeki değişimsiyaset ve yönetim ayrımındaki anlayış değişiklik, dış yapısal reform, örgütsel yapı ve süreçler ve personele ilişkin düzenlemeler şeklinde ortaya çıkar.

Geleneksel kamu yönetimi ile yeni kamu yönetimi yaklaşımlarını bir şekilde ifade edecek olursak;

Şekil 1. Geleneksel Yönetim Anlayışı- Yeni Yönetim Anlayışı



(Kaynak: Eren veAktel, 2008:69).

“Yeni yönetim anlayışında küresel mücadele önemlidir. Mal ve hizmet üretim sürecinde devlet mi öncelikli olmalı piyasa mı öncelikli olmalı sorusu tartışılmaktadır. Yeni anlayış, piyasayı öncelikli kılmakta, mal ve hizmet üretim konusunun neo-liberal iktisadi anlayışla devletin müdahalesi olmadan tamamen piyasanın kuralları içersinde yerine getirilmesini savunmaktadır.

Yeni kamu yönetimi anlayışı küresel düzenlemelerin dışında ulusal sınırlar içinde kamunun mal ve hizmet üretimi konusunda yeni düzenlemeler önermektedir.

Özel sektör yönetim tekniklerinin kamuda da uygulanmasını öngörülmektedir. Kamu sektörünün özel sektör tekniklerine göre yürüttüğü faaliyetleri teknik uzmanlık, profesyonelleşme, yetki merkeziliğine karşı yetki devri, örgüt kültürü, performans gibi konulara ağırlık vermektedir. Neo Taylorizm olarak da isimlendirilen bu yaklaşım “girişimci yönetim, yeni insan kaynakları yönetimi, yönetimde mükemmellik” gibi ilkelere sahiptir” (Ömürgönülşen, 1997:520).

“Yeni kam yönetimi aslında daha önceki yönetim ekollerinin önem verdiği veyönetim bilimi literatüründe POSDCORB* olarak isimlendirilen kavramları yenide ele alıp geliştirmektedir. (Tortop, İsbir, Aykaç, 1993:17). Yeni kamu yönetimi anlayışı benzer açıklamaları daha da geliştirip içinde bulunulan dönemin ihtiyaçlarına uyarlayarak yeniden ortaya koymaktadır. Yeni kamu yönetimi performans ölçümlerine önem vermekte klasik örgüt modelinden[♥] yarı otonom yapıya sahip olma, sonuçlara daha fazla önem verme, halkla ilişkileri ön plana çıkarma, merkezi denetim yerine başarı ölçümleri getirme gibi noktalara vurgu yapmaktadır. “Bu yeni anlayış, özel kesim işletme kavramlarının ve tekniklerinin kamu kuruluşlarına uygulanmasını önererek Weberyen bürokrasi anlayışı yerine piyasa ilkelerine ve bireylerin memnuniyetine dayanan, esnek, karar verme katmanları daha düz, sonuca yönelik ve girişimciliğe önem veren bir anlayışı benimsemektedir” (Al, 2002:113).

21.yüzyıl değişim çağıdır. Bu değişim ve dönüşüm tarihte görülmeyecek kadar hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Teknoloji, iletişim, rekabet kamu örgütlenmesinde tartışmalara neden olmuştur.ChristopherHoodnitelikli yönetim, sonuç odaklılık, performans ölçümleri, özel sektör yöntemlerinin kullanılması, disiplin gibi özellikleri belirtmektedir (Hood, 1996:153).

* POSDCORB Luther Gulick'in 1937 yılında Papers on Science of Administration isimli eserindeki planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting olarak belirtilen ve sırasıyla (planlama, örgütlenme, personel ilişkileri, yönetme, eşgüdüm, rapor verme, bütçeleme) olarak Türkçe'ye çevrilen kavramların baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır.

♥ Hiyerarşik örgütlenme, resmi ilişkiler, yasallık, biçimsellik vs gibi ilkelere önem veren Weberyen örgütlenme modeli

2.1 Yönetişim

Yönetişim kamu işletmeciliği yaklaşımının kamuya uyarlanması bazı sorunlara neden olmuştur. Özellikle liberal ekonomik görüşün adaletsiz gelir dağılımına neden olması gibi olumsuzlukları gidermek düşüncesiyle yönetim kavramı ortaya atılmıştır. Devletin şirket gibi yönetilemeyeceğinin ortaya çıkması yeni arayışlara yöneltmiştir. Devlet piyasa zıtlığı yerine devlet, piyasa, sivil toplum ve yerel yönetimler endeksli bir anlayışın olması ortaya çıkmıştır.

“Yönetişim kamu-özel, devlet- devlet dışı, ulusal- uluslar arası aktörler tarafından gerçekleştirilen bir işlev olarak tanımlanmaktadır” (Güzelsarı, 2004:11).

Kamu hizmetleri artık sadece devlet tarafından yerine getirilen hizmetler değil, uluslararası kuruluşları da içeren bir özellik içermektedir.

“Neo liberal ekonomik yaklaşımlar kamuda verimsizlik çözülmeye çalışılırken yönetim toplumsal meşruiyetin kurulmasını amaçlar. “Yönetişim küreselleşme sürecinde devletlerin uluslar arası finans kuruluşları karşısında kendi ekonomik yürütme güçlerini yitirmeleri, yapısal uyarlama politikalarının beklentilerin tersine ortaya çıkardığı yeni toplumsal yıkımlar, özel sektör yönetim tekniklerinin kamu sektörüne taşınmasının ortaya çıkardığı yeni sorunlar, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının ve uygulamalarının uluslararasılaşması ve kamunun hesap verilebilirliğini yitirmesi gibi gelişmelerin siyasal içeriklerini ve ideolojik arkaplanını gizleyen bir söylev olarak son derece önemli bir işlevi üstlenmiştir” (Güzelsarı, 2004:12). Yönetişimde devlet yönetiminde bürokrasi, sermaye kuruluşları ve sivil toplum örgütleri belirgin olmaktadır. Kurumcu iktisat görüşleri yönetişimi kuramsal olarak destekleyen yaklaşımlardır. Yönetişim kavramı yöneten yönetilen ayrımını reddeder, yönetimsiz yönetim (governance without government) ilkesini benimser (Roseneau ve Czempiel, 1992 aktaran, Güzelsarı, 2004:13). Yönetişimde çok merkezli bir yapı vardır. Karar alma mekanizmaları katılımcılık üzerine dayanır.

Yönetişim kavramı ilk kez Dünya *Bankası'nın Sub Saharan Africa: From Crisisto Sustainable Growth* isimli ve 1989 tarihli raporunda yer almaktadır. İyi yönetim tanımlaması ile “Kamu İşletmeciliği” yaklaşımının önermeleri birbiriyle oldukça yakındır. Etkinlik, rekabet, piyasa endeksli olma, özel teşebbüsün önündeki

engelleri kaldırma, özelleştirme, bütçe kontrolü, sivil toplumun yönetime dahil edilmesi, merkeziyetçi olmayan örgütler, katılım, yetki devri, demokratikleşme gibi ilkeler iyi yönetişimin de üzerinde durduğu temel konulardır. Yine hesap verebilirlik, meşruiyet, saydamlık gibi konularda yönetişim kavramı içinde değerlendirilen kavramlardır.

Özel sektör öncelikli bir kalkınma, piyasanın işleyişindeki aksaklıkları, anlaşmazlıkları güvenceye alacak bağımsız bir yargı sistemi, saydamlık açık ve hesap verebilir bir yönetim, kamu örgütlerinin küresel gelişmelere uygun hale getirilmesi yönetişimin öncelikleri arasında yer alır.

Yönetişimde devlet bir orkestra şefi gibidir. Piyasayı, kamu kuruluşları arasındaki eşgüdümü sağlar. Sivil toplum üçüncü sektör olarak ortaya çıkar. Vakıf, dernek kar amaçsız örgütler ve yerel yönetim kuruluşlarını içeren bir modeldir. Sosyal sorumluluk yavaş yavaş devletten sivil toplum kuruluşlarına doğru kaymaktadır.

2.1.1 Yönetişimin Ortaya Çıkışı

Bu kavram ilk defa 1989'da yayınlanan bir Dünya Bankasının Afrika'nın kalkınması amacıyla hazırladığı raporda gündeme gelmiştir. Raporda kamu yönetiminin etkinliği ve hukuk devletinin gerekleri ile ilgili açıklamalar yer almaktadır..

Dünya Bankası'nın Afrika'da var olan durumu bir yönetim krizi olarak saptamasının ardından, yönetişim, 1990'lar boyunca gelişen ve diğer OECD, Birleşmiş Milletler gibi uluslararası kuruluşlarca da benimsenen ve özellikle Dünya Bankası tarafından son yıllarda "iyi yönetişim (goodgovernance)" olarak da kullanılan bir kavram oldu.

"Bazı yazarlar yönetişim teriminin kökenini 16. yüzyıla kadar dayandırmaktadır. Özellikle 17. asırda kullanılan ve Fransızca bir sözcük olan "gouvernance" teriminin temel alınmasıyla böyle bir çıkarım yapılmaktadır. "Gouvernance" terimi, söz konusu dönemde, bazı felsefi yaklaşımlar çerçevesinde, hükümeti sivil toplum ile uzlaştırmaya veya uyumlaştırmaya çalışan bir anlayışı

ifade etmek için kullanılmıştır. Ardından, bu kelime İngilizceye “governance” olarak tercüme edilmiştir” (Uzel, 2006:16).

2.1.2 Yönetişimin İlkeleri

Yönetişim kavramının ilkeleri, hukuka uygunluk ve hukukun üstünlüğü, katılımcılık, hesap verebilirlik, açıklık, hesap verebilirlik, açıklık, şeffaflık, saydamlık, etkinlik, verimlilik ve yerelleşme şeklinde belirtilebilir.

2.1.2.1 Hukuka Uygunluk ve Hukukun Üstünlüğü

Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde hukuka bağlı olma ve hukukun üstünlüğünü kabul etme önemli bir yönetim ilkesidir. Sadece yönetilenler değil herkesin önceden belirlenmiş kurallara uymasın, hukuk kurallarının herkes için aynı şekilde uygulanması gerekir. Devlet vatandaş hukuk karşısında eşit olmalıdır (Kuyaksil, 1993:124).

Yönetimde demokratik ve etkin bir devlet; hukuka uygun bir yönetim anlayışını egemen kılarak gerçekleşir. Bunun için kuvvetler ayrılığı, savunma hakkı, bağımsız yargı ve yönetimin yasallığı ile yargısal denetime tabi olmasıyla gerçekleşir.

Devlet kuralların uygulanmasına öncülük eden ve uymayanları cezalandıran bir anlayışta olmalıdır. Hukuk devleti sadece kural koyan değil, koyduğu kuralların, yürüttüğü programların ve bir bütün olarak kamusal faaliyetlerin uygulanması sürecini gözden geçiren ve uygulamada ortaya çıkan problemleri çözme iradesine sahip olan bir devlet olmalıdır (Bahçavan, 2004:15-16). Hukukun üstünlüğü ile yolsuzlukların önlenmesi arasında pozitif bir ilişki vardır. Hukukun üstünlüğü arttıkça yolsuzluklar daha fazla kontrol edilmektedir (Karabacak, 2003:65).

2.1.2.2. Katılımcılık

Siyasal katılım vatandaşların siyasal karar alma sürecine etkinliğini belirler. Katılım vatandaşlık, demokratiklik, temsil gibi özellikleri içerir. Yine katılımın en önemli aracı oy verme şeklinde kendini gösterir. (Kösekahya, 2009:1). Katılım kurumsallaştırılmalıdır. Bir kültür unsuru olarak bütün vatandaşlara öğretilmelidir. Sivil toplum bu konuda önemli bir araç olarak kullanılabilir. Sadece 4 ya da 5 yılda

bir oy verme şeklinde değerlendirilmemelidir. Demokrasi örgütlü toplum şeklinde tanımlanabilir. Yönetimin her aşamasında vatandaşın katılımı gerekir. İletişim teknolojileri etkin katılımı önemli rol oynar.

2.2.2.3. Hesap Verebilirlik

Hesap verebilme kamu yönetimin önemli unsurlarından bir olmalıdır. “Kamu örgütleri, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarındaki karar alıcılar, kamu oyuna ve kurumsal paydaşlarına karşı hesap verebilmelidirler” (Özer, 2006b:80).

Hesap verebilirlik ilişkisi vatandaşlar ile kamu görevlileri -daha geniş anlamıyla kamusal görevleri yerine getirenler- arasında, kamu örgütünün kendi içindeki hiyerarşik kademeler arasında ve politikacılar ile bürokratlar arasında isleyen bir mekanizmadır. Hesap verme sorumluluğu, hiyerarşinin veya yetki devrinin olduğu yerde, astların veya devredilen yetkiyi kullananların faaliyetlerinin, üstlerin ya da yetki devredenlerin istekleri doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlar (Balçı, 2003:116).

2.2.2.4. Açıklık – Şeffaflık – Saydamlık

“Devletlerin ekonomik, politik ve sosyal konularda aldıkları kararlara, özel sektörde faaliyet gösteren kuruluşların mali durumlarına, uluslar arası kuruluşların faaliyetlerine ilişkin zamanında, anlaşılır, ilgili, nitelikli, güvenilir bilgiye bireyler tarafından erişilebilmesidir şeffaflık” (Kuzey, 2003:1). Açıklık idari kararların alınması ve uygulanmasında şeffaf olunması şeklinde tanımlanabilir.

Şeffaflık kamu hizmetlerinin periyodik olarak halka duyurulması, , bütçenin nasıl ve nerelerde kullanıldığının vatandaşın denetim ve gözetimine sunulmasını içerir. Yine vatandaşların belgelere erişimi imkanlarının sağlanması şeffaflıkta önemli bir husustur.

2.2.2.5 Etkinlik ve Verimlilik

Etkinlik kavramı yönetim anlayışı içerisinde etkinliği, karar alma sisteminin problem çözücü gücü olma şeklinde değerlendirilir.

2.2.2.6. Yerelleşme (Yerel Yönetişim)

Yönetişim konusunda önemli hususlardan biri de yerelleşmedir. Yerelleşme kamu hizmetlerinin vatandaşa en yakın birimlerce yerine getirilmesi anlamına gelir. Halkın aracısız yönetime katılabilmesi çok önemlidir.

Yönetişim merkez yerel ilişkilerinde, görev, yetki, sorumluluk ve mali kaynakların paylaşımında yerelleşmeye daha fazla ağırlık verir. Yerel yönetimler demokratik katılımcılığın sağlanması için daha uygun bir ortam hazırlar. Yerel meselelerin daha isabetli tespiti ve zaman kaybının önlenmesi yerelleşmenin olumlu yönleridir.

3.KAMU YÖNETİMİNDE YENİDEN DÜZENLEME ÇALIŞMALARI BAĞLAMINDA 1980 SONRASI UYGULAMALAR

Türkiye’de yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde 1980’lerden sonra yeni düzenlemeler yapılmıştır. Neo-Liberal yaklaşım çerçevesinde yeni oluşturulan kuruluşlar şunlardır.

3.1 Bilgi Edinme Hakkı

Bilgi edinme hakkı demokrasilerde vazgeçilmez bir haktır. Vatandaşa hizmeti hedefleyen kamu yönetimi vatandaşı bilgilendirmesi oldukça önemlidir. Demokrasilerde Gizlilik ve kapalılık yerini açıklık ve şeffaflığa bırakmalıdır. Zira vatandaş bilgi edinmediği sürece en önemli görevi olan yönetimi denetleme faaliyetini yerine getiremeyecektir. Yönetimin denetlenmesinin önemli bir aracıdır.

“Bilgi Edinme Kanunu 24 Ekim 2003 ‘de kabul edilmiş 24 Nisan 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kanunun amacı demokratik, şeffaf yönetimin gereği olan eşitlik, tarafsızlık ve açıklık ilkelerine uygun bir yönetim oluşturmaktır. Yargı, devlet sırrı, istihbarat, ülkenin ekonomik çıkarları, idari soruşturmaya ilişkin, adli soruşturmaya ilişkin, özel hayatın gizliliği, haberleşmenin gizliliği, ticari sır, fikir ve sanat eserleri, kurum içi düzenlemeler, yayımlanmış veya kamuya açıklanmış

bilgilerle ilgili belgeler bilgi edinme kanunu dışında kalan düzenlemelerdir” (Hız ve Yılmaz, 2004:52).

3.2 Kamu Görevlileri Etik Kurulu

Türkiye’de 25-05-2004 tarihinde Kamu Görevlileri Etik Kurulu kurulmuştur. Bu çerçevede etik kavramı kanun ile güvenceye alınmış ve kamu yönetiminin işleyişinde anahtar kavramlardan biri haline gelmiştir. Etik kavramı bu yüzyılın önemli kavramları arasındadır. Etik ilkeleri denildiğinde hukukilik, liyakat, dürüstlük, sadakat, nesnellik, saydamlık, hesap verebilirlik, eşitlik, güven gibi konuları içermektedir.

Türkiye’de bu kanun çerçevesinde Başbakanlık bünyesinde Kamu Görevlileri Etik Kurulu oluşturulmuştur. Kurul, Bakanlar Kurulu tarafından atanan biri başkan olmak üzere 11 üyeden oluşur. Kurul etik ihlallerini inceler ve etik kuralların oluşturur. Bu amaçla yapılması gereken hukuki düzenlemeleri hazırlar.

3.3 Kamu Denetçiliği

Türkçeye kamu denetçisi olarak çevrilen kavram vatandaş devlet ilişkilerinde aksayan yönleri düzenlemeye yönelik bir düzenlemedir. Vatandaşın devlet karşısındaki konumunu bir anlamda daha da güçlendiren bir anlayıştır. Zira kamu denetçisi kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde ortaya çıkan aksaklıkları gidermek üzere örgütlenmiştir. Ortaya çıkan uyuşmazlıkları, anlaşmazlıkları, aksaklıkları yargıya intikal etmeden önce çözmeyi hedeflemektedir. Kamu denetçisi vatandaş adına aksaklıkları ortaya koyup meclise getirip yeni düzenlemelerin yapılmasına imkan hazırlar. İlk olarak ortaya çıkışı Osmanlıda Kazasker uygulamalarında görülür. Daha sonraları İsveç’te uygulanmaya başlamıştır. Rusya ile Savaşta Osmanlıya sığına İsveç Kralı 12. Şarlülkesini yaklaşık 10 yıl İstanbul’dan yönetmiştir. Osmanlıdaki Kazasker uygulaması örnek alınmıştır.

Silahlı kuvvetler ve yargı kurumları hariç kamu denetçisinin sorumluluk alanındadır. 2010 yılında Anayasa’da yapılan değişiklikle hukukumuzda girmiş olan

bu uygulama TBMM’de konuyu gündeme getirip çözüm aramaktadır. Kurum bir baş denetçi 10 tane denetçiden oluşmaktadır (Aktaş,2011:370).

3.4 Kalkınma Ajansları

Türkiye’de farklı bölgeler arasındaki ekonomik eşitsizliklerin giderilmesi ülkenin bir bütün olarak kalkınmasının sağlanması amacıyla 26 ekonomik bölgeye ayrılmıştır. Bölge kalkınma ajanslarının asıl amacı bölgesel stratejileri uygulamak kalkınmanın temel etkeni olan altyapı şartlarını hazırlamak yerel ve bölgesel çözüm önerileri getirmektir.

3.5 Bağımsız İdari Kuruluşlar

Hukuk devletinde bağımsız sıfatına sahip tek kuruluş yargıdır. 2000’li yıllarla birlikte hız kazanarak sayıları ortan üst kurullara bağımsız idari otorite adı da verilmektedir. Zira bu kuruluşlar bazı ülkelerde yarı yargısal kuruluş olarak da tanımlanmıştır. Bu kuruluşlar yargı kuruluşu olmamasına rağmen üyelerinin bağımsızlıkları, kararlarının yargı denetimi gibi özellikleri nedeniyle bağımsız olarak nitelendirilmektedir.

Sayıları, görev alanları, hukuki yapıları, organlarının seçimi konularında ülkelere göre farklılıklar görülmektedir. Dünya’da ilk örneklerine Amerika’da rastlanan bu kuruluşlar Türkiye’de de hızla gelişmiş ve sayıları artmıştır. Bu gün itibarıyla 80 civarında üst kuruluş bulunmaktadır.

Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde özellikle piyasa koşullarına uygun olarak düzenleme ve denetleme yapma görevini yerine getirmektedir.

Üst kurullar, her ülkede değişik biçim ve içerikte tasarlanmış olan fakat temelde devlet yönetimini elinde bulunduran siyasi organlardan bağımsız, temel hak ve özgürlükleri ve ekonomik etkinliklerle ilgili duyarlı konularda kendine ait etkili ve önemli yetkiler kullanarak düzenleme, denetim ve gözetim görevi gören yapılardır.

RTÜK, (Radyo Televizyon Üst Kurulu), EPDK (Enerji Piyasası Düzenleme Kurulu), BDDK (Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurulu), RK (Rekabet Kurumu), gibi kurumlar örnek olarak verilebilir.

4. YENİ KAMU YÖNETİMİ BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Ekonomik, sosyal,siyasi ve teknolojik alanda küresel dünyada meydana gelen değişimler ülkelerin kamu yönetimi teşkilatlarını etkilemektedir. Sağlık hizmetleri de kamunun asli görevleri arasında yer alması nedeniyle devletin örgütlenmesinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Sağlık hizmetleri pahalı hizmetler olup bu konuda israfi önleme ve verimliliği sağlama temel amaçtır. Sağlık alanındaki düzenleme çalışmaları esas olarak bu iki noktaya yoğunlaşır.Bunlar harcamaları düzenleme verimliliği artırmadır (Keydervd, 2011: 7).

Sağlık alanında belirtilen hedeflerle ilgili hukuki düzenlemeler sağlık bakanlığının merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmasını üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu konuda gerçekleştirilenleri daha iyi anlayabilmek için dönüşüm öncesi sağlık bakanlığının merkez ve taşra teşkilatı ile dönüşüm sonrası ortaya çıkan yeni durumu görmek gerekir.

1980 sonrası yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde sağlık alanında yapılan ilk düzenleme 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun çıkarılması olmuştur. 1980 sonrası döneme hakim olan özelleştirme, yerleşme düşüncesi sağlık sektörünü de etkilemiştir. Bu kanunla hastanelerin merkeziyetçi yapıdan uzaklaşması amaçlanmıştır.

1990 yılında I. ve II.Ulusal Sağlık Kongreleri⁶ gerçekleştirilmiş ve burada sağlık hizmetlerinde sağlık bakanlığının merkeziyetçiliğinin azaltılması, sağlık hizmetlerinin finansmanının güçlendirilmesi, birinci basamak sağlık ve bilgi sistemlerini geliştirmek hedeflenmiştir (Bulut, 2011: 117-118).

⁶I.Ulusal Sağlık Kongresi 23-24 Mart 1992 ve II. Ulusal Sağlık Kongresi 12-16 Nisan 1993 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

4.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Sağlık Teşkilatının Yapısı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve teşkilatlanmasındaki değişim daha ayrıntılı anlayabilmek için dönüşüm programı öncesi ve sonrası ortaya çıkan yapılanmayı incelemek gerekir.

4.1.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Teşkilatı

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi sağlık hizmetlerinin merkez ve taşra teşkilatlanması aşağıda yer almaktadır.

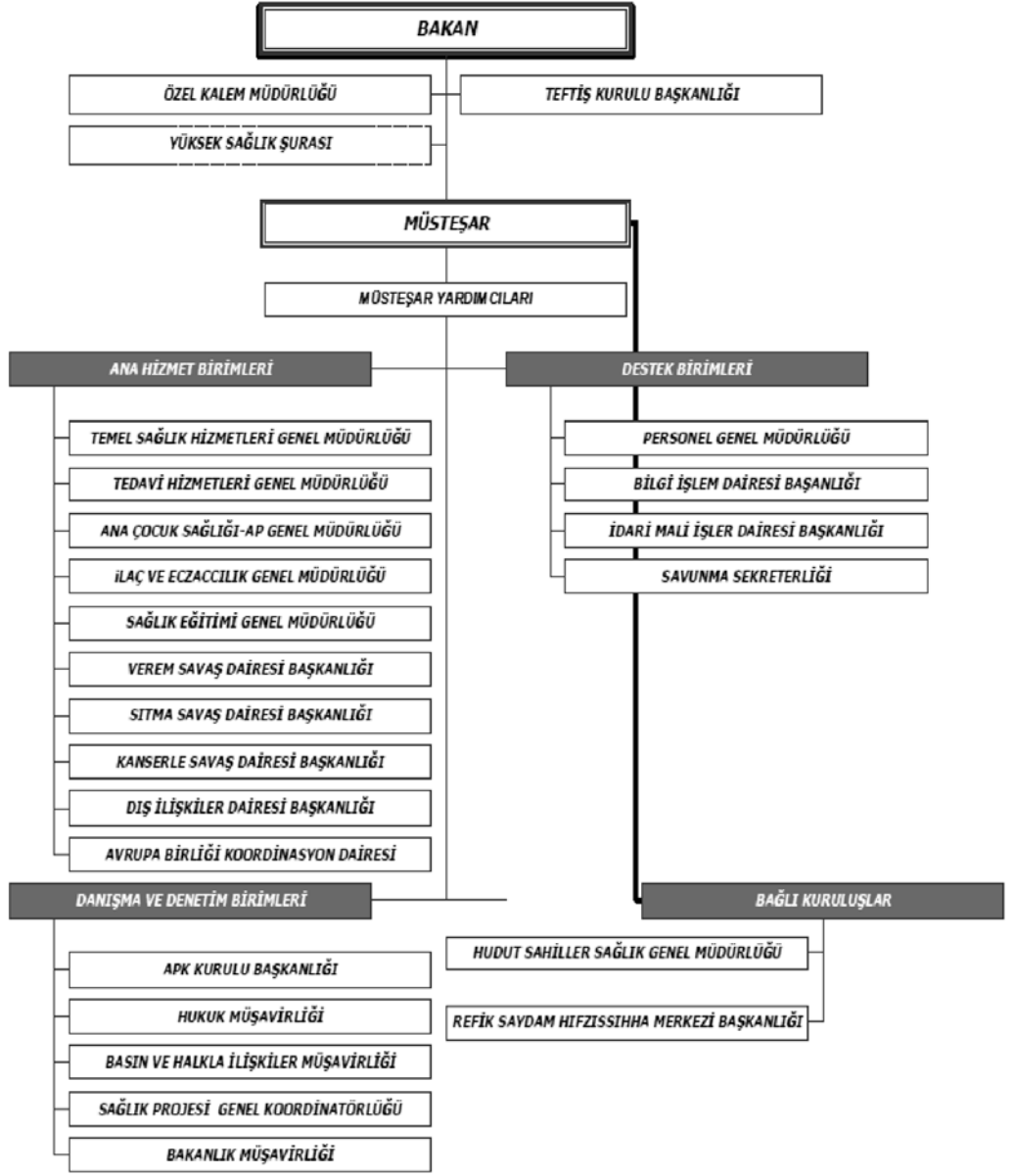
4.1.2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilatlanması)

Sağlık hizmetleri bakanlar kurulunun bir üyesi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile düzenlenmiştir. Kararname Bakanlığın merkez, taşra ve bağlı kuruluşlardan oluşmasını düzenlemektedir⁷.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi (2003) Sağlık Bakanlığı’nın merkez teşkilatı devletin diğer bakanlıklarında da görüldüğü gibi katı merkeziyetçi anlayış çerçevesinde Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıkları olarak örgütlemiştir. Ayrıca Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluş olarak düzenlenmiştir. Merkez teşkilatı aşağıdaki şekilde ayrıntılı bir şekilde görülmektedir.

⁷181 sayılı KHK, m.3

Şekil2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması www.saglik.gov.tr 11-08-2014)

181 sayılı Kararname merkez teşkilatının yanında 38. maddesinde taşra teşkilatlanmasını da düzenlemiştir.

Bütün bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esaslarını Düzenleyen Kanun⁸ ilde valiye ilçede kaymakama bağlı olan taşra teşkilatı ve ayrıca doğrudan merkeze bağlı taşra kuruluşu kurulabileceğini düzenlemiştir.

4.1.2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Taşra Teşkilatlanması

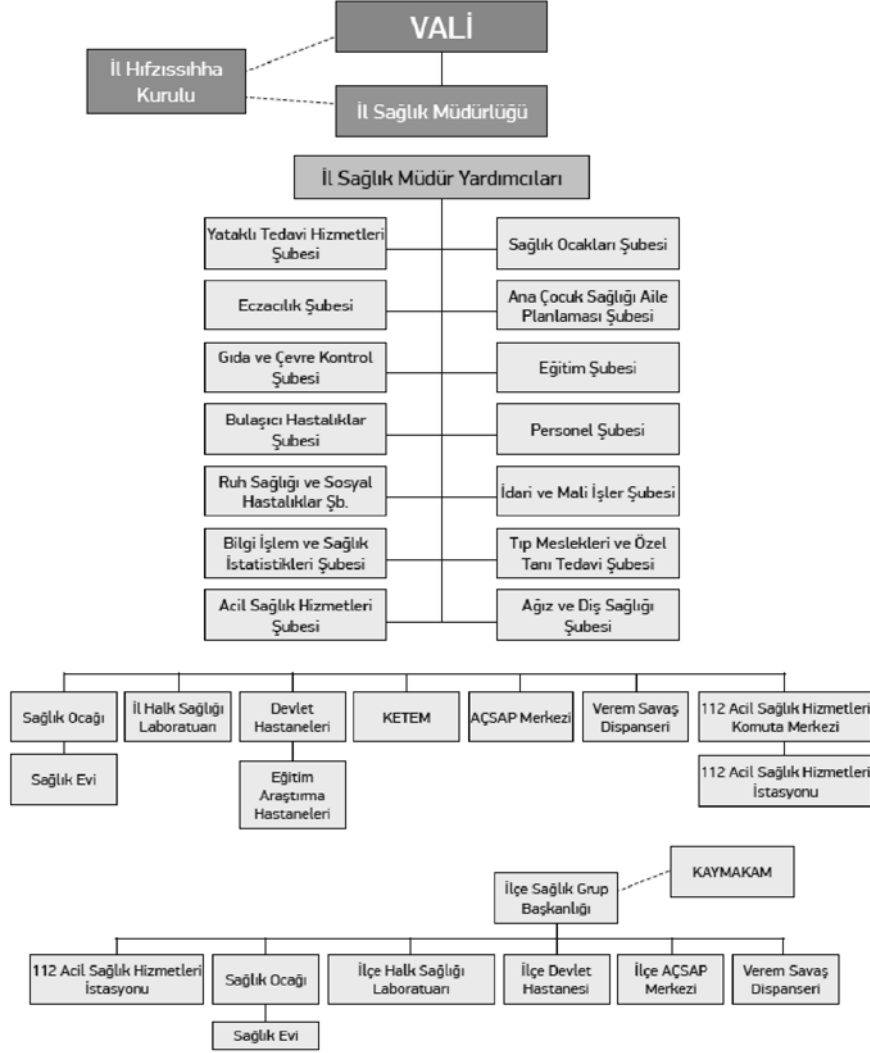
Sağlık hizmetlerinin taşra teşkilatlanmasına yönelik ilk düzenlemeler 1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda yer almıştır (Demirbilek, 1999: 104). Bu kanuna göre her ilde bir sağlık müdürlüğü kurulacak, müdür vali tarafından atanacaktır. Bu örgütlenme biçimi 2011 yılına kadar devam etmiştir⁹(Balcı, 2005: 86).

İl sağlık teşkilatı sağlık bakanlığı ile diğer bakanlıkların taşra temsilcileri arasında uyum sağlamak, denetim, sağlık ihtiyaçlarının tespiti gibi görevleri yerine getirmektedir (Sur, 1998: 255-258).

⁸(3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında 174 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle 13/12/1983 Gün ve 174 Sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Kaldırılması ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkında 202 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun, Resmi Gazete Sayı: 18540).

⁹2/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ve sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde çıkarılan 663 sayılı yasadan önceki 2/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Şekil 3. 2011 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Taşra Teşkilatı



(Kaynak:Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan (2013-2017) 2013, s.29.)

İl Sağlık Müdürlüğü; Yataklı Tedavi Hizmetleri, Sağlık Ocakları, Eczacılık, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması, Gıda ve Çevre Kontrol, Eğitim, Bulaşıcı Hastalıklar, Personel, Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar, İdari ve Mali İşler, Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri, Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Tedavi, Acil Sağlık Hizmetleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Şubelerinden oluşan bir yapılanmaya sahiptir. Ayrıca Sağlık Ocağı ve Sağlık Evleri, İl Halk Sağlığı Laboratuvarları, Devlet Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri, KETEM, AÇSAP Merkezi, Verem

Savaş Dispanseri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları da İl Sağlık Müdürlüğü hiyerarşisi altında örgütlenmiştir.

İlçelerde ise kaymakama karşı sorumlu olan ilçe sağlık grup başkanlığı altında ilçe devlet hastanesi, sağlık ocağı ve sağlık evi, 112 acil servis, halk sağlığı laboratuvarı, verem savaş dispanseri kurulması söz konusudur.

663 sayılı Sağlıkta Dönüşüm Programını içeren ve 2011 tarihinde çıkarılan yasayı sağlıkta milat olarak kabul edersek bu tarihten önceki yapılanmanın bazı sıkıntıları olduğu görülür. İldeki sağlık müdürlüklerinin Sağlık Bakanlığı ile olan ilişkilerinin valilik aracılığı ile sağlanması iletişimi güçleştirmekte zaman kaynına neden olmaktadır. Yine İl Sağlık Müdürlüğü altında yukarıda tek tek sayılan birimlerin fazlalığı eşgüdümü zorlaştırmaktadır.

4.1.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Teşkilatlanması

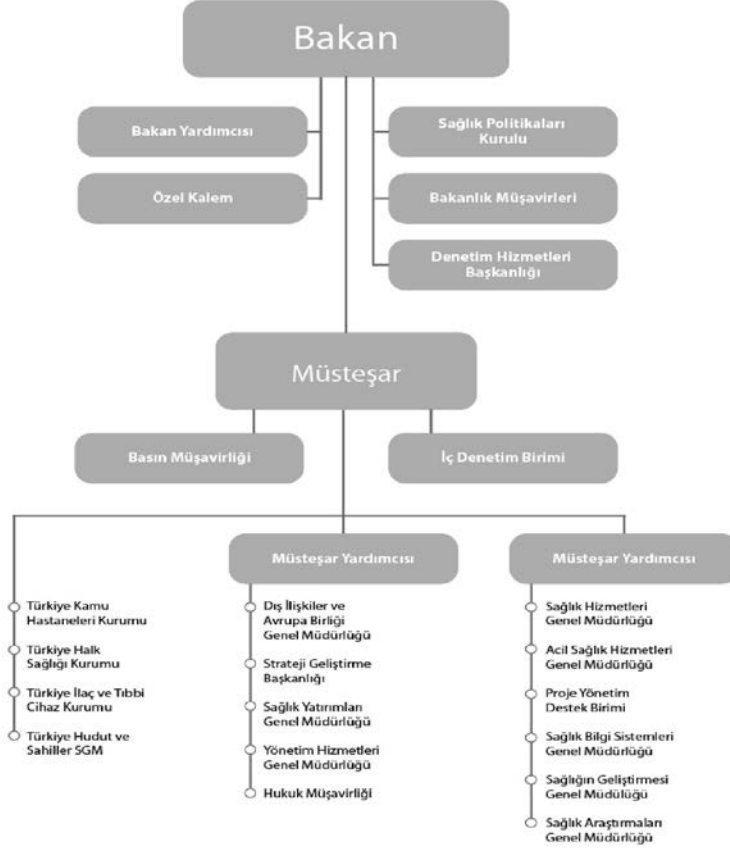
Sağlıkta dönüşüm programı sonrası sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasını hem merkezi örgütlenme hem de taşra örgütlenmesi şeklinde ele almak gerekir.

4.1.3.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Merkez Teşkilatı

Türkiye’de sağlık politikaları merkez teşkilatı olan bakanlık tarafından belirlenmektedir. Bu belirlemeler yapılırken Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası gibi faktörlerin etkili olduğu görülür (Altay, 2007: 56).

Milat olarak kabul edilen 2003 tarihli Sağlıkta Dönüşüm Programı bağlamında 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile atılabilmiştir (Bkz.Şekil 4).

Şekil 4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> 8.12.2013).

Dönüşümle birlikte Bakanlık merkez teşkilatı; Sağlık Politikaları Kurulu ile Hizmet Birimleri ve Bağlı Kuruluşlardan oluşmuştur. Hizmet birimleri; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Denetim Hizmetleri Başkanlığı olarak sayılmıştır. Bakanlık merkez teşkilatına bağlı kuruluşlar ise, Türkiye Kamu

Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden oluşmaktadır.¹⁰

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte merkez teşkilatında bağlı kuruluşlar artmış ve önceki dönemde merkez ve taşra teşkilatlarınca yerine getirilen bazı hizmetler bağlı kuruluşlara bırakılmıştır.

Bağlı kuruluş, bakanlığın hizmet ve görev alanına giren ana hizmetleri yürütmek üzere, bakanlığa bağlı olarak özel kanunla kurulan, genel bütçe içinde ayrı bütçeli veya katma bütçeli veya özel bütçeli kuruluşları ifade etmektedir.¹¹

Bağlı kuruluşlardan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü kamu tüzel kişisi olarak düzenlenmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ise kamu tüzel kişisi olarak örgütlenmemiştir. Bunların bakanlık ile olan ilişkilerinde tüzel kişilik vesayet denetim, tüzel kişiliği olmayanlar ise hiyerarşik denetime tabi kılınmıştır (Gözler, 2004: 135).

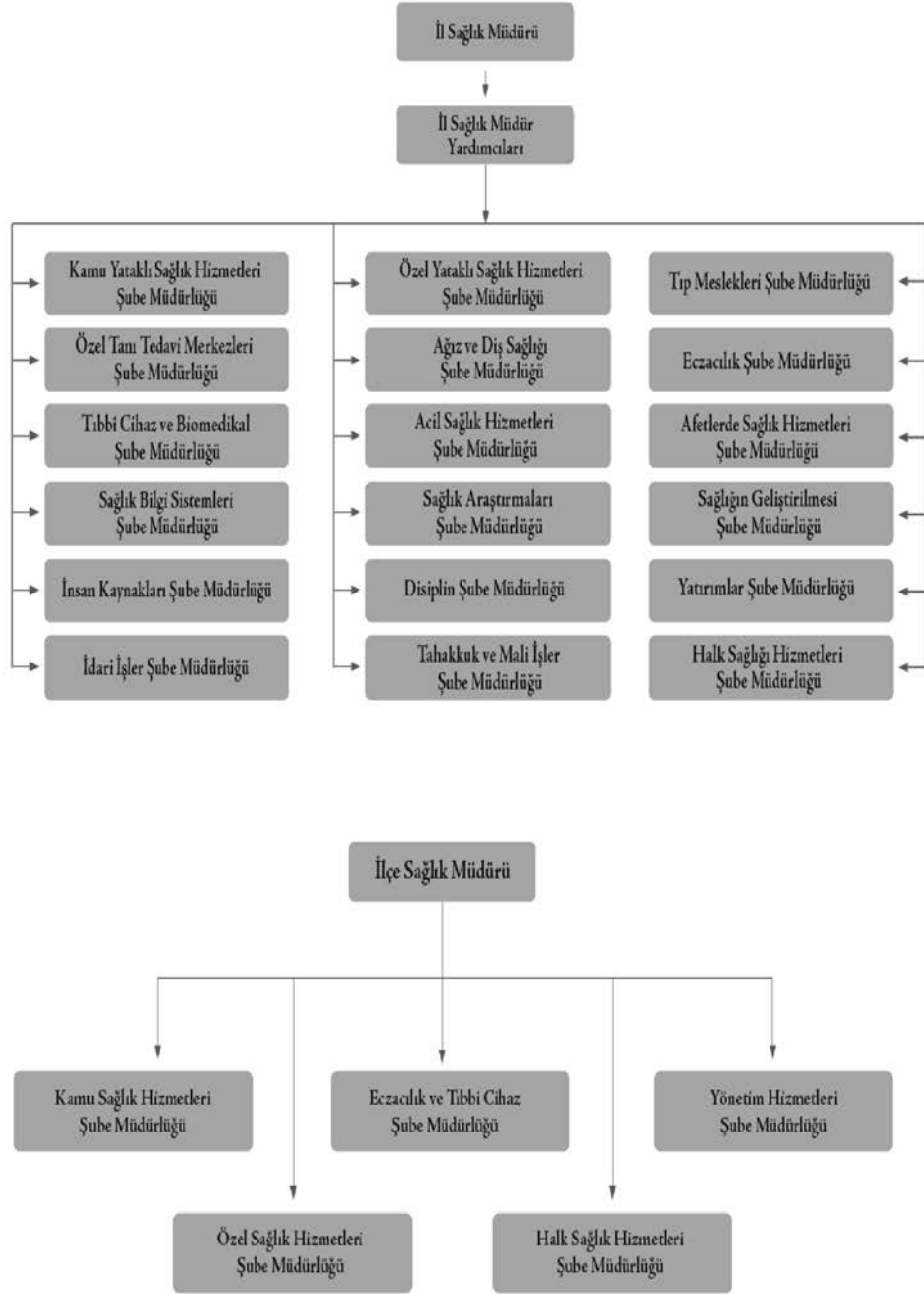
Dönüşüm programı sonrası taşra örgütlenmesi de değişmiştir (Şekil 5, 6, 7). Bu yapılandırmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Sağlık Bakanlığı'nın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur.¹²

¹⁰663 sayılı KHK, m.26-29.

¹¹3046 sayılı Kanun, md.10.

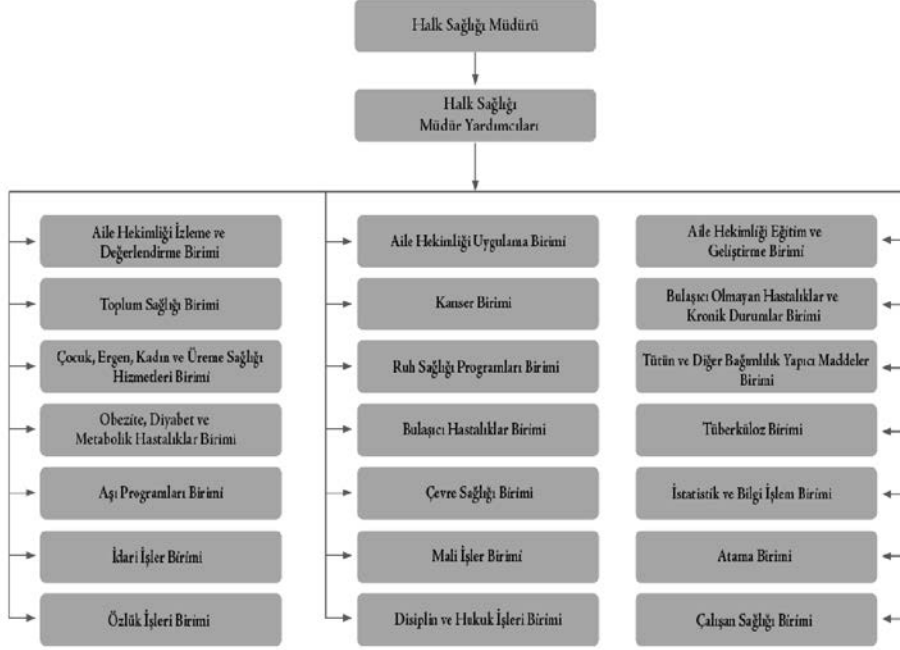
¹²663 sayılı KHK, md.25-35

Şekil 5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığının Taşra Teşkilatlanması



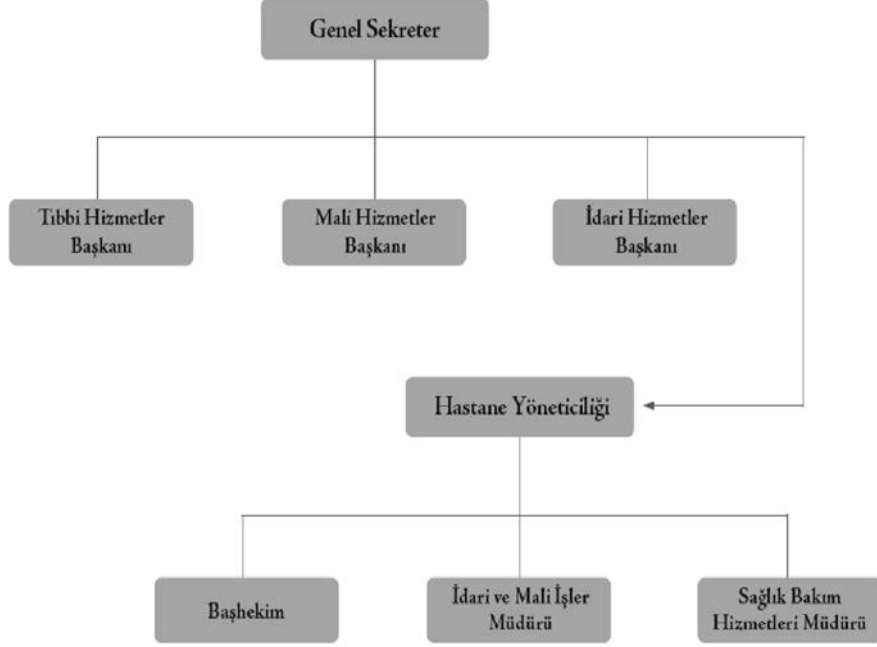
(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> 8.12.2013).

Şekil 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı, Halk Sağlığı Müdürlüğü



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> 8.12.2013).

Şekil 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı Kamu Hastane Birliği



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilat Şeması, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> 8.12.2013).

Dönüşüm programı sonrası taşra örgütlemesi hem merkez teşkilatını hem de merkezdeki bağlı kuruluşların taşra teşkilatları şeklinde ikiye ayrılmıştır. Bağlı kuruluşların taşra teşkilatı ve il sağlık müdürlüğü şeklinde bir yapılanma oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlanmasının merkez teşkilatlanmasına paralel olarak, bağlı kuruluşların taşra teşkilatları ve İl Sağlık Müdürlüğü şeklinde yapılandırılmıştır. Bu yapılanmada amaçlanan hedefler arasında özellikle hastane birlikleri ve halk sağlığı müdürlüklerine sağlık hizmetlerinin devri merkezi yönetim olan sağlık bakanlığının yükünü azaltmak yer almaktadır. Bakanlık artık hizmet sunan değil denetleyen ve düzenleyen bir konuma dönüştürülmüştür.

Hastane birlikleri, halk sağlığı müdürlükleri ve il sağlık müdürlüklerinin ortak çalışması amaçlanmış ve hizmet satın alımı yoluyla sözleşmeli personel uygulamasını gidilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde taşrada özellikle Kamu

Hastane Birlikleri dikkat çekmektedir. Sağlık Bakanlığı'na ait taşra hizmet birimlerinden; hastanelerin (diş hastaneleri dahil), ağız ve diş sağlığı merkezlerinin, diş tedavi ve protez merkezlerinin, semt polikliniklerinin, AMATEM, ENDOTEM, otizm mükemmeliyet merkezi gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezlerinin tamamı Kamu Hastane Birliklerine bağlanmıştır.¹³

Taşra teşkilatlanmasındaki Halk Sağlığı Müdürlükleri dönüşüm programında getirilen yenilikler arasındadır. Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, E-II ve E-III grubu İlçe Devlet Hastaneleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, AÇSAP Merkezleri (gençlik danışma, evlilik danışma merkezleri gibi üniteleriyle birlikte), Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri, Trahom Savaş Merkezleri/Dispanserleri, Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, Kanseri Kayıt Merkezleri, Sağlık Evleri, Sağlık Merkezleri, Hemoglobiniopati Tanı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği Birimleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde oluşturulan Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlanmıştır. Taşradaki üçüncü sağlık kuruluşu merkezi yönetimdeki sağlık bakanlığının taşra teşkilatı olan İl Sağlık Müdürlükleri yeniden düzenlenmiştir. Yeni düzenlemede görev ve yetkileri azaltılmış yeni yapısında Halk Sağlığı Müdürlüğüne devredilenler dışında kalan şube müdürlükleri, Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri ve 112 İstasyonları görev alanına alınmıştır¹⁴.

4.1.3.2 Kamu Hastane Birlikleri

Kamu Hastane Birlikleri konusunda ilk düzenleme 2007 yılındaki Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı¹⁵ ile gerçekleşmiştir. (Ateş ve Kırılmaz, 2010:238). Yeni kamu yönetimi anlayışına uygun bir şekilde idari ve mali açıdan özerk bir kuruluş olarak düzenlenmiştir. Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri şeklinde üçe ayrılmaktadır.

¹³Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Program , 2013: 2.

¹⁴Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan, 2012: 3.

¹⁵www.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf erişim tarihi 10-09-2014.

Yönetim kurulu en yetkili karar organıdır 7 üyeden meydana gelir¹⁶. Yukarıda yer alan düzenlemeleri içeren kanun tasarısı yasalaşamamıştır (Küçük, 2010: 215, İlkar, 2009: 61).

2011 yılında Kamu Hastane Birlikleri konusunda 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu kararname ile 2007 yılındaki tasarı arasında Kamu Hastaneleri Birliklerinin yapısı, statüsü ve finansmanı ile ilgili önemli farklar oluşmuştur (Tablo 1).

2007 tasarısında idari ve mali açıdan özerk , tüzel kişiliği olan”ilgili kuruluş”şeklinde düzenlenmişken 663 sayılı KHK’da Bakanlık merkez teşkilatındaki bağlı kuruluş olan ve tüzel kişiliği olmayan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun taşra örgütü olarak yapılandırılmıştır.

2007 tarihli tasarıda örgüt yapısı yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri şeklindeyken 663 sayılı KHK’da yönetim kurulu bulunmamakta genel sekreterlik ve hastane yöneticileri oluşturulmaktadır.

2007 tarihli tasarı özel bütçeli kendi gelirleriyle finanse edilen devletten de yardım gören kuruluş şeklindeyken 663 sayılı KHK ile ayrı bir tüzel kişiliği olmayan ve özel bütçeye sahip olmayan bir kuruluş olduğundan genel bütçe gelirlerinden oluşan bir yapı ortaya çıkmıştır (Tablo 1).

¹⁶Hastane Birlikleri ile ilgili ilk tasarıda öngörülen Yönetim Kurulu üyeleri arasında; İl Genel Meclisi tarafından belirlenen birisi hukukçu diğeri mali müşavir olmak üzere iki üye, Vali tarafından belirlenen iktisat, işletme ya da maliye eğitimine sahip olan bir üye, Bakanlık tarafından belirlenen birisi tıp hekimi, diğeri de sağlık sektöründe deneyim sahibi ve üniversite mezunu olan iki üye, Sanayi ve Ticaret Odası’nca belirlenen üniversite mezunu olan bir üye ile İl Sağlık Müdürü ya da yardımcılarında birisi olmak üzere 7 üye yer almaktadır. Yönetim Kurulu üyelerinin belirlenmesinde; mahalli talep ve beklentilerin yansıtılması, bununla beraber eğitimi ve mesleği itibarıyla katkı sağlayabilecek yerel temsilciler ve de Sağlık Bakanlığı’nın bilgi, politika ve tecrübelerini yansıtacak temsilcilerin yer alması amaçlanmıştır. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarı Gerekçesi, 2007.

Tablo 1. Kamu Hastane Birlikleri Karşılaştırmalı İnceleme

Özellik/Hukuksal Yapı	Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı (2007)	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011)
Teşkilat Yapısı	Yönetim Kurulu Genel Sekreterlik Hastane Yöneticilikleri	Genel Sekreterlik Hastane Yöneticilikleri
Bakanlıkla İlişkisi	İlgili Kuruluş	Bağlı Kuruluş Taşra Teşkilatı
Performans Denetimi	Var (Kamu veya özel bağımsız değerlendiricilere yaptırılabilir.)	Var (Kamu veya özel bağımsız değerlendiricilere yaptırılabilir.)
Personel Rejimi	Sözleşmeli Personel	Sözleşmeli Personel
Finansman	Hazine yardımının gerekirse öngörüldüğü ve ağırlıklı olarak kendi gelirleri üzerine kurulmuş bir yapı	Genel Bütçeden pay alan bir yapı

Kaynak. (2007 yılındaki Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname)

663 sayılı ve KHK'ya göre Kamu Hastaneleri Birliği etkili ve verimli kaynak kullanmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatındaki Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri Kurularak yerine getirileceği belirtilmektedir. İlin durumuna göre bir ilde birden fazla birlik kurulabileceği ve bir ilde Birlik dışında herhangi bir sağlık kuruluşunun oluşturulamayacağı hükmü getirilmiştir.¹⁷

Birlikler genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. En yetkili karar ve yürütme organı genel sekreterliktir. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıklarının oluşturulmuştur.¹⁸

Kamu Hastane Birliklerine bağlı hastaneler,

- Hastane Yöneticisi,
- Başhekimlik,
- İdari ve Mali İşler ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüklerinden oluşur.

¹⁷663 sayılı KHK, m.30/1.

¹⁸663 sayılı KHK, m.30/2-3.

Hastanelerin büyüklüklerine bağlı olarak hastane müdürlüklerinin sayısı dört kata kadar artırılabilir. Hastanelerin yönetiminde başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıklarına da yer verilmiştir. Bu pozisyonlar Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen norm ve standardı aşmamak üzere genel sekreterce belirlenir.¹⁹

Genel sekreter Kamu Hastane Birliklerinin en etkili karar ve yürütme organıdır. Yapılanmasında en önemli rol Genel Sekretere aittir. Genel Sekreter *“Birliğin belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetilmesi; Birliğin faaliyet ve işlemlerinin denetlenmesi, yönetim sistemlerinin değerlendirilmesi, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğinin gözetilmesi, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesinin sağlanması; Birlik bünyesindeki sağlık kuramlarında etkili ve verimli hizmet sunumunun sağlanması, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarının tespit edilmesi, istihdam planlamasının yapılması ve personel hareketlerinin gerçekleştirilmesi; hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğinin sağlanması; bütçe ve yatırım tekliflerinin hazırlanarak Kuruma sunulması; Birlik ile ilgili istatistik! bilgilerin takibinin sağlanması, birliğin malî tablolarının birleştirilmesi ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunulması; hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasının sağlanması; ilgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesinin sağlanması ve Birlik ile ilgili diğer görevlerin yürütülmesi”*²⁰ faaliyetlerini gerçekleştirir.

Hastane yöneticisi olarak görevlendirilen kişi genel sekretere karşı sorumlu olup hastanede genel sekreterin yetkilerine sahiptir.²¹

663 sayılı KHK'nin 32-5 hükmü Kamu Hastane Birliklerinde görev alacak personel durumunu da unvanları ile birlikte düzenlemiştir. Buna göre, 100 Genel

¹⁹663 sayılı KHK, m.30/4.

²⁰663 sayılı KHK, m.31/1

²¹663 sayılı KHK, m.31/3

Sekreter ve ona bağı Tıbbi, İdari ve Mali Hizmetler Başkanı, 500 hastane yöneticisi, 850 başhekim ve 2000 başhekim yardımcısının olması öngörülmüştür.

Personel istihdamı ile ilgili olarak ayrıntılı bir düzenleme yer almaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapma yetkisine sahiptir. İstihdam edilecek uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri ise genel sekreter tarafından yapılmaktadır Hastane yöneticisi Başhekim yardımcılarıyla başhekimin, müdür yardımcılarıyla ilgili müdürün teklifi üzerine sözleşme yapmaktadır. İki yıl ile dört yıl arasında değişebilen sözleşme süreleri, süre sonunda yenilenebileceği gibi performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağı olarak süresinden önce de sona erdirilebilir.²²

Hastane Birlikleri ile sözleşmeli personel uygulamasının arttığı görülür.

663 sayılı KHK ile hastanelerin; tıbbi ve malikriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirileceği düzenlenmiştir. Bu değerlendirmenin özel kuruluşlarca da yapılabilmesine imkan tanınmıştır. Sonuçta hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılacağı hüküm altına alınmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun kendisinin yapacağı ya da bir başka kuruma yaptıracığı denetimlerin sonucunda hastaneler harf sırasına göre alt basamaklara gidebilmekte Türkiye Hastaneler Kurumu tarafından birlik genel sekreteri görevden alınabilmektedir.²³

Kamu Hastane Birlikleri tedavi hizmetlerinin sunumunda taşrada çok önem taşımaktadır. İldeki bütün sağlık kuruluşlarının birliğe bağlanması profesyonelleşmeyi zorunlu kılar. İldeki Kamu Hastaneleri Birliği ile il valiliği arasında hiyerarşik bir ilişki vardır. Vali devletin, hükümetin ve ayrı ayrı her bakanlığın taşradaki temsilcisi olarak tüzel kişiliğe sahip olmayan kamu hastane birliği genel sekreterinin disiplin amiridir.

²²663 sayılı KHK, m.32/5

²³663 sayılı KHK, m.34.

4.1.3.3 Halk Sağlığı M¼d¼rl¼kleri

Sağlıkta D¼n¼ş¼n Programı sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatındaki T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu ve onun taşra uzantısı olan İllerde Halk Sağlığı M¼d¼rl¼kleri oluşturulmuştur. Toplum Sağlığı Merkezleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarları, T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesindeki taşra birimleridir (Taşra Teşkilatları Hizmet Birimlerinin G¼revleri Hakkında Y¼nerge, m.6). Yine yeni yapılanma ¼ncesinde var olan Sağlık Bakanlığına ait Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, AÇS-AP Genel M¼d¼rl¼ę¼, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, Kanser Savaş Daire Başkanlığı birimleri de yeni yapılanma ile T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu'na devredilmiştir.²⁴ 663 sayılı KHK ile temel sağlık hizmetlerinin y¼r¼t¼lmesi; ¼lke ¼apında verilecek her t¼rl¼ halk sağlığının korunması ve geliştirlmesi hizmetlerinin y¼r¼t¼lmesi; b¼lgesel farklılıkların giderilmesine ve sağlık hizmetine erişim d¼zeyinin artırılmasına y¼nelik tedbirlerin alınması; laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlanması ve ulusal referans laboratuvarının kurulması ve işletilmesi başta olmak ¼zere bir ¼ok ¼nemli g¼rev, T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu'na ve dolayısıyla da taşra yapılanmasındaki Halk Sağlığı M¼d¼rl¼klerine verilmiştir, Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼, daha ¼nce İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ koordinasyonunda y¼r¼t¼len aile hekimliği hizmetlerinin koordinasyonu ve y¼r¼t¼lmesi; toplum sağlığı hizmetleri; kanserle m¼cadele; bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar; obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar; ruh sağlığı programları; t¼t¼n ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler; ¼ocuk, ergen, kadın ve ¼reme sağlığı hizmetleri; bulaşıcı hastalıklar; t¼berk¼loz; aşılama hizmetleri; ¼evre sağlığı; ¼alıřan sağlığı gibi hizmetlerin koordinasyonu ve uygulaması g¼revini ¼stlenmiştir.²⁵ Halk Sağlığı M¼d¼rl¼kleri koruyucu hizmetler yerine getirmektedir. Aile hekimlerinin Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ne bağlanması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin de sorumluluğu bu kuruluşa verilmiştir.

²⁴<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75573/hAurkhalksagligigm.pdf> 21-10-2014.

²⁵<http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/mudurlugumuz>

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75573/hAurkhalksagligigm.pdf>.

4.1.3.4 İl Sağlık Müdürlükleri

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının taşradaki uzantısı İl Sağlık Müdürlükleri ile ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. Sağlık Bakanlığının ildeki temsilcisi İl Sağlık Müdürüdür. İl Sağlık Müdürlüğü, bağlı kuruluşların (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü) il teşkilatının (Kamu Hastane Birlikleri ile Halk Sağlığı Müdürlükleri) uyumlu çalışmasını sağlamakla görevlendirilmiştir. Yine ildeki sağlık konularında merkezi yönetime periyodik olarak raporlar hazırlar.²⁶ İl Sağlık Müdürlükleri; Halk Sağlığı Müdürlüğüne devredilenler dışındaki şube müdürlükleri, Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri, 112 İstasyonları ve İlçe Sağlık Müdürlükleri yoksa ilçe sağlık grup başkanından oluşur

İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı şube müdürlükleri illerin özelliklerine göre değişebilmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrasında aynı şekilde Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı olara düzenlemiştir. 2011 sonrası düzenleme ile görev ve sorumluluk alanlarının daraldığı görülür. Daha çok ildeki sağlık kuruluşları arasında bir çeşit denetim ve düzenleme yapacaktır.

5.SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERELLEŞMESİ VE BELEDİYELERİN SAĞLIK HİZMETLERİ

Yerel yönetimler halka en yakın bir şekilde kamu hizmeti sunan birimler olduğundan ortaya çıkışından günümüze sağlık hizmetleri konusunda görevler üstlenmiştir.

Belediyelerin görevleri tek tek sayılma yoluyla belirtilir. Bu çerçevede sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri de genel hükümler çerçevesinde ele alınmıştır.²⁷ Ayrıca her türlü sağlık hizmetlerini özel şirketlere yaptırabilmesinin önünü açmıştır. Bu

²⁶ 663 sayılı KHK, md.25.

²⁷ 3.7.2005 tarih ve 5393 sayılı Belediye Kanunu

kanunla sağlık hizmetlerinin bir kısmı Sağlık Bakanlığı'ndan alınarak yerel yonetimlere aktarılmaya çalışılmıştır.

5393 sayılı Belediye Kanunu ile sağlık hizmetleri konusunda belediyelere geniş bir takdir hakkı tanınmıştır. Tüm bu düzenlemeler ışığında yapılan bu çalışmanın amacı, belediyeler ve sağlık hizmeti konusunu tüm boyutlarıyla incelemek ve sağlık alanında merkez yerel dengeleri bakımından Türkiye'yi nasıl bir dönüşümün beklediğini ortaya koymaktır.

1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 42. maddesine göre "Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyet hallerinin bulunmamasından ibaret olmayıp; fiziki, ruhi ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik halidir." Sağlık hizmetleri ise, "İnsan 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 (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmıřtır²⁸. Bu tanımda sağlık hem hasta olmamak hem de sağlıklı bir çevrede yaşamak öğelerini içerir. İnsan ve çevre sağlığı birbirinden ayrılmayan iki kavramdır. İnsanların sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı anayasal bir haktır. Devlet bunu sağlamakla görevlidir. Beden ve ruh sağlığı için çevre unsuru çevre sağlığı oldukça önemlidir. Sağlık devletin asli görevleri arasında yer alıp merkez ve taşra örgütleri aracılığı ile yerine getirilir. Yerel yonetimler denildiğinde il özel idareleri, belediyeler ve köyler kastedilmektedir. Son yapılan düzenlemelerle büyükşehirlerde il özel idareleri kaldırılmıştır. Köy yonetimlerinin ise mevcut hali ile sağlık hizmetleri üstlenmedeki rolü oldukça önemsiz sayılabilir. Belediyelerin bünyesinde sağlık işlerinden sorumlu birimler, Sağlık İşleri Müdürlüğü, Çevre Müdürlüğü, Temizlik İşleri Müdürlüğü ve Zabıta Müdürlüğü'dür. 5393 sayılı kanununun 48. maddesine göre sağlık, çevre ve temizlik işleri müdürlüğü kurulması zorunlu birimler olmaktan çıkarılrsa da bunlar, belediye meclisinin kararına bağlı olarak kurulabilecektir.

5393 sayılı kanun zabıta müdürlüğünü zorunlu kılmaktadır."Belediye teşkilatı, norm kadroya uygun olarak yazı işleri, mali hizmetler, fen işleri ve zabıta birimlerinden oluşur. Beldenin nüfusu, fiziki ve coğrafi yapısı, ekonomik, sosyal ve

²⁸ 1961 tarih ve 224 Sayılı Kanun.

kültürel özellikleri ile gelişme potansiyeli dikkate alınarak, norm kadro ilke ve standartlarına uygun olarak gerektiğinde sağlık, itfaiye, imar, insan kaynakları, hukuk işleri ve ihtiyaca göre diğer birimler oluşturulabilir. Bu birimlerin kurulması, kaldırılması veya birleştirilmesi belediye meclisinin kararıyla olur”²⁹.

Burada sadece zabıta müdürlüğünün zorunlu kılınması diğer sağlık kuruluşlarının meclisin kararına bırakılmasında sağlık hizmetlerinin mümkün olduğunca özel sektör tarafından yerine getirilmesinin sağlanmasına yönelik olabilir (Sayan, 2009:1).

1580 sayılı Belediye Kanunu’nda belediye görevleri 15. maddesinde liste yöntemiyle sayılarak belirtilmiştir.³⁰1580 sayılı kanunda görevler zorunlu ve isteğe bağlı olarak ayrılmış, zorunlu görevler belediyelerin gelirlerine göre farklılaştırılmıştır. 1580 sayılı kanunda belediyelerin sağlıkla ilgili görevlerini genel olarak 3 başlık altında toplamak mümkündür.³¹

5.1 Çevre Sağlığı İle İlgili Görevler

“Bulaşıcı hastalıkları önlemek, umuma açık olan yerlerin temizliğine ve düzenine bakmak, hizmet personelinin sağlık kontrolünü yapmak, konutların sağlık kontrolünü yapmak, tıbbi muayeneler yapmak, rapor vermek, temizlik işlerini sağlamak, tuvalet yaptırmak ve denetlemek, ılica ve hamamları tesis ve işletmek, çamaşırhaneler açmak ve kontrol etmek, kanalizasyon inşa etmek ve denetlemek, mezarlık işlerini yürütmek, sıhhi zabıta talimatnamesi yapmak, ebe çalıştırmak, parasız doğum yapmak, parasız ilaç vermek, fabrika ve iş evlerinin, işçilerin sağlık teftişini yapmak, soğuk hava tesislerini, süthaneleri sağlık ve teknik bakımdan denetlemektir”.

²⁹ 5393 sayılı Belediye Kanunu’nu md.48.

³⁰1580 sayılı yasanın yerine çıkarılan 5393 sayılı Kanunda ise genel ifadeler kullanılmıştır.

³¹Bu ayırım 1970 yılında İçişleri Bakanlığı tarafından hazırlanan ve “Belediyelerin Sağlık Görevleri” başlıklı bir raporundan alınmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Utku, Ali Ihsan (1970), Belediyelerin Sağlık Görevleri, Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Yayını.

5.2 Sağlık Kurumlarının Kurulması İle İlgili Görevler

“Doğum ve emzirme evleri kurmak ve işletmek, akıl hastaneleri kurmak ve işletmek, sağlık yardım ve imdat merkezleri yapmak ve işletmek, eczane olmayan yerlerde eczane açmak, muayenehane, dispanser kurmak ve işletmek, belediye hastaneleri kurmak ve işletmektir”.

5.3 Sosyal Yardım İle İlgili Görevleri

“Yetim evleri kurmak ve işletmek, aceze ve yaşlı bakım evleri kurmak, fakirler için yatı evleri yapmak ve idare etmek, yardım sandıkları kurmak ve işletmek, fakir, kimsesiz, korunmaya muhtaç çocukları koruyup gözetmek, kazaya uğrayanları ve hastalananları koruyup gözetmek, fakir hastalara, sakat olup kimsesi olmayanlara yardım etmek, işsizlere iş bulmak, memleketlerine göndermek, kimsesiz kadınları korumak, dilenciliği önleyecek tedbirleri almaktır”.

Uzun yıllar geçerliliğini koruyan 1580 sayılı kanun 3-7-2005 tarihinde 5393 sayılı kanun ile değiştirilmiştir. Belediyenin görevleri bu kanunun 14. maddesinde belirtilmiştir. 5393 sayılı belediye kanununun 15. maddesinde ayrıntılı olmasa da belediyelerin sağlıkla ilgili görevleri yer almaktadır.

14. maddede belediyenin sağlıkla ilgili görevleri şu şekilde yer almaktadır.

- İmar
- Su ve Kanalizasyon
- Çevre ve çevre sağlığı
- Temizlik ve katı atık
- Zabita
- Acil yardım, kurtarma ve ambulans
- Defin ve mezarlıklar
- Ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar
- Sosyal hizmet ve yardım
- Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000'i geçen belediyelerde kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açmaktır.

15. maddedeki

➤ Su ve Kanalizasyon,

(“Müktesep haklar saklı kalmak üzere; içme, kullanma ve endüstri suyu sağlamak; atık su ve yağmur suyunun uzaklaştırılmasını sağlamak; bunlar için gerekli tesisleri kurmak, kurdurmak, işletmek ve işlettirmek; kaynak sularını işletmek veya işlettirmek” belediyenin yetkisindedir).

➤ çevre ve çevre sağlığı

(“Gayrisihhî işyerlerini, eğlence yerlerini, halk sağlığına ve çevreye etkisi olan diğer işyerlerini kentin belirli yerlerinde toplamak; hafriyat toprağı ve moloz döküm alanlarını; sivilaştırılmış petrol gazı (LPG) depolama sahalarını, inşaat malzemeleri, odun, kömür ve hurda depolama alanları ve satış yerlerini belirlemek; bu alan ve yerler ile taşımalarda çevre kirliliğı oluşmaması için gerekli tedbirleri almak” belediyenin yetkisindedir).

➤ katı atık hizmetlerinin

➤ *“Katı atıkların toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geri kazanımı, ortadan kaldırılması ve depolanması ile ilgili bütün hizmetleri yapmak ve yaptırmak” belediyenin yetkisindedir*

5393 sayılı kanuna göre bu hizmetleri belediyeler ya kendisi yapmakta ya da yaptırmaktadır. Özel sektöre yaptırma imkanı mevcuttur. Özel sektöre yaptırma düşüncesi çalışmamızın daha önceki bölümlerinde belirtilen yeni kamu yönetimi anlayışına uygun olarak düzenlenmiştir. Özel sektöre yaptırmak özellikle ekonomik olarak güçsüz kesimlerin bu hizmetlerden yararlanmalarına olumsuz yansiyabilir. (Erençin, 2006: 27). Kanun mahalli müşterek (yerel ortak) ihtiyaçları karşılamak için kendisi yapabilir, yaptırabilir, açabilir, işletebilir, işletirebilir şeklinde ifadeler kullanarak özel sektörün bu alandaki etkinliğini artırmaktadır.

5939 sayılı Kanun Belediyenin önceliklerinin belediye meclisinin kararına bağlı olarak düzenleneceğini öngörmektedir.

Türkiye’de yerel yönetim birimi olarak belediyeler konusunda ayrı bir yasası bulunan büyükşehir belediyeleri de bulunmaktadır. 1982 Anayasası büyük yerleşim birimleri için özel yönetim birimleri oluşturabilir yönündeki hükmü gereğı Türkiye’de 2015 tarihi itibarıyla 30 tane büyükşehir belediyesi kurulmuştur. Türkiye

nüfusunun yaklaşık yüzde 75 inin yaşadığı 30 ilde 5216 sayılı yasaya göre kurulmuş büyükşehir belediyeleri oluşturulmuştur.

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun yanı sıra, 5216 sayılı "yeni" Büyükşehir Belediye Kanunu 7 maddesinde,

➤ *Büyükşehir Belediye Kanunu'nun 7. maddesine göre sağlıkla ilgili görevler; "gıda ile ilgili olanlar dâhil birinci sınıf gayrisihhî müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek, yiyecek ve içecek maddelerinin tahlillerini yapmak üzere laboratuvarlar kurmak ve işletmek, gerektiğinde sağlık hizmetleri ile ilgili bina ve tesislilerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak, sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri kurmak, işletmek veya işlettirmek, sürdürülebilir kalkınma ilkesine uygun olarak çevrenin, tarım alanlarının ve su havzalarının korunmasını sağlamak, gayrisihhî işyerlerini, eğlence yerlerini, halk sağlığına ve çevreye etkisi olan diğer işyerlerini kentin belirli yerlerinde toplamak, Büyükşehir katı atık yönetim planını yapmak, yaptırmak, katı atıkların kaynakta toplanması ve aktarma istasyonuna kadar taşınması hariç atıkların yeniden depolanması, değerlendirilmesi ve bertaraf edilmesine ilişkin hizmetleri yerine getirmek, bu amaçla tesisler kurmak, kurdurmak, işletmek veya işlettirmek, sanayi ve tıbbi atıklara ilişkin hizmetleri yürütmek, bunun için gerekli tesisleri kurmak, kurdurmak, işletmek veya işlettirmek, deniz araçlarının atıklarını toplamak, toplatmak, arıtmak ve bununla ilgili düzenlemeleri yapmaktır. Ayrıca il sınırları Büyükşehir belediyeleri, belediye ve mücavir alan sınırları içinde il belediyeleri ile nüfusu 10.000'i geçen belediyeler, meclis kararıyla, sağlık kurumlarının su, termal su, kanalizasyon, doğal gaz, yol ve aydınlatma gibi alt yapı çalışmalarını faiz almaksızın on yıla kadar geri ödemeli veya ücretsiz olarak yapabilir veya yaptırabilir, bunun karşılığında yapılan tesislere ortak olabilir, sağlıkla ilgili projelere İç İşleri Bakanlığının onayı ile ücretsiz veya düşük bir bedelle amacı dışında kullanılmamak kaydıyla arsa tahsisi edebilir"* şeklinde ele alınmıştır. Yine Çevre Sağlık Komisyonunun kurulmasını zorunlu kılmıştır. Komisyon Büyükşehir Belediye Meclisi içinden seçilen en az 5 en fazla 9 üyeden oluşmaktadır.

Büyükşehirlerde normal belediyelerden farklı olarak Büyükşehir Belediyesi “Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak” görevlerini üstlenmiştir “.

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetleri de sürekli bir biçimde gündemde olmuştur.

Sağlık hizmetlerinde özellikle 2000’li yıllardan sonra ortaya konan yaklaşımlarda sağlık hizmetlerinin asli yüklenicilerinden birisi de yerinden yönetim kuruluşları olmuştur.

1982 Anayasa’sının 127/1. maddesine göre “Mahalli idareler; il, belediye veya köy halkının mahalli ve müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, genel kanunda gösterilen, seçmenler tarafından oluşturulan kamu tüzel kişileridir.” Mahalli idareler “mahalli müşterek ihtiyaçları karşılamak üzere” kurulan kamu tüzel kişileridir.

Sağlıkta Dönüşün Programı Sağlık hizmetlerinde belediyelere sağlık hizmeti alanında yeni alanlar açmak ve özel sektöre de yaptırtmak imkanı vermektedir.

Sağlık hizmetleri pahalı ve uzmanlı isteyen hizmetlerdir. Özellikle nitelikli eleman bulma merkezi yönetimin bile tam olarak çözmediği bir konu değildir. Dolayısıyla Belediyelerin sağlık hizmetleri konusunda başarısız olma ihtimalleri göz önünde tutulmalıdır (Uz, 1999: 104).

“Sağlıkta yerelleştirme ve özelleştirme” fikrinden vazgeçilmiş değildir. Daha önce de belirtildiği üzere 5393 sayılı Belediye Kanunu’nun kabul edilmesiyle Sağlıkta Dönüşün Programı’nın sağlıkta yerelleşme ve özelleştirme amacı kısmen gerçekleştirilmiş olmaktadır. Sağlık ile yerel yönetim ilişkisi özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemlidir. Zira yerel yönetimler sayesinde insanlar kendi yaşadıkları çevreye müdahale edebilmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM VE PROGRAMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

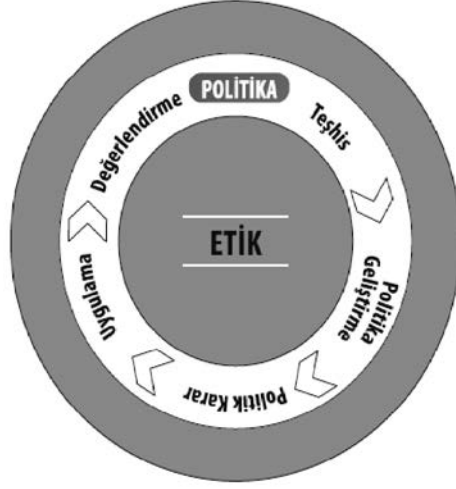
2002 de iktidara gelen 58. hükümet acil eylem planında³²;

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden örgütlenmesi,
- herkesingeneral sağlık sigortasının olması,
- sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
- hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- aile hekimliği uygulaması,
- anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- özel sektörün sağlık alanında daha fazla etkilik olmasının teşvik edilmesi,
- görev, yetik ve sorumlulukların kurumların alt kademelerine devri
- sağlık personeli açığının giderilmesi,

Program 2003 yılı Aralık ayında gündeme getirilmiş ve bazı temel ilkelere göre yeniden yapılanma öngörülmüştür. Kamu yönetimindeki genel gelişmeler ışığında kalite, katılımcılık, sonuç odaklı, hesap verebilir, denetlenebilir, verimli, etkili, insan odaklı yaklaşım ve yetki devri gibi ilkeler benimsenmiştir.

³²Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014: 20.

Şekil 8. Sağlıkta Dönüşüm Politikası Çemberi



(Kaynak:Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), s.31.)

Oluşturulan yeni yapıda öncelikle sırasıyla sorunların tespiti ve sebeplerin belirtilmesi, çözüme yönelik yöntemlerin ortaya konulması, pratik uygulamaların gerçekleştirilmesi için siyasi kararların alınması ve uygulanması aşamaları öngörülmüştür. Bu tür büyük dönüşüm programlarının siyasi destek olmadan gerçekleşmesi oldukça zordur.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi iki farklı bileşenden oluşmaktadır. 2003-2009 yıllarını içeren Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve 2009-2014 yılları arasındaki Sosyal Güvenlik Reformu Projesi olmak üzere iki kademeli olarak ortaya konulmuştur.

Bir bütün olarak ele alındığında;

- Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici olacak
- Genel sağlık sigortası
- Yaygın, erişilebilir sağlık hizmeti sistemi,
- Nitelikli sağlık personeli,
- Eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması,
- Kaliteye önem verme,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

➤ Sağlık bilgi sisteminin kurulup işletilmesi.³³

Yeni oluşum bu hedefler çerçevesinde hem merkez teşkilatı hem de taşra teşkilatı bu hedeflere uygun olarak yeniden yapılandırılmıştır.

2.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde son 10 yılda gerçekleştirilen düzenlemelerin sonuçlarına yönelik olarak resmi kaynaklardan elde edilen verilerin değerlendirilmesi reform çalışması için oldukça önemlidir. Bu sayede başarılı ve başarısız olunan hususlar ortaya konulmuş ve yeniden değerlendirme fırsatları doğmuş olur. Başarıların tamamını Sağlıkta Dönüşüm Programına mal etmek ne kadar doğru değilse olumsuzlukların da tamamını bu programa mal etmek o kadar yanlış olur. Sağlık hizmetlerine çok çeşitli unsurlar etki etmektedir. Bunların tamamını kontrol etmek imkansızdır. Yalnız burada ortaya konulan sonuçların da programın başarısı ya da başarısızlığı konusunda fikir veremeyeceğini söylemek gerçekçi olmayacaktır.

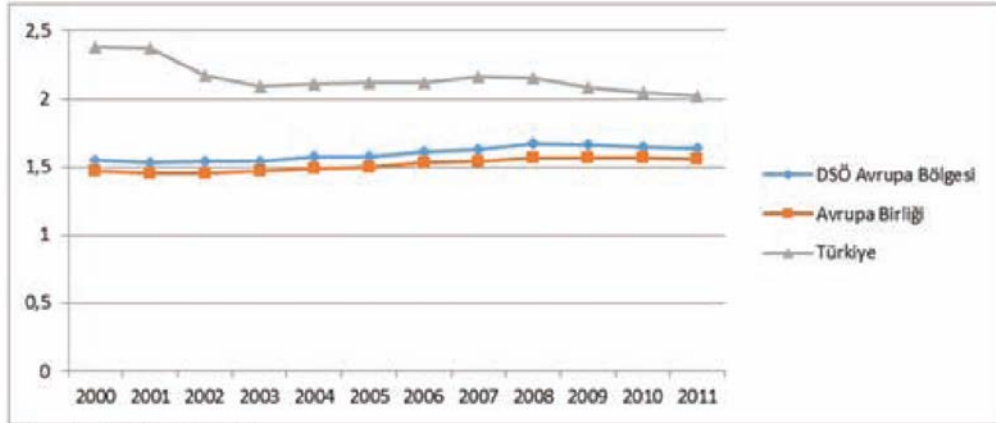
2.1 Sosyo Ekonomik Göstergeler ve Analiz

Türkiye 76 milyon nüfusu ile Avrupa Birliğinin Almanya'dan sonra en kalabalık ülkesi olup genç bir nüfus yapısına sahiptir. Yalnız orta ve uzun vadede nüfusun yaşlanacağı söylenebilir. Çünkü doğurganlık hızının son 30 yıldır sürekli azalma eğilimi olduğu görülmektedir.

1 nolu grafikte görüldüğü gibi doğurganlık hızı 2000'li yıllardan 2012 yılına gelindiğinde 2,38'lerden 1,9'lara kadar gerilemiştir. Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesinde ise Avrupa Bölgesinde ise doğurganlık hızı düşün ama 2000 ile 2012 arasında bir düşme eğilim görülmemektedir.

³³Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010) 2013:26-37.

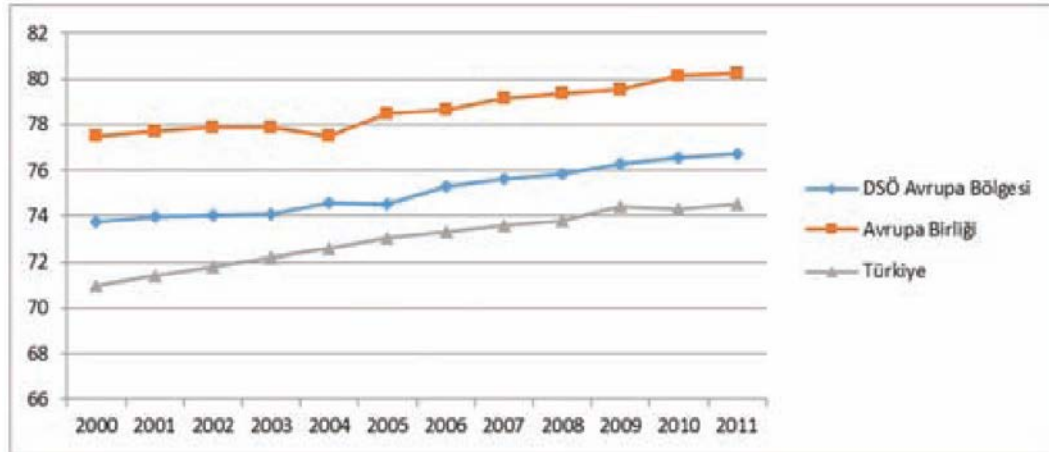
Grafik 1. Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

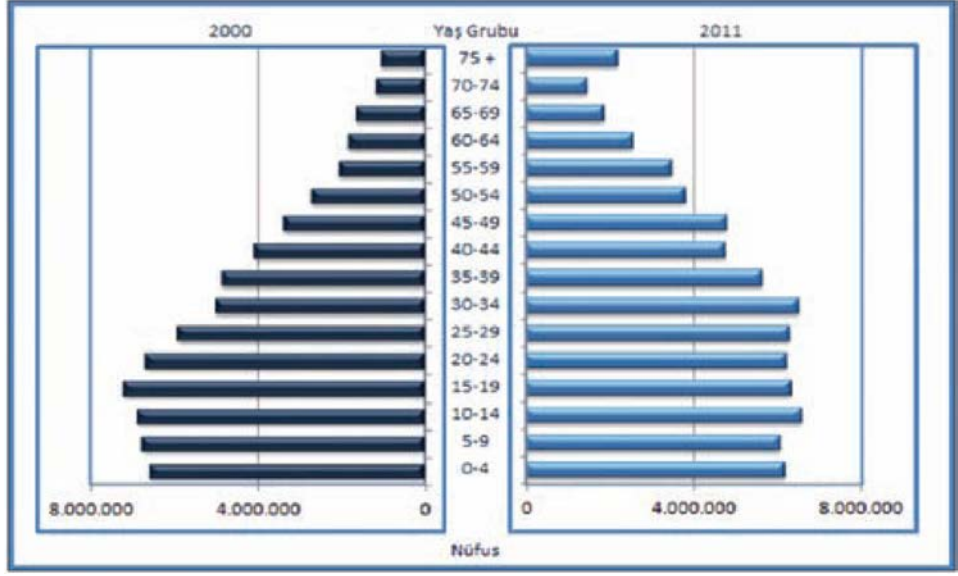
Yaşam süresini etkileyen çok çeşitli etkenler olduğu bilinmektedir. 2003 ile 2011 arasında sağlık alanındaki gelişmelerin yaşam süresini olumlu etkilediği 2000 yılında 71 olan yaşam süresi 2011 yılında 74,5'e yükselmiştir.

Grafik 2. Yıllara Göre Yaşam Süresi



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

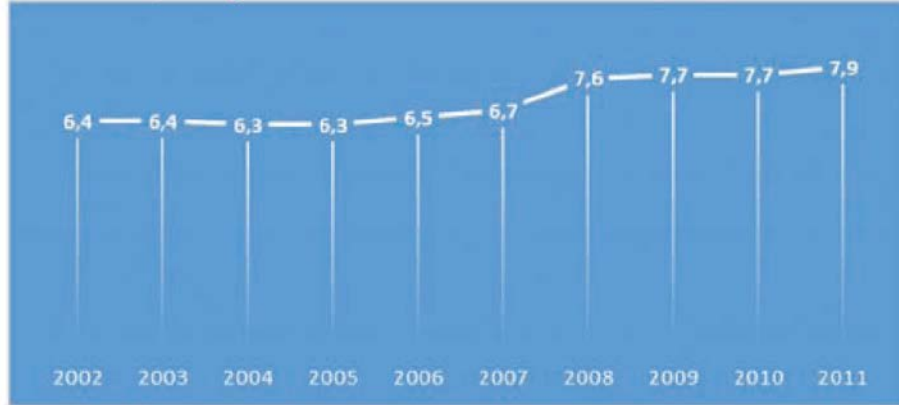
Grafik 3: Nüfus piramidi, toplam, Türkiye (2000, 2011)



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012Yıldırım, 2013)

Türkiye'nin nüfus dağılımı 2000 ile 2011 yılları arasındaki gelişimi dikkate alındığında 2000 yılında genç nüfus (20 yaş altı) daha fazla iken 2011de 20 yaş üstünde belirgin bir artış görülmektedir.

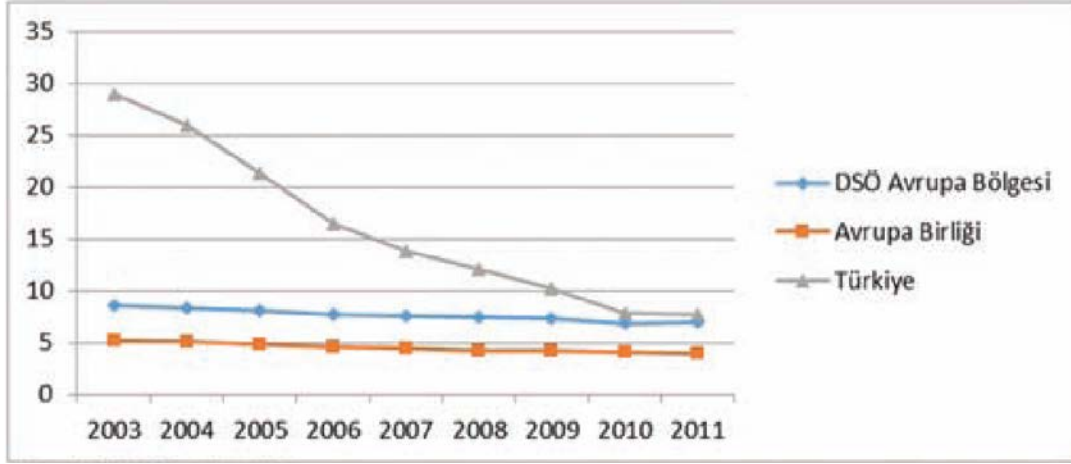
Grafik 4. Yıllara Göre 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfus içindeki Oranı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012 Yıldırım, 2013)

65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yıllar itibarıyla artış göstermiş 6.4 den 7.9 a yükselmiştir.

Grafik 5. Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)

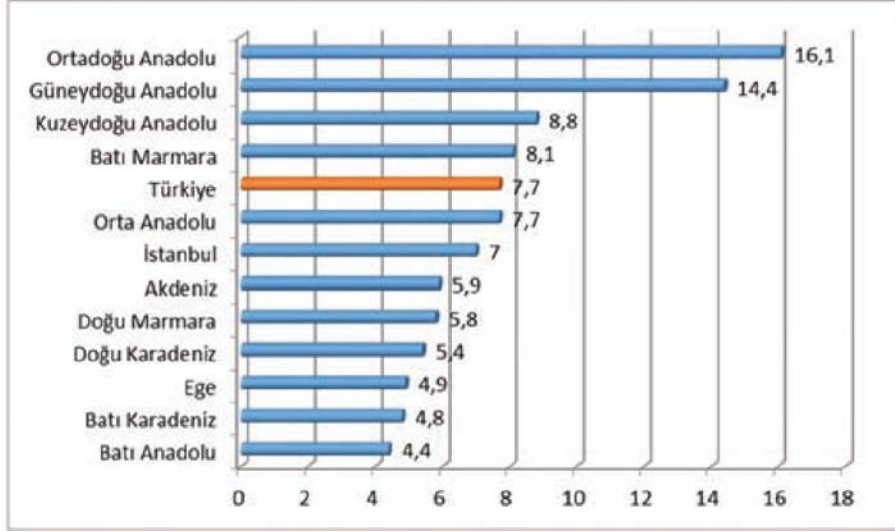


(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

Türkiye’de bebek ölüm hızları karşılaştırıldığında ciddi iyileşmelerin olduğu görülür. 2002 yılında binde 31.5 iken 2011 yılında bu oran Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasından yüksek olsa bile binde 7 düzeylerine kadar inmiştir.

Bebek ölüm hızlarında önemli bir azalma görülmekle beraber bölgeler arasındaki farkların dikkat çekici olduğu görülür. Orta Anadolu’da bebek ölüm hızının en fazla olması dikkat çekicidir.

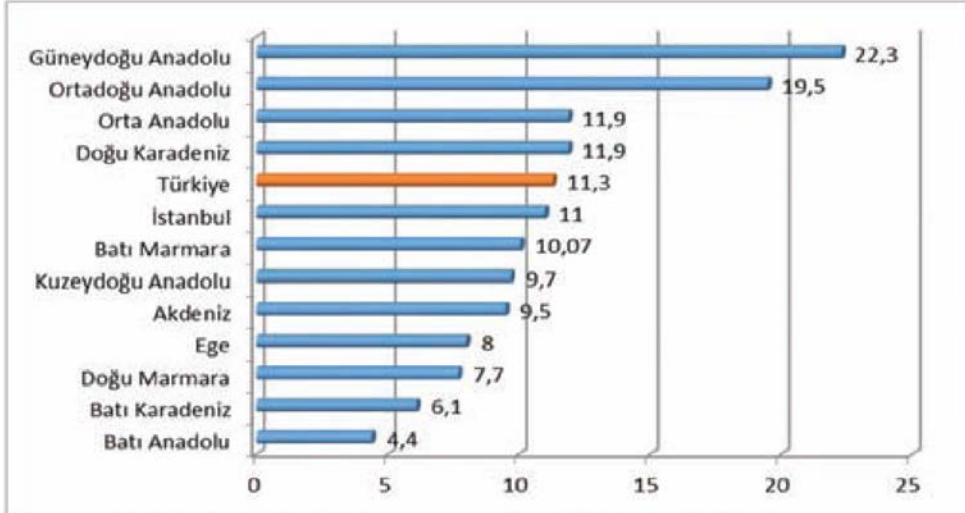
Grafik 6.Bebek Ölüm Hızı Bölgelere Göre Durumu, (1.000 canlı doğumda)



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012 Yıldırım, 2013)

Bebek ölüm hızında azalma olması olumlu bir gelişme olmakla birlikte 5 yaş altı ölüm hızında bölgeler arasındaki farklar dikkat çekicidir.

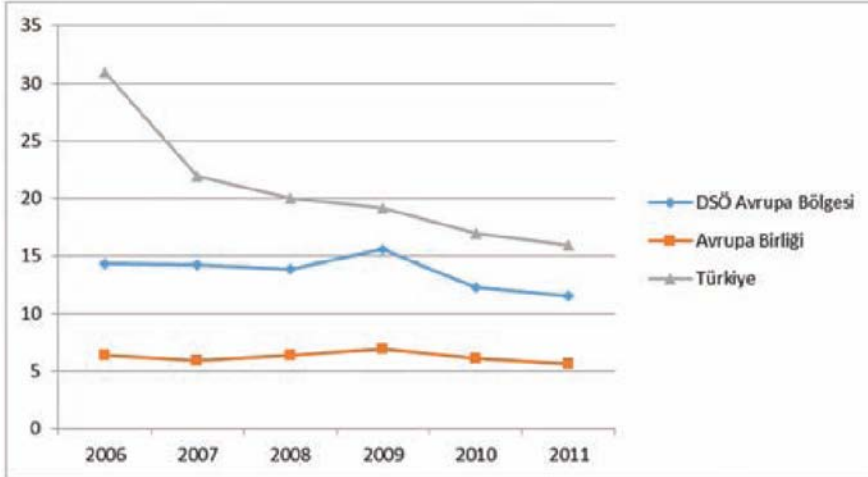
Grafik 7.Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda)



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012 Yıldırım, 2013)

Anne ölüm hızı oranlarında da iyileşmeler görülmektedir. Türkiye’de anne ölüm hızı, 2006 yılında 100.000 canlı doğumda 30,93 iken 2011 yılı 15,92 (AB’de 5,69) olarak kaydedilmiştir.

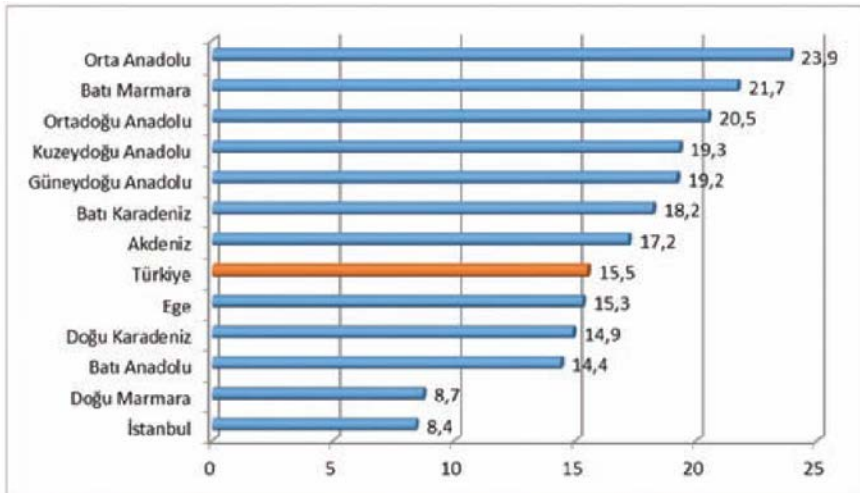
Grafik 8. 100.000 Canlı Doğumda Anne Ölüm Hızı



(Kaynak WHO 2013, Yıldırım 2013)

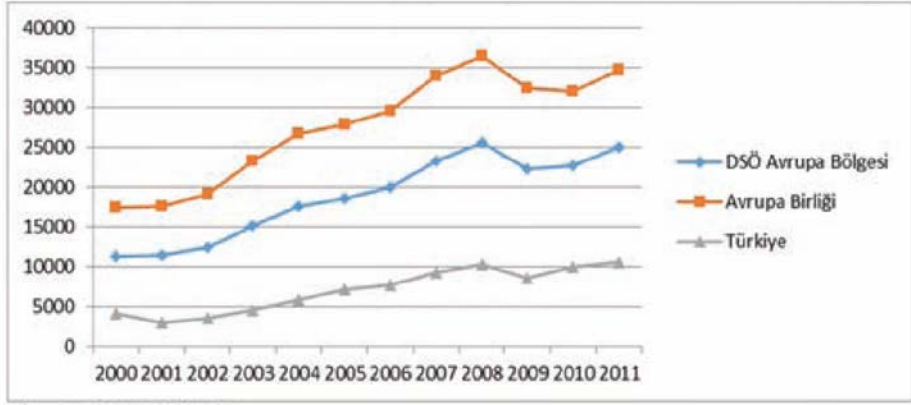
Bölgeler arasında bir karşılaştırma yapıldığında Türkiye’de bölgeler arası anne ölüm oranları açısından ciddi farklılıklar olduğu görülür.

Grafik 9. 100.000 canlı doğumda Anne Ölüm Oranı



(Kaynak Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

Grafik 10. Kişi Başı Gayri Safi Yurt içi Hasıla Düzeyleri (Dolar)



(WHO 2013, Yıldırım 2013)

Türkiye’de kişi başına milli gelir 2000 yılında 4.189 dolar iken (AB ortalaması 17.463 dolar); 2011 yılında 10.542 dolar (AB ortalaması 34.758 dolar) düzeyine çıkmıştır. Gelir düzeyinin artması insanların sağlık için daha fazla harcama yapmasına sebep olabilir.

3.2 Sağlık Hizmeti Sunumu

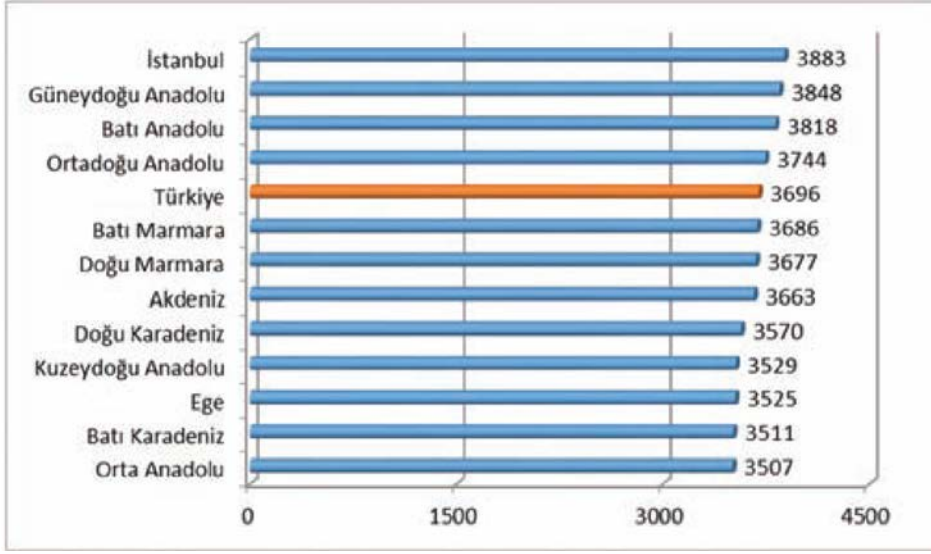
Sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı hem tedavi edici, koruyucu hem de rehabilite edici hizmetlerde ana hizmet sağlayıcı durumundadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli uygulamalarından birisi aile hekimliği konusudur. Program öncesi 17. 800 aile hekimi varken 2010 yılı sonunda 22.352 sayısına ulaşmıştır. 2011 yılında 3696 kişiye bir aile hekimi düşmektedir.

Kırsal bölgelerde gezici sağlık hizmeti de veren aile hekimleri cezaevi ve çocuk bakımevi gibi yerlerdeki vatandaşlara, evde yatalak hastalara da hizmet vermektedir. Yine aşılama, bebek ve hamile izlemeleri, belli yaş gruplarına yönelik sağlık taramaları aile hekimlerinin görevleri arasındadır.

2011 yılında aile hekimi başına düşen nüfus açısından bölgeler arasında az da olsa farklılıklar vardır.

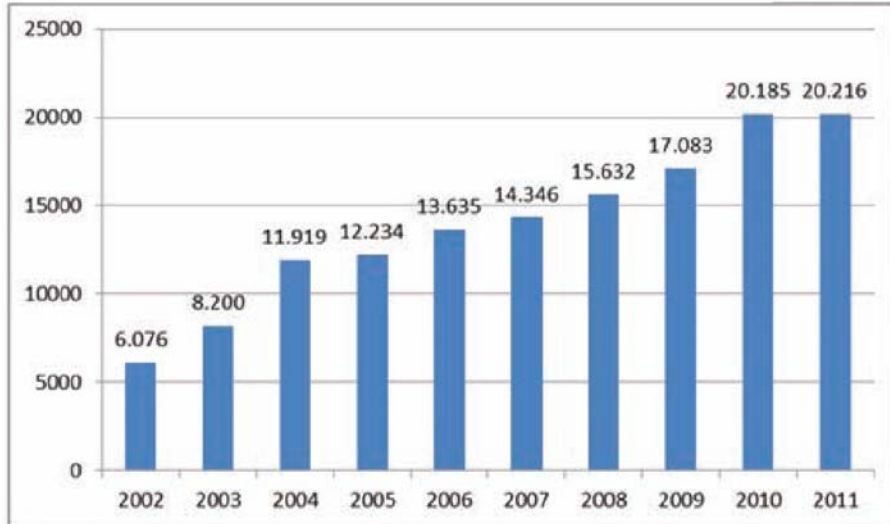
Grafik 11. 2011 yılı itibariyle Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus Sayısı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

Aile sağlığı merkezi muayene odaları konusunda da yıllara göre önemli değişim yaşanmıştır. 2002 yılında 6.076 olan muayene odası 2011’de 20.216’ya çıkmıştır.

Grafik 12. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı

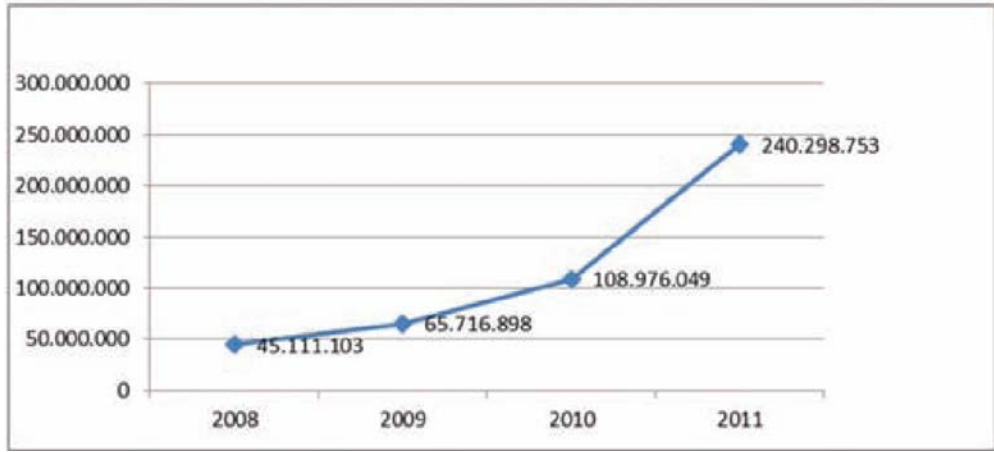


(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık. Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

Türkiye’de muayenelerin yaklaşık olarak %40’ı birinci basamak sağlık hizmetleri (aile hekimliği), %40’ı Sağlık Bakanlığı hastaneleri, %15’i özel sağlık kuruluşları ve %5’i de üniversite hastanelerinde olmaktadır

Aile hekimlerine müracaat sayısı 2008 yılında 45 milyon iken, 2011 yılında 240 milyona ulaşarak beş kat artış göstermiştir.

Grafik 13. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı

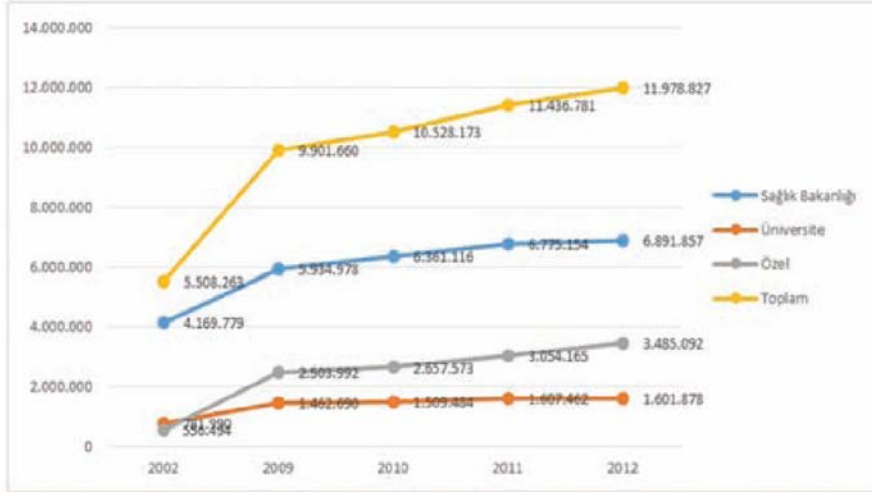


(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Anıştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

Aile hekimliği uygulaması ile Türkiye birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi hedeflemiştir. Bunun için aile hekimi sayıları artırılmalı, tıp eğitimi müfredatında aile hekimliği yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.

Sağlıkta dönüşüm programı açısından yatan hastaların sayıları karşılaştırıldığında 2002 yılından 2012’ye kadar toplamda yatan hasta sayılarında iki kattan fazla bir artış olduğu görülür. Artışın büyük oranda özel sektörde olması özel sektörün teşvikine yönelik programın genel amacına uygun bir sonuç olarak değerlendirilebilir (Yaklaşık 7 kata yakın bir artış).

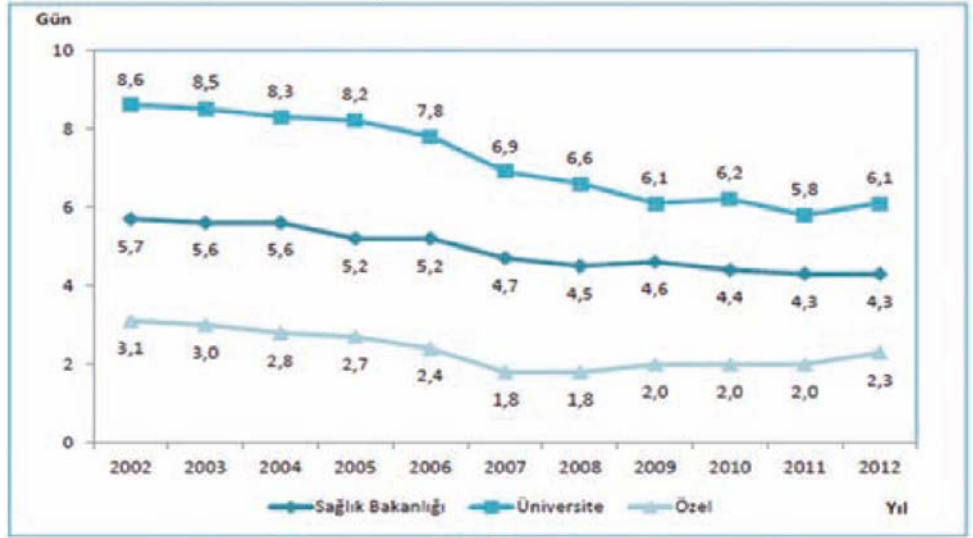
Grafik 14. Yatan hasta sayılarının karşılaştırılması



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

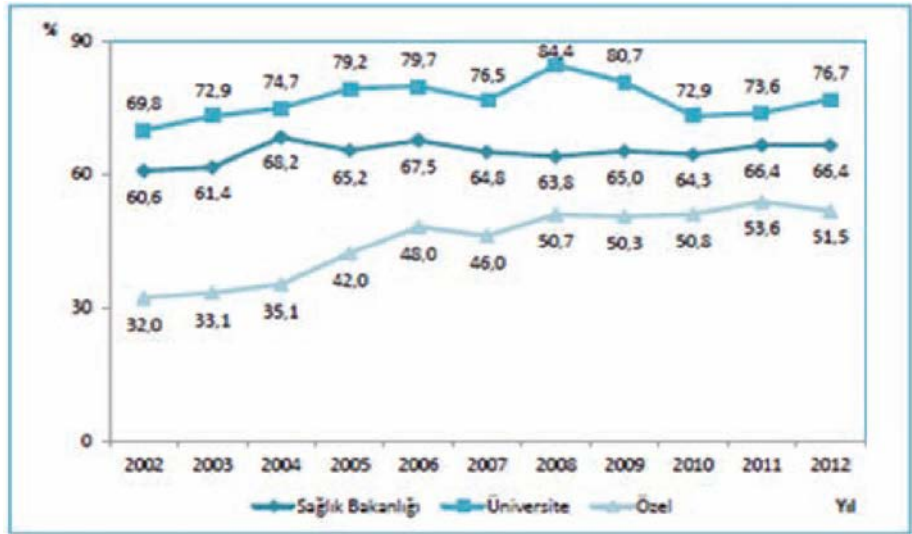
Grafik 15’de hastaların hastanelerde kalış süreleri yer almaktadır. Genel olarak bakıldığında kalış sürelerinde bir azalma olduğu görülmektedir. Bunda evde bakım hizmetlerinin etkili olduğu söylenebilir. Yatan hastaların hastanelerde kalış günleri incelendiğinde ise üniversite hastanelerinde hastaların ortalama yatış gününün fazlalığı dikkat çekmektedir.

Grafik 15. Yatan Hastaların Hastanede Ortalama Kalış Günü



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

Grafik 16. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı

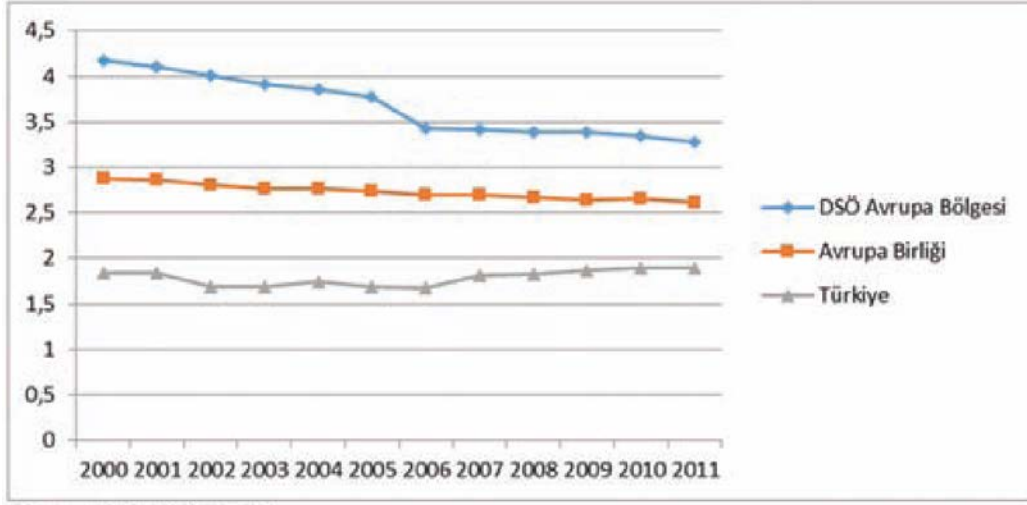


(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

Hastanelerdeki yatak doluluk oranları incelendiğinde özel sektörde iki kat bir artış görülmektedir.

Her 100.000 kişiye düşen hastane sayıları aşağıdaki 16. grafikte yer almaktadır. Türkiye’de 2006 yılından sonra artış görülmektedir.

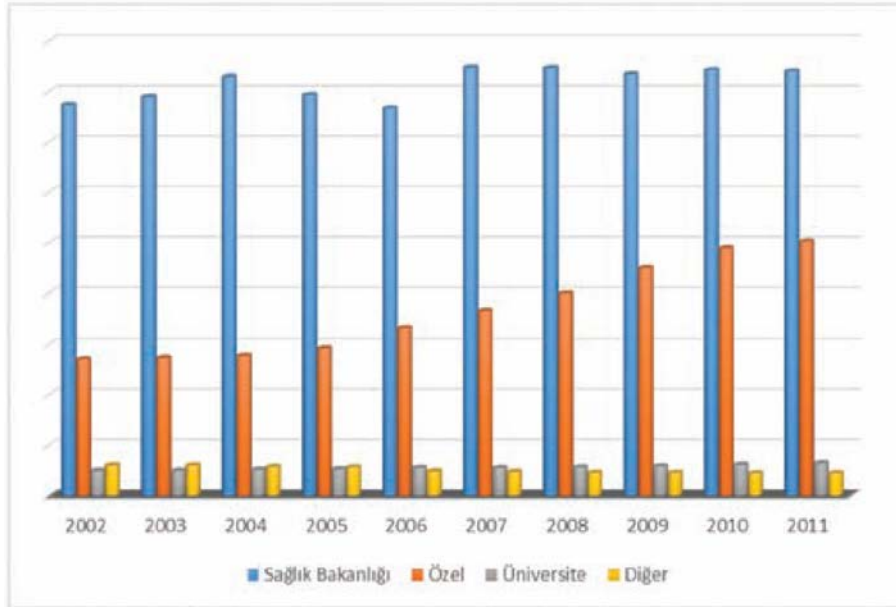
Grafik 17. 100.000 Kişiyeye Düşen Hastane Sayıları



(Kaynak WHO 2013, Yıldırım 2013)

Sağlıkta Dönüşüm Programının genel yaklaşımına uygun olarak sağlık hizmeti kuruluşlarının artışında özel sektörün öne çıktığı görülür. Özel sektör hastaneleri önemli ölçüde artmıştır.

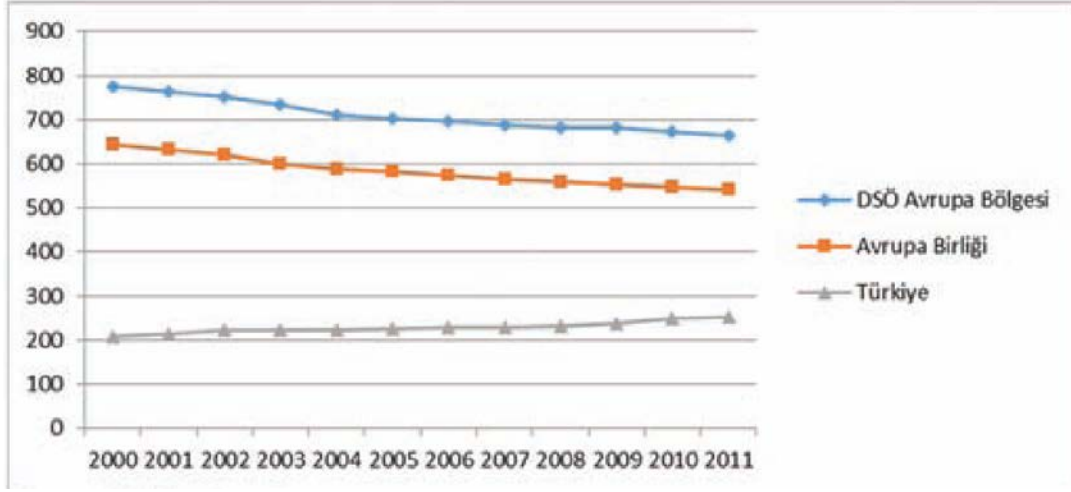
Grafik 18. Hastane Sayılarının Dağılımı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Arattırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayıları aşağıdaki grafikte yer almaktadır. 2011 yılında 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 251'dir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde 664,95 ve AB'de ise 539,88'dir. Nüfusun yaşlanması ile birlikte evde bakım ve yaşlı bakım hizmetlerinin artması bu sayıyı olumsuz etkilemektedir.

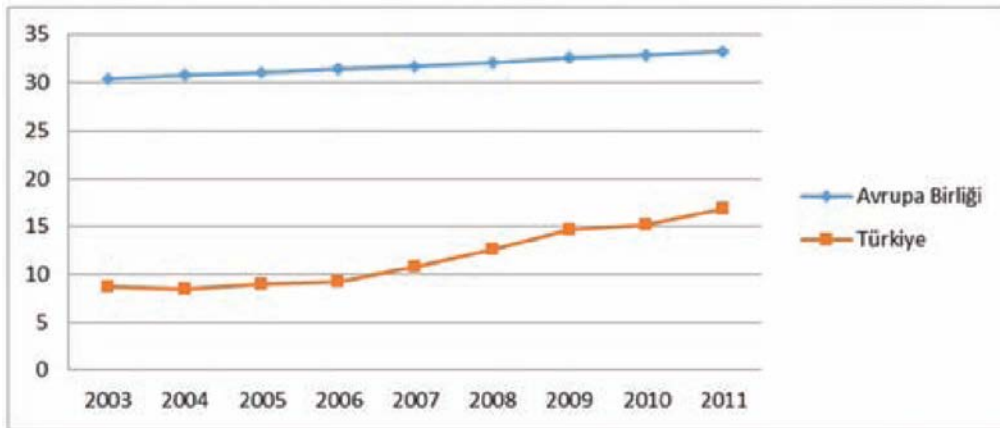
Grafik 19. 100.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayıları



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

Hastane yatağı sayılarının özel ile kamu sektörü arasındaki gelişimi de önemli bir husustur. Bu konuda programın hedeflerine uygun bir gelişme olduğu özel sektörün payının arttığı dikkat çeker. Özel sektörün bu alandaki gelişimi incelendiğinde 2003 yılından 2011 yılına doğru önemli miktarda artış görülür. Türkiye'deki artışın AB ülkelerinden daha fazla olduğu belirtilebilir.

Grafik 20. Toplam Yataklar İçinde Özel Klinik Yataklarının Yüzdesi



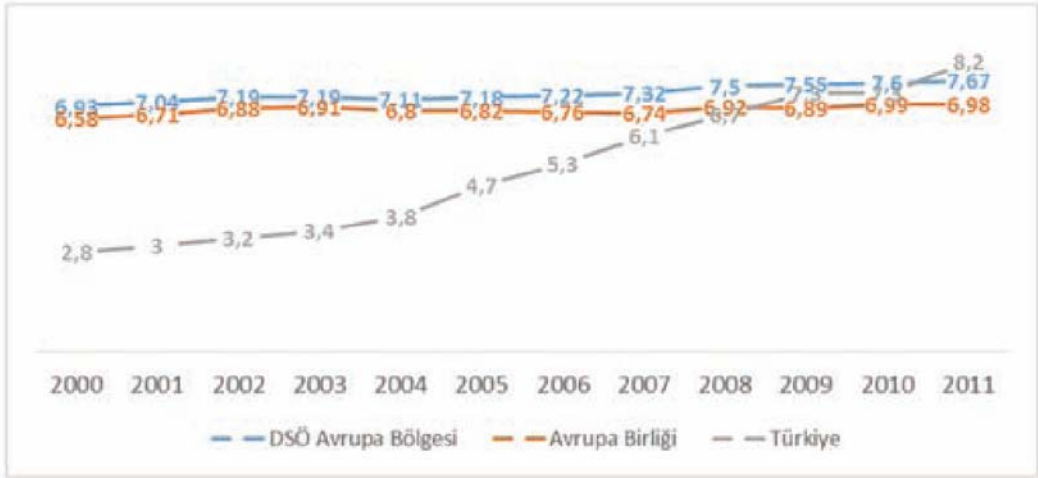
(Kaynak WHO, Yıldırım 2013)

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde acil hizmetleri ayrıca değerlendirmek gerekir. 2002 yılında tam donanımlı 618 olan 112 ambulansı varken bu sayı 2011 yılında 2766'ya yükselmiştir.

Yine kış şartlarının zor olduğu illerde 224 “kar paletli ambulans” alınmıştır. 2007 yılında 4 adet deniz ambulansı İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada’da hizmet vermeye devam etmektedir. 2008 yılında hava ambulansı uygulaması başlamış ve 19 ambulans helikopter alınmıştır.

Hekime başvurma sayısı da sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde önemli bir husustur. Zira aşağıdaki grafikte de ayrıntılı bir şekilde görüldüğü gibi ciddi artışlar olduğu görülür. 2000 yılında bir kişi ortalama 2.8 kez hekime başvururken bu sayı 2011 yılında 8.2'ye yükselmiştir. Bu artışta aile hekimliği uygulamasının etkisi büyüktür.

Grafik 21.Kişi Başı Hekime Başvurma Sayısı

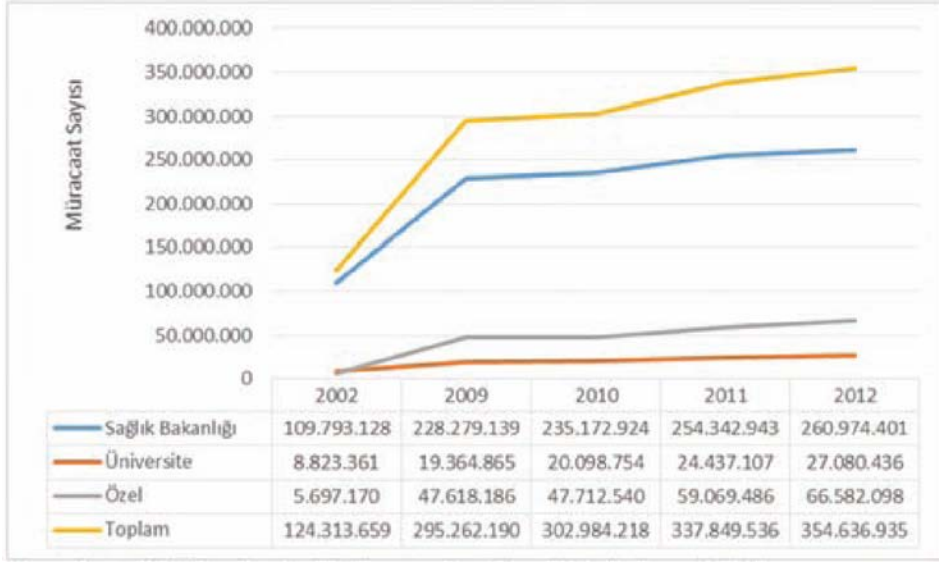


(Kaynak WHO 2013, Yıldırım 2013)

2002 yılında hekime müracaat sayısı birinci basamak sağlık kuruluşlarında 1.1, diğer basamaklarda ise 2 oran olup toplam 3.1'e ulaşmıştır. 2011 yılında bu oranlar ilk basamakta 3.1 ikinci ve üçüncü basamakla birlikte toplam 8.2 düzeyinde gerçekleşmiştir.

İnsanların hastaneye başvuru sayıları ve hastanelere göre bu sayıların dağılımı Hastanelere göre başvuru sayıları da program açısından önemli bir noktadır. 2002 yılında 124 milyon müracaat varken bu sayı 2012 yılında 354 milyona çıkmıştır. Bu artışta üniversite hastanelerinde yaklaşık üç kat özel hastanelerde ise 13 kat gibi büyük bir artış olmuştur.

Grafik 22. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

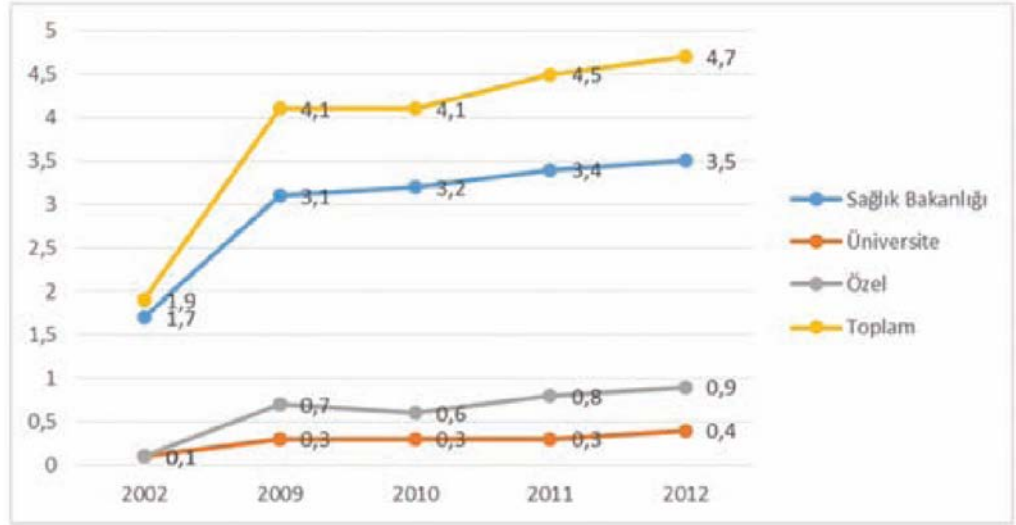


(Kaynak Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013).

Vatandaşların hastanelere başvuru yaparken hangi hastaneler ne sayıda başvurdukları da önemli bir gösterge durumundadır. Kişi başı en fazla başvuru sağlık bakanlığının hastanelerine en az ise üniversite hastanelerine olmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2002 yılında kişi başı ortalama başvuru sayısı 1.7'den 3.5'e çıkmıştır. Özel hastanelerde bu sayı 0.1'den 0.9'a yükselmiştir. En az artışın görüldüğü üniversite hastanelerinde ise bu durum 0.1'den 0.4'e çıkmıştır.

Hastanelere göre kişi başı müracaat sayısı en fazla özel hastanelerde yaşanmıştır. Bu artışta sağlıkta dönüşüm programının özel sektör ağırlıklı yönünün belirgin olduğu görülür.

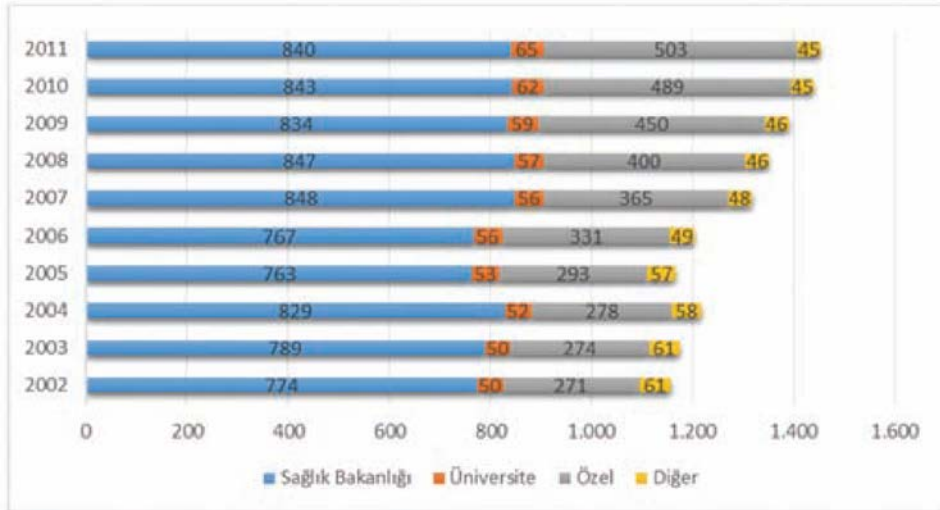
Grafik 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013)

2002 ile 2011 yılları arasında hastane sayılarının dağılımında özellikle özel hastane sayılarının iki kat arttığı görülür.

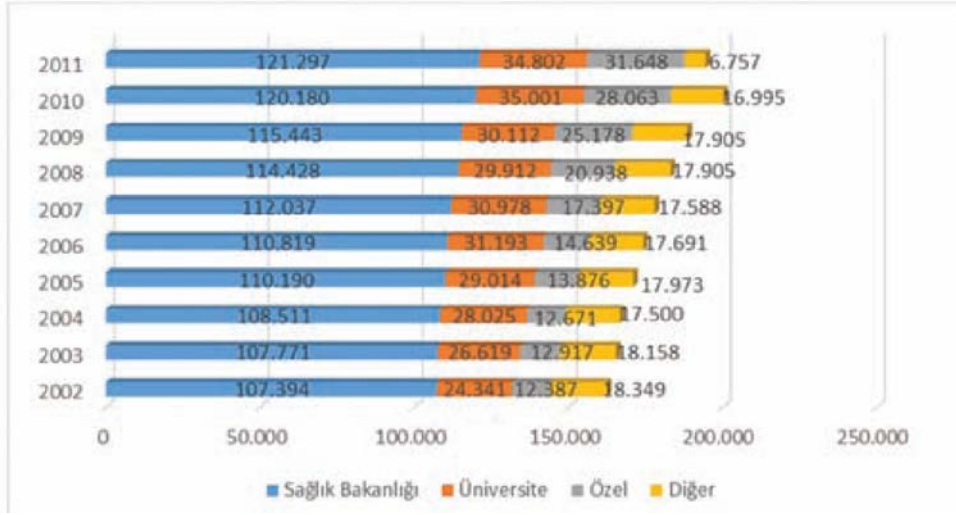
Grafik 24. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım).

Hastane sayılarının yanında hastanelerde hasta yatağı sayılarındaki değişimde sağlık bakanlığı hastanelerinin kapasitesi 2002’de 107.394 iken 2011’de 121.297 olmuştur. Üniversite hastanelerinde ise bu sayı 24.341’den 34.802’ye ulaşmıştır. Özel hastanelerin hasta yatağı kapasitesi ise 18.349’dan 31.648’e çıkmıştır.

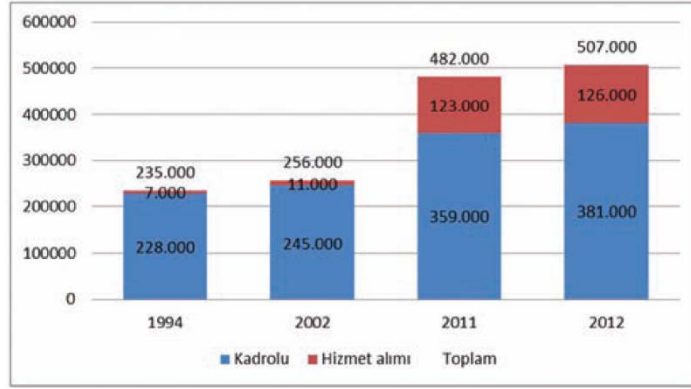
Grafik 25. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013).

Bütün reform çalışmalarının başarısında insan unsuru en önemli etkidir. İnsan unsurunun hem nicelik hem de nitelik açısından değerlendirilmesi gerekir. Türkiye’de sağlık sektöründe insan unsurunun eksik hem de bölgeler arasındaki dağılımında dengesizlik görülür. 1994 ile 2012 yılları arasındaki personel sayıları karşılaştırıldığında kadrolu personel sayısında 228 binden 381 bine bir artış görülür. Kadrolu hizmet alımı 1994’de 7000 iken 2012’de 126.000’e çıkmıştır. Hizmet alımı yani özel sektörden hizmet alımı 10 yılda 11 kat artmıştır.

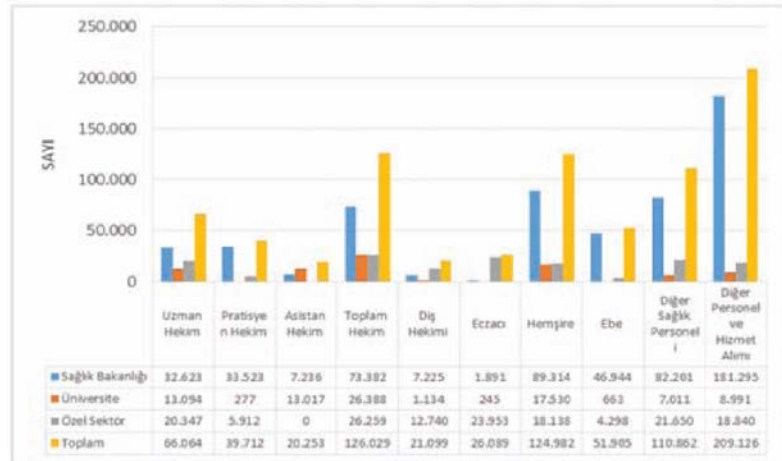
Grafik 26. Sağlık İnsan Gücündeki Değişim



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 2012, Yıldırım 2013).

Personel sayısının toplamı önemli olmakla birlikte bunun kendi içinde dağılımına da dikkat etmek gerekir. Uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, diğer personel ve hizmet alımı ile kullanılan personel sayıları aşağıdaki grafikte yer almaktadır.

Grafik 27. Sektörlere ve Unvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı



(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, Yıldırım 2013).

Bu tabloda hemşire sayısının toplam hekim sayısından azlığı ve yine pratisyen hekim sayısının uzman hekim sayısından azlığı dikkat çekmektedir.

Tıp fakültesi, öğrenci ve öğretim üyesi sayıları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Tıp Fakülteleri, Öğrenci ve Öğretim Elemanı Durumu

Öğr. Yılı	Öğrenci Sayısı				
	Fakülte Sayısı	Yeni Kay. yapı	Halen Eğt. Olan	Mezun olan	Öğr.Üyesi Say
2002-2003	44	4945	31719	4380	7172
2007-2008	49	4253	33782	4872	9182
2008-2009	56	6665	35454	4753	9192
2010-2011	69	8438	41664	5138	9970
2011-2012	69	9210	45732	4911	10440

(Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri osym.gov.tr 11-03-2014)

Fakülte sayısı 44'den 69'a yükselirken öğrenci sayısı da 7172'den 10440'a ulaşmıştır.

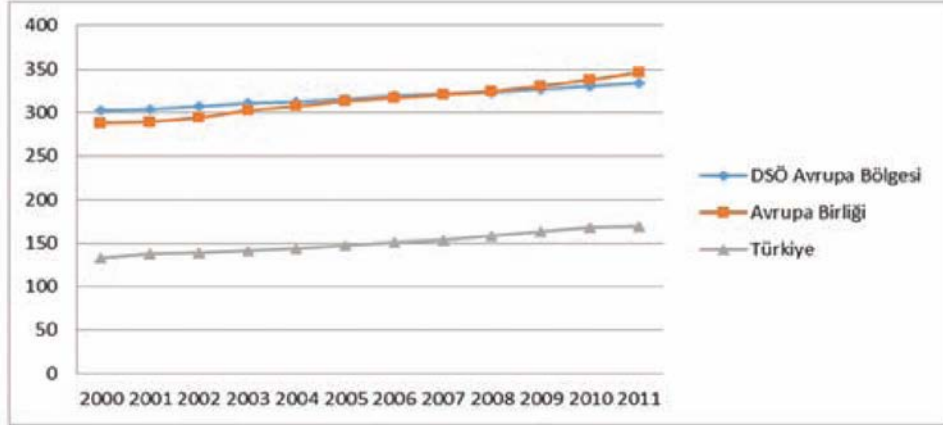
Tablo 3. Hemşire Yetiştiren Hemşirelik Yükseköğretim Kurumları Öğrenci ve Öğretim Üyesi Durumu

Öğr. Yılı	Öğrenci Sayısı				
	Fakülte Sayısı	Yeni Kayıt yapılan	Halen Eğt. Olan	Mezun olan	
2002-2003	528	3940	16423	2586	
2007-2008	762	5824	20442	4113	
2008-2009	783	6570	22796	3894	
2010-2011	827	6764	25176	4288	
2011-2012	582	9164	32782	5087	

(Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri osym.gov.tr 10-05-2014)

Aşağıdaki grafikte 100.000 kişiye karşılık gelen doktor sayısının diğer ülkelerle karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre 2000'de ülkemizde 100.000 kişiye 132 doktor düşerken; AB ülkelerinde bu sayı ortalama 287 olarak görülmektedir. Türkiye'de 2011 yılında bu sayı 168AB ülkelerinin ortalaması ise 346 olarak bulunmuştur.

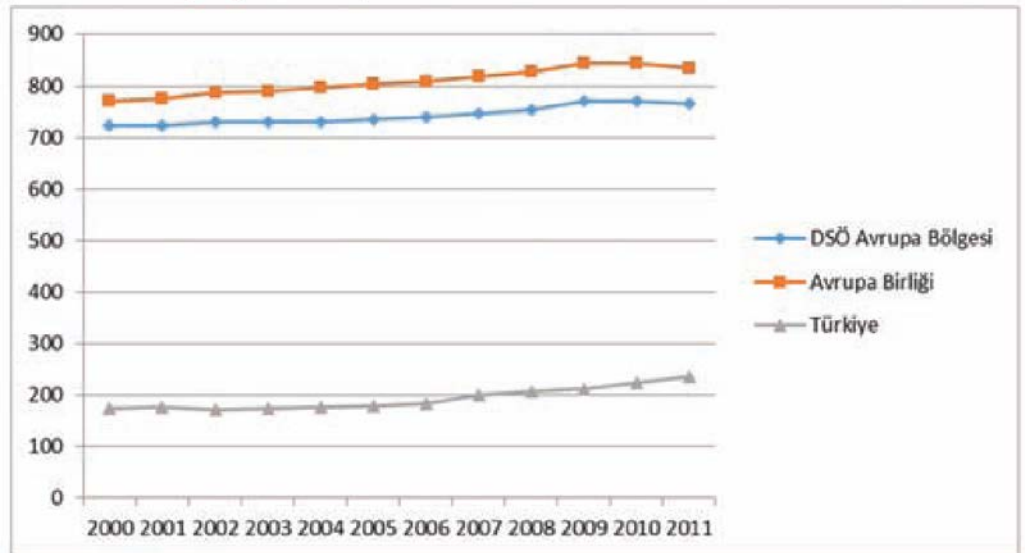
Grafik 28. 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayılarının Uluslar arası karşılaştırılması, (2000-2011)



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

100.000 kişiyeye düşen hemşire sayıları karşılaştırıldığında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ve Avrupa Birliği'ne göre düşük seviyededir. 2011 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 765,9 AB'de 835,53 olan her 100.000 kişiyeye düşen hemşire sayısı Türkiye'de 236,72 düzeyindedir.

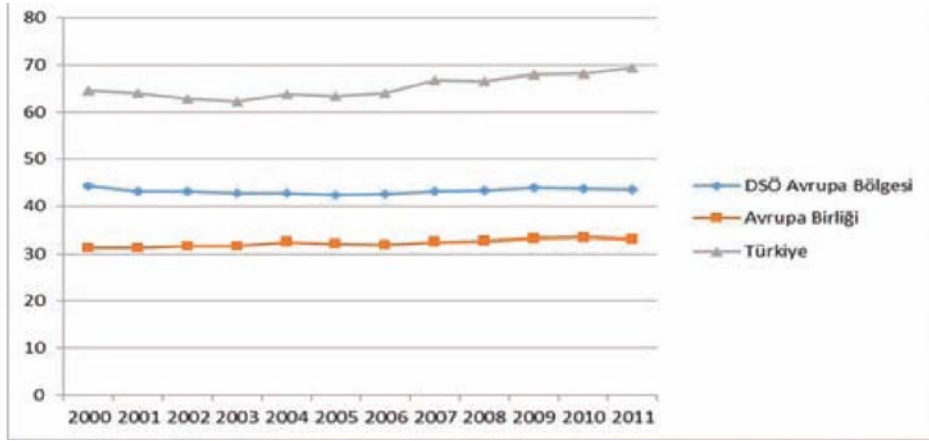
Grafik 29. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

Her 100.000 kişiye düşen ebe sayılarının karşılaştırılması aşağıdaki grafikte yer almaktadır. Türkiye'nin DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB'ye nazaran daha yüksek ebe sayısına sahip olduğu görülmektedir.

Grafik 30. 100.000 Kişiyeye Düşen Ebe Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011



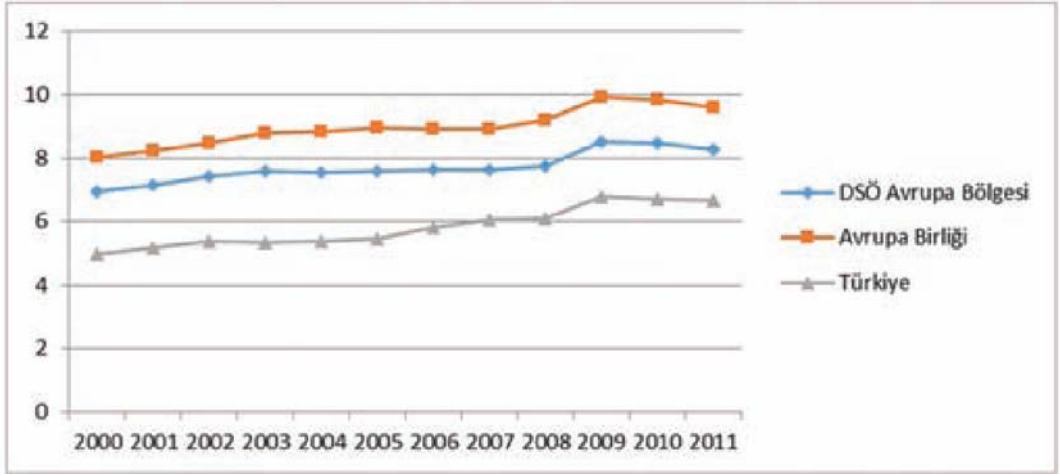
(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

3.3 Sağlıkta Gelir ve Harcama İlişkisi

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu (SDSGR) kapsamında 2006 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ile sağlık sektöründe mali kuruluşlar bir araya getirilmiştir. Genel sağlık sigortası tüm nüfusu sağlık güvencesi altına almıştır. 2006 tarihi öncesinde Türkiye'de sosyal güvenlik kuruluşu üç bölüme ayrılmıştı. Bunları Bağ-Kur, 1479 Sayılı Yasa ile 1971 yılında kurulmuştur.

Sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla içindeki payını 2000 ile 2011 yılı arasındaki değişimi incelendiğinde 2000 yılında toplam GSYİH'nin yüzde 4.96 iken 2011 yılında yüzde 6.66'ya çıkmıştır.

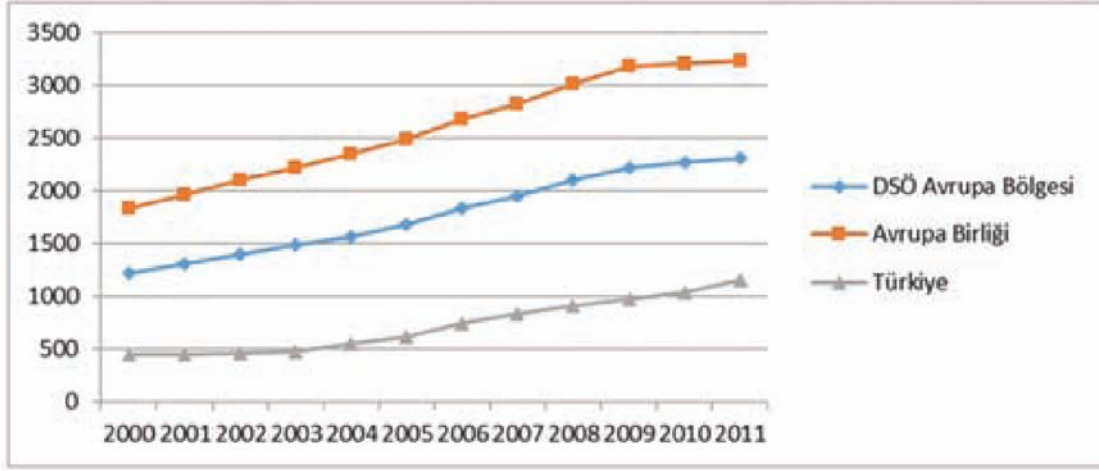
Grafik 31. Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla İçindeki Payları Dünya Sağlık Örgütü Hesaplamalar



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013).

Türkiye'nin 2000 yılında kişi başına sağlık harcaması yıllık 454 dolar iken 2011 yılında 1160 dolara yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin ortalaması 1833 dolar ile Avrupa Birliği ülkelerinde ise ortalama 3231 dolar değişim aşağıdaki grafikte yer almaktadır.

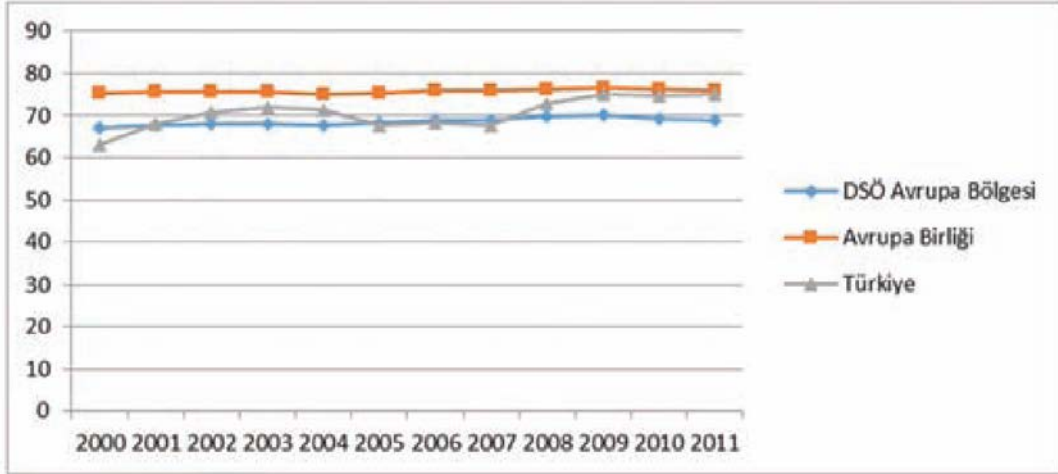
Grafik 32. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Dünya Sağlık Örgütü Hesaplamaları



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 201).

Kamuda sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yüksek düzeydedir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı yüzde 61'lerden yüzde 75'ler yükselmiştir.

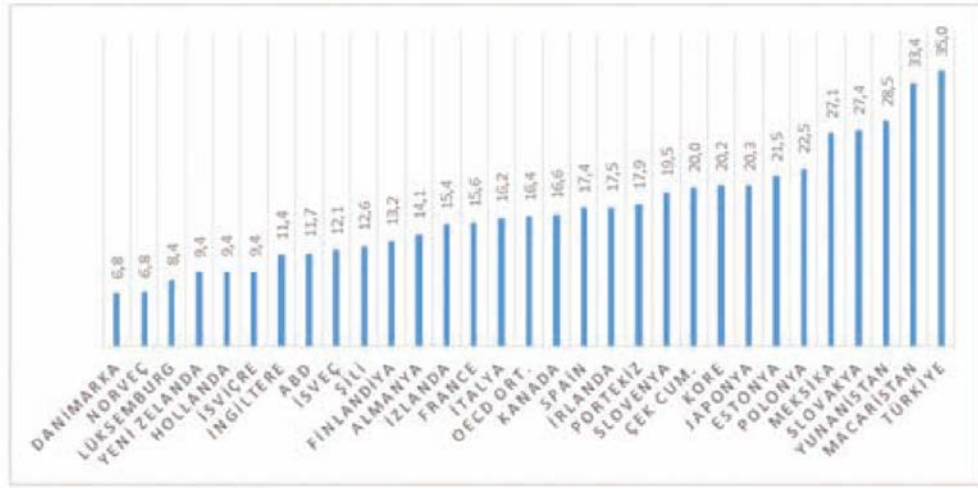
Grafik 33. Toplam Sağlık Harcaması İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Yüzdesi, Dünya Sağlık Örgütü Hesapları



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013).

Sağlık harcamalarında ilaç masrafları önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye ve OECD ülkelerinin bu konudaki karşılaştırması aşağıdaki grafikte yer almaktadır.

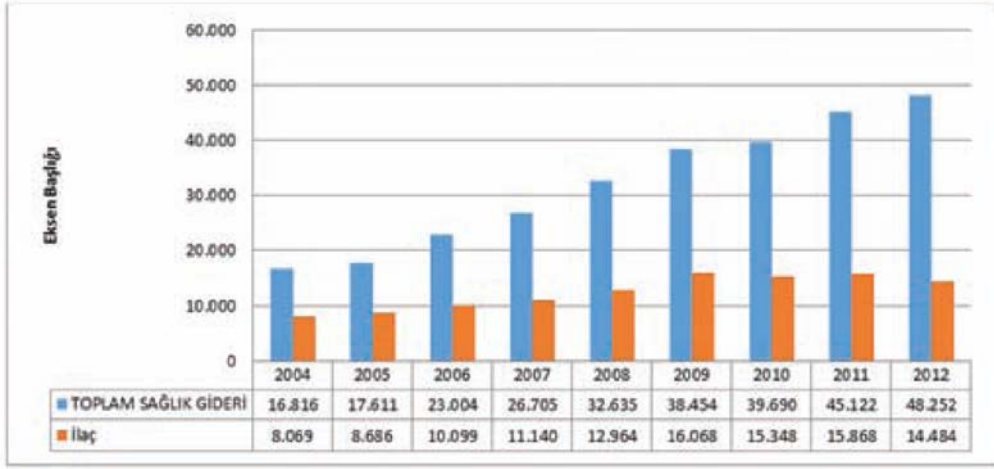
Grafik 34. İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Payı 2011 (%)



(Kaynak: OECD 2013, Yıldırım 2013)

İlaç harcamalarının yıllara göre değişiminin sağlıkta dönüşüm programı kapsamında değerlendirilmesi gerekir. 2004 yılından sonra sağlık ve ilaç harcamaları artmıştır. 2004- 2012 arasında dört kat bir artış görülmektedir.

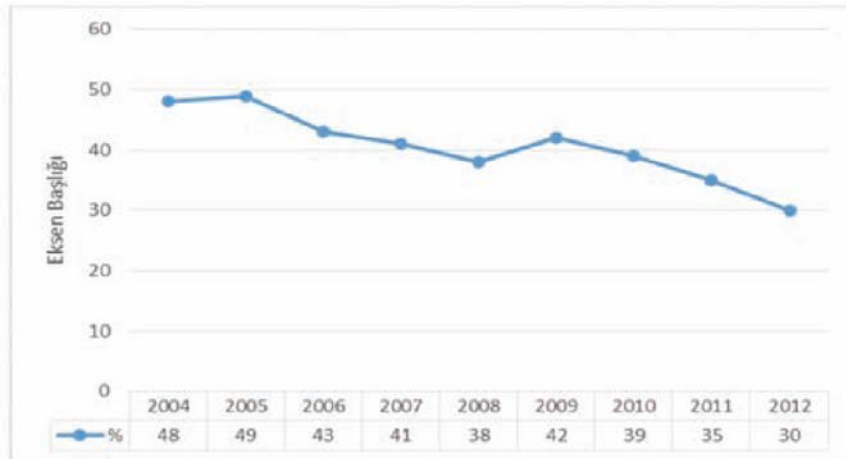
Grafik 35. 2004-2012 Yılları Arası İlaç Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamaları, Türkiye



(Kaynak: SGK Verileri, Yıldırım 2013)

İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının 2004 ile 2012 yılları arasındaki değişiminde önemli bir azalma olduğu görülür.

Grafik 36. İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı

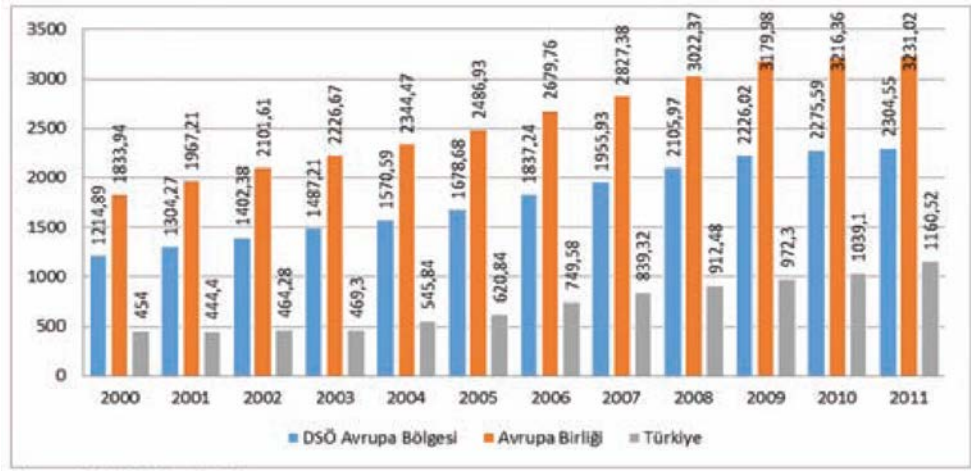


(Kaynak: SGK Verileri, Yıldırım 2013).

2004'den 2012'ye kadar toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı %48'den %30'a düşmüştür.

Kişi başına düşen yıllar itibarıyla toplam sağlık harcamasının yıllara göre miktarları aşağıdaki grafikte yer almaktadır. Grafik incelendiğinde Türkiye’de 2004 yılında 454 dolar olan tutar 2006 yılında satın alma gücü paritesinin 749 dolara, 2011 yılında ise 1160 dolara yükselmiştir. 2011 yılı itibarıyla Avrupa Birliği ülkelerinde bu miktar 3231 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde ise 2304 dolar düzeyindedir.

Grafik 37. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, ABD doları, Dünya Sağlık Örgütü Hesaplaması



(Kaynak: WHO 2013, Yıldırım 2013)

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumunun toplam gelir ve giderlerindeki değişimime dikkat etmek gerekir.

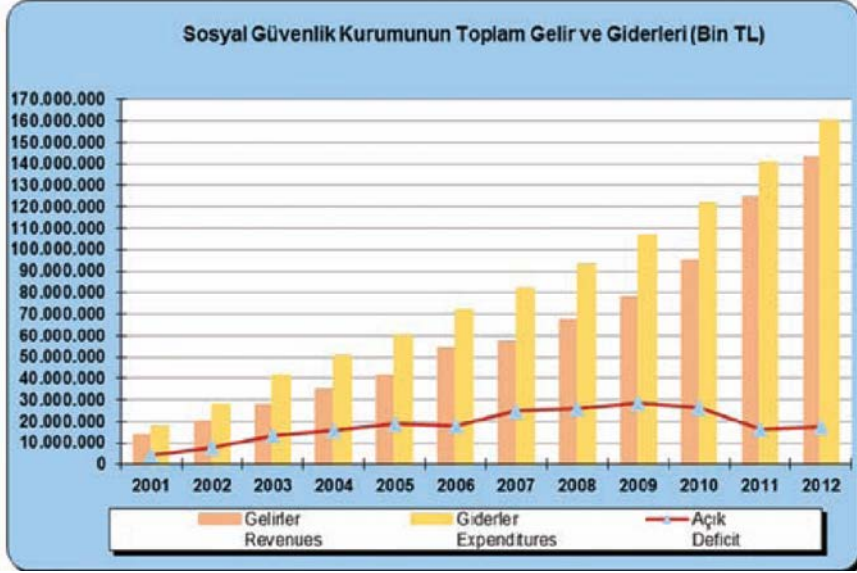
Grafikte yer aldığına göre SGK'nın toplam gelirlerinde ve giderlerinde düzenli bir artış gözlenmektedir.

2012 yılında SGK'nın 143 milyar TL gelir elde ettiği ve bunun %67,4'ü (96 milyar TL) prim gelirlerinden oluştuğu görülür.

Giderler değerlendirildiğinde yine 2012 yılında SGK'nın 160 milyar gideri bulunmaktadır. Bu giderlerin 105 milyarı yani yüzde %65,7'si emeklilere ödenen aylıklar şeklindedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun 2012 yılı bütçesi içinde sağlık harcamalarının payı yüzde 27.5 yaklaşık 44 milyar düzeyindedir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun açığının 2009'dan itibaren azalma içindedir. 2009'da açık 28 milyar iken 2012 yılında 17 milyara inmiştir.

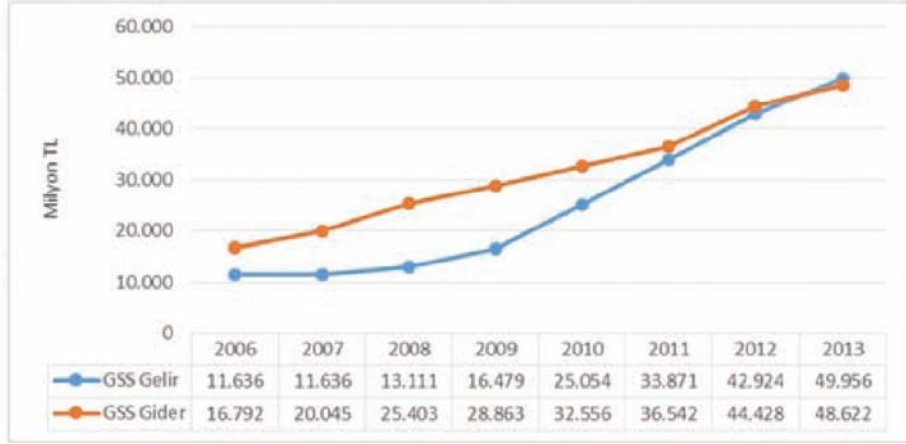
Grafik 38. Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Gelir ve Giderleri



(Kaynak: SGK Verileri, Yıldırım 2013)

Sosyal Güvenlik Kurumunun gelir ve giderleri yanında Genel Sağlık Sigortasının gelir ve giderlerine de bakmak gerekir. Sosyal Güvenlik Kurumunun gelir ve giderleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Grafik 39. Genel Sağlık Sigortasının 2006-2012 Arasında Gelir ve Gider Durumu



(Kaynak: SGK Verileri, Yıldırım 2013)

2006 yılında Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmiştir. Genel Sağlık Sigortasının gelir ve giderleri ile açık durumları aşağıdaki grafikte yer almaktadır. Buna göre 2006 yılında 5 milyar tl ile en düşük açık olduğu görülür. 2008 ile 2009 arasında açık 8 milyar tl olmuştur. 2009'dan itibaren azalma eğilimi göstermiş ve 2012 itibariyle kara geçer bir duruma gelmiştir.

Bu veriler de göstermektedir ki sağlık harcamaları Sosyal Güvenlik Kurumunun en önemli gider kalemi değildir. SGK'nın açıklarının sebebi değildir. Açıkların temel sebebi emekli aylıkların yapılan ödemelerdir. Bu konuda da erken emeklilik politikalarının etkili olduğu söylenebilir. 2012 yılı itibariyle 2 çalışan kişi 1 emekliyi finanse etmektedir. Olması gereken ise 4 çalışan kişinin bir emekliyi finanse etmesidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’de reform çalışmaları hep bir iştiyakla başlar zamanla yavaşlar sonunda da mevcut duruma razı olunur. Hangi alanda olursa olsun yeniden düzenleme çalışmalarının başarılı olabilmesinin önemli kriterleri bulunmaktadır. Siyasal destek en önemli öğedir. Siyasal destek devlet politikası haline getirilmiş çalışmaların siyasi iktidarlar değişse bile devam ettirilmesi demektir. 21.yüzyılın ilk çeyreğini yaşadığımız bu dönemlerde Türkiye’nin her alanda özellikle de sağlık alanında dünyanın gelişmiş ülkelerindeki gibi bir özelliğe kavuşması sağlanmalıdır.

Türkiye son yıllarda sağlık alanında önemli gelişmeler kaydetmekle birlikte özellikle ülke içindeki bölgeler arasındaki farklılıkları giderme konusunda daha fazla çaba göstermelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti olan aile hekimliği modeli dünya standartlarında bir uygulamadır. Yalnız bu tür iyi modellerin gerçek hayatta başarılı olması için gereken altyapıyı sağlanmazsa beklenen sonuçlara ulaşılamayabilir. Bu konuda özellikle hekim sayısı önemli bir unsurdur.

Sayısal verileri karşılaştırdığımızda 2002 yılından 2012 yılına kadar hastaneler müracaat eden hasta sayısında yaklaşık iki kat artış olduğu görülür. (124 milyondan 354 milyona çıkmıştır). Bu toplam sayı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde iki kat üniversite hastanelerinde üç kat özel hastanelerde ise 13 kat artış sağlamıştır. Bu sonuçlar aslında değişim ev dönüşümden beklenen sonuçlara uygundur. Yeni yönetim anlayışında özellikle özel sektörü işin içine çekme hizmeti bizzat yapma yerine yaptırma düşüncesi hakimdir.

Toplam başvuruda artışta ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurunun birinci basamak kurumların olan başvurulardan fazla olması birinci basamak sağlık hizmetlerinde gereken etkinliği tam sağlayamadığımızı gösterir. Aile hekimliğine başvurunun özendirilmesi ve sistemin daha iyi çalışması için ek düzenlemeler yapılmalıdır. Aile hekimleri ilaç yazmak için başvuru bir kurum olmaktan çıkarılmalıdır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının 2003 ile 2012 yılları arasında yaklaşık iki kat arttığı görülür

Sağlıkta dönüşüm programının vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine yükselttiği görülmektedir. Yalnız son dönemlerdeki katkı payları ve ilave ücretler memnuniyet düzeyinde azalmalar meydana getirmektedir.

Sağlık hizmetleri sağlık personeli ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık çalışanlarının getirilen düzenlemelerden memnuniyetsizliği başarıyı olumsuz etkileyecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı olabilmesinde ilaç konusunda da düzenlemeler yapılmalıdır. Özellikle ilaç harcamaları düzenlenmeli ilaç kullanımı ile ilgili vatandaşlar bilinçlendirilmelidir.

En çok şikayet edilen konulardan birisi olan performansa dayalı ücret sistemi nitel ve nicel göstergeleri birlikte ele almalıdır. Kalite, başarı göstergeleri zaman zaman sayısal verilerle belirlenemeyebilir. Yapılan ameliyat sayısı performans için bir unsur olabilir ama kaç tane hastanın ne kadar iyileştiği konusunu sayısal olarak ölçmek mümkün olmayabilir.

Sağlık yönetimi konusunda profesyonel eğitim görenlerden yararlanılmalıdır. Genel sağlık sigortasından taviz verilmemelidir. Özel sağlık sigortaları da teşvik edilebilir. Sağlık alanında insan kaynaklarının planlaması profesyonel ekiplerce yapılmalıdır. Türkiye’de Avrupa Birliği ortalamaları ile kıyaslandığında 2105 yılı itibarıyla 100 bin hekim ve 400 bin hemşire açığı bulunmaktadır. Sağlıkta nitelikli insan gücü planlaması yapılırken hem sayısal olarak gereken personel yetiştirilmeli ayrıca bu personelin ülke çapında dengeli dağılımına dikkat edilmelidir. Sağlık çalışanlarının sayısı iki yöntemle artırılabilir. Bunlar ülke içinde yetiştirmek yurt dışından ithal etmektir. Yurt dışından ithal edilecek olan personel konusunda çok hassas olunmalı özellikle gelişmiş ülkelere ise buna imkan tanınmalıdır. Tıp fakültesi sayıları, akademik personel ve öğrenci sayıları artırılmaya çalışılmalıdır. Sağlık çalışanlarının özlük hakları ve çalışma koşulları günün şartlarına uygun hale getirilmelidir. Genç bir nüfusa sahip ülkemizde iyi bir planlama ile bu potansiyel sağlık sektörüne yönlendirilebilir.

Üniversite hastanelerinin tıpta eğitimin kalitesini düşürmeyecek şekilde olmalıdır. Hastaneler profesyonel işletmeciler tarafından yönetilmelidir. Döner sermaye uygulamaları geliştirilmeli çalışan personel ile daha az çalışan arasında

belirgin farklar olmalıdır. Verimli çalışanların ödüllendirileceği bir sistem getirilmelidir. Özel sektörün mümkün olduğunca bu alanda devletin yükünü azaltacak girişimlerde bulunması desteklenmelidir. Yalnız reform çalışmalarının bu konuda çok fazla başarılı olmadığı görülür.

Sağlık hizmetlerinin sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde az da olsa yerleşmesi sağlanmışsa da hala görev yetki ve sorumluluk bakımından merkeziyetçi bir anlayış hakimdir. Hemen hemen bütün yetkiler sağlık bakanlığının elinde bulunmaktadır. Mümkün olduğunca özellikle koruyucu sağlık hizmetleri konusu başta olmak üzere sivil toplum kuruluşları, mahalli idareler sistemin içine alınmalıdır.

Sağlık hizmetleri konusu ulusal bir konu olarak ele alınmalı politik malzeme yapılmamalıdır. Sağlık hizmetleri devlet politikası haline getirilip siyaset üstü olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinde bazı kamu kuruluşları (TBMM, Milli Savunma, Merkez Bankası vs) kendi personel ve personel yakınlarının sağlık harcamalarında özel uygulamalar yapabilmektedir. Farklı ayrıcalıklar yapılabilmektedir. Bu durum israf ve çifte standart oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde Türkiye’de özellikle tedavi edici hizmetlere büyük önem verilmektedir. Koruyucu tıp ve altyapı çalışmalarına da özen gösterilmelidir.

Sağlık hizmetlerinde çalışanlar 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olup bu kanunda belirtilen 10 sınıf içinden sağlık hizmetleri sınıfına dahildir (Üniversiteler kendi yasasına tabi olsa da özlük vs konularında DMK’ya uymaktadırlar).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin klasik devlet memuru mantığıyla çözülmesi zor görülmektedir. Kalite, verimlilik, etkililik, üretkenlik gibi çağdaş işletme teknikleri dikkate alınmalıdır. Hem bu şekilde bir yapılanmanın olmaması hem de politik atama ve tayin uygulaması kamu kaynaklarının israfına yol açmaktadır. Sağlık sorunlarının çözümünde sadece hekimlere yönelik tedbirler yeterli olmayacaktır. Özellikle hekim dışı personelin durumu çok önemlidir.

Sağlık alanında özel sektöre verilen teşvik ve destek artırılıp merkezin yükünün azaltılması hedeflenmelidir. Türkiye ilaç ve tıbbi malzeme konusunda

yüzde yüze varan oranda dışa bağımlı durumdadır. Bu durum çok büyük kaynakların yurt dışına gitmesine yol açmaktadır.

Ülkenin nitelikli insanların hekimlik mesleğine yönelmeleri sağlanmalı bu sayede kaliteli hekim yetiştirilmesi yoluna gidilmelidir.

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte merkez ve taşra teşkilatlarında önemli değişiklikler yapılmış merkez teşkilatı olan sağlık bakanlığı bünyesinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde dört tane bağılı kuruluş oluşturulmuştur. Taşrada ise Kamu Hastane Birlikleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Hudut ve Sahiller Sağlık Müdürlüğü ile İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri oluşturulmuştur.

Kamu Hastane Birlikleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun, Halk Sağlığı Müdürlükleri ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun taşra teşkilatı olarak oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın doğrudan taşra teşkilatı ise eski yapıda olduğu üzere İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri olarak ifade edilmiştir. Ayrıca İlçe Sağlık Müdürlüklerinin oluşturulmadığı yerlerde İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarının kurulması kararlaştırılmıştır.

Yeni düzenlemede merkez daha çok düzenleme ve denetim rolünü üstlenmekte bağılı kuruluşlar ve taşra teşkilatları ise tedavi ve koruyucu hizmetlere yönelmektedir. İl sağlık müdürlükleri de taşrada koordinasyon görevi görmektedir.

Kamu Hastane Birliği Genel Sekreteri, Halk Sağlığı Müdürü ve İl Sağlık Müdürü’nün uyumlu çalışması taşrada sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili olmasında çok önemlidir.

Yerel yönetimlerin ortaya çıktığı 1800’lü yıllardan itibaren sağlık ile ilgili hizmetler üstlendiği bilinmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından çok önemli görevler üstlenmiştir. Beldenin içme suyu, çevre temizliği, atıkların yönetimi vs gibi konular yerel yönetimlerin görev alanları içinde olmuştur. Yerel yönetimler güçlendikçe idari ve mali açıdan güçlendikçe koruyucu sağlık hizmetlerine ek olarak tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri de yerine getirmiştir. Bu çerçevede belediyeler bünyesinde hastaneler kurulmuş ve işletilmiştir. Yalnız bu kuruluşların

kaderi yerel yönetimlerin kaderlerine paralel bir gelişme göstermiş yerel yönetimlerin idare ve mali gücüne göre şekillenmiştir.

2015 yılı itibarıyla Türkiye’de 30 büyükşehir belediyesi bulunmaktadır. 76 milyon nüfusun yaklaşık yüzde yetmiş beşi bu 30 ilde hayatını sürdürmektedir. Büyükşehir belediyelerinin idari ve mali açıdan sağlık hizmetlerinden koruyucu hizmetlerin yanında tedavi edici hizmetlerde yerine getirebilecek düzeyde olduğu görülür. Örneğin İstanbul Büyükşehir Belediyesinin yıllık bütçesinin toplam olarak 5 bakanlık bütçesinden fazla olması ekonomik güçleri hakkında aydınlatıcı fikir vermektedir. Dünya çapında projeler gerçekleştiren büyükşehir belediyeleri iyi bir örgütlenme ile sağlık hizmetleri konusunda merkezi yönetimin yükünü azaltabilir. Sağlıkta Dönüşüm Programının değerlendirildiği bölümdeki istatistiki bilgilerde de görüldüğü gibi gelişmiş dünya ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından yerine getirdiği görülür. 2003 yılı itibarıyla ortaya konan sağlıkta dönüşüm programının asıl hedeflerinden birisi yeni kamu yönetimi düşüncesi çerçevesinde kamunun sağlık alanındaki yükünü azaltmaktır. Bunun için daha çok özel sektörün sistemin içine çekilmesine yönelik politikalar oluşturulmuş ve bunun da istenen yönde sonuçları görülmüştür. Yalnız yine de sağlık hizmetlerinin yükünün yüzde 85’ni kamu sektörü çekmektedir. Kamu sektörü denildiğinde de merkezi yönetim birimi olan Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatları bu hizmeti yerine getirmektedir. Özellikle yeni yapılan düzenlemelerle büyükşehir belediyelerinin bu alandaki payları artırılabilir. Sağlık hizmetlerinin düzenleme ve denetleme yetkisi kamunun dolayısıyla Sağlık Bakanlığı’nın kontrolünde olmakla birlikte onun yükünü azaltacak düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- AKDAĞ R (2008), **İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003.**
(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/uspem/turkiyeSDP.pdf, 07.01.2013).
- AKDAĞ R (2012), **Sağlık Bakanlığı 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yılı** (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-78620/ti/butce2013.pdf>, 20.09.2013).
- AKDUR Recep (1998), **Halk Sağlığı**, Antıp Aş Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar, No:26, Ankara.
- AKDUR Recep (2015), **“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması”**, www.recepakdur.com 19.02.2015.
- AKSOY Şinasi (2003), “Yeni Sağ ve Devletin Değişimi”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Ed. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman)Yargı Yayınevi, Ankara.
- AKSOY Şinasi(1995), “Yeni Sağ ve Yeni Kamu Yönetimi”, **Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri**, TODAİE Yay, Cilt. II, ss.159-173, Ankara.
- AKTAŞ Kadri (2011), “Kamu Denetçiliği Kurumunun Anayasal Sistemdeki Yeri ve Etkinliği Sorunu”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, S.94,ss.359-374.
- AKTEL Mehmet (2003), **Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi**, Asil Yay, Ankara.
- AKYILMAZ Bahtiyar, Murat SEZGİNER, Cemil KAYA (2013), **Türk İdare Hukuku**, Seçkin Yayınları, Ankara.
- AL Hamza (2002), **Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- ALTAY Asuman (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:64, ss.33-58.
- ARSLAN Nagehan T ve Erkan Arslan (2010), **Yeni Kamu Yönetimi ve Üst Kurullar**, Alfa Aktüel Yay, Bursa.

- ATASEVER M (2011), **Üniversite Hastanelerinin Mali Durumu Sorunları ve Çözüm Önerileri** (http://www.sdplatform.com/Dergi/536/Universite_hastanelerinin-mali-durumu.aspx, 07.10.2013).
- AYDIN Ekrem (2004), “19.Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması” **OTAM** S.XV, Ankara.
- AYDIN Ekrem (1997), **Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi Tarihi**, Toplum ve Hekim 12 (80).
- AYKAÇ Burhan, Hüseyin Yayman, M. Akif Özer (2003), “Türkiye’de İdari Reform Hareketlerinin Eleştirel Bir Tahlili”, **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi**,2/2003.
- BAHÇAVAN Gülay (2004), **Yönetişim Ve Türkiye Uygulaması**, İmge Yayınevi, Ankara.
- BALCI Asım (2003), “**Kamu Yönetiminde ‘Hesap Verebilirlik Anlayışı’**”,Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar (Ed. Asım BALCI Vd.),Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- BALCI Asım (2005), **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim**, Atlas Yayın Dağıtım, Ankara.
- BİLGİÇ Veysel (2003), “ Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı”, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar**, (ed. Asım Balcı, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk, Bayram Çoşkun), Seçkin Yay, Ankara.
- BULUT Ayşen (2011), “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihiçesi”, ss.111- 124, (Ed.)
- BÜLBÜL Kudret “Türkiye Küreselleşme Literatürü Üzerine Analitik Bir İrdeleme: Büyük Anlatılar’dan Korkulara”, **Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi**, C. 7, S. 3, Ankara.
- ÇAVDAR Necati ve Erol KARCI (2014), “19.Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanmasına Dair Bibliyografik Bir İnceleme”, **Turkish Studies**, 9-4,ss.255-286.
- DEMİRBILEK Sevda (1999), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Yayını, İzmir.
- DERDİMAN R Cengiz (2010), **İdare Hukuku**, Alfa Yay, Bursa.

- DİRİCAN M R (1970), **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi**, Atatürk Üniv, Tıp Fak. Bülteni, C.2, S.7, Erzurum.
- DPT (2007), **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**, s. 117. www.dpt.gov.tr (08.08.2007).
- EKİNCİ Birol (2005), “Kamu Yönetiminde Ve Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma Bağlamında Denetim”, **Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması- I**, (Ed.Ahmet Nohutçu ve Asım Balcı), Beta Yayınevi, İstanbul.
- ELBEK Osman (2009), “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, C.12, S.1,ss.33-44.
- EREN Veysel ve Mehmet Aktel (2008), **Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi**, Çizgi Kitabevi.
- ERENÇİN Arif (Ocak 2006), “Belediye Görevleri Üzerine Bir İnceleme”,**Çağdaş Yerel Yönetimler**, 15 (1), 17-29.
- ERGİN E K (1995), **Mecelle-i Umur-i Belediye 6**, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kültür A Ş.
- ERSEL Hasan (1999), “1980’lerde Türkiye’de Yapısal Değişim ve İktisadi Düşünce Ortamı” **İktisat İşletme ve Finans Dergisi**, Şubat.
- EROL Hatice Abdullah Özdemir (2014), Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, **Sosyal Güvenli Dergisi**, C.4, S.1, ss.9-34.
- ERYILMAZ Bilal (2010), **Kamu Yönetimi**, Umuttepe Yayınları, Kocaeli.
- GÖZLER Kemal (2005), **İdare Hukuku Dersleri**, Ekin Yay, Bursa.
- GÖZLER Kemal, Gürsel KAPLAN (2012), **İdare Hukukuna Giriş**, Ekin Yay, Bursa.
- GÖZÜBÜYÜK Şeref (1999), **Yönetim Hukuku**, Turhan Kitabevi, Ankara.
- GÖZÜBÜYÜK Şeref (2001), **Türkiye’nin Yönetim Yapısı**, Turhan Kitabevi, Ankara.

- GRAY A. ve B. Jenkins (1995), "From Public Administration to Public Management: Reassessing A Revolution", **Public Administration**,73, pp.75-99.
- GÜLER Birgül. Ayman (1997), "Küreselleşme ve Yerelleşme", **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, 6/3 Temmuz.
- GÜLER Birgül Ayman (2005), "Devlette Reform" **Devletten Reform Yazıları**, Paragraf Yayınevi, Ankara.
- GÜLÜSER Ceren ve İlikan Rasimoğlu (2013), "Taşrayı İyileştirmek: 19.YüzyılOsmanlı İmparatorluğun'da Memleket Hekimleri" **Lokman Hekim Journal**, 3.
- GÜZELSARI Selime (2004), "Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları", **AÜ,SBF, GETA Tartışma Metinleri Serisi**, Şubat.
- HASANOĞLU Mürteza (2001), "Küreselleşmenin Devlet Yönetimine Etkileri" **Sayıştay Dergisi** S. 43, Ankara.
- HIZ Yüksel, Zekeriya YILMAZ (2004), **Açıklamalı, Notlu, Gerekçeli Bilgi Edinme ve Dilekçe Hakkı Mevzuatı**, Seçkin Yayınları, Ankara.
- HOOD Christopher (1996), "Beyond Progressivism: A New Global Pradigm in Public Management", **İnternational Journal of Public Administration**,Vol,19, No.2, pp.151-157
- [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_program_i_degerlendirme_raporu_\(2003_2011\).pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_program_i_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf) (13.9.2014)
- <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/mudurlugumuz/> (20.11.2014)
- <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGR> (11.7.2014)
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> (24.09.2014)
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75573/h/turkhalksagligigm.pdf> (11.02.2014)
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82908/h/genelge.pdf> (09.10.2014)
- <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/files/stratejikplan.pdf>(19.03.2013)

İL KAR Ekrem (2009), “Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri”, **Bütçe Dünyası Dergisi**, Cilt 3 Sayı 31, ss.60-66.

İZGÖER A Z (2002), **Diyarbakır Salnameleri (1286-1323)**, Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi Yayınları.

KARABACAK Hakan (2003), Hukukun Üstünlüğü Ve İyi Yönetişim, İyi Yönetişimin Temel Unsurları, **TC Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı**, Ankara.

KEYDER Çağlar, ÜSTÜNDAĞ Nazan, AĞARTAN Tuba, YOLTAR Çağrı (2011), **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, İletişim Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

KESİK Ahmet (2005), “Dünyadaki Gelişmeler Işığında Türk Kamu Mali Yönetimin Yeniden Yapılandırılması.” **Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetimin Yeniden Yapılandırılması I**, (Ed. Ahmet Nohutçu ve Asım Balcı), Beta Yayınevi, İstanbul.

KIŞLALI Ahmet Taner (2000), **Siyasal Sistemler**, Beşinci Baskı, İmge Kitapevi, Ankara.

KÖSE Ömer (2003), “Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü” **Sayıştay Dergisi**, S. 49, Ankara.

KÖSE Ömer (2007), “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri ve Kamu Yönetimine Yansımaları”, **Bilgi Çağında Kamu Yönetimin Yeniden Yapılandırılması-II**, (Ed. Ahmet Nohutçu ve Asım Balcı), Beta Yayınları, İstanbul.

KÖSEKAHYA Gamze (2009) , “**Katılımcılık Ve İyi Yönetişim**”, **Yönetişimin Temel Unsurları**, Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği Ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara.

KUTLU Önder (2006), **Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi: Teorik Çerçeve ve Ülke Uygulamaları**, Çizgi Kitap evi, Konya.

KUYAKSİL Ali (1993) , “Yönetimin Hukuka Bağlılığı”, **Türk İdare Dergisi**, Sayı 399, Ankara.

KUZEY Pelin (2003), “**Şeffaflık Ve İyi Yönetişim**”, İyi Yönetişimin Temel Unsurları, Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği Ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara.

- KÜÇÜK Aziz (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Reform: “Kamu Hastane Birlikleri” Modeli Üzerine”, Ankara: **Kamu Yönetimi Çalışmaları Kamu Yönetimi ve Reform**, Sayı: 09.
- ORTAYLI İlber (2000), **Tanzimat Devrinde Osmanlı Mahalli İdareleri (1840-1880)**, Türk Tarih Kurumu Yay, Ankara.
- OSBORNE D ve Gaebler T(1992), **Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, Addison Wesley.
- ÖMÜRGÖNÜLŞEN Uğur (1977), “The New Public Management”, **AÜ, SBF Dergisi**, 52, 517-566, Anrara.
- ÖZER, M. Akif, (2005), **Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya**, Platin Yayınları, Ankara.
- ÖZER M Akif (2006a), “Küreselleşme, Yerelleşme ve Kamu Yönetimi”, **Türk İdare Dergisi**, Sayı.450, Ankara.
- ÖZER M Akif (2006b), “**Yönetişim Üzerine Notlar**”, Sayıştay Dergisi, Sayı 63.SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), **Stratejik Plan 2013-2017**, Ankara:<http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>(19.03.2013)
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)**, Ankara ([http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_sagliktdonusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_sagliktdonusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf) , 10.09.2013).
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2013), **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, (2003-2010)Ankara:<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/l-2906/saglikta-donusum-programi.html>(25.10.2014)
- SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK ARAŞTIRMALARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2012), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf, 10.09.2013).
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2013), **Bakanlık Teşkilat Şeması**, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/l-15207/teskilat-semasi.html>(8.12.2013).

- SARAN Ulvi (2001), “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanına Etkileri”, **Türk İdare Dergisi**, İçişleri Bakanlığı Yayınları, S. 433, Ankara.
- SARAN Ulvi (2004), **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma**, Atlas Yayıncılık, Ankara.
- SAYAN İ (2009),<http://www.toplumsalagligi.com/PageContentsPopUp.aspx?Id=78>
16-02-2015.
- SAYIM Ferhat (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev ve Yetkiler”, **Bütçe Dünyası Dergisi**, Sayı.35/1
- SEZEN Seriyeye (2003), **Türk Kamu Yönetiminde Kurullar, Geleneksel Yapılanmadan Kopuş**, TODAİE Yay, Ankara.
- SOYER Ata (2009), “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı:9, ss.301-319.
- SUR Haydar (2015), “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, “<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> 17-02-2015
- SUR Haydar (1998), Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri, (Ed.) Osman Hayran ve Haydar Sur, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayımları, İstanbul.
- ŞAYLAN Gencay (2003a), **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İkinci Baskı, İmge Kitapevi, Ankara.
- ŞAYLAN Gencay (2003b), “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Ed. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, Ankara.
- ŞAYLAN Gencay (1998), **Türkiye’de Bunalım ve Demokratik Çıkış Yolları**, TÜBA Yayınları, Proje Raporu, Ankara.
- ŞEHSUVAROĞLU BN, Demirhan A E, Güreşsever G C (1984), **Türk Tıp Tarihi**, Taş Kitapçılık Yay, Bursa.
- TORTOP Nuri, Eyüp İSBİR, Burhan AYKAÇ, Hüseyin YAYMAN, Akif ÖZER (2010), **Yönetim Bilimi**, Nobel Yay, Ankara.
- TÜİK (2013), Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012. Haber Bülteni(<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13445>,10.09.2013).

TÜSİAD (2004), **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, Tüsiad Yay, No.T/2004- 09/380, Ankara.

UZ Hulki (1999), “Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, **Amme İdaresi Dergisi**, 32 (1), 103-122.

UZEL Esra (2006), **Küresel Çevresel Yönetişim (İyi Yönetişim)**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

YILDIRIM Hasan H (2010), **Avrupa Birliği Yolunda Türkiye: Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler**, Sağlık-Sen Dergisi, Aralık 2010 30-41.

YILDIRIM Hasan H (2013), **Türkiye’de Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yay, No.21, Ankara.

YILDIRIM Nuran (1994), “Karantina”, **Dünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi**, C.4, İstanbul.

YILDIRIM Yavuz (1998), “Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”, **ODTÜ Mimarlık Fak. Dergisi**, C.VIII, S.II, Ankara.

ZENGİN E ve Öztaş C (1997), “Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri”; **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** Ed: Aktan CC, Saran U. Aura Kitapları, İstanbul.

KANUN TÜZÜK VE YÖNETMELİKLER

Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı, Avrupa Konseyi 1981/1984, 1992 tarih ve 92/3398 sayılı Bakanlar Kururu Karar, Resmi Gazete, 3.10.1992- 21364.

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarı ve Gerekçesi, 2007, [www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf) (14.02.2013)

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Resmi Gazete Tarih: 6.5.1930 Sayı: 1489.

181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete Tarih: 14.12.1983 Sayı: 18251

3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında 174 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 13/12/1983 gün ve 174 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Kaldırılması ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkında

- 202 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih: 9/10/1984 Sayı: 18540, 1984.
- 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu, Resmi Gazete Tarih: 18.6.1949 Sayı: 7236.
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete Tarih: 2/11/2011 Resmi Gazete Sayı: 28103 (Mükerrer).
- Resmi Gazete (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete. 12.01.1961 / 10705. Kanun No: 224. Ankara.
- Resmi Gazete (2006a). Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kanun No: 5502, Resmi Gazete, 20 Mayıs 2006, Ankara.
- Resmi Gazete (2006b). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5510, Resmi Gazete, 16 Haziran 2006. Ankara.
- Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/663, 02.11.2011, Resmi Gazete, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarih: 07.03.2012 Resmi Gazete Sayı: 28226.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Güler Arslan

Uyruğu:TC

Doğum Tarihi: 07/07/1977

Doğum Yeri: Ankara

e posta:ntarslan@yahoo.com

EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET YILI
Lisans	Cumhuriyet Üniv, İİBF	2000
YüksekLisans:	Cumhuriyet. Üniv. Sos. Bil. Ens.	2015

İŞ TECRÜBESİ -

YABANCI DİL BİLGİSİ KPDS..-.....ÜDS...-...TOEFL..-.....EILTS..-.....