

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN MERKEZİYETÇİLİK/ÂDEMI MERKEZİYETÇİLİK DÜZENLEMELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME¹



Kafkas Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi
KAÜİİBFD
Cilt, 11, Sayı Ek Sayı 1,
2020
ISSN: 1309-4289
E – ISSN: 2149-9136

Makale Gönderim Tarihi: 28.04.2020 Yayına Kabul Tarihi: 02.10.2020

İhsan EKEN
Dr.
İl Sağlık Müdürlüğü
Diyarbakır, Türkiye
ihsan.eken@saglik.gov.tr
ORCID: 0000-0001-9429-9872

ÖZ Bakanlıklar, Türkiye’de kamu politikalarının temel uygulayıcılarındandır. Bakanlıkların teşkilat yapıları küresel düzeydeki etken, aktör ve süreçler, ulusal ölçekte talep ve ihtiyaçlar ile sunulan hizmetlerin getirdiği gereklilikler çerçevesinde dönüşerek şekillenmektedir. Kuşkusuz bu değişim ve dönüşüm gayretlerindeki temel amaç hizmetlerin daha iyi düzeyde, kaliteli, verimli ve etkin sunulmasının sağlanması için iyi bir idari yapılanma oluşturmaktır. Bu yönetsel yapının merkeziyetçi ya da âdemi merkeziyetçi olması gerekliliği konusu günümüze kadar tartışılmış ve kendi konjonktürel gerçeklikleri çerçevesinde her iki görüş de farklı dönemlerde yapılan düzenlemeler ile uygulanma şansı bulmuştur. Çalışmanın konusu, Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşundan bu yana teşkilat yapısına ilişkin gerçekleştirilen temel yasal düzenlemelerin merkeziyetçilik-âdemi merkeziyetçilik kavramları çerçevesinde incelenmesidir. Bu doğrultuda yapılan düzenlemelerin birbiri ile mukayesesi yapılarak, yaşanan organizasyon sorunu ve uygun teşkilat yapısı arayışının analizi amaçlanmıştır. Bu çerçevede elde edilen temel bulgular doğrultusunda önerilerde bulunmaktadır. Çalışmada betimsel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler Sağlık Bakanlığı Teşkilatı, Merkeziyetçilik, Âdemi Merkeziyetçilik.

JEL Kodu: H75, I18, K390.

Alanı: Kamu Yönetimi

Türü: Derleme

DOI: 10.36543/kauibfd.2020.Ek1.013

Atıfta bulunmak için: Eken, İ. (2020). Sağlık bakanlığı teşkilat yapısına ilişkin merkeziyetçilik/âdemi merkeziyetçilik düzenlemeleri üzerine bir inceleme *KAÜİİBFD*, 11(Ek Sayı 1), 269-305.

¹ Bu çalışma 1. Ulusal Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

A REVIEW ON CENTRALISATION/DECENTRALISATION REGULATIONS ON ORGANIZATION STRUCTURE OF THE MINISTRY OF HEALTH



Kafkas University
Economics and Administrative
Sciences Faculty
KAUJEASF
Vol. 11, Issue Suppl 1, 2020
ISSN: 1309 – 4289
E – ISSN: 2149-9136

Article Submission Date: 28.04.2020

Accepted Date: 02.10.2020

İhsan EKEN
Dr.
The Provincial Health
Directorate
Diyarbakır, Türkiye
ihsan.eken@saglik.gov.tr
Orcid id: 0000-0001-9429-9872

ABSTRACT | Ministries are one of the main practitioners of Public Policy in Turkey. The organizational structures of ministries are transformed and shaped within the framework of factors, actors and processes at the global level, demands and needs on the national scale and the requirements of the services provided. Undoubtedly, the main goal in these efforts for change and transformation is to create a good administrative structure to ensure a better level, quality, efficient and effective delivery of services. The question of whether this managerial structure should be centralized or decentralized has been debated until today, and within the framework of its own cyclical realities, both views have had the chance to be implemented with the arrangements made in different periods. The subject of the study is the study of the basic legal regulations carried out since the establishment of the Ministry of Health in relation to the structure of the organization within the framework of the concepts of centralisation-decentralisation. It is aimed to compare the arrangements made in this direction with each other and to analyze the organizational problem and the search for the appropriate organizational structure. In accordance with the main findings obtained in this framework, recommendations are made. Descriptive research method was used in the study.

Keywords: Ministry Of Health Organization, Centralisation, Decentralisation

Jel codes: H75, I18, K390

Scope: Public Administration

Type: Review

Cite this Paper Eken, İ. (2020). A review on centralisation/decentralisation regulations on organization structure of the ministry of health, *KAUJEASF*, 11(Suppl 1), 269-305.

1.KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Merkeziyetçilik-Âdemi Merkeziyetçilik

Âdemi merkeziyet (Decentralizasyon), merkezi yönetimin yetkisinde bulunan plan yapma, karar alma ve vergi toplama gibi kimi yetkilerin kısmen veya tamamen merkezin taşra kuruluşlarına, yerel idarelere, federatif birimlere, yarı özerk kamu kurumlarına, mesleki kuruluşlara ya da idarenin dışında kalan vakıflar veya dernekler gibi gönüllü örgütlere aktarılması olarak ifade edilmektedir (Eryılmaz, 2010: 86). Tanımdan da anlaşılacağı üzere literatürde âdemi merkeziyetçilik devredilen yetkinin türü ve kapsamına bakılarak “siyasi, idari, mali ve piyasa merkezli” olarak dört farklı türde sınıflandırılmaktadır. Bununla birlikte kimileri ise “decentralizasyon” kavramının kamu yönetimi literatürüne ait olmasını gerekçe göstererek; idari işlev ve sorumluluğun özel sektöre devri anlamına gelen “piyasa âdemi merkeziyet” kavramını decentralizasyon türü olarak görmemektedir (Saltman & Figueras, 1997, s. 44; Hayran, 2017, s. 3).

Siyasi âdemi merkeziyet, vatandaşları ve yerel seçilmiş temsilcilerini, politikaların oluşturulması ve uygulanması gibi kamu karar alma süreçlerinde daha fazla güç sahibi yapmayı hedeflemektedir. Yerel düzeyin, vatandaşa, ulusal siyasi düzeyden daha alakalı olacağını, vatandaşa daha yakın olduğundan onların beklenti ve taleplerini daha iyi tanıyacağını ve yine kamuoyu tarafından daha iyi denetleneceğini savunmaktadır. İdari âdemi merkeziyet, farklı hükümet düzeyleri arasında kamu hizmetleri sağlamak için yetki, sorumluluk ve mali kaynakların yeniden dağıtılması olarak tanımlanabilir. Bir başka ifade ile merkezi yönetime ait belirli kamu işlevlerinin planlanması, finanse edilmesi ve yönetilmesi sorumluluğunun devlet kurumlarının taşra temsilcilerine, alt birimlerine, yarı özerk kamu otoriteleri veya şirketlerine, bölgesel ya da işlevsel yetkililere devrini açıklar. Mali âdemi merkeziyet ise, yönetsel kuruluşların merkezi olmayan işlevleri etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için, yeterli gelirlere (yerel olarak elde edilen veya merkezi hükümetten transfer edilen) ve harcama yetkisine sahip olmaları olarak ifade edilebilir (Rondinelli, 2004, s. 2-3). Politik, idari veya mali âdemi merkeziyet, ülkeler arasında, ülkeler içinde ve hatta sektörler içinde farklı biçimlerde ve birleşimlerde ortaya çıkabilir (Rondinelli, 2004, s. 2). Âdemi merkeziyet yaklaşımlarından hiçbiri herhangi bir ülkede tek başına ve katışıksız uygulanmamakta; farklı ülkelerde farklı türleri birlikte kullanılabilir (Saltman & Figueras, 1997: 51).

İdari ademi merkeziyet, “deconcentration”, “delegation” ve “devolution” olarak üç ana şekilde ele alınmaktadır (Rondinelli, 2004, s. 2; Maino vd., 2007, s. 121;

who.int, 2019). Kimileri tarafından pazar/piyasa merkezli âdemi merkeziyet dördüncü tür olarak ele alınmaktadır. Kimileri bu türe kamu yönetiminin alanı dışında kaldığı için itiraz etmektedir (Hayran, 2017, s. 3). Kanaatimce özelleştirme olgusu kamu yönetim alanı dışında olduğundan bu çalışmada âdemi merkeziyet türü olarak değerlendirilmemiştir.

Deconcentration, idari ve mali sorumluluk ile karar alma yetkisinin merkezi yönetimin farklı düzeylerine, genel olarak da taşra birimlerine dönük, yeniden dağıtımıdır. En dar kapsamlı türü olmasına karşın en fazla başvurulan idari yöntemdir. Merkezileşmenin en zayıf biçimi olarak da kabul edilir ve üniter ülkelerde en sık kullanılır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın tek politika belirleyici olması, diğer bir takım yönetsel kararların bakanlık adına ve bakanlığın verdiği izin çerçevesinde il sağlık müdürlükleri tarafından kullanılması buna örnek olarak verilebilir. Delegation (Heyet), önceden tanımlanmış belli görevlere ilişkin yönetsel sorumluluğun, ayrı bir yasal statüye ve idari karar verme yetkisine sahip kamu adına hareket eden ve genel itibarıyla kâr amacı gütmeyen yarı özerk kamu kuruluşları, şirketler ya da kişilere devredilmesini ya da bunlarla paylaşılmasını ifade eder. Bir başka ifade ile Delegation aracılığıyla merkezi hükümetler, kamusal işlevlerin karar verme ve idare etme sorumluluğunu merkezi hükümet tarafından tamamen kontrol edilmeyen, ancak sonuçta ona karşı sorumlu olan yarı özerk kuruluşlara aktarırlar. Türkiye’deki vakıf ve üniversitelere bağlı çalışan hastaneler delegation türüne örnek verilebilir. Devolution, merkezi yönetimin sahip olduğu bütçe, istihdam, politika belirleme, yatırım yapma gibi kimi fonksiyonlarını, hiyerarşik denetiminde olmayan, kanun ile oluşturulmuş ve tanınmış coğrafi sınırlara sahip yerel yönetimlere bırakmasıdır. Türkiye’de daha önceden benzer uygulamalar ya da girişimler olmasına karşın tam olarak devolution uygulamasının hayata geçirildiğini söylemek mümkün değildir (Rondinelli, 1981s. 137; Rondinelli, 2004, s. 2-3; who.int, 2019; Saltman & Figueras, 1997, s. 47-48, Hayran, 2017, s. 2; Johnson & Minis, 1996, s. 5). Pazar/piyasa âdemi merkeziyet ise, planlama dâhil hizmete sunumuna ilişkin tüm yönetsel süreç ve fonksiyonların hükümet dışı özel aktörlere bırakılması olarak ifade edilmektedir (Hayran, 2017, s. 3).

Merkezi yönetim tarafından yürütülen fonksiyonların gittikçe karmaşık bir yapıya bürünmesi ve bu işlerin tek merkezden yürütülmesinin zor olması, merkezin iş yükünün ve artan bürokrasinin azaltılması, merkezin ayrıntılarla boğuşma yerine asli görevi olan politika üretme işine odaklanabilmesi, mali, idari ve siyasi güç ve yetkinin merkezde aşırı yoğunlaşmasının önlenmesi, genel politikalar ile yerel ihtiyaç ve önceliklerin birbirine uyumlulaştırılması, kamu harcamalarında etkinlik ve tasarruf sağlanması, kamu hizmetlerinin hızlı, verimli

ve etkin biçimde sunulması, katılımcılık, dayanışma ve etkin kamuoyu denetiminin sağlanması gibi gerekçelerle âdemi merkeziyet gerekli görülmektedir (Eryılmaz, 2010, s. 86; Saltman ve Figueras, 1997, s. 43; Sezer & Vural, 2010, s. 209-210; Erençin & Yolcu, 2008, s. 127; Hayran, 2017, s. 4; Ünal & Tagiyev, 2016, s. 483; Tatar, 1993, s. 142-143). Daha açık ifade etmek gerekirse, âdemi merkeziyet ile hesap verebilirlik, problem çözme ve vatandaş katılımı gibi önemli faydalar elde edilebilir. Âdemi merkezi yapıların güçlenmesi, merkezi yönetimin gücünü dengeleyebilir. Yerel düzeyde idareciler, hizmet sundukları sakinlere karşı daha sorumlu davranmak zorundadır çünkü sundukları hizmetlerin kalite ve miktarı merkezi yönetim tarafından sağlanan hizmetlerden daha kolay tanımlanmaktadır. Yerel düzey, sorunların belirlenmesi ve çözümlerin tanımlanmasında sivil toplum kuruluşları ve diğer gönüllü kuruluşlarla birlikte çalışmak için daha iyi konumdadırlar. Vatandaşlar yerel düzeyde kamusal karar alma mekanizmalarına daha fazla erişebilirler. Mekânsal yakınlık, yerel karar vericiler ve vatandaşlar arasında alışverişi ve iletişimi oldukça kolaylaştırır. Bu nedenle bilgi edinme maliyeti yerel yönetimler açısından vatandaşlar için daha azdır. Yerel düzeydeki başarılı yenilik ve uygulamalar daha geniş mekânsal alanlarda politika değişikliğini uygulamak için verimli araçlardır (Johnson ve Minis, 1996, s. 5, 10).

