

**SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTSEL YAPISINDA YAŞANAN DEĞİŞİMLER:
181, 663 VE 694 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELER EKSENİNDE
YAŞANAN BU DEĞİŞİMLERİN İRDELENMESİ**

**THE CHANGES IN THE ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE
MINISTRY OF HEALTH: EXPERIENCED MADE US EXAMİNE IN THE AXIS 181,
663 AND 694 OF THE STATUTORY DECREE NO.**

Arş. Gör. İzzet AYDEMİR

Bingöl Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
izzetaydemir1982@gmail.com , orcid.org/0000-0003-4222-2659

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (27.05.2020-20.07.2020)

Özet

Küreselleşme ve küreselleşmenin getirdiği özerkleşme ve piyasa güdümlü hizmet anlayışı örgütsel yapı ve hizmet sunumu üzerinde etkili olmuştur. Özellikle 1980'li yıllarından sonra Türkiye'de Sağlık Bakanlığı merkezi ve taşra örgüt yapısı, hizmet sunumu ve istihdam modelleri gibi uygulamalarda bir arayış içinde olmuştur. Bu arayış çabaları genellikle Kanun Hükmünde Kararname ile uygulama alanı bulmuştur. Ancak KHK ile yapılan düzenlemeler normal kanunlar gibi bir süreç izlemekte ve Bakanların alacağı kararla bir anlık ihtiyaçtan dolayı uygulamaya konmaktadır. Bu bakımdan yapılan uygulamalar derinlemesine düşünülmeden hayata geçirilerek birtakım olumsuzluklara neden olabilmektedir. Buradan hareketle çalışmada, Sağlık Bakanlığı'nın görev ve örgütsel yapılanmasının merkezi ve yerel düzeyde 181, 663 ve 694 sayılı kararnameler ışığında yaşanan değişim ve dönüşümler, önemli görülen bazı maddeler ışığında irdelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada kararnamelerin uygulanmasıyla meydana gelen sorun ve kazanımlar, olası eleştiriler ve süreçte yaşanan değişimler ile gelinen son noktaya ışık tutularak otoritelere öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Değişim, kararname, küreselleşme, örgütsel yapı, Sağlık Bakanlığı

Abstract

Globalization and the autonomy brought by it, and market-driven service concept have had an impact on organizational structure and service delivery. Particularly, after 1980s, in Turkey, it has been in search of applications such as the central and provincial organizational structure of the Ministry of Health, and service delivery and employment models in public services. However, these such efforts found application areas with the Statutory Decree. However, these such efforts found application areas with the Statutory Decree. However, the regulations made with the Decree Law do not follow a process like normal laws and are put into practice due to a momentary need with the decision of the Ministers. In this regard, applications can be implemented without thinking deeply and cause some problems. Therewith, in this study, the changes and transformations occurring at central and local level of the task and organizational structure in the Ministry of Health has been examined in the light of the decrees (181, 663, and 694 No. decrees). Consequently, the study has shed light over the problems and gains brought about by the application of the decrees, possible criticisms, the changes experienced in the process, and the last point reached in this regard.

Key Words: Change, decree, globalization, organizational structure, Ministry of Health

GİRİŞ

Dünyada yaşanan sosyo-politik ve sosyo-ekonomik değişimler özellikle 1980’li yıllarda küresel, ulusal ve bölgesel anlamda reform gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Her alanda olduğu gibi sağlık sistemleri ve sağlık yönetimi özelinde de reform ve değişme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Yurt içinde ve yurt dışın meydana gelen bu değişimler ve reformlar sağlık alanında etkisini belirgin biçimde hissettirmiştir. Kaynakların verimli kullanılmadığı düşüncesi, kaynak yetersizliği, sağlık hizmetleri sunumunda kısmi gelir elde etme eğilimleri, hizmetlerin daha etkin ve ihtiyaca göre kullanımı gibi olgular merkezkaç bir Sağlık Bakanlığı örgütlenmesini doğurmuştur. Bu örgütlenme biçimi bir bakıma Bakanlığın görev tanımını ve etkililik alanını yeniden şekillendirmiştir.

Özellikle 1980’li yıllarda içsel ve dışsal güç unsurları tarafından dayatılan yapısal uyum ve istikrar politikalar, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamaları ve buna ilişkin politika yapılanmasını gerekli kılmıştır. Sağlık sektörü projelerine doğrudan kredi sağlayan Dünya Bankası piyasa yönelimli sağlık politikalarının oluşmasında birincil rol oynamıştır (Tatar, 1997: 80). Piyasa güdümlü ve özikleşme anlayışıyla sağlık politikalarını biçimlendiren Türkiye, bu doğrultuda yeni bir sürece girmiştir. Devletin sağlık hizmetleri sunumundaki öncelikli rolü hizmetin düzenlenmesi ve planlanmasına doğru evrilmiştir. Özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolü artmış (Yıldırım, 2013: 10), kamu sağlık hizmetleri özel sektör pratikleriyle yeniden ele alınmıştır.

Dünyada, kamu yönetiminde egemen olan geleneksel anlayış özellikle 1980’lerin sonu ile 1990’ların başında yerini yeni kamu yönetimi anlayışına bırakmaya başlamıştır. Müdahaleci, düzenleyici ve dağıtıcı misyonları üstlenen Geleneksel Kamu Yönetimi (GKY) devlet anlayışının 1970 ve 1980’lerde etkinliğinin kaybetmesi sonucu Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışı doğmuştur (Lamba, 2014). Özellikle bürokratik ve verimsizlik varsayımlarıyla desteklenen GKY; daha etkin, sonuç odaklı ve kaynak kullanımında disiplini önceleyen özel işletmecilik pratiklerini içeren YKY anlayışını hızlandırmıştır (Hughes, 2014: 27,32,39). YKY anlayışı, özel sektörün piyasada daha aktif hale gelmesi, küreselleşme çabaları ve insanların bilinçlenmesi sonucu, yaşanan algısal değişimleri daha fazla uygulanmasını sağlamıştır. YKY yaklaşımında özünde kamu hizmetlerinin işletmecilik mantığıyla yerine getirilmesi, piyasa temelli kamu yönetimi ve girişimci yönetim mantığı yatmaktadır (Christensen ve Legreid, 2002: 19).

Tüm bu değişimlerin Türkiye’de de yaşanması kaçınılmaz olmuştur. Özellikle sağlık alanında 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda yapılan revizyonlar, bu değişim ve dönüşümü Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışını destekler niteliktedir. Kanun, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliğine dayalı olarak yerine getirilir şartını koyarak devletin öncelikli rolü olan sağlık hizmetleri sunumunda yeni paydaşlara sorumluluk yüklemiştir. Aynı yıl Dünya Bankası’nın yayımladığı “Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform” (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanı: Reform Gündemi) adlı raporda sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların üstesinden gelebilmek için özellikle gelişmekte olan ülkelerin birtakım yöntemleri benimsemeleri gerekliliği üzerinde durarak devlet mekanizmasının sağlık hizmetleri sunumuna yönelik rolünü yeniden tanımlamıştır. Bu yöntemler; (1) kullanıcı katkılarının hayata geçirilmesi, (2) özel sektör sağlık hizmet sunumunu teşvik etmek ve (3) kamu sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi yaklaşımlarıdır (Dünya Bankası, 1987: 4). Diğer taraftan her beş yılda bir yayımlanan kalkınma planlarından 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporunda” sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımının belli esaslara bağlanmasını vurgulayarak Bakanlığın bu bağlamda planlayan, denetleyen ve koordine eden bir misyonu üstlenmesini, bu doğrultuda tedavi edici hizmetlerin özel sağlık tesislerince yerine

getirilmesini ve kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi önerilerini gündeme getirmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001).

Dünyada 1980’li yıllarda hız kazanan bu değişim ve dönüşüm çalışmaları Türkiye’de sağlık alanında köklü olarak ancak 2000’li yılların başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında gerçek anlamda işlerlik kazanmıştır. Aslında hastanelerin özzer sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve hizmetin piyasa benzeri regülatörlerle uygulanması fikri, 2000’li yıllarından sonra Sağlık Bakanlığı uygulamalarından çok 1990’lı yılları hükümetlerinin programında yer alan bir değişim ve dönüşüm düşüncesidir (Akdağ, 2012). Bu açıdan bakıldığında Türkiye’de sağlık politikalarında yaşanan bu değişim ve dönüşüm serüveni 20. yüzyılın son çeyreğinde ve 21. yüzyılın ilk çeyreğinde varlık alanı bulan sağlık politikası etki mekanizmalarının ortak bir fikri inşasının yansımalarını olası kılmaktadır. SDP’nin temel hedef ve ilkeleri ile uygulamalarının sağlık kurumları örgütsel yapısı ve hizmet sunumu üzerinde etkili olmuştur. Değişimle özzerleşme ve piyasa güdümlü bir hizmet anlayışı tetiklenerek parçalı, güvencesiz ve farklı yapıda istihdam uygulamalarını doğurmuştur. Özel sektörde büyüme, hizmetlerin satın alınmasında taşeronlaşma, performansla dayalı ödeme biçimi ve farklı yerel modeller yoluyla hizmetlerin yerelleşmesine neden olmuştur (Çakıroğlu Ve Seren, 2016).

Bilindiği üzere KHK’lar yürütme organınca çıkarılır. Türkiye’de 1982 Anayasası’nın 87. maddesi ile “Bakanlar Kuruluna belli konularda kanun hükmünde kararname çıkarma yetkisi vermek” TBMM’nin görev ve yetkileri arasında sayılmıştır. Bu bakımdan Kanun teklifi meclise sunulmaz, tüm tarafların görüşü alınmaksızın uygulamaya geçirilir. Yani çok sesliliğin değil tek sesliliğin ürünü olarak varlık göstermektedir. Çok sesliliği ifade eden ekip çalışması anlayışı her zaman için daha az hata olasılığını doğurur. Tarihsel arka planına bakıldığında Sağlık Bakanlığı örgütlenme biçiminin daha çok KHK’lar ile yapılarak parlamentonun etkisi azaltmaya çalışılmıştır. Bu nedenledir ki belli dönemlerde örgütsel revizyonun gerekliliği kaçınılmaz olmuştur. Bunu en son 2011 yılında çıkarılan 663 ve 2017 de çıkarılan 694 sayılı KHK’larda net olarak görebilmekteyiz. Bu durum Bakanlığın gerçekten örgütlenme noktasında kurumsallaşma sorununu yaşadığı görüşünü desteklemektedir. Bu noktada kurumsallaşmaya gidilecek yol toplumun görüş ve önerilerini yansıtan meclisteki tüm partilerin katılımlarını önceleyen geniş bir mutabakatla kanun kapsamında Bakanlığın örgütsel yapılanmasının belirlenmesi dikkate değerdir. Aksi takdirde seçilmiş hükümetlerin keyfi ya da konjonktürel olarak ele alınacak olan sağlık düzenlemeleri, öngörülemez olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı’nın örgütlenmesi kanunlardan çok KHK’lar ile zemin bulmuştur. Bakanlığın örgütlenmesinde ve görev tanımında yaşanan değişimleri daha iyi yorumlanması ve anlaşılması için 181, 663 ve 694 sayılı KHK’ların bazı maddelerini karşılaştırmada yarar vardır. Söz konusu KHK’lar Sağlık Bakanlığı’nın yapı ve işlevini belirlemeye yönelik temel çerçeve sunmuşlardır. Bu çerçeve çalışmanın temel dayanağını oluşturmaktadır.

Çalışmada, Sağlık Bakanlığı’nın görev ve örgütsel yapılanmasının merkezi ve yerel düzeyde 181, 663 ve 694 sayılı KHK’lar ışığında yaşanan değişim ve dönüşümler, kararnamelerin önemli görülen bazı maddeleri üzerinden irdelenmiştir. Çalışma, sağlık politikasında karar verme mekanizmalarının niyetlerini, kararnamelerin uygulanmasıyla meydana gelen sorun ve kazanımları, olası eleştiriler ile süreçte yaşanan değişimlere ve sağlık politikasına ilişkin düşünsel arka planının geldiği noktaya ışık tutması bakımından önem taşımaktadır. Bu çalışmayla, sağlık alanında yapılan düzenlemelerde KHK’ların neden uygulanmış olabileceği, düzenlemelerin KHK’lar ile yapılmasının olası sorunları, daha uzun soluklu yasaların gerekliliği ve dönüşüm sonrası KHK’ların özzerleştirme ve piyasalaşmaya olan etkisi irdelenmiştir.

1. SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ VE TAŞRA ÖRGÜTLENMESİNDE YAŞANAN DEĞİŞİMLER: DÜNDEN BU GÜNE NE DEĞİŞTİ

Türkiye sağlık sisteminin çeşitli kanun ve diğer mevzuatlarla sürekli değiştiği bir gerçektir. Fakat en önemli değişimler KHK'lar ile yapılmıştır. Özellikle 663 sayılı KHK ile yapılan değişimler, daha önce Bakanlığın örgütlenme yapısı ve hizmet sunum şeklini ortaya koyan 181 sayılı KHK'dan farklı bir bakış açısı ortaya koyarak hizmet sunum süreçlerinde yerleşme ile uyumlu bir örgütlenme modelini ortaya koymuştur. Ancak 2016 yılından sonra yaşanan yapısal ve siyasal sorunlardan sonra birçok alanda köklü değişikliklere gidilerek 663 sayılı KHK üzerinden birçok düzenlemelere gidilmiş ve 694 sayılı KHK ile Bakanlık, hizmet sunum ve örgütlenme yapısı bakımından 181 sayılı KHK ile örtüşen regülasyonlara gitmiştir. KHK'lar ile yapılan düzenlemelerle Bakanlığın örgütlenme, hizmet sunumu, performans, istihdam rejimi gibi birçok alanda değişimler amaçlanmıştır. Bu değişimler aşağıda ayrıntılı tartışılmıştır.

1.1. Yönetim ve Örgütlenmeyle İlgili Değişimler

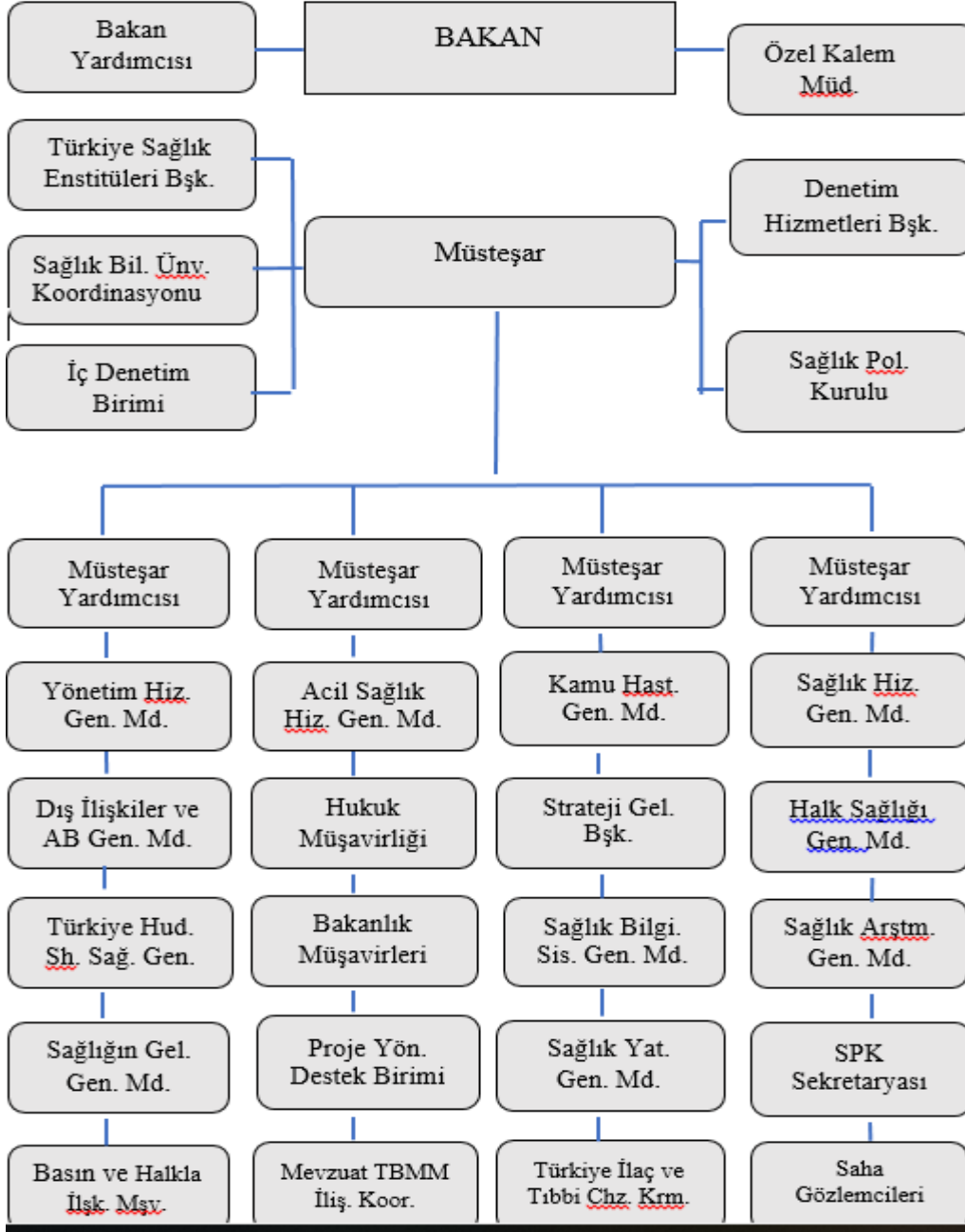
Örgütsel yapı kişiler, birimler ve fonksiyonlar arası işleyişi göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Örgütlenme biçiminin hiyerarşik, yatay ya da matris yapıda olması karar almayı ve örgütsel performansı önemli ölçüde etkilemektedir. Bu bakımdan örgütsel yapının amaçların başarılmasında araçsal bir rol üstlendiğini belirtmek yerinde olacaktır. Yıldırım'ın (2014) da belirttiği gibi örgüt içinde yetki, statü, hiyerarşik ilişkiler ve görev kalıpları ile işlemlerin tasarımı gibi değişkenler sistemin sürdürülebilirliği noktasında önem taşımaktadır. Kaluzny vd. (1982) örgütsel yapının örgüt içinde karşılıklı ilişkilerin eşgüdümlemesinde, örgütsel etkinlik ve kaynak kullanımında verimliliğin sağlanması ve değişen çevreye uyum becerilerinin geliştirilmesinde önemli olduğunu vurgulamışlar. Dolayısıyla herhangi bir alana ilişkin örgüt mekanizmasının oluşum süreci, bağlantıları, değişim arz eden kritik noktalar tüm hizmet süreçlerinde değişimleri meydana getirecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesine yönelik düzenlemeler 1920'li yıllara kadar gitmekle beraber ilk kapsamlı düzenleme 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile yapılmıştır. 3017 sayılı Kanunu'nda, Bakanlığın dikey, hiyerarşik ve basit bir örgütlenme yapısına sahip olduğu görülmektedir. Daha sonra 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ve en son 2017 yılında çıkarılan 694 sayılı ve devamındaki KHK'lar ile örgütlenme yapısı geniş ölçekte pratik bulmuştur. 694 sayılı KHK sadece Sağlık Bakanlığı özelinde değil diğer Bakanlıklar ve birimlerine yönelik çıkarılan genel bir kararnamedir. Fakat Sağlık Bakanlığı örgütsel yapılanması üzerinde önemli değişiklikler yaratmıştır.

181 sayılı KHK'nın amaç bölümünde toplumun "sağlıklı olma" halinin geliştirilip sürdürülmesi, ülkenin sağlık koşullarını düzeltmek, sağlık risk faktörleri ile mücadele etmek, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak gibi uygulamalar Sağlık Bakanlığı'nın temel görevleri olarak kabul edilmiştir. 663 sayılı KHK'nın amaç bölümünde ise Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının örgütlenme, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir şeklinde değiştirilerek sağlığın tanımı ve sağlık hizmetleriyle ilgili yapılması gerekenlerden ziyade, Bakanlık merkezi ve bağlı kuruluşlarının örgütsel yapısının içeriğinden bahsedilmektedir. 181 sayılı KHK döneminde (1983-2011) Bakanlık'ta sağlık hizmeti sunan birimler, genel müdürlük ve daire başkanlığı şeklinde ve çok parçalı bir yapıda "ana hizmet birimleri" altında örgütlenmiştir. Hizmetlerin sunumunda herhangi bir ayrıma gidilmemiştir (Lamba vd., 2014: 64). Bu dönemde Bakanlık örgütlenme yapısının merkezi örgütlenme, taşra örgütlenmesi ve bağlı kuruluşlardan meydana gelmesi, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme biçiminin hizmet sunumu noktasında merkezîyetçi ve bürokratik bir karakter kazandığını (Aktel vd., 2013: 35) göstermektedir.

181 sayılı KHK'nın yapısal anatomik fonksiyonları olan bağlı kuruluşlar, hizmet birimleri ve yardımcı hizmet birimlerinden oluşan örgütlenme yapısı, 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu ve hizmet birimleri şekline dönüştürülerek hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlamaya yönelik hizmetler arasında bir ayrıma gidilmiştir. Daha önce Sağlık Bakanlığı ana hizmet birimleri ve taşradaki müdürlükler tarafından yerine getirilen hizmet üretme ve sunumu işlevi, yeni yapılanmayla bağlı kuruluşlar aracılığı ile yerine getirilmektedir (Sevinç ve Özer, 2016: 1709). Ancak bağlı kuruluşlarda yer alan birimler de sonraki KHK'lar ile kaldırılmıştır. Örneğin 181 sayılı KHK'da tanımlanan bağlı kuruluşlar Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlıklarından oluşmuştur. Bu kararnamede yer alan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı 663 sayılı KHK ile yeni örgüt şemasında yer almaktan çıkarılmıştır. Benzer şekilde yeni örgüt modeline bağlı kuruluşların yanı sıra Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı ve Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü gibi ana hizmet birimleri de eklenmiştir.

663 sayılı KHK ile birlikte Bakanlığın merkezi örgütlenmesinde yer alan bağlı kuruluşların sayısı artırılmıştır. Bakanlığa bağlı özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğine haiz Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile kendilerine özel bütçe tahsis edilmemiş ve kamu tüzel kişiliğinden yoksun Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun (TKHK) oluşturulması öngörülmüştür. Bu yeni yapılanmayla ilgili meydana gelen tüzel kişilik sorunu yetki ve sorumluluklar bakımından sorunsal bir zemine neden olmuştur. Aktel vd. (2013) bu durumun idare hukuku açısından Bakanlık ile tüzel kişiliği olan bağlı kuruluşları arasında hiyerarşik bir örgütlenme modelini; tüzel kişiliğe haiz olan bağlı kuruluşlarla da vesayet ilişkisini doğurduğunu belirtmişlerdir. 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşlar sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik kurumlar şeklinde yapılanmıştır. Hizmet birimleri ise eski yapıda yer alan hastalık odaklı daire başkanlıkları yerine sağlıkta standart belirleme, izleme, değerlendirme, denetim ve planlamaya yönelik daha işlevsel birimlere dönüştürülmüşlerdir (Lamba vd., 2014: 67). 694 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı, gerek merkezi gerekse de taşra bakımından örgütlenme değişikliğine gitmiştir. Merkezi örgütlenme bakımından 181 sayılı KHK'ya benzer bir model ile sağlıkta "tek çatı" dönemine geçilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştiren TKHK ile koruyucu ve temel sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştiren THSK başkanlık düzeyinden genel müdürlük seviyesine indirilerek Sağlık Bakanlığı merkezi örgütsel yapısında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü birimleri haline getirildi (694 sayılı KHK, m. 184). Her iki müdürlük kendi görev alanlarıyla ilgili Bakanlığın plan ve politikalarına uygun hizmetleri yerine getirir konumuna getirildiler. 663 sayılı KHK ile Bakanlığın bağlı kuruluşları arasında yer alan Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 694 sayılı KHK ile merkez ve taşra örgütlenmesinden oluşmuş, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ise Bakanlığın merkez örgütlenmesi içinde yer almıştır (Şekil 1). Ayrıca 694 sayılı KHK ile merkezi örgütlenme teşkilatına ilk defa, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile İlişkilerin Koordinasyon Birimi eklenmiştir (694 sayılı KHK madde 194).



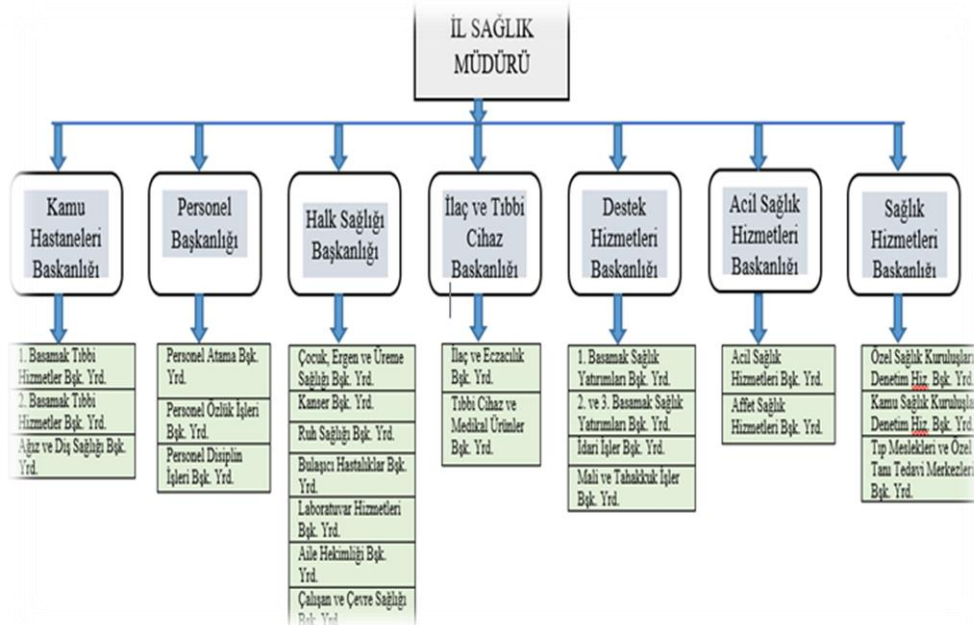
Şekil 1: 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısı

Kaynak: [https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html]

181 sayılı KHK'da Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesinin esası İl Sağlık Müdürlükleri ve İlçe Sağlık Grup Başkanlığından oluşan bir yapı biçimindeydi (Aktel vd., 2013: 37). İl Sağlık Müdürlüğü Vali'nin hiyerarşik sorumluluğu altında olup yasal düzenlemelerle Bakanlıkça verilmiş olan görev ve sorumlulukları, hizmet bölgelerinde yerine getirmekle sorumlu tutulmuştur. 181 sayılı KHK kapsamında ildeki sağlık kuruluşları İl Sağlık Müdürlüğü hiyerarşinde yapılanmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri illerde verilen sağlık hizmetlerinin denetimlerinden sorumlu tutulmuştur (Sevinç ve Özer, 2016: 1709). Sağlık Bakanlığı'nın il örgütlenmesine bağlı olarak ilçelerde Kaymakamlığın

hiyerarşisi altında İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları oluşturulmuştur (Aktel vd., 2013: 38-39). 181 sayılı KHK kapsamında Sağlık Bakanlığı taşra örgütlenmesi, bu yapısı gereği birtakım sorun alanlarını teşkil etmiştir. Hizmeti üretim ve sunum birimlerinin aynı olduğu merkezîyetçi yapı gerek Bakanlık gerekse de İl Sağlık Müdürlüğü düzeyinde önemli bir iş yüküne neden olmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı arasındaki iletişimin Valiler aracılığıyla yürütülmesi merkez ile taşra örgütlenmesi iletişim sürecini güçleştirmekteydi. Merkezîyetçi yapısı nedeniyle Sağlık Müdürlükleri aktif ve hızlı bir karar alma sürecini oluşturamamıştır. İl Sağlık Müdürlüğü denetimi altında örgütlenen birimlerin sayıca fazlalığı ve çeşitliliği, koordinasyon ve yönetim açısından sorunların yaşanmasına neden olmuştur (Balcı, 2005: 87).

İl Sağlık Müdürlüğü, 663 sayılı karamamenin öngördüğü yeni yapılanmayla Bakanlığın bağlı kuruluşları ile il örgütlenmesinin koordinasyonunu yapmakla ve bu birimlerin uyumlu çalışmalarını gözetlemekle görevlendirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü hem 181 sayılı HKH hem de 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesi olarak görülmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri 663 sayılı KHK öncesi geniş faaliyet yapılanmasına sahipken yeni yapılanmayla faaliyet alanı ve örgütlenme alanı daraltılmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü'nün yeni yapısı Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne devredilenlerin dışında kalan birimlerle faaliyet alanı bulmuştur (Aktel vd., 2013: 48). Mevcut taşra yapısının küçültülmesi, taşradaki sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve başkent örgütlenmesinde il durumunun rapor edilmesi gibi yeni görev alanları belirlenmiştir (Aktel vd., 2013: 55). Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü taşrada acil sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden de sorumlu tutulmuştur (663 sayılı KHK, m. 25). 694 sayılı KHK ile illerde sağlık alanında en yetkili kişi İl Sağlık Müdürleri olmuştur (694 sayılı KHK, m 187). Ayrıca il ve ilçelerde sağlık müdürünün tabip olması zorunlu tutulmuştur. 694 sayılı KHK ile İl Sağlık Müdürlüğü örgütlenmesinde gerek görülmesi halinde "halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabilecek" hükmü getirilerek sağlık müdürlüklerine geniş yetkiler verilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Taşra Örgüt Yapısı (İl Sağlık Müdürlüğü Yapısı)

Kaynak: [<http://www.ataaof.club/saglik-bakanligi-yeni-teskilat-yasasi-birlesmedetaylari-belli-olmaya-basladi/>]

663 sayılı KHK ile Bakanlığın merkez örgütlenmesinin yeniden yapılanmasına paralel olarak taşra örgütlenmesi de Kamu Hastane Birlikleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri şeklinde yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Kararnamenin ilk halinde, Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) Genel Sekreterliği, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü arasında hiyerarşik bir bağlantı oluşturamamıştır (Md. 25-35). Bakanlığın taşra örgütlenmesinde üçlü yapının var olması hizmetlerin aksaması, görev ve yetki karmaşasının yaşanması vb. gibi sorunları ortaya çıkmıştır. Daha sonra 2013 yılında çıkarılan Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatının İşleyişi başlıklı Genelge, il protokolünde İl Sağlık Müdürlüğünün, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Genel Sekreterden daha ön sırada yer aldığı ifade edilerek taşra örgütlenmesi birimleri arasında hiyerarşik açıdan doğabilecek sorunları çözmeye yönelik adımlar atılmıştır. Böylece taşrada personel görevlendirilmesi, kaynak planlaması, denetim gibi konularda olası problem alanlarına yönelik çözümler üretilmiştir. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesi örgüt yapısı, hizmet sunumu ve personel rejimi bakımından bir önceki yapıya kıyasla farklılıklar taşımaktadır (Aktel vd., 2013: 57). 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nda yaşanan bu yeniden yapılanma Bakanlığın, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel hedeflerinden olan “planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı” bileşeni doğrultusunda sağlık hizmetlerini düzenleyici ve denetleyici bir işleve getirilmiştir. Yani sıra, KHB'lerin kurulması, “genel müdür yardımcılığı, şube müdürlüğü, şeflik gibi yönetsel kademelerin kaldırılarak” dikey hiyerarşik örgütlenmeden yatay örgütlenmeye geçilmiştir (Küçük, 2017: 316).

SDP'nin temel ilkelerinden olan ‘idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin öngörülmesi Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini etkililik ve verimlilik kriterleri kapsamında sunmayı amaçlayan KHB'leri, Bakanlığın bağlı kuruluşu olan TKHK alt yapısında örgütlenmeye itmiştir. Birliklerin örgütlenme modeli genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşmuştur. Birliklerin özel ve tüzel kişiliklerinin olmaması genel bütçeden pay alan bir yapı haline getirmiştir (663 sayılı KHK, m.30). KHB örgütlenme yapısı genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşsa da en önemli rol genel sekreterliklere biçilmiştir. Genel sekreterlik birliğin öncelikli karar organı olarak tanımlanmıştır. Genel sekreterlik yapısında tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıklarının kurulması öngörülmüştür (663 sayılı KHK, m. 30). Birlik içerisinde “başhekimlik, idari ve mali işler müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü ve otelcilik hizmetleri müdürlükleri” hastane yöneticisi altında örgütlenmiştir. Hastanelerin yönetimi hastane yöneticilerince hastanede tüm hizmetlerin verimli ve yasal mevzuata uygun şekilde yürütülmesinde genel sekretere karşı sorumlu tutulmuştur (663 sayılı KHK, m.31). Böylece birliklerin yönetimi genel sekreter tarafından, birliğe bağlı hastanelerin de hastane yöneticisi tarafından yönetileceği belirtilmiştir. Hastane yöneticilerin hastane başhekimlerin de üstünde bir yerde yetkilendirildiği görülmüştür (663 sayılı KHK, m.32). Genel olarak hastane yönetiminden sorumlu olan hastane yöneticileri başhekim yardımcılılarıyla başhekimin, müdür yardımcılılarıyla müdürün teklifi üzerine sözleşme yetkisi verilmişti. Kamu hastanelerinin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmesi ve başhekimlik müessesesinin hastane yöneticisi altında yapılması kamu hastanelerinin profesyonel işletme dinamikleriyle yönetileceğini göstermekle beraber yıllardır süregelen hekim efsanesinin de kırılma noktasına girebileceğini göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Fakat hastane yöneticilerinin çoğunun yine de hekim kökenli olması süreci değiştirmede başarılı olmadığını göstermektedir. 694 sayılı KHK ile hastanelerdeki hastane yöneticisi kavramı terk edilerek geçmişte olduğu gibi, hastanelerin başhekim tarafından yönetilmesi yeniden benimsendi (Pala, 2017: 7). Bu açıdan bakıldığında 694 sayılı KHK kapsamında yapılan değişiklikle 663 ile getirilen sistemin özüne dokunulduğu rahatlıkla söylenebilir. Hastane yönetimi profesyonel yöneticilerden alınmış başhekimlere verilmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetiminde yetki Sağlık Bakanlığınca devralınmıştır.

663 sayılı KHK ile kurulan THSK, taşrada Halk Sağlığı Müdürlükleri yoluyla “halkın sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, bulaşıcı ve kronik hastalıkla risk grubundaki bireyler yönelik izleme, sürveyans, inceleme ve araştırmalar yapmak, toplumun yaşam kalitesinin yükseltecek alışkanlıklar kazandırmak” gibi görevleri yüklenmiştir. Kurumun görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumların işbirliğiyle ve eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak diğer görevleri olarak belirlenmiştir. Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak kuruma yüklenen diğer sorumluluklardır. Personelin atanması ve özlük hakları gibi işlemlerini yürütmek, kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek diğer görevler arasında sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2016 Faaliyet Raporu, 2016: 19-20). Dolayısıyla THSK bünyesinde yapılandırılmış Halk Sağlığı Müdürlükleri ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi görevi üstlenmiştir. Fakat Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinin bu müdürlüklerin hiyerarşisi altında örgütlenmesi (Şekil 3) birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin yerine getirilmesinden Halk Sağlığı Müdürlükleri sorumlu tutulmuştur (Aktel vd., 2013: 54).



Şekil 3: Sağlık Bakanlığı'nın 663 Sayılı KHK Sonrası Şekillenen Taşra Örgütlenme Yapısı

663 sayılı KHK, sağlık hizmetlerinin il düzeyinde sunumunda İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Genel Sekreter arasında oluşabilecek hiyerarşik sorunları çözememiştir ki 694 sayılı KHK hizmetlerin sunumunda yaşanmış ve yaşanma olasılığı olan bu rol belirsizliğine noktayı koymuştur. 694 sayılı KHK ile yeniden eski sisteme (181 sayılı KHK'daki örgütlenme modeli) dönmüştür. Dahası Sağlık Bakanlığı illerdeki üçlü yönetim yapısını değiştirerek İl Sağlık Müdürlüklerini yeniden ilin sağlık yöneticisi olarak belirlenmiştir (Elitez, 2017: 6). Aslında tek çatıya dönüş KHB'lerin sürdürülebilir olmayışının göstergesi olabilir. Nitekim Sayıştayca yapılan periyodik bir araştırma sisteminin idari ve malî sürdürülemezliğini destekler niteliktedir. Sayıştay tarafından yayımlanan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Performans Denetim Raporunda” sağlık kurumlarının kısa vadeli nakit akışı durumlarının ve ödenmesi gereken borçlarını ödeme gücünün yetersiz olduğu, performans hedefleri için belirlenen faaliyetlerin, performans programı ile bütçe arasında bağ kuracak nitelikte olmadığı saptanmıştır. Türkiye Kamu Hastanelerine bağlı sağlık tesislerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na ve Gelir İradesi Başkanlığı'na borçları olduğunu ve bu borçların takip edilmediği, yaptıkları işlemler sonucunda kuruma bağlı hastanelerin zarar ettikleri

(Sayıştay Denetim Raporu, 2017) ortaya konulmuştur. 694 sayılı kararname ile TKHK ve THSK kurumunun görevlerine son verilerek bunların hiyerarşik yapılanmalarında yer alan il müdürlükleri kaldırılmış görevleri İl Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir. Sonuç olarak hizmetlerin sunumu bağlamında 1983 tarihli 181 sayılı KHK, Bakanlığa sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü hizmeti yerine getirme ve gerekli örgütlenme görevi vermişken, 663 sayılı KHK’da sağlık sisteminin yönetilmesi, planlanması, düzenlenmesi ve koordinasyonu ile ilgili görevler ön plana çıkarılmıştır. Neticede Sağlık Bakanlığı, hizmet sunan yapıdan, politika belirleyen ve koordinasyon sağlayan bir yapıya dönüştürülmüştür (Lamba vd., 2014: 66). Kısacası 663 ile teknik düzenlemeleri yapmak, standartları belirlemek Sağlık Bakanlığı’nın asli görevleri olmuştur. Dolayısıyla kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik tanınarak kendi gelirlerini oluşturma ve harcamalarını yapma serbestisi tanınarak kurumların denetlenmesi işlevi Bakanlıkça yerine getirilmesi öngörülmüştür. Bu konuda özel hastanelerin artırılması, cepten ödemelerin yaygınlaştırılması, kamu sigortacılık anlayışında vergilerin yanı sıra prim sisteminin getirilmesi hizmetlerin piyasa ekseninde şekillendiği izlemine kuvvetlendirmiştir. Bu bakımdan bu yeni düzenleme (694 sayılı KHK) ile sağlık hizmetlerinin sunum ve yönetiminin tekrar Sağlık Bakanlığınca yerine getirileceğini göstermektedir.

663 sayılı KHK ile Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedeflerinden olan “sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları” ile uyumlu eğitim ve bilim kurulları oluşturulmuştur. 181 sayılı KHK’da Sağlık Bakanlığı’nın sürekli kurulu Yüksek Sağlık Şurası’dır. Bakanlıkça verilecek önemli sağlık konuları hakkında görüş bildirmek ve sağlık meslek mensuplarının görevlerini ifadan dolayı adli konularda görüş vermek üzere kurulmuştur (181 sayılı KHK, m.31). 663 sayılı KHK’da ise Yüksek Sağlık Şurası’nın görev tanımında değişiklik yapılmıştır. Buna göre Şura; “sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere kurulmuştur. Şûraya bağlı olarak danışma kurulları ve sağlık mesleklerinin icrasından doğan adli konularda dosyaları inceleyip şûraya sunmak üzere ihtisas komisyonları oluşturulabilmesi” de bir diğer değişikliktir. 663 sayılı KHK ile şuraya ek olarak farklı eğitim ve bilim kurulları oluşturulmuştur. Oluşturulan bu bilimsel kurullarından biri Tıpta Uzmanlık Kurulu’dur. Kurul, tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisinin verilmesi ve gerektiğinde bu eğitimin kaldırılmasına yönelik teklifleri karara bağlamak, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimine ilişkin alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman sağlık insan gücü ile ilgili görüş vermekle yetkilendirilmiştir. Bir diğer kurul olan Sağlık Meslekleri Kurulu, sağlık meslekleri kapsamında müfredatları belirlemek, mesleki alan ve dallarının belirlenmesi konularında mesleki düzenleme ve planlamalarda bulunmak, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapmak, müeyyide uygulamak ve etik ilkeleri belirlemek adına kurulmuştur. Diğer bir kurul olan Sağlık Politikaları Kurulu doğrudan Bakanlığa bağlı olup planlama, politika geliştirme ve kural belirleme gibi Bakanlığın asli görevlerinin devredileceği bir yapı olmuştur (663 sayılı KHK, m 6, 21, 22, 23). 663 sayılı KHK’den önceki dönemde sağlık politikalarının belirlenmesine yönelik bir birim bulunmadığı ve uzmanlaşmaya dayalı bir örgütlenme yapısının oluşturulmadığı görülmektedir (Lamba vd., 2014: 64). Nitekim Sağlık Politikaları Kurul ile bu ihtiyaç giderilmiş oldu. 694 sayılı KHK ile bu kurullar hakkında herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

1.2. Personel Rejimi ve Performansla İlgili Değişimler

Personel istihdamı kararnameler dikkate alındığında, 181 sayılı KHK’da sağlık personelinin genelde kadrolu personel olduğu ve istisnai durumlarda ücretleri ‘döner sermayeden karşılanmak’ kaydıyla 657 sayılı Devlet Memurlar Kanunu’nun (DMK) 36. maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sözleşmeli statüde çalıştırılabildi (181 Sayılı KHK, Ek md. 3). 663 ile

birlikte sistemin geleneksel memurlardan ziyade “sağlık uzmanlığına” dayalı bir şekilde inşa edilmesi, taşra örgütlenmesinde sözleşmeli yöneticiliğe geçiş gibi teknik düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Ancak bu teknik gerekçelere yaslanan reformların arkasında ‘devletin işletmecilik temelinde, sağlıkta sermaye birikimini destekleyecek’ şekilde bir örgütlenmeye yöneldiği (Küçük, 2017: 316) ifade edilmektedir. 694 sayılı KHK ile kamu hastanelerin özzerleştirilmesi yaklaşımı ve yönetsel ve mali özerkliğe sahip teorileri askıya alınmış oldu. Fakat 663 sayılı KHK’nın getirmiş olduğu kamu hastanelerinin tıbbi, mali, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile eğitim kriterleri bakımından gruplandırma uygulaması, hastane grup performanslarına göre başhekimin ve sağlık müdürlerinin görevlerinin sona erdirilebileceği ve yönetici kadrolarının sözleşmeli olarak görevlendirilmesi gibi konularda değişikliğe gidilmemiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yaşadığı can güvenesi ve iş güvenesi, gelir güvenesi ve mesleki bağımsızlık gibi temel sorunlar konusunda bir çözüme gidilmemiştir (Pala, 2017: 7). Diğer taraftan kamu-özel mantığına dayalı şehir hastanelerinin yapımı devam etmektedir. Finansal yükün kullanıcılarla paylaşmayı esas alan katılım ve katkı payları da devam etmektedir.

663 sayılı KHK’nın personel rejiminde sözleşmeli personel uygulamasının sağlık sektöründe yaygınlaşmasının önünü açmıştır. Birliklerde sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmeleri gereğince “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da KHK’nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerinin kar güdüsüyle hareket eden birer ekonomik işletme niteliği kazandıracığı (Sayan ve Küçük, 2012: 188) gibi temel eleştiri noktalarını da getirmiştir. Birlikler bünyesinde sözleşmeli personelin istihdamı kamu kaynaklarının kullanımında verimlik, hizmet sunumunda etkinlik ve iş başarımında “personel ve süreç odaklı denetimden sonuç odaklı denetime” geçildiği (Lamba vd., 2014: 66) görülmüş olsa da sözleşmeli statüsünde çalıştırılan personelin mesleki olarak güvencesiz durumuna düşürülebileceğini ve işten çıkarılmaların üst yönetimin keyfi uygulamalarına bırakılabileceği ihtimalini kuvvetlendirmektedir. 663 sayılı KHK ile değişen Sağlık Bakanlığı örgütlenme yapısı merkez ve taşra teşkilatı için yüzlerce yönetici kadrosu oluşturulmuştur. Yöneticilerin liyakat sorunu tartışma konusu olmuştur (Elitez, 2017: 6). 663 sayılı KHK ile hastanelerde yönetici atamaları gerçekleştirilerek her bir fonksiyona yönelik profesyonel yöneticilerin (Lamba vd., 2014) atanması sağlanmakta, performans kriterleri oluşturularak daha sağlıklı bir performans değerlemesi yapılabilmekte ve hesap verebilirlik ile yönetsel etkililik daha kolay ölçülebilmektedir. 663 her ne kadar taşrada üç başlı yönetim modeline bir çözüm olarak sunulsa da, kamu personeli yönetimindeki yanlışlıklardan vaz geçilmediği görülmektedir. Taşra yöneticileri 657 sayılı DMK tarafından maaşla değil sözleşmeli ücret alacaklardır. (İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu, 2012). 694 sayılı kararname ile İl müdür yardımcısı kadrolarına “başkanlık” kadrosunun ihdas edilmesi ilgili personele daha yüksek maaş vermenin önünü açmıştır. Bakanlığın il müdürlüğü yapılanmasında il müdürlerine bağlı başkanların mevcut sayıları dışında ihtiyaca göre (694 sayılı KHK, m. 187) artırılabilir olması da kişiye göre kadro ihdası gibi suiistimale yol açacağı ayrıca tartışılmaktadır. Daha önceki üçlü yapılanmada bürokratik kademelerin yol açtığı problemler, sistemin işleyişini güçleştirmiştir. Ancak Bakanlığın yeni yapılanmasında tercih ettiği dikey örgütlenme biçiminin hem bürokratik kademeleri artıracığı hem de sözleşme ücretine dayalı bir yapı oluşturması, kamu personel sisteminin daha da bozulması anlamına gelmektedir. Bu durum sağlıkta dönüşümün kabul ettiği güler yüzlü sağlık hizmetleri sunumu ve yüksek motivasyonla çalışan sağlık işgücünü olumsuz etkileyeceği varsayımlarını kuvvetlendirmektedir.

663 sayılı KHK’nın 44. maddesi Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının örgütlenmesinde Sağlık Uzmanları ve Uzman Yardımcıları ile Sağlık Denetçileri ve Denetçi yardımcıları istihdam edilir hükmü getirilmiştir. Bu kararnamede ayrıca Bakanlığın ülkenin sağlık alanında bölgesel çekim merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla Sağlık Serbest Bölgeleri’nin kurulması ve yönetilmesini sağlar (663 Sayılı KHK, m. 49) hükmüne yer

vermiştir. KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yurt dışında da sağlık hizmeti sunabilmesi düzenlenmiştir. 694 sayılı KHK ile bu uygulamalar üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Aksine kararnamenin 190. ve devamındaki maddelerde bu yapının korunmasını destekleyici ve geliştirici önlemleri aldığı görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısını ve görev tanımını zorlayan gelişmeler sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında işlerlik kazanmasına yol açmıştır. Hizmet üretim sürecinin yeniden örgütlenmesi, sağlık işgücünün istihdam biçimi (Koplay, 2013) kurumsal yönetim modeli, yeni birim ve kurullar ile bağlı kuruluşların kurulması ve performans sistemi gibi uygulamalar hizmetin farklılaşan alanlarını ortaya çıkarmıştır. Kamuda yeniden yapılanma gerekliliği, sağlık hizmetinin daha etkin, hızlı ve verimli yürütülebilmesi gibi nedenler, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesinde ve görev tanımında değişimlerin güncellenmesi gerekliliğini yaratmıştır. 1990'lı yıllarda neo-liberal anlayışın küresel düzeyde güçlenmesi ve rekabet dinamiklerinin sınır tanımaması gibi yenedünya düzeni, yaşanan değişimi sağlık alanında da hissettirmiştir. 2000'li yıllarda SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılanması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısında meydana gelen değişimler geleneksel bürokratik hiyerarşik yapıdan yerel düzeyde hizmet sunum anlayışına doğru giden bir merkezkaç sürecine evrilmiştir. Var olan kaynakların verimlilik esasına göre yönetilmesi, hastanelerin özel sektör işletmeciliği mantığıyla faaliyetlere endekslenmesi ve politika belirleme, planlama ve düzenleme yetkilerinin kurumlar arası el değiştirmesi gerekliliği (Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014: 20) sağlık sisteminin örgütlenme yapısında değişimi gerekli kılmıştır. Bu değişim isteğinin 663 sayılı KHK'yı doğurduğunu söylemek yerinde olacaktır. Fakat bu kararnamenin getirmiş olduğu değişikliklerin ana merkezinde yatan *sağlık hizmetlerinin devlet erki tarafından sunulmasından* vaz geçilerek piyasa dinamikleri ile işletilmesi uygulaması fazla sürdürülememiştir. Bu bakımdan 694 sayılı KHK ile hizmetin tekrar merkezi olarak örgütlenmesi modeline geçilmiştir. Performans uygulaması, sözleşmeli istihdam vb. uygulamaların da sağlık hizmetlerinin/sistemlerinin kendine has özelliklerinden dolayı sürdürülebilir olmadığı yakın bir tarihte daha güvenceli ve kamu eliyle yürütülebileceğinin sinyallerini vermektedir. 694 sayılı kararnameyle sağlıkta tek çatıya dönüşün gerekçesi artan bürokrasi, kadrolaşma ve koordinasyon karmaşası gibi olumsuz durumlar (Elitez, 2017: 6) ile hizmet sunumunda verimliliği artırmak, performansı geliştirmek ve hızlı karar vermek gibi uygulamalar gösterilmiştir. Fakat her ne olursa olsun, nasıl bir amaç güdülecekse güdülsün sağlık hizmetlerinin yapısı gereği kamusal mal olduğu ve kamu tarafından sunulması sosyal bir devlet pratiği anlayışına olan inancı kuvvetlendirecektir.

181 sayılı KHK ile sağlık hizmeti sunumu ve politika belirleme ayrımı yapılmamışken 663 sayılı KHK ile bu fonksiyonlar net olarak oraya konulmuştur. Yönetici pozisyonunda olanlar tepeden inme emirleri yerine getiriyorken 663 sayılı KHK ile faaliyet sonuçlarından sorumlu bir misyon yüklenmesine gidilmiştir. İstihdam şekli olarak 181 sayılı KHK'da kadrolu ve sabit ücret yapısı görülürken 663 sayılı KHK ile birlikte istidam şekli sözleşmeli ve performansa dayalı olarak değişiklik göstermiştir. Önceki KHK'da amaç ve hedefler girdi ve süreç odaklı iken yeni KHK'da amaç ve hedefler sonuç odaklı olarak değişiklik göstermiştir. Örgütlenme bakımından da önemli yapısal değişikliklere gidilmiştir. 181 sayılı KHK'da merkeziyetçi, hiyerarşiye dayalı bir hat yapısı görülürken 663 sayılı KHK'da bu yapının değişiklik gösterdiği özerk, yatay ve uzmanlığa dayalı bir geçiş yaşanmıştır (Lamba vd., 2014: 78). Olağanüstü koşullarda hayata geçirilen 694 sayılı KHK, Sağlık Bakanlığı merkezi örgütlenme yapısında hizmet sunumu ve örgütlenmesi tekrar hiyerarşik bir karakter kazanmıştır. Bu kapsamda Bakanlığın bağlı kuruluşları olan TKHK ve THSK statüleri değiştirilerek başkanlık düzeyinden müdürlük seviyesine indirgenmiş ve görev alanları daraltılmıştır. KHB'lere ve genel sekreterlik yapılanmalarına son verilmiştir. Bakanlık taşra örgütlenmesinde İl

Sağlık Müdürlükleri tekrar 181 sayılı kararnamede oldukları gibi taşrada sağlık hizmetlerini alanında en yetkili konuma getirilmiştir. İhtiyaç durumunda İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde hizmetlerin yürütülmesi konusunda destek hizmetleri, personel istihdamı, acil hizmetler ile ilaç ve tıbbi cihaz gibi çeşitli hizmet alanlarında başkanlıkların kurulması konusunda yetkilendirilmiştir. Kararnameyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin başhekim tarafından yönetileceği, sözleşmeli istihdamın ve performans sisteminin devam edeceği kararlaştırılmıştır. Son olarak hastane büyüklükleri dikkate alınarak ihtiyaç üzerine müdürlüklerin sayısı artırılabilceği kararnamede yer alan diğer hükümlerdendir. Her ne kadar dönüşüm sonrası sağlık alanında önemli değişimler ve atılımlar sağlanmış olsa da Bakanlığın görev, sorumluluk ve yetki bakımından örgütlenme yapısında belirsizliklerin olduğu görülmektedir. Nitekim bu durum Acar (2018) tarafından Bakanlığın üst yöneticileri tarafından yapılan bir nitel çalışmada da ortaya konulmuştur.

KHK'lar ekseninde Sağlık Bakanlığında yaşanan değişimlerin ele alındığı bu çalışmada hizmet sunumu, örgütlenme gibi fonksiyonlarda özel sektör pratiklerinin ve serbest piyasa yaklaşımının amaçlanması doğrultusunda 181 sayılı KHK terk edilerek 663 sayılı KHK uygulama alanı bulmuştur. Ancak sağlığın kamu müdahalesini gerektirmesi gibi özellikli yapısı 663 sayılı KHK'nın her yönüyle sürdürülmesini imkansız kılmış ve hizmetin sunumunun ve örgütlenmesinin merkezileşmesini sağlayacak 694 sayılı KHK hayata geçirilmiştir. Çalışmanın KHK'lar ekseninde yaşanan değişimleri ele alması, diğer araştırmalardan farklı ayırıcı yanını oluşturmaktadır. Çalışma, gelecekte araştırmacıların uygulamalı ve ampirik araştırmalara yer vererek Bakanlığın örgütlenme ve hizmet sunum yapısının sürdürülebilirliği ile yasal mevzuatta nasıl bir metodoloji izlemeleri gerekliliğini ortaya koymaları bakımından önem taşımaktadır.

Çeşitli yıllarda Sağlık Bakanlığı görev tanımı ve örgütsel yapısıyla ilgili KHK'lar ile yapılan düzenlemeler ve uygulamalar ışığında bazı önerilerin geliştirilmesi gerek görülmüştür. Bu öneriler şöyle özetlenmiştir.

- Sağlık politikası ve örgütlenme yapısıyla ilgili düzenlemeler KHK ile değil *kanun* ile gerçekleştirilmelidir. Böylelikle sadece hükümet edenlerin değil çok sesliliği esas alan düzenlemelerin hayata geçirilmesi sağlanacaktır. Bu doğrultuda sağlık alanıyla ilgili risk ve kazanımlar genişçe bir kitleye mal edilerek daha radikal ve köklü çözümlerin üretimine katkıda bulunulacaktır.
- Sağlıkla ilgili düzenlemeler bir gece ansızın değil, geniş bir zaman aralığına yayılarak bu düzenlenmelerin olgunlaşmaları sağlanmalıdır. Düzenlemelerin oluş süreci ve hayata geçirilmesi noktasında çok sektörlü sağlık sorumluluğu anlayışı geliştirilmelidir.
- Personel istihdamında ne tür bir modelin tercih edileceği karar vericilerin öngörülleri doğrultusunda hayata geçirilebilir. Fakat personel istihdamında kesinlikle yeterlilik, liyakat, uzmanlaşma, eşitlik, güvence, adalet ve yetkinlik bazlı bir model dikkate alınmalıdır.
- Özellikle İl Sağlık Müdürlüklerinde personel istihdamının müdürlükçe yapılması ve gerek görülmesi üzerine hastane büyüklükleri dikkate alınarak birden fazla müdürlüklerin açılması keyfi uygulamalara neden olabilir. Bu ve benzeri uygulamalar çalışma barışını bozacak ve güler yüzlü, etkili bir hizmetin sunulmasının önünü tıkayacaktır. Buna ilişkin düzenlemeler gözden geçirilip etkin ve şeffaf denetim mekanizmaları hayata geçirilmelidir.
- Sağlığın temel bir insani hak ve devletin de temel sosyal sorumluluğu olduğu gerçeğinden hareketle sağlık hizmetleri, evrensel kapsayıcılık ilkeleri doğrultusunda bireyleri finansal riske karşı koruyan ve hizmetlere erişimdeki tüm engelleri kaldıracak şekilde yüksek düzeyde kamu eliyle yürütülmelidir.

KAYNAKLAR



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Acar, O.K. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3): 703-722.

Akdağ, Recep (2011) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Ankara.

Aktel, Mehmet, Yakup Altan, Uysal Kerman, Erdal Eke (2013), Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 33-62.

Balcı, Asım (2005), Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim (Ankara: Atlas Yayın Dağıtım).

Christensen, Tom, Per Legreid (2002), “A Transformative Perspective on Administrative Reforms”, Christensen, Tom and Legreid Per (Ed.), *New Public Management* (England: Ahsgate), 13-39.

Çakıroğlu, O.Ç., Seren, A.K.H. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkiler, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3): 37-43.

Devlet Planlama Teşkilatı (2001), Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.

Dünya Bankası (1987), Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform, World Bank, Washington DC.

Elitez, Güzide (2017) “Sağlıkta Dönüşüm ve Kararnameler/Eskiye Dönüş”, Hekimce Bakış, Bursa Tabip Odası Yayınları 2017, www.bto. org.tr, (11.01.2018).

Hughes, Owen E. (2014), “Kamu İşletmeciliği ve Yönetimi”, Kalkan, Buğra, Akın Şeyma, Akın Bahadır (Çev.), (Ankara: Bing Bang Yayınları).

İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu (2012), “663 Sayılı KHK ve Sağlık Bakanlığının “Yeni” Teşkilat Yapısı”, <https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/teskilatyapisi.pdf>, (04.12.2017).

Koplay, Ali (2013), “663 Sağlık Bakanlığı Kanun Hükmünde Kararnamenin Getirdiği Yenilikler”, <http://www.habergunebakis.com/>, (11.01.2018).

Küçük, Aziz (2017), “Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

Lamba, Mustafa, Yakup Altan, Mehmet Aktel, Uysal Kerman (2014), “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1),53-78.

Lamba, Mustafa (2014), “Yeni Kamu Yönetimi Perspektifinden Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformları: Genel Gerekçeler Üzerinden Bir İnceleme”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(3), 135-152.

Pala, Kayıhan (2017), “694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK İle Ne Değişti?”, Hekimce Bakış, Bursa Tabip Odası Yayınları 2017, www.bto. org.tr, (11.01.2018).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014 <http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejikplan.pdf>, (03.12.2017).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu (2016), 2016 Faaliyet Raporu, http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/strateji-db/birimler/stratejik-yoneti-planlama/idari-faaliyet-raporu/2016_faaliyet_raporu-13.03.2017.pdf, (03.12.2017).

Sağlık Bakanlığı Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelge, <http://www.sb.gov.tr/TR,10547/bakanlik-ve-bagli-kuruluslarinin-tasra-teskilatlarinin-isleyisi-hakkinda-genelge.html>, (03.12.2017).

Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, (10.12.2017).

Sayan, İpek Özkal., Küçük Aziz (2012), “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67(1), 171-203.

Sayıştay Başkanlığı (2017). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, Ankara.

Sevinç, İsmail, Kubilay Özer (2016), “Yeni kamu yönetimi bağlamında sağlık bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları”, International Journal of Social Sciences and Education Research, 2(4), 1697-171.

Kaluzny, A.D., Warner, D.M., Warren, D.G., Zelman W.N. (1982), Management Of Health Services, (New Jersey: Prentice Hall Inc).

Kamu Hastane Birlikleri Modelinin İflası ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Değişiklikler, <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/>, (10.12.2017).

Tatar, Fahrettin (1997) “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori Ve Uygulama”, Amme İdaresi Dergisi, 30(2), 73-89.

Yıldırım, Hasan Hüseyin (2013), Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Ankara.

Yıldırım, Selami (2014), Yönetim teorileri, (Ankara: Siyasal Kitapevi).

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>, (13.01.2018).

181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/mevzuat/181khk.html>, (11.01.2018).

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (11.01.2018).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, http://static.karar.com/custom_ads/pdf/694say%C4%B1%C4%B1khk.pdf, (11.01.2018).
<https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/teskilatyapisi.pdf>, (11.01.2018).

<http://www.ataaof.club/saglik-bakanligi-yeni-teskilat-yasasi-birlesme-detaylari-belli-olmaya-basladi/>
(11.12.2017).