Diğer taraftan ülkede var olan sosyal ve kültürel ortamın âdemi merkeziyetçi yapıya hazır olmaması (örgütlenme becerisi ve katılımcı demokrasi kültürünün gelişmemiş olması), yerel özellik ve kaynakların farklılık göstermesi nedeniyle bölgesel düzeyde eşitsizliklerin yaşanabileceği, kamusal hizmetlerin ülke sathında eşit biçimde ve aynı kalitede ulaştırılamayabileceği, yerel düzeydeki siyasi ve bürokratların yönetsel yetenek açısından yetersiz kalabileceği, yerel düzeyde idari, mali ve siyasi gücün yerel seçkinlerin ya da diğer çeşitli çıkar gruplarının eline geçebileceği ya da istismar edilebileceği, merkezi yönetim tarafından yeterli denetim mekanizmasının oluşturulamayacağı ve bu durumun merkezi yönetimi zayıflatacağı şeklinde olumsuzluk ve çekinceler de dile getirilmektedir (Saltman & Figueras, 1997, s. 53; Hayran, 2017, s. 3-4; Ünal & Tagiyev, 2016, s. 483; Sezer & Vural, 2010, s. 210-211).

Merkezileşme ve âdemi merkeziyet birbirinin zıttı kavramlar değildir. Çoğu ülkede, hükümetin etkili ve verimli işlemesi için uygun bir merkezileşme ve âdemi merkeziyet dengesi esastır (Rondinelli, 2004, s. 5). Âdemi merkeziyet yeni bir kavram değildir ve aslında birçok gelişmekte olan ülkede on yıllardır bir politika olarak mevcuttur. Birçok ülke, kamu yönetim yapılarının bir parçası olarak uzun süredir merkezi veya yerel yönetim düzenlemelerine sahiptir. Bununla birlikte, asıl önemli olan bu yapıların resmi varlığı değil, âdemi

merkeziyetçiliğin ne ölçüde etkili bir politika haline getirildiğidir. Deneyimler, anlamlı oranda kaynakların aktarıldığı, işlevsel sorumlulukların netleştirildiği ve yerel düzeyde hesap verebilirlik mekanizmalarının kurulduğu yerlerde âdemi merkeziyetçiliğin ekonomik ve sosyal faydaları etkili bir şekilde üretebileceğini göstermiştir (Johnson ve Minis, 1996, s. 10).

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinde âdemi merkeziyet ise genellikle politik güdümlü olduğu için, teorik faydalar, karışık olan gerçek deneyimlerin sonuçlarından daha fazla dikkat çekme eğilimindedir. Mevcut ülke deneyimlerinden açıkça anlaşılan bir ders, diğer ülkeler tarafından anlaşılmasa sağlık hizmetlerinde âdemi merkeziyet hayal kırıklığı ya da zararlar sonuçlanabilecektir (Kolehmainen-Aitken, 2004, s. 57).

1.2. Bakanlık Kavramı ve Sağlık Bakanlığı

Türk yönetim sisteminde Bakanlıklar, belirlenen kamu hizmetlerini yerine getirmek üzere, devlet tüzeli kişiliği adına hareket eden, kendi faaliyet alanı çerçevesinde uzmanlaşmış ve örgütlenmiş bölümler olarak ifade edilmektedir (Günday, 2011, s. 391). Cumhuriyet dönemi devlet örgütlenmesinde temel sistemlerden olan “Bakanlık” yapılanması, Osmanlı Devletinden devralınmış olmasına karşın, 1984 yılına gelinceye kadar belli bir düzende hizmet etmeleri mümkün olamamıştır. Bakıldığı zaman ilk olarak, bakanlıkların oluşturulması, teşkilatlanması, görevleri ve yetkileri hakkında kaide ve yöntemlerin belirlenmesi amacıyla 1984 yılında 3046 sayılı Yasa çıkarılmıştır. İkinci olarak, kamusal hizmetlerde düzen, etkinlik ve verimlilik sağlamak amacıyla 2011 tarih ve 6223 sayılı Kanun ile dönemin hükümetine altı aylığına tanınan Kanun Hükümünde Kararname (KHK) yapma yetkisi ile birçok bakanlık teşkilatı yeniden düzenlenmiştir (Saylam & Öktem, 2015, ss. 5,7,11) Son olarak 2017 yılında Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçiş ile birlikte 2018 tarih ve 703 sayılı “Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve KHK’lerde Değişiklik Yapılması Hakkında KHK” ve devamında oluşturulan 01 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Bakanlıkların yapısında önemli değişiklikler yapılmış ve yeni sisteme uyarlanmıştır.

Sağlık, doğuştan edinilen bir haktır. Bu hakkın tüm vatandaşlara eşit biçimde kullanılması bir gerekliliktir. Sağlık hizmetlerinin faydalı olma, kamusal nitelikte olma, devlet müdahalesi gerektirme, hastalık riski ve sağlık hizmeti tüketim miktarı yönünden öngörülemez, ikame edilemez, dışsallık gibi kendine has özellikleri bulunmaktadır. Bu sebeplerden ötürü sağlık hizmeti birçok ülkede doğrudan devlet tarafından karşılanmaktadır. Fakat özellikle yeni liberal düzen sonrasında, özel sektör de bu alanda faaliyet yürütmeye başlamıştır (Başol & Işık, 2015, s. 24).

1982 tarihli T.C. Anayasası da tüm vatandaşların sağlıklı biçimde yaşamını sürdürmesi ve sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini sağlama yükümlülüğünü devlete vermiştir (md. 56). Devlete atfedilen bu yükümlülüğü bakanlık düzeyinde yerine getirmekle mükellef olan birim Sağlık Bakanlığı'dır. Bakanlık, halkın sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla, hizmetin yöntemini, çerçevesini, standartlarını belirleme ve sistemi denetlemekle görevlidir. Türkiye sağlık sistemi kamu, özel ve gönüllü örgütlerden müteşekkildir. Kamusal kurumlar, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin tamamını sunmaktayken; özel ve gönüllü örgütler ise daha ziyade tedavi edici hizmetlerde yer almaktadırlar (Erençin & Yolcu, 2008, s. 121; Başol & Işık, 2015, s. 3-4). Sağlık Bakanlığı yurt dışında sağlık hizmetlerini yürütmek amacıyla merkez ve taşra teşkilatı olmak üzere iki şekilde örgütlenmiştir. Merkez teşkilatı planlama, koordinasyon ve denetim faaliyetleri; taşra teşkilatı ise daha ziyade sağlık hizmet sunumuna odaklı olarak görev yapmaktadır (Balcı, 2005: 83).

Bakanlık, ülke koşulları ile uyumayan aşırı merkeziyetçi bir yönetsel anlayışla örgütlenmesi, görev ve yetkilerin birçoğunun merkezde ve görece üst seviyelerde toplanması, politika üretme, yön verme ve denetim işlevlerinden ziyade sağlık hizmeti sunmaya çalışması, sağlık hizmet sağlayıcıları ve yönetsel kuruluşlar arasında yetki kargaşası ve koordinasyon eksikliği olması, başta beşeri kaynaklar olmak üzere, kaynakların verimli kullanılmaması ve kaynak dağıtımında coğrafi, kurumsal ve hizmet alanları yönünden denge sağlanamaması gibi pek çok sebepten ötürü dönem dönem kurumsal anlamda yetersiz olduğu yönünde eleştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993a, s. 47-48; Erençin ve Yolcu, 2008: 123; Aktan, 2003: 9, 10, 16). Bu ve benzer gerekçelerle belli dönemlerde Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında düzenlemelere gidilmiştir.

2.SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapılanmasına ilişkin yapılan düzenlemeler, genel itibariyle ifade edilecek olursa, dönemin ihtiyaçları ve ruhu, politik tercihler, Dünya Bankası (DB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşların tazyik ve yönlendirmeleri gibi gerekçelere dayandırılabilir. Bu doğrultuda düzenlemeler bazen decentralize bir yapı tasarlamaktayken bazen merkeziyetçi bir özellik göstermektedir. Osmanlı Devleti ve Erken Cumhuriyet dönemlerinde herhangi bir teşkilat yasası olmadan hizmet sunulmuştur. Sonrasında ise, 1936 tarih ve 3017 sayılı Yasa, 1983 tarih ve 181 sayılı KHK, 2011 tarih ve 663 sayılı KHK, 2017 tarih ve 694 sayılı KHK, 2018 tarih ve 703 sayılı KHK, 01 nolu ve 04 nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ile teşkilat yasasında düzenlemeler yapılmıştır.

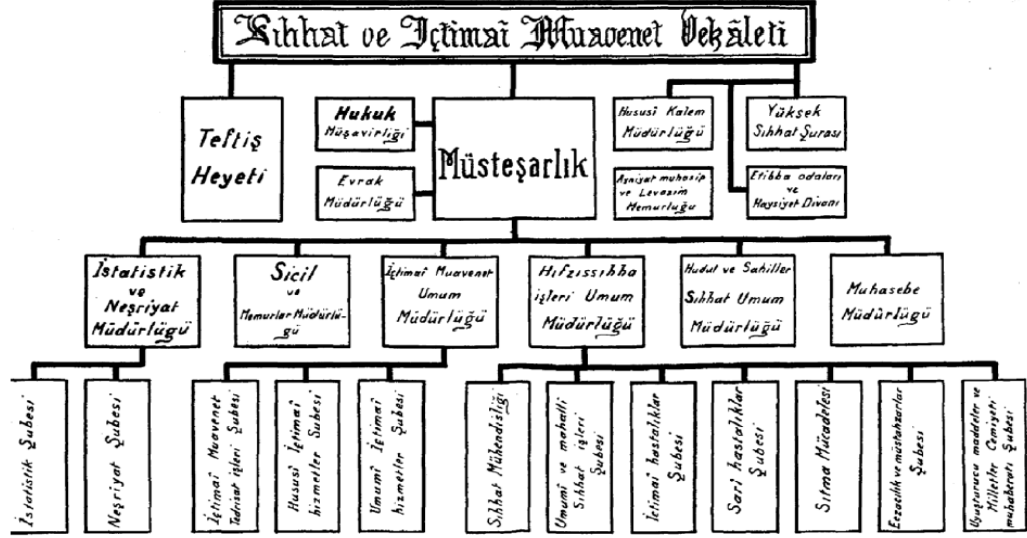
2.1. Osmanlı Devleti Dönemi Sağlık Teşkilatı

19. yüzyıla gelinceye dek ne Batı dünyasında ne de Osmanlı Devleti'nde sağlık hizmet sunumu devlet tarafından üstlenilmediğinden bu alanda bir devlet teşkilatlanmasından söz etmek mümkün değildir (Aydın, 2004, s. 187). 19. Yüzyıl itibariyle ise sağlık hizmetleri, devlet hizmet yükümlülüğü altına alınmaya başlanmış fakat, Osmanlı devlet örgütlenmesinde doğrudan sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu bir nezaret oluşturulmamış, sağlık hizmetleri başka nezaretlere bağlı olarak gerçekleştirilmiştir (Tekir, 2019, s.1302). Bununla birlikte özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren merkezden taşraya doğru bir sağlık teşkilatı ve sağlık hizmet ağı oluşturulmaya çalışıldığı gözlenmektedir. İlk olarak 1861 yılında "Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname" oluşturularak ülkedeki hekimler kayıt altına alınmaya başlanmıştır. Bu süreçte hekimlerin belediyeler tarafından istihdam edilmesi düşünülmüş ve devlet taşradaki sağlık hizmetini "belediye hekimlikleri" ile yürütmeyi planlamıştır. Ancak bunun ne oranda gerçekleştirildiği bilinmemekte olup, hekim sayısının yetersiz olmasından ötürü tüm belediyelerde gerçekleştirilmiş olması mümkün görünmemektedir. 1866 yılında hekim ihtiyacını karşılamak üzere "Sivil Tıp Okulu" kurulmuştur. 1871 yılında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile devlet il ve ilçelere koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek üzere hekim göndermeye başlamıştır. Düzenleme ile hekimlik artık bir devlet memuriyeti şeklini almaya başlamıştır. Hekimlerin, ilde merkezden emir alan ve mülki amire danışmanlık yapan, aynı zamanda adli tabiplik işlerinden de sorumlu tutulması öngörülmüştür. Bu dönemde taşrada "sağlık hizmet birimi" oluşturma düşüncesinin henüz gelişmemiş olduğu ve sağlık hizmeti sunmadan kastın sadece hekim tayini olarak anlaşıldığı gözlenmektedir. 1888'e kadar memleket tabiplerinin maaşları belediyeler tarafından verilmiş, bu tarihten sonra ise sicilleri tutulmaya başlanarak devlet tarafından maaşlar ödenmeye başlanmıştır. 1913 yılında "Vilayet-i İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi" yürürlüğe girmiştir. Bu nizamname ile "memleket tabipliği" kavramı yerine "hükümet tabipliği" kavramı getirilmiş; il merkezlerinde sağlık müdürlükleri kurulmuştur. Vilayet, sancak ve kazalarda başlarında mülki amirlerin bulunduğu sıhhiye meclisleri oluşturulmuştur. Bu kurullar günümüzde umumi hıfzıssıhha kurulları olarak bulunmaktadır (Aydın, 2004, ss. 186, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 201, 202, 204, 205,206). Taşrada gerçekleştirilen bu düzenlemelere karşın merkezi teşkilat için henüz müstakil bir nezaret kurulmamıştır. Bu görev 1914 tarihli bir yasa ile Dâhiliye Nezaretine bağlı "Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi"ne verilmiştir (Erginöz, 1988, s. 174-176).

2.1. Erken Cumhuriyet Dönemi Sağlık Teşkilatı

Kurtuluş Savaşı esnasında ülkede bozulan sağlık şartları ve savaş yıllarından miras kalan yetimlerin sahiplenilmesi maksadıyla iki hizmet alanı tek çatı altında değerlendirilmiş ve 1920 yılında 03 Nolu “Büyük Millet Meclisi İcrâ Vekillerinin Sûret-i İntihâbına Dâir Kanun” ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti kurulmuştur (Tekir, 2019, s. 1302, 1303). Bu sayede sağlık hizmeti bakanlık düzeyinde teşkilatlanma şansına kavuşmuştur.

Bu dönemde, dağılan sağlık sistemini toparlamak üzere taşrada bulunan hekim, sağlık memuru, hastane ve sağlık ocağı envanteri oluşturulmaya başlanmış; Osmanlı dönemi sağlık mevzuatı ve yasaları bir araya getirilmiştir. Mevzuat, yeni ihtiyaçlara göre düzenlenerek merkezde Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi oluşturulmuştur. Taşra örgütünde yer alan sağlık müdürlükleri, hükümet tabiplikleri, belediye tabiplikleri, karantina tabiplikleri ve küçük sıhhiye memurlukları olduğu gibi muhafaza edilmiştir. Koruyucu tedavi hizmetlerine yönelik olarak, Kuduz Tedavi Müessesesi, Aşihane ve Bakteriyojihaneye kurulmuştur (Dikmeli, 2013, s. 8; Tekir, 2019, s.1303). Yerel yönetimlerin elinde bulunan hastaneler iyileştirilmiş ayrıca Kastamonu ve Zonguldak'ta frengi amacıyla kurulan hastaneler de yerel yönetimlere devredilmiştir (Erginöz, 1988, s. 179; Tekir, 2019, s.1305). 1924 yılından sonra ise mevcut durumun aksi yönde hareket edilmiş ve bütçe kanunu çerçevesinde Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da bulunan memleket hastaneleri, merkeze yani Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'ne devredilerek adları Numune Hastanesi olarak değiştirilmiştir. 1926 tarih ve 796 sayılı yasa ile daha ileriye gidilerek özel idareler ve belediyelere ait bütçelerin sağlık teşkilatını ilgilendiren bölümlerinin onaylanmadan önce Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'nin kontrolünden geçmesi zorunluluğu getirilmiş; özel idarelere bağlı sağlık kuruluşlarında çalışanlar Vekalet emrine alınmıştır (Tekir, 2019, s. 1306, 1307). Görüldüğü üzere bu dönem sağlık teşkilatının oluşturulması ve toparlanmasının başlangıç dönemi olarak ele alınabilir. Önceleri sağlık hizmet sunumu açısından doğal bir decentralizasyon mevcut iken, gittikçe sağlık teşkilatı ve sağlık hizmet sunumunun merkezileştirilmeye başlandığı anlaşılmaktadır.



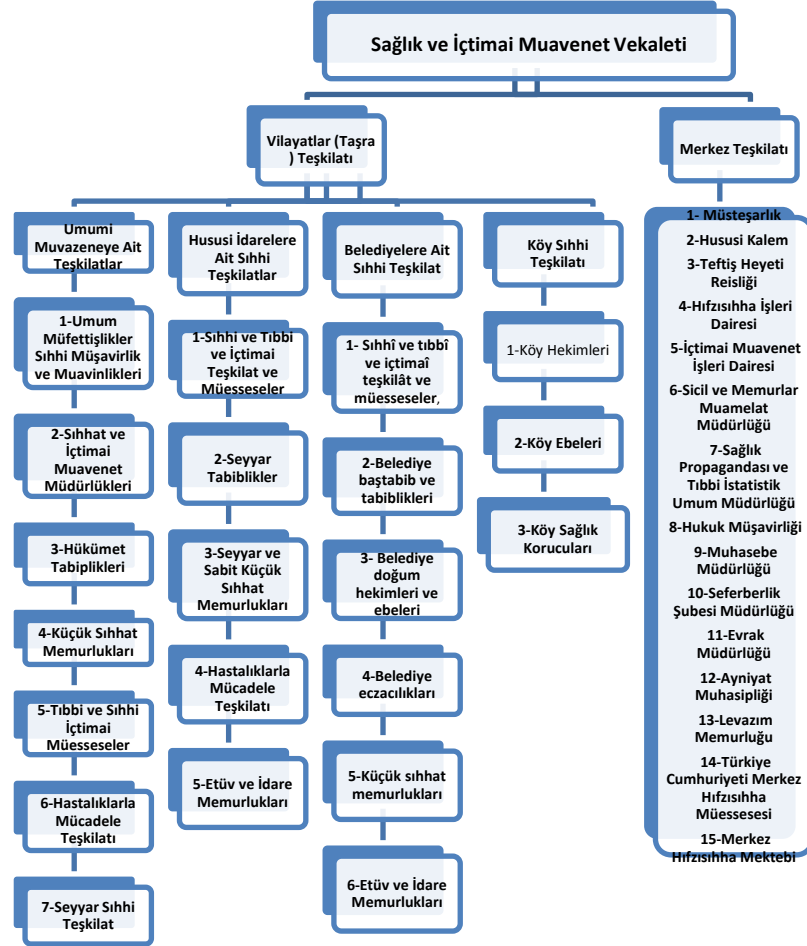
Şekil 1: Sihhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat Yapısı. **Kaynak:** Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, “Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi”, Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, Ankara, 1933, s. 44. Aktaran: Dikmeli, 2013, s. 99).

Müdürlüğü ise özel kanuna tabi kılınmıştır.

3017 sayılı Kanuna göre Bakanlık, merkez ve vilayetler (taşra) teşkilatı şeklinde ayrılarak düzenlenmiştir. Merkez teşkilatı; Özel Kalem, Teftiş Heyeti Reisliği, Hıfzıssıhha İşleri Dairesi, İçtimai Muavenet İşleri Dairesi, Sicil ve Memurlar Muamelat Müdürlüğü, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Umum Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Muhasebe Müdürlüğü, Seferberlik Şubesi Müdürlüğü, Evrak Müdürlüğü, Ayniyat Muhasipliği, Levazım Memurluğu, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi ve Merkez Hıfzıssıhha Mektebi olarak sayılmıştır. Taşra teşkilatının ise kendi içerisinde genel yönetime ait teşkilatlar, özel idarelere ait sağlık teşkilatları ve müesseseleri, belediyelere ait sağlık teşkilatı ve köy sağlık teşkilatı olmak üzere dört farklı şekilde oluşturulduğu görülmektedir. Genel idareye tabi teşkilatların ilki, bölge yönetimi özelliği de arz eden genel müfettişliklere bağlı olarak görev yapan sağlık müşavirlikleri ve yardımcılıklarıdır. Sağlık müşavirlikleri, genel müfettişliğin bir birimi olarak düzenlenmiştir. Sağlık müşavirleri, genel müfettişten alacakları talimatlar dâhilinde genel müfettişlik sorumluluk alanı içerisinde sağlık ve sosyal yardım bakanlığına ait kamu sağlık hizmetlerini, özel yasaları doğrultusunda iskân ve karantina işlerini, özel idareler, belediyeler ve köylerin sağlık ve sosyal yardım görevlerini ve bu görevleri gerçekleştiren tüm memurları, genel sağlığa ait bu işlerin kanuni düzenlemelere göre yapılıp yapılmadığını denetlemekle mükellef kılınmışlardır.

Taşrada bulunan genel yönetime ait teşkilatlardan ikincisi il sağlık ve sosyal yardım müdürlükleridir. Her il merkezinde oluşturulacak olan sağlık ve sosyal yardım müdürlüğü, ilin en büyük sağlık yönetim birimi ve il valisinin sağlık danışmanıdır. Üçüncü olarak her il merkezinde (merkez ilçe), ilçelerde ve gerek duyulduğunda tam teşekküllü nahiyeelerde ihtiyaca göre bir veya daha fazla hükümet tabibi bulunması öngörülmüştür. Hükümet tabipleri sağlık ve sosyal yardım il müdürünün emri altında olup, kaymakamların sağlık danışmanıdır. Aynı zamanda adli tabip bulunmayan ilçelerde adli tababet sorumluluğu da verilmiştir. İllerde, ilçelerde ve hükümet tabibi bulunan nahiyeelerde bunların emrinde olmak üzere bir veya daha fazla küçük sağlık memurlarının olacağı birimlerin (muayene ve tedavi evleri) bulunacağı; bu memurların kent merkezleri ve köylerde hastalıklarla mücadele ve korunma, hıfzıssıhha ve sosyal yardım işlerinde hükümet tabiplerinden alacakları emir ve talimatlarla görev yapacağı ifade edilmektedir. Düzenleme ile Bakanlık, gerekli gördüğü yerlerde, genel kamu sağlığını korumak için her türlü eğitim, propaganda, teşhis ve tedavi amaçlı sağlık ve sosyal yardım kuruluş ve tesislerini açmaya; genel sağlığı tehdit edebilecek bulaşıcı hastalıklar ve diğer zararlı etkenlerle mücadele için gerekli gördüğü

yerlerde teşkilatlar oluşturup, özel amaçlı kuruluşlar açabilmeye yetkili kılınmıştır. Bağlı kuruluş vasfında oluşturulan THSSGM de merkezde ve lüzumu halinde sınır ve sahillerde teşkilat kurmaya yetkili kılınmıştır.



Şekil 3: 3017 Sayılı Kanun sonrasında Sağlık ve İhtimai Muavenet Vekaleti Merkez-Vilayetler Teşkilatı. **Kaynak:** 3017sayılı Kanun hükümleri.

3017 sayılı yasa ile getirilen teşkilat yapısı “dikey örgütlenme” modeli çerçevesinde oluşturulan, hiyerarşiye dayalı basit bir yapı olarak ifade edilebilir (Lamba, Altan, Aktel & Kerman, 2014, s. 63; Acar, 2018, s. 705; Durmuş, 2019, s. 219). Cumhuriyetin ilk dönemindeki bu mevzuat çerçevesinde, mali ve idari

eksiklikler ve zorunluluklardan kaynaklı olarak, taşra yönetim yapısının özellikle tedavi edici hizmet sunumunda kısmen decentralize bir yapı arz ettiği görülmektedir. Taşrada bölge (umum müfettişlikler), il, ilçe ve köy olmak üzere dört kademeli bir teşkilat yapısı oluşturulduğu; ulaşım ve iletişim olanaklarındaki yetersizliğe karşın ülkenin en ücra köşeleri olan köylere kadar sağlık hizmeti götürmeye dönük bir teşkilatlanmaya gidildiği anlaşılmaktadır.

3017 sayılı yasa 1983 yılına kadar yürürlükte kalmıştır. Yasanın yürürlükte kaldığı dönemlerde özellikle 20. Yüzyılın ikinci yarısında sağlık teşkilatının ve sağlık hizmet sunumunun decentralizasyonu konusunda çeşitli çalışma ve öneriler olduğu görülmektedir. Özellikle 09 Haziran 1949 tarihinde 5062 sayılı yasa ile DSÖ Anayasası onaylanıp resmi üyelik süreci başladıktan sonra (mfa.gov.tr, 2019), birçok yabancı uzman ve bürokrat tarafından Türkiye'nin sağlık yönetimi ve örgüt yapısına ilişkin inceleme yapılmış ve raporlar düzenlenmiştir. Raporlarda, merkeziyetçiliğin özellikle planlama, denetim ve koordinasyon açısından zorlukları ifade edilmiş ve sağlık yönetiminde il düzeyinin coğrafi, beşeri, sosyal ve idari yönden yetersizliğine vurgu yapılmıştır. Çözüm olarak, birkaç ilin bir araya getirilmesi şeklinde on dört bölge oluşturulması, İstanbul'un da iki bölge olarak ele alınması ile toplamda on altı bölgesel decentralize edilmiş sağlık örgütlenmesine gidilmesi önerilmiştir (Övgün & Küçük, 2013, s. 63-65). Nitekim bu öneriler belli ölçüde karşılık bulmuş ve 1954 tarihli "Milli Sağlık Programında" da sağlık tesislerinin ilçe, il ve bölge temelli oluşturulması gerekliliği dile getirilmiştir (Öztürk & Şaylıgil, 2017, s. 82; Akdağ, 2011, s. 47). Fakat bu doğrultuda bir teşkilat yapısını gerçekleştirmek o dönem için mümkün olmamıştır.

2.3. 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'da Teşkilat

Yapısı

14 Aralık 1983 tarih ve 18251 sayılı (mükerrer) RG'de yayımlanan 174 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında KHK ile bakanlıklar hakkında birçok düzenlemeye gidilmiştir. Bu düzenlemelere paralel olarak yine aynı tarih ve sayılı RG'de yayımlanan 181 sayılı KHK ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının yapısı ve görevlerine ilişkin de yeniden düzenleme yapılmıştır.

181 sayılı KHK'ya göre Sağlık Bakanlığı'nın kuruluş amacı, vatandaşların yaşamlarını ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamak, tüm yurttaki sağlık koşullarını düzeltmek, bireylerin ve toplumun sağlığına zarar teşkil eden etkenlerle savaşmak, sağlık hizmetleri ve sosyal yardımların vatandaşlara ulaştırılmasını sağlamak ve sağlık kuruluşlarını tek

elden planlayarak hizmet sunmalarını sağlamak olarak ifade edilmiştir. Bu çerçeveden bakıldığında, 181 sayılı KHK ile hizmet sunumunda merkeziyetçi bir irade ve yapının hâkim kılındığı ve kontrolün tamamen tek bir noktada toplanmaya çalışıldığı dikkat çekici bir şekilde görülmektedir.

181 sayılı KHK'ye göre Bakanlık, merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan meydana gelmektedir. Merkez teşkilatı, 174 sayılı KHK'daki Bakanlıkların genel teşkilatlanma biçimine ilişkin tanımlamaya uygun olarak ana hizmet birimleri, danışma ve denetim birimleri ile yardımcı birimler olarak oluşturulmuştur. Ana hizmet birimleri; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Kanserele Savaş Daire Başkanlığı, Danışma ve Denetim Birimleri; Teftiş Kurulu Başkanlığı, A.G.P.K. Kurulu Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Bakanlık Müşavirleri, Yardımcı Birimler; Personel Genel Müdürlüğü, Komptrolörlük Daire Başkanlığı, Destek Hizmetleri, Genel Sekreterlik, Savunma Sekreterliği, Özel Kalem Müdürlüğü olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte, merkez teşkilatı hiyerarşisi içerisinde yer almamakla birlikte merkezde oluşturulan sürekli kurullar da bulunmaktadır. Bu kurullar, Yüksek Sağlık Şurası, Sağlık Yüksek Koordinasyon Kurulu, Nüfus Planlaması Danışma Kurulu, Tıbbi Müstahzarlar İnceleme Kurulu, Türk Farmakope Komisyonu, Kan ve Kan Ürünleri Danışma Kurulu, Kanserele Savaş Bilim Kurulu olarak belirlenmiştir. Oluşturulan kurula göre farklı bakanlık temsilcileri, Bakanlıktan gelen daimi temsilciler, ülkede sağlık alanındaki eserleri veya hizmetleri ile tanınmış kişiler gibi farklı kesimlerden temsil edilen kurullar sayesinde merkezden alınan kararlarda isabet sağlanmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu durum, politikalar oluşturulmadan evvel ehil kurullar tarafından gerekli değerlendirmelerin yapılabilmesi açısından kısmen de olsa olumlu bir durum olarak görülebilir ve merkeziyetçiliği, merkezde yönetim ile yumuşatmaya çalışma şeklinde değerlendirilebilir.

Bakanlığın bağlı kuruluşları, THSSGM, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı olarak belirlenmiştir. Daha sonra 1989 yılında Sosyal Yardım ayrı bir alan olarak ayrılmış ve bu tarihten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk alanından çıkarılmıştır.

Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları, Bölge Valiliği, Genel Kadro ve Usulü Hakkında KHK ve İl İdaresi Kanunu hükümleri çerçevesinde, illerde valilere bağlı olarak oluşturulan il sağlık müdürlükleri, ilçelerde ise kaymakamlıklara

bağlı olarak oluşturulan ilçe sağlık grup başkanlıkları etrafında şekillenen bir taşra teşkilatı oluşturulmuştur. Bu dönemde yerel idareler sağlık teşkilatı içerisinde yer bulmamıştır. Bununla birlikte, Bakanlığa hizmet alanına giren konulara ilişkin olarak mahalli idareler ile koordinasyonu sağlama sorumluluğu yüklenmiştir.

181 sayılı KHK ile hiyerarşik düzene sahip merkezîyetçi bir yapı ön planda tutulmuş; iş yoğunlukları ortak bir paydada ilerletilen, dikey, hiyerarşik, düz ve basit bir sistem oluşturulmuştur (Acar, 2018, s. 706; Durmuş, 2019, s. 219). Çeşitli amaçlarla kurullar oluşturulmasına karşın genel bir sağlık politikası belirlenmesi amacıyla hizmet edebilecek bir birim ya da uzmanlaşmaya dayanan bir teşkilat yapısı oluşturulamamıştır (Lamba vd., 2014, s. 63-64).

20. yüzyıl boyunca “sosyal devlet” olgusu çerçevesinde uygulanan politikalar neticesinde devletin hizmet yükünün oldukça ağırlaştığı ve özellikle çeşitli küresel mali krizler neticesinde aşırı hizmet üreten devletin borç yükünün arttığı, kamusal hizmetlerin fazlalığından ötürü devletin hantallaştığı; bununla birlikte merkezîyetçi, aşırı kuralcı ve katı hiyerarşiye dayanan yönetim yapısının hızlı ve etkin karar verme ve hizmet sunmada engel olduğu şeklinde görüşler 1970’ler ve ağırlıklı olarak 1980’li yıllardan sonra sıkça dile getirilmeye başlanmıştır (Erençin & Yolcu, 2008, s. 119; (Özer, 2005, s. 14). Bu doğrultuda ortaya konan neo-liberal politikalar çerçevesinde, devletin “piyasa modeli” çerçevesinde yeniden yapılandırılması, kamu örgütlerinin yeniden düzenlenmesi, devletin kendisine biçilen hizmet sunma rolünden sıyrılarak, yönetim yapısının düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici bir karaktere büründürülmesi çabaları ön plana çıkarılmıştır (Balcı, 2005, s. 5-6). Sürecin belirleyici kavramları olarak, katalizör devlet, müşteri odaklılık, decentralisation, piyasa merkezlilik, rekabetçilik, girişimcilik ifadeleri ön plana çıkmıştır (Osborne & Gaebler, 1993).

1980’li yıllar ile birlikte artan biçimde özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde rastlanmaya başlanan neo-liberal politikalar ve ivme kazanan küreselleşme süreci, tüm kamu yönetiminde olduğu gibi sağlık alanında da radikal bir dönüşümü başlatmıştır (Erençin & Yolcu, 2008, s. 119; Topkaya, 2016, s. 718; Hayran, 2017, s. 2). Bu dönemde hem DSÖ hem de DB tarafından ortaya konulan raporlarda sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmalarının gereklerine uyarlanması, örgütlenmenin, planlamanın ve uygulamanın bölge düzeyinde gerçekleştirilmesi, bölgelerarası rekabet edebilirlik, yönetsel demokratikleşme, yerelleşme ve yerel katılım konularının vurgulandığı görülmektedir (Övgün & Küçük, 2013, s. 66-67). Nitekim Türkiye’nin de imzaladığı 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi’nde, ülkelerde ara yönetsel kademeler oluşturularak bu birimlere merkezden yetki devredilmesi gereği

vurgulanmakta; yerel idarelerin vatandaşların ihtiyaç ve sorunlarına daha duyarlı yaklaşabilecek kadar topluma; merkezi yönetim politikalarını pratiğe dökebilecek şekilde de merkeze yakın olduğu ifade edilmektedir (WHO/UNICEF, 1978, s. 32). 1990'lı yıllar ile birlikte Avrupa Birliği bütünleşmesinde yaşanan yoğunlaşma ve yerindenlik ilkesine verilen önemin tesiriyle, aralarında sağlık hizmetlerinin de bulunduğu kimi kamusal görev ve yetkiler merkezi yönetimlerden bölgesel ve yerel idarelere aktarılmaya başlanmıştır. Fransa, İspanya, İtalya gibi birçok ülkedeki bölgeselleşme süreçleri ile bölgesel sağlık teşkilatları oluşturulmuştur (Maino vd., 2007: 120-121, 136-137; Saltman, 2008: 104). Netice itibariyle bu dönem, vatandaşın "sağlık tüketicisi" olarak algılanmaya başladığı, sağlık hizmet sunumunda özel girişimler ve sivil toplum kuruluşlarının da rol almaya başladığı; âdem-i merkezîyetçi eğilimler neticesinde de sağlık politikalarında yerel ve bölgesel idarelerin etkinleşmeye başladığı görülmektedir (Topkaya, 2016, s. 718-719).

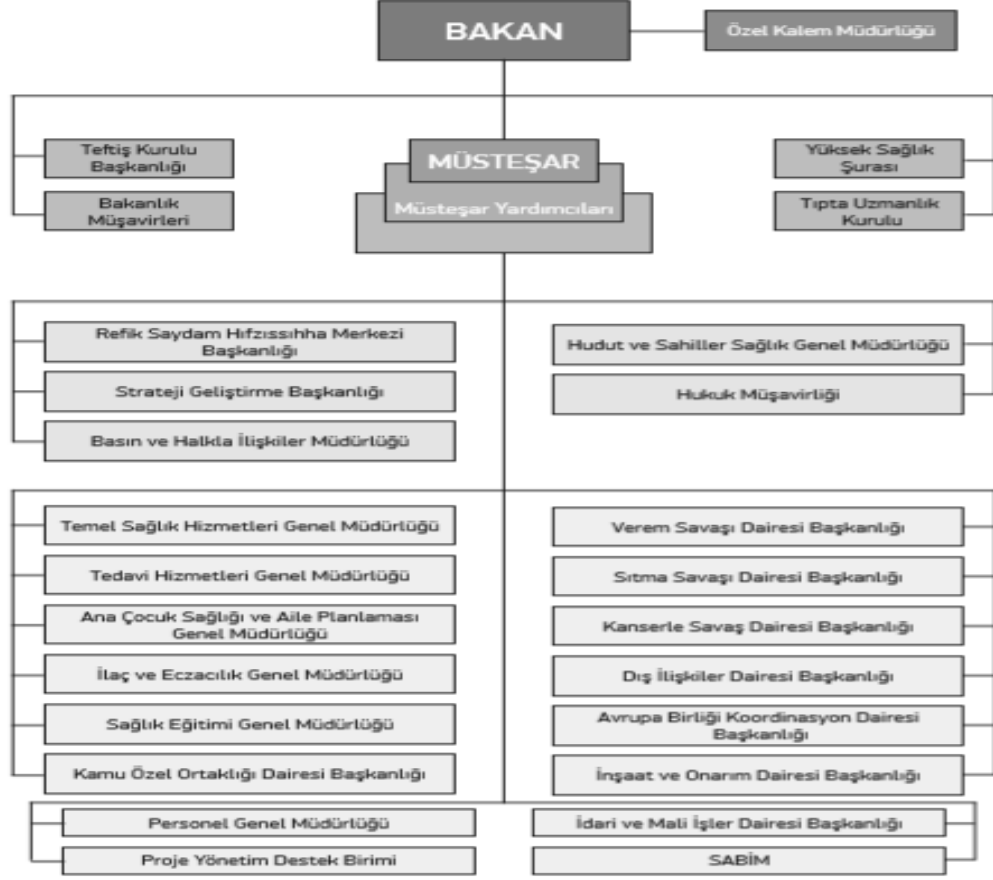
Dünya'da yaşanan bu gelişmelerin ülkemize yansımaları da pek farklı olmamıştır. 181 sayılı KHK ile oluşturulan yönetsel teşkilat, aşırı merkezîyetçi olması, politika üreten ve hizmet sunan birimlerin aynı olması gibi birçok yönden eleştirilere konu olmuştur (Balcı, 2005, s. 87). Bu eleştiriler bizzat Bakanlık tarafından hazırlanan veya önyak olunan birçok kongre, belge ve programda açıkça ifade edilmiş ve neo-liberal politikaların bir gereği olarak decentralize bir yapı oluşturulması gereği üzerinde durulmuştur.

Ulusal düzeyde bir sağlık politikası ortaya çıkarmak gayesiyle 1992'de, sağlık alanında yetkin yerli ve yabancı çevrelerden önemli düzeyde bir katılımı gerçekleştirilen "Birinci Ulusal Sağlık Kongresi"nde, sağlık alanının yönetsel reform ihtiyacı olduğu; bu çerçevede bürokrasinin decentralize edilmesi ve Anayasa'nın 126. Maddesi doğrultusunda yetki genişliği esaslı "Bölge Sağlık Müdürlükleri"nin oluşturulması tavsiye edilmiştir. Kimi çevrelerce ise demokratik ademi merkezîyetçilik uygulanması ve bu çerçevede sağlık hizmetleri alanında yerel yönetimlere kamu bütçesi kullanabilme hakkının tanınması önerilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1992a: 17-18; Gökçay, 1992: 3).

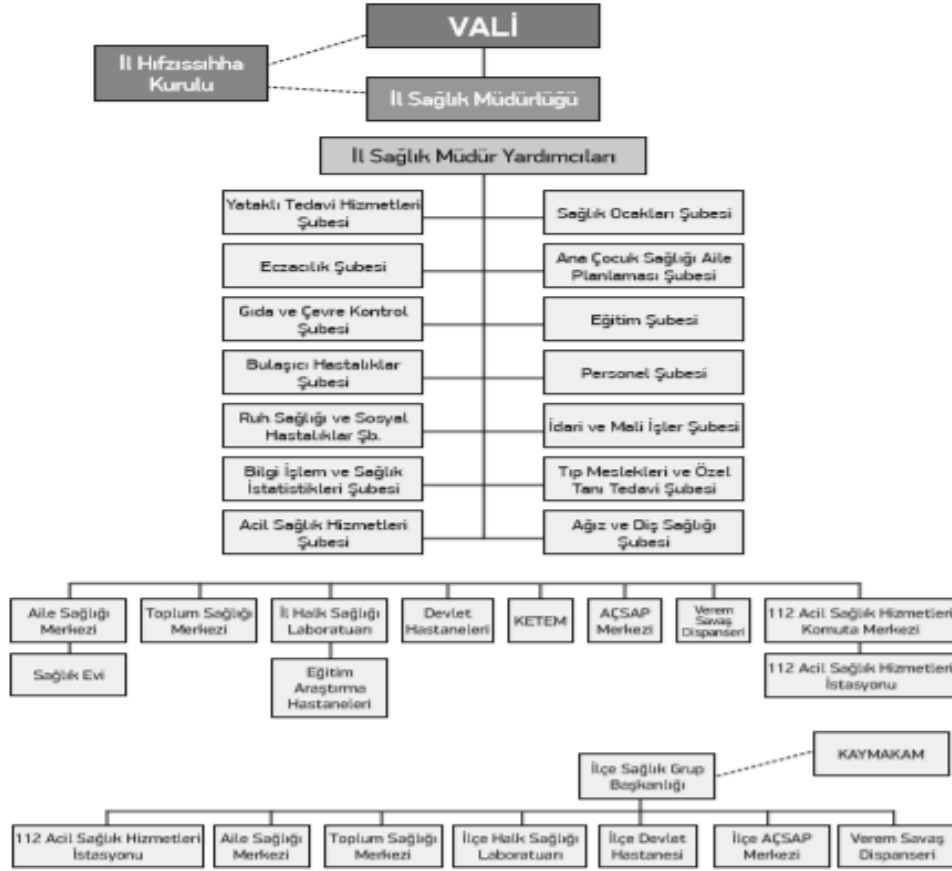
Yine 1992 tarihli "Türkiye Sağlık Reformu: Sağlıkta Mega Proje" adlı çalışmada Bakanlık örgüt yapısının merkezde ve yerelde yeniden organizasyonuna gidilmesi, vatandaşların sağlık yönetimi alanında katılımının sağlanması, karar alma erkinin yerele doğru aktarılması ve idarenin yerindenliği gerekliliğine değinilmiştir. Bu doğrultuda, Bakanlığın yönetsel manada, sağlık koşulları, ekonomik ve toplumsal etkenler, güncel sağlık hizmet altyapısı ve sağlık insan gücü kriterlerini göz önünde bulundurarak ilçe, il ve bölge düzeyinde örgütlenmesi gerektiği ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1992b: 2-21).

DSÖ ve Türk Tabipler Birliği'nin de içerisinde olduğu oldukça kapsamlı bir çalışma grubunun görüşlerine de başvurularak, Sağlık Bakanlığı tarafından 1993'te oluşturulan "Ulusal Sağlık Politikası Belgesi"nde de, Bakanlığın yetkisel ve örgütsel yapı olarak aşırı merkeziyetçi olduğu, sağlık hizmet sunumunda çok başlılık ve eşgüdüksüzlük olduğu, bu durumun uygulamada karmaşaya neden olduğu, ülke düzeyinde politika üretmesi gerekirken günlük problemlerle meşgul olduğu, merkezde ve taşradaki teşkilatlanmanın çağdaş idari anlayışla yapılandırılmadığı dile getirilmiştir. Söz konusu durumların düzeltilmesi için yönetsel ve örgütsel olarak yerindenlik ve katılım prensiplerinin benimseneceği, politik üretkenlik sağlamak amacıyla Bakanlıkta bulunan operasyonel sorumlulukların devredileceği, her türlü kaynağın kendi yöresi içinde sevki ve idaresini sağlayabilen yönetsel bölgelerin oluşturulmasına yönelik strateji oluşturulacağı, örgütsel anlamda dikey yapılanma modelinden entegre hizmet sunan örgüt modeline geçiş sağlanacağı belirtilmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993a: 47-48). Bu anlayışla 1993'te 49. Hükümet tarafından Anayasa'nın 126. Maddesi doğrultusunda yetki genişliğine dayalı bölge teşkilatı oluşturmak amacıyla "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır. Taslağa göre, ulusal politikaya bağlı kalmak üzere bölge düzeyinde sağlık planlaması ve programını oluşturma, bölgesel sağlık hedeflerini ve stratejilerini belirleme, kamusal düzeyde sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirme, bölgesel sağlık verilerini toplama ve analiz etme, gerek duyulduğunda sağlık kuruluşları kurma, sağlık hizmet tesisleri inşa etme, bölgesel düzeyde beşeri ve mali kaynakları planlama ve yönetme gibi yetkilerle donatılmış yirmi bölge sağlık yönetimi oluşturulması düşünülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993b: 99-101). Bu sayede merkeziyetçiliğin azaltılacağı, bölgesel kalkınma ve hizmet ulaşımı konularında adalet ve eşitliğin sağlanacağı, toplumun yönetime katılımı sağlanarak bölge ihtiyaçları ve problemlerinin yerinde tespiti ve gerçekçi çözüm önerileri geliştirileceğinin hedeflendiği dile getirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993b: 118-119).

Bakıldığı zaman 1990'lardan sonra Türkiye sağlık sisteminde reformist bir çerçevede gerçekleştirilmeye çalışılan dönüşüm ile DB ve DSÖ'nün ileri sürdüğü çözümler arasında bir uyum bulunmaktadır. Bölgesel ve yerel düzeydeki talep ve ihtiyaçların daha akılcı ve isabetli olarak karşılanabileceği düşüncesiyle idari olarak gerçekleştirilmesi düşünülen değişikliklerin öz itibarıyla "bölge sağlık idareleri" ve sağlık yönetiminin ademi merkeziyet çerçevesinde yeniden örgütlenmesinin sağlanması olduğu anlaşılmaktadır (Belek, 2001: 443-444). Fakat tüm bu teşebbüslere karşın sonuç alındığını ve sağlık hizmet yönetiminde decentralize bir teşkilat yapısı arayışının nihayet bulunduğunu söylemek mümkün değildir.



Şekil 4: 181 Sayılı KHK'ya göre Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı. **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/538.saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-planipdf.pdf>



Şekil 5 : 181 Sayılı KHK'ya göre Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı (Aile Hekimliği Uygulaması Olan İllere göre hazırlanmıştır) **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/538,saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-planipdf.pdf>

2.4. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'da Teşkilat Yapısı

Türkiye'de 1980'lerin sonu ve 1990'lı yıllar boyunca sağlık hizmet yönetimi ve

örgüt yapısının decentralizasyonuna dönük çabaların pratik uygulama açısından kısmen karşılığını 2000’li yılların başında bulmaya başladığı söylenebilir. Bu çerçevede, iki temel olgudan söz etmek yerinde olacaktır: Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı (KYTKT) ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP).

2004 tarih ve 5227 sayılı KYTKT ile genel olarak şimdiye kadar merkezi yönetimin yetki ve sorumluluğu altında bulunan birçok kamusal hizmetin yerel yönetimlere belli bir çerçevede devri sağlanarak, merkeziyetçilik sorununun çözülmesi öngörülmekteydi. Tasarı, özü itibarıyla, sürekli gelişim, katılımçılık, adalet, saydamlık, hesap verebilirlik, öngörülebilirlik, etkinlik, bilgi teknolojilerinden azami faydalanma ve hizmetlerde yerellik gibi ilkeler ile kamu yönetimi sisteminin dönüştürülmesini amaçlamıştır (Balcı, 2005, s. 48-50; Lamba vd., 2014, s. 56; Lamba, 2014, s. 139). Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı’nın il teşkilatlarının görev ve yetkileri ile sağlık tesisleri, mal, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve personellerinin il özel idarelerine devredilmesi öngörülmüştür. Bu amaçla, 15.07.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından kabul edilerek Cumhurbaşkanı’na gönderilen yasa tasarısı; Cumhurbaşkanınca onaylanmadan bir kez daha görüşülmesi için geri gönderilmiş, fakat bir daha görüşülmeyen KYTKT yasalaşmamıştır (Erençin & Yolcu, 2008, s. 128-129). Tasarı ile sağlık dâhil bir takım kamu hizmetlerinin “devolusyon” tarzında decentralize edilmesi çabalarına karşın bir takım endişeler de dile getirilmiştir. Türkiye’de bulunan yerel yönetimlerin bu tarz kamusal hizmetleri hemen sağlayabilecek mali yeterlilik, teknik donanım ve yetkin personel konusunda ciddi eksiklikleri olduğu; bu kuruluşların yerel politik etkilere daha açık olmasından kaynaklı olarak hizmetlerin her vatandaşa adil ve eşit şekilde sunulamayabileceği ve böyle bir oluşumdan önce yerel yönetimlerin gerçek manada güçlendirilmesi gerektiği dile getirilmiştir (Erençin & Yolcu, 2008, s. 133; Balcı, 2005, s. 134-135).

Sağlık hizmet yönetimi açısından KYTKT ile gerçekleştirilemeyen önemli sayıda ilkeler, kökenini 1990’lı yıllardaki çalışmalardan alan ve 2003 yılı sonunda kamuoyuyla paylaşılan, sağlık hizmet alanındaki en köklü reformlardan biri olarak kabul edilen SDP ile uygulamaya konmuştur. SDP, temel olarak, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun olarak finanse edilmesini organizasyonunu ve sunulmasını amaçlamaktadır. Bu gayelere ulaşmada gözetilecek prensipler olarak, insan odaklılık, sürdürülebilirlik, kalite gelişiminde devamlılık, katılım ve uzlaşmacı anlayış, gönüllülük, sağlık hizmetini planlama, finanse etme, sunma ve denetleme erklerinin ayrılması ve hizmette rekabet olarak sıralanmıştır. Sağlık Bakanlığı’na, hizmet sunma rolünden ziyade; politika üretme, norm oluşturma, kontrol ve etkin kaynak yönetimi rolü verilmiştir.

Bakanlığın yüklendiği yeni misyon çerçevesinde ilerleyen süreç içerisinde örgütsel yapısını daha yatay olarak yeniden düzenleyeceği ve bütünleşmiş sağlık hizmeti anlayışını ön plana çıkaracağı ifade edilmiştir. Nitekim planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı ile yönetsel ve mali özerkliği olan sağlık işletmeleri SDP'nin temel bileşenleri arasında sayılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24-37). SDP'nin son adımının, 2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması olduğu ifade edilmektedir (Lamba, vd., 2014, s. 54-55). Kuşkusuz bu durum gelinen süreçte Bakanlığın teşkilat yapılanmasının da ademi merkezîyetçilik fikrinden etkilendiğini göstermektedir.

663 Sayılı KHK'ya göre, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarından oluşmaktadır. Bakanlığın merkezi teşkilatı müsteşar, sağlık politikaları kurulu, müsteşar yardımcıları ve hizmet birimlerinden oluşmaktadır. Hizmet birimleri; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Özel Kalem Müdürlüğü olarak ifade edilmiştir.

181 sayılı KHK ile düzenlenen merkez teşkilatında yer almayan ve 663 sayılı KHK ile ilk defa oluşturulan "Sağlık Politikaları Kurulu"nun sağlık yönetimi sistemi ve politika belirlemeye ilişkin olarak Bakanlığın temel görevlerini yerine getirmek üzere yetkilendirildiği anlaşılmaktadır. Kurul, Bakanlık tarafından belirlenen 11 üyeden oluşmaktadır. Bununla birlikte üniversiteler, mesleki kuruluşlar, sendika ve sivil toplum kuruluşları ile Bakanlık birimleri ve bağlı kuruluşlarından yönetici veya uzmanlar görüşlerine başvurulmak üzere davet edilebilmektedir. Kuşkusuz bu durum ilgili kesimlerin karar verici olmasa bile fikirlerini beyan ederek alınan kararlar üzerinde etkili olmalarını sağlamaktadır. Bu açıdan bakıldığında, söz konusu uygulama tam manasıyla olmasa da yönetim ilkelerinin uygulanması açısından bir başlangıç evresi olarak nitelendirilebilir.

Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarının sayısı arttırılarak dörde çıkarılmıştır. Bağlı kuruluşlarından Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) yalnız merkez teşkilatından; THSSGM, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) ise merkez ve taşra teşkilatından meydana gelmektedir. THSK'nun taşra teşkilatı il halk sağlığı müdürlükleri ve

toplum sağlığı merkezleri olarak, TKHK taşra teşkilatı ise illerde kurulan kamu hastaneleri birlikleri şeklinde ifade edilmiştir. Etkin ve verimli kaynak kullanımı amacıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kamu hastaneleri birlikleri yönetim ve koordinasyonunda işletileceği kararlaştırılmıştır. Hizmet gerekliliği çerçevesinde bir ilde birden çok birlik kurulabilmesine; gerekli hallerde bu birliklerden birinin koordinatör olarak görevlendirilmesine olanak tanınmıştır.

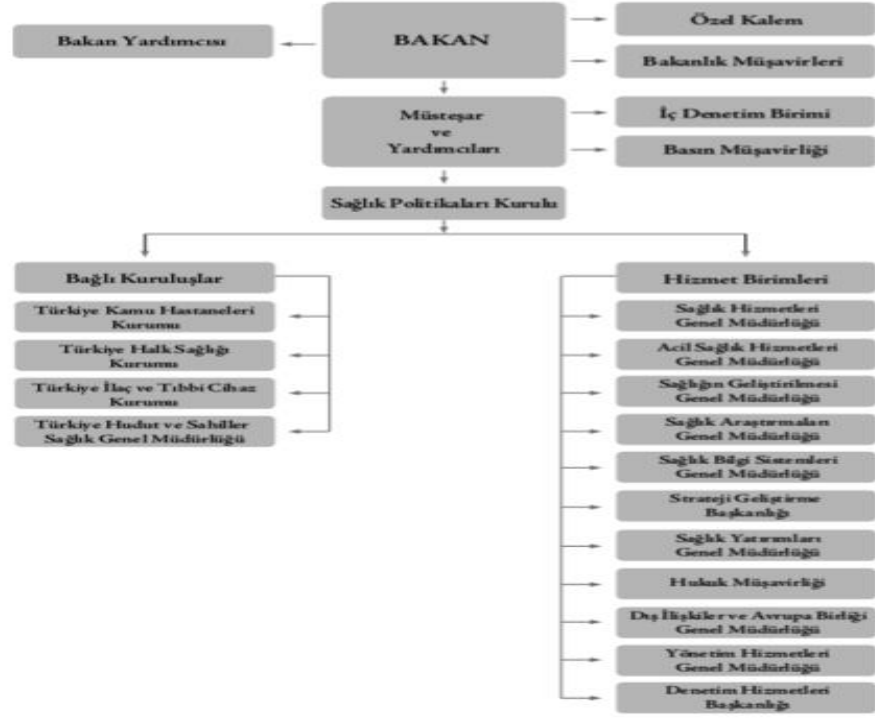
Bakıldığında, 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşların sayısının artırıldığı ve bu kuruluşlara taşra teşkilatı kurma yetkisi verildiği, bu çerçevede 181 sayılı KHK'ya göre Bakanlık ana hizmet birimleri ve taşra teşkilatı tarafından yürütülen hizmet üretme rolünün bu kuruluşlara ve taşra teşkilatlarına verildiği, Bakanlığın ise merkez ve taşra teşkilatı ile daha ziyade politika üretme, denetleme ve koordinasyon görevi üstlendiği görülmektedir. Bu düzenleme ile tüm yetki ve görevlerin merkeziyetçi bir anlayışla tek merkezde toplanmasından ortaya çıkan olumsuzlukların giderilmesi, Bakanlığın planlama-denetleme kapasitesinin artırılması ve daha yatay örgütlenmiş, decentralize, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulması amaçlanmıştır; bu sayede kendi içinde daha fazla işlevlendirilmiş ve birbirinden ayırt edilmiş bir sistem hedeflenmiştir (Aktel, Altan, Kerman & Eke, 2013, s. 43; Lamba vd., 2014, 65, 66, 69; Acar, 2018, s. 711; Durmuş, 2019, s. 227).

Diğer taraftan, bağlı kuruluş kavramı, bakanlığın ana hizmet ve görevlerini yürütmek amacıyla, bakanlığa bağlı fakat özel kanunla kurulan; genel bütçe içerisinde ayrı, mülhâk veya özel bütçeli kuruluşları ifade etmektedir. Bu kuruluşlar bakanlığın görev ve yetkilerini daraltmak maksadıyla oluşturulmalarına karşın, ayrı bir kuruluş hüviyetinde olmadıklarından bu hedefi tam karşılamaktan uzaktır. Yine taşra teşkilatı içerisinde yer alan "kamu hastane birliklerinin tüzel kişiliğe sahip olmaması, yönetsel ve finansal özerkliğinin olmaması nedeniyle birer yerinden yönetim kuruluşu olarak değerlendirilmesi söz konusu değildir. Bu çerçeveden bakıldığında bağlı kuruluşlar ve bunların taşra uzantısı olan il teşkilatları merkeziyetçiliğin yarattığı sakıncaları hafifletmiş olarak değerlendirilebilir fakat bu oluşumun tam olarak decentralizasyon kavramı ile tanımlanması güç olmaktadır (Aktel vd., 2013, s. 43, 53, 59).

Bakanlık taşra teşkilatı; her ilde oluşturulan il sağlık müdürlükleri ve ihtiyaç doğrultusunda kurulan ilçe sağlık müdürlükleridir. İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabileceği ifade edilmiştir. İl sağlık müdürü, Bakanlığın ilde temsil etmektedir ve valinin sağlık danışmanıdır. Bakanlığın bağlı kuruluşlarının il teşkilatlarının eşgüdüm ve uyumunu sağlamakla yetkilendirilmiştir. Birden çok ilin sağlık hizmetlerinin birlikte değerlendirilmesi, gelişmişlik düzeylerindeki farklılıkların azaltılması ile ihtiyaç

tespiti ve hizmet sunumu açısından ortak planlama yapılabilmesi maksadıyla Bakanlık tarafından tespiti yapılan illerin müdürlerinden birinin koordinatör olarak görevlendirilebilmesine olanak tanınmıştır.

Koordinatör Müdürlük düzenlemesi, daha sonra ki düzenlemeler olan 694 sayılı KHK'nın 187. maddesi ve 01 nolu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 371. Maddesinin beşinci fıkrasında da aynı şekilde muhafaza edilmiştir. Bir dönem Fransa'da uygulanan; ili aşan sorunlarda bütüncül bir bakış açısı yakalamak ve iller arasında koordinasyonu sağlamak amacıyla oluşturulan, hiyerarşiye dayanmayan "koordinatör valilik" sistemini çağrıştıran "Koordinatör Müdürlük" düzenlemesi, "bölge sağlık müdürlüğü" sistemine geçmek üzere bir aşama şeklinde değerlendirilmekteyse de (Övgün ve Küçük, 2013: 74) geçen sürede henüz daha uygulanmamıştır. Kuşkusuz işlevlendirilmesi halinde decentralize bir yapı niteliği arz etmektedir.



Şekil 6 : 663 Sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı,

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?0>



Şekil 7 : 663 KHK sonrası Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Taşra Teşkilatı.

Kaynak: <https://www.saglikaktuel.com/haber/tasra-teskilati-genelgesi-neler-getiriyor-23710.htm>, 23 Mart 2020.

Gerçekleştirilen bu düzenlemeyle ildeki temel/koruyucu sağlık hizmetleri halk sağlığı müdürlüğü; tedavi hizmetleri kamu hastaneleri birlikleri genel sekreterliği; acil ve afetlerde sağlık hizmetleri ile ildeki tüm sağlık hizmet kuruluşlarının koordinasyonu ise İl sağlık müdürlüğü yetkisine verilmiştir. Lamba vd. (2014, s. 68), taşra sisteminin bu şekilde oluşturulması ile bir yandan yönetsel etkinlik oluşturulmaya çalışıldığını, bir yandan da kamu hastaneleri birlik çatısı altına alınarak ölçek ekonomisinin sunduğu avantajlardan faydalanmaya çalışıldığını ifade etmektedir. Fakat bununla birlikte, getirilen düzenleme taşra teşkilatında üç başlı bir yönetim sistemi getirmiş; bu durum çeşitli derecelerde yetki karmaşalarına ve koordinasyon sorunu ile sonuçlanmıştır.

663 sayılı KHK ile bütüncül, katı merkeziyetçi, katı hiyerarşik, dar ve dikey,

kontrole dayalı yönetimden; ayrıştırılmış, esnek, özerk, yatay ve yalın, operasyonel, uzmanlığa dayalı yönetim yapısına geçmek hedeflenmiştir (Lamba vd., 2014, s. 78; Saylam ve Öktem, 2015, s. 15). Uğraşlara rağmen hem bu hedeflere ulaşılamamış, hem de birçok soruna ve çok merkezliliğe yol açmıştır.

2.5. 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında

KHK'da Teşkilat Yapısı

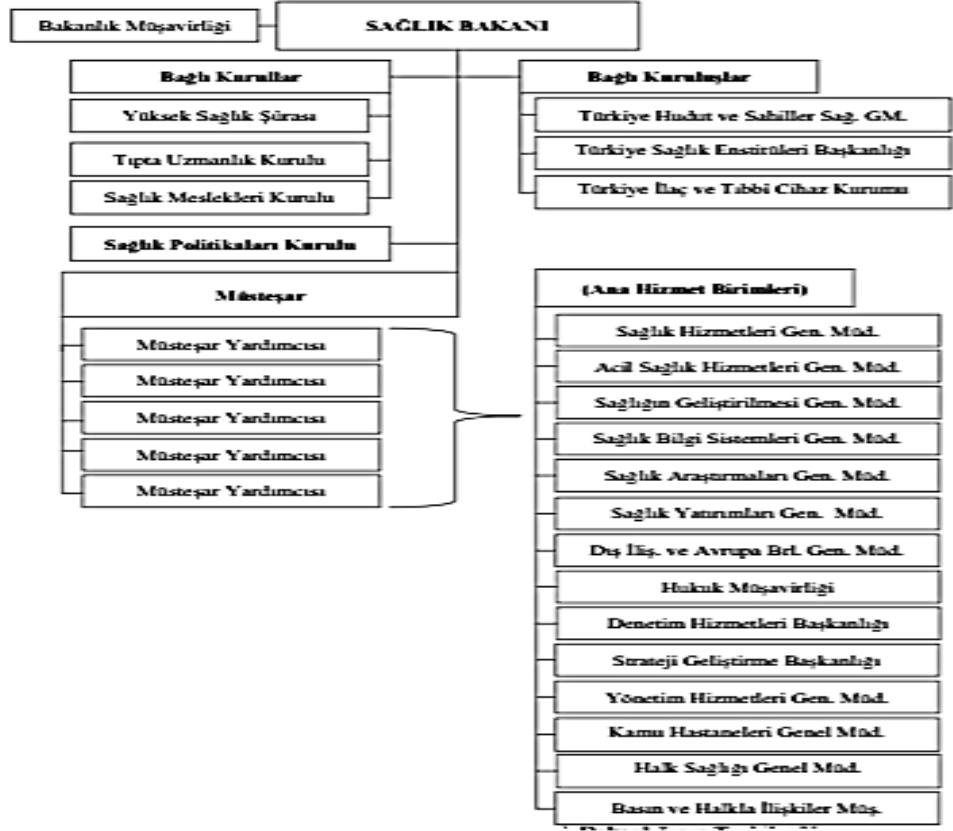
SDP çerçevesinde 663 sayılı KHK ile neo-liberal yaklaşımlar çerçevesinde oluşturulan Bakanlık teşkilat yapısında, geçen süre zarfında görülen eksiklikler ve yaşanan yönetsel olumsuzluklardan dolayı, 25.08.2017 tarih ve 30165 sayılı RG'de yayımlanan 694 no'lu Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK ile bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler kimi çevrelerce bir eskiye dönüş olarak değerlendirilmiştir. Kimi çevrelerce de merkez ve taşra yönetim birimlerinde merkeziyetçiliğe doğru bir reorganizasyona gidildiği ifade edilmiştir.

694 sayılı KHK'nin 184-194. Maddeleriyle getirilen düzenlemelerde, 663 sayılı KHK'da bazı değişiklikler yer almaktadır. Yeni düzenlemeye göre Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı; bakan, müsteşar ve yardımcılar, on dört hizmet birimi, sağlık politikaları kurulu, üç bağlı kurul ve bağlı kuruluşlardan oluşturulmuştur. 663 sayılı KHK'nin 7. Maddesinde yapılan değişiklik ile bağlı kuruluş statüsündeki THSK ve TKHK iki ayrı genel müdürlük şeklinde tekrardan merkez teşkilatına eklenmiştir. 663 sayılı KHK'nin 25. Maddesinde yapılan değişiklik ile Sağlık Bakanlığı taşra yönetim sisteminde de bir takım önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bağlı kuruluş statüsü devam ettirilen THSGM'nün merkez ve taşra teşkilatı; TİTCK Başkanlığının ise yalnız merkez teşkilatı oluşturabileceği ifade edilmiştir. Bakanlığın taşra yönetim birimleri, il ve ihtiyaca göre kurulması öngörülen ilçe sağlık müdürlükleri olarak belirlenmiştir. İl sağlık müdür yardımcısı kadrosu kaldırılarak bunun yerine, ihtiyaç çerçevesinde oluşturulmak üzere sağlık hizmetleri, acil ve afetlerde sağlık hizmetleri, halk sağlığı, ilaç ve tıbbi cihaz, kamu hastaneleri, personel hizmetleri ve destek hizmetleri başkanlıkları kurulabilmesi kararlaştırılmıştır

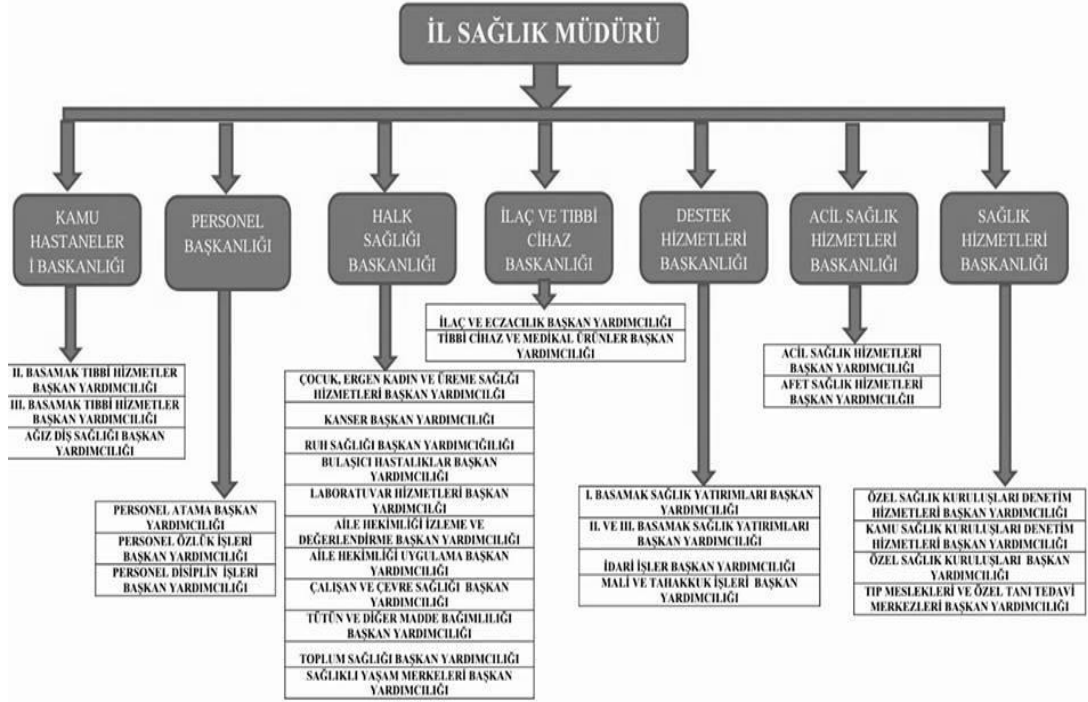
İl sağlık müdürü, Bakanlığın il düzeyindeki tek yetkilisi olarak belirlenmiş olup, il sathında hizmetlerin verimli ve etkin biçimde sunulmasından, personelin adil ve dengeli dağılımı ile il içinde nakil ve görevlendirme işlemlerinden, özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresini sağlamak ile sorumlu tutulmuş ve yetkili kılınmıştır. 663 sayılı KHK'da düzenlendiği haliyle, birden çok ilin sağlık hizmetlerinin bütün olarak değerlendirilebilmesinin gerekli olduğu

durumlarda, hizmet ve ihtiyaçların ortak planlanabilmesi ve gelişmişlik farklarının azaltılması gayesiyle Bakanlık tarafından kümelendirilen illerden birinin sağlık müdürü koordinatör olarak görevlendirilebilecektir.

Görüldüğü üzere, 694 sayılı KHK ile sağlık teşkilatının düzenlenmesinde yeniden centralizasyona gidilmiştir. Merkezde bağlı kuruluşların sayısı azaltılmış, birçok birim kaldırılmıştır. Taşrada ise merkezdeki gelişmelere paralel olarak il düzeyinde üç başlı/üç merkezli yönetim biçiminden bir kopuş yaşanmış ve sağlık hizmet yönetimi yine tek çatı altına alınmıştır. Bununla birlikte 663 sayılı KHK ile düzenlenen koordinatör müdürlük sisteminin, herhangi bir uygulama şansı bulamamasına karşın 694 sayılı KHK’da da aynı şekilde muhafaza edildiği görülmektedir. 663 sayılı KHK ile getirilen düzenlemelerin eleştirilmesi kadar, 694 sayılı düzenleme ile getirilen yeniliklerde tartışma konusu olmuş ve eleştirilmiştir. Özellikle sağlık hizmet alanının yap-boz şeklinde örgütlenemeyeceği değişimlerin rasyonel ve bilimsel temellere dayanılarak yapılması gerektiği dile getirilmiştir. Profesyonel yöneticilik ve tasarruf gerekçeleri ile merkez ve taşra teşkilatlarında sözleşmeli statüde müdür/başkan/başkan yardımcısı/uzman vs. gibi birçok unvanda sözleşmeli personel istihdamına gidilmiş ancak bu istihdam yöntemi, liyakate uyulmaması ve tasarruftan ziyade israfa yol açması gibi gerekçelerle eleştirilmiştir. İlçe sağlık müdürlüklerinin varlıkları devam ettirilmesine karşın, personel ve lojistik hizmetleri açısından istenen destek sunulamamış ve gerekli koordinasyon sağlanamadığından; birçoğu gerekli etkinliği gösterememiş, bu durum bazı il sağlık müdürlüklerinde aşırı iş yoğunluklarına yol açmıştır.



Şekil 8: 694 sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı. **Kaynak:** Durmuş, M.N. (2019), Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 5(2), 224.



Şekil 9: 694 sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı. **Kaynak:** <https://www.saglikpersoneli.com.tr/wwwpersonelsagliknet/>

2.6. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı

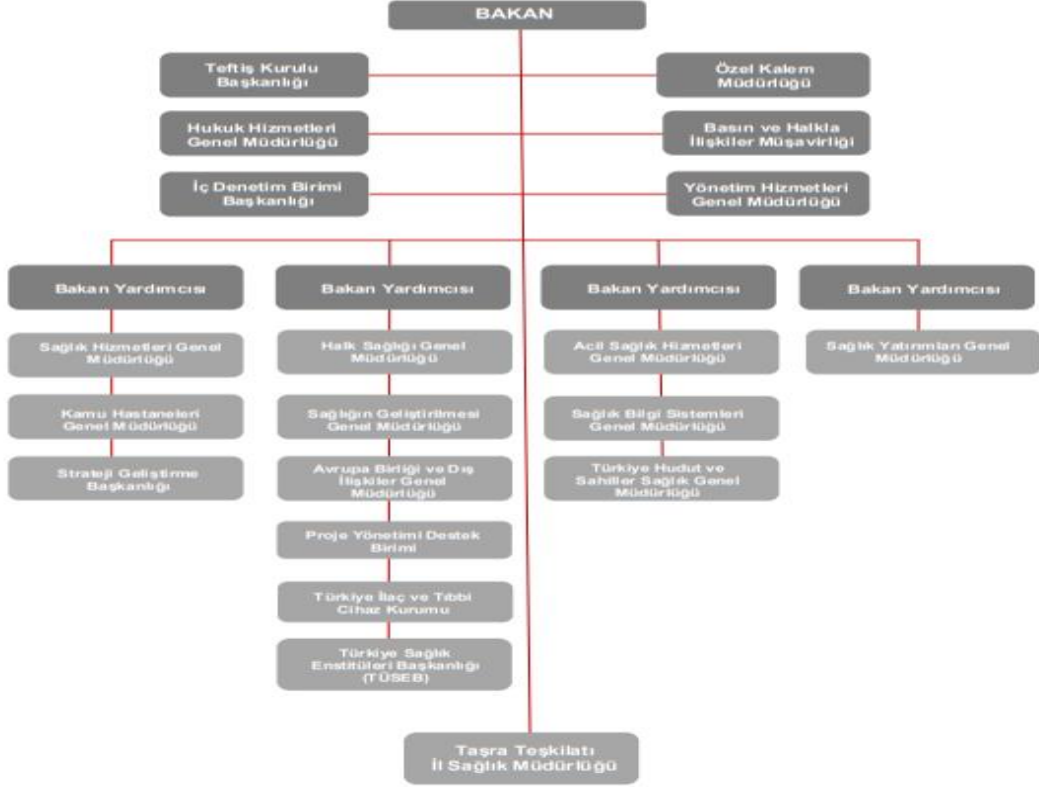
Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'nin yürürlüğe girmesi ve Başbakanlık kurumunun kaldırılmasıyla ikili yürütme yapısından vazgeçilmiştir. Yeni sistem ile yalın, hızlı, etkin, istişare ve eşgüdüm içerisinde bir yönetim modeli tasarlanmıştır. Bu doğrultuda yönetim sisteminin de yeniden yapılandırılması ihtiyacı vuku bulmuştur. Yeni modelde politikanın ve idarenin merkezine yerleştirilen Cumhurbaşkanı'nın kamu politikası oluşturma, uygulama ve değerlendirme kapasitesi arttırılmaya çalışılmıştır. Bu dönüşüm çerçevesinde bakanlıkların rol ve işlevlerinde önlenemez bir değişim ortaya çıktığı ve Bakanlıkların politika belirleme sürecinde ikinci planda yer aldığı ve daha çok uygulayıcı konumuna geçtiği görülmektedir (Sobacı, Miş & Köseoğlu, 2018, s.

1,2, 4, 6,)

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçiş ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın da görev ve yetkileri ile teşkilat yapısında bazı değişikliklere gidilmiştir. Bu değişiklikler ilk olarak 2018 tarih ve 703 sayılı "Anayasa'da Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik yapılması Hakkında KHK"nin 25. maddesi ile hayata geçirilmiştir. Söz konusu mevzuat doğrultusunda 663 sayılı KHK'nin adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında KHK" olacak şekilde değiştirilmiştir. Bu değişiklik ile birlikte yürürlüğe konan 01 nolu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (12. Bölüm/md. 352-384) ve 04 nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (506-519 md./ 651-678. md.) ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilat yapıları ile görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Yeni düzenlemeler doğrultusunda Bakanlık teşkilatının başında yer alan Bakan, bakanlığının icraatlarından ve emri altında bulunan çalışanlarının faaliyet ve işlemlerinden ötürü yürütmenin başı olan Cumhurbaşkanı'na karşı sorumlu tutulmuştur. Yapılan düzenlemeler ile Bakanlık teşkilatı içerisindeki en kıdemli devlet memuriyeti olan müsteşar kadrosu ve müsteşar yardımcılıkları kaldırılmıştır. Bunun yerine kendisine yardımcı olmak amacıyla Bakan tarafından atanan Bakan Yardımcılığı pozisyonu getirilmiştir. Düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatında yer alan hizmet birimleri sayısında ve bağlı kuruluşlarda herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Bağlı kurullardan Yüksek Sağlık Şurası kaldırılmış ve bağlı kurul sayısı ikiye düşürülmüştür. Taşra teşkilatı da mevcut haliyle aynı şekilde korunmuştur.

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi çerçevesinde Bakanlıklardan hariç olarak doğrudan yine Cumhurbaşkanlığına bağlı olarak oluşturulan Politika Kurulları, kendi alanlarında politika ve stratejilere ilişkin öneri geliştirmek, bunlardan uygun görülenler üzerinde çalışma yapmak, Bakanlıklar, kurum ve kuruluşların uygulamalarını izlemek ve Cumhurbaşkanı'na alanlarına ilişkin rapor sunmak görevi ile yetkilendirilmişlerdir. Bu haliyle Cumhurbaşkanlığı ve bağlı olarak görev yapan politika kurullarının temel politika belirleyicileri olduğu, Bakanlıkların ise ikincil politika belirleyicileri olduğu ve belirlenen politika doğrultusunda hareket eden uygulayıcılar olduğu şeklinde bir sonuca varılabilir. Bu çerçevede mevcut durumda Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu'nu sağlık alanında birincil politika belirleyicisi olarak, Sağlık Bakanlığı'nı ise ikincil politika belirleyicisi ve temel politika uygulayıcısı olarak ifade etmek yanlış olmayacaktır. 694 sayılı KHK ile yeniden merkezileştirilen Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı, sonrasındaki 703 sayılı KHK ve

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile getirilen değişiklikler neticesinde daha merkezi bir hal almış; bunun da ötesinde Bakanlık da artık kontrol edilen bir hizmet birimi haline dönüşmüştür.



Şekil 10: 703 sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı. **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748,stratejikplan2019-2023pdf.pdf?0>

3.GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Dünya üzerinde tüm ülkelerde merkezileşme ya da âdemi merkezileşme uygulamaları belli derecelerde bulunmaktadır. Bu durum ülkelerin ihtiyacına, yönetsel kültür ve geleneklerine, sahip olduğu nüfusa, toprak parçasına, kaynaklarına ve buna benzer birçok göstergeye bağlı olarak şekillenmektedir. 20. yüzyılda özellikle 1970’li yılların başına kadar genel olarak devletler, merkezîyetçi bir anlayışla iktidar gücünü büyük ölçüde merkezde tutma eğilimi göstermişlerdir. Âdemi merkezîyet kavramı ise, özellikle 1980’lerden sonra oldukça ön plana çıkan bir kavram olup; bu dönemdeki yeni kamu yönetimi anlayışı ve neo-liberal politikalar çerçevesinde birçok ülkenin kamu yönetimi sisteminde uygulama şansı bulmuştur. Özellikle Avrupa ülkelerindeki uygulamalarda Avrupa Birliği içerisinde esen yerindenlik rüzgârının etkisi de unutulmamalıdır. Kuşkusuz kamu yönetiminin temel alanlarından biri olan sağlık yönetimi alanında da farklı dönemlerde merkezîyetçi ya da âdemi merkezîyetçi uygulamalara rastlanılmaktadır.

Hem merkezileşme hem de âdemi merkezileşme sahip oldukları özelliklere göre devletler tarafından tercih konusu olabilmektedir. Merkezileşme, kararların hızlı alınması, hizmetin tüm ülkeye eşit bir şekilde sunulabilmesi, hizmet ve ülke bütünlüğünün sağlanması, yerel düzeyde siyasetçilerin müdahalelerine açık olmaması, merkez bürokratlarının yönetim becerilerinin daha gelişkin olması gibi özellikleri ön plana çıkarılarak tercih konusu yapılmaktayken; âdemi merkezileşme ise yerel düzeyin kamu hizmetlerinin planlanması ve uygulaması süreçlerine katılımını sağlaması, hizmetlerin daha etkin ve verimli sunulması gibi gerekçeler ile tercih edilmektedir. Bakıldığı zaman her iki yaklaşımın da iyi uygulamaları olduğu görülmekte, iyi uygulanmadığı ve olumsuzlukları törpülenmediği sürece her iki uygulamada da birçok olumsuzluk ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık hizmetleri tüm dünya örnekleri ile birlikte Osmanlı Devleti’nde de ancak 19. Yüzyıldan itibaren devletin sorumluluk alanı içerisinde görülmeye başlanmış ve ancak yüzyılın ikinci yarısının sonlarına doğru bu amaçla devlet içerisinde bir takım teşkilatlanmalara gidilmiştir. Buna rağmen Osmanlı Devleti döneminde sağlık hizmet alanı müstakil bir bakanlık düzeyinde temsil edilememiş ve kendine özgü, işlerlik kazanmış bir teşkilat yapısı olamamıştır. 1920 yılında TBMM’nin ilanı ile kurulan ilk Bakanlıklardan biri olan Sağlık Bakanlığı, ilk teşkilat mevzuatına ancak 1936 yılında 3017 sayılı yasa ile kavuşabilmiştir. Bu dönemde merkezi yönetimin mali ve örgütsel eksikliklerinden kaynaklı olarak yerel yönetimlerin de sağlık hizmet teşkilatı içerisinde aktif olarak yer aldığı görülmektedir. Bu durum zorunlu sebeplere dayanmasına ve tüm özelliklerini

yansıtmasına karşın devolusyon tarzı âdemi merkeziyetçiliğe örnek verilebilir. Ancak özellikle 1936 tarihli teşkilat yasasından sonra bu sürecin Sağlık Bakanlığı lehine ve daha merkeziyetçi bir yapıya doğru evirildiği anlaşılmaktadır. Bu yasa yarım yüzyıla yakın bir süre yürürlükte kalmış ve 1983 yılında yerini 181 sayılı KHK'ya bırakmıştır. 181 sayılı KHK ile getirilen teşkilat yapısı çoğu zaman aşırı merkeziyetçi ve hantal olarak nitelendirilmiştir. 1990'lı yıllarda bu amaçla birçok çalışma yapılmış ve âdemi merkeziyetçi bir yapı oluşturma çabaları ortaya konmuştur. Bu amaçla oluşturulan Ulusal Sağlık Politikası ve Bölge Sağlık Müdürlükleri oluşturmaya yönelik kanun tasarısı devolusyon tarzı decentralizasyona dayalı bir teşkilat yapısı oluşturma çabaları olarak dikkat çekmektedir. 21. yüzyılda tek parti hükümetine geçilmesi ile birlikte bir takım reformist girişimler başlamıştır. Bu doğrultuda 2004 yılında sağlık dâhil birçok kamusal hizmetin sorumluluğunun KTYKT ile yerel yönetimlere devri söz konusu olmuş fakat buna ilişkin hazırlanan yasa tasarısı da Cumhurbaşkanı'nın vetosu sonrası TBMM tarafından tekrar görüşülmeyle rafa kaldırılmış ve devolusyon amaçlı bir girişim daha sonuçsuz kalmıştır. Sonuçsuz kalan bu girişimlerden sonra Sağlık Bakanlığı, SDP çerçevesinde neo-liberal bir anlayışla 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değiştirilmiştir. Bu düzenleme ile decentralize bir yapı hedeflenmesine rağmen bu amaca tam olarak ulaşılamamıştır. Bunun da ötesinde merkezde ve taşra teşkilatında çok başlılığa ve eşgüdüksüzlüğe yol açtığı gerekçesiyle eleştirilmiştir. Buna rağmen 663 sayılı KHK ile getirilen teşkilat yapısının deconcentration tarzı decentralizasyona örnek verilebileceği muhakkaktır. Başarısız olarak görülen bu uygulamadan yaklaşık altı yıl sonra 2017 yılında 694 sayılı KHK ile değişikliğe gidilmiştir. Değişiklik ile iki bağlı kuruluş merkez teşkilatı içerisine, bunların taşra teşkilatları ise il sağlık müdürlükleri teşkilatları içine alınmış ve tekrar eski düzene benzer bir yapıya dönülerek merkeziyetçi hüviyet geri kazandırılmıştır. Bu dönemden sonra yönetim sisteminin Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi olarak dönüşmesi ile mevcut kamu yönetimi yapısının da bu çerçevede dönüştürülmesi icap etmiş ve bu doğrultuda bakanlıkların görev, yetki ve teşkilatlanmalarında değişikliklere gidilmiştir. Bu süreçte taşra teşkilatında bir farklılık görülmemekle birlikte, merkezde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının politika üretme sürecinde ikincil konuma düştüğü ve Cumhurbaşkanı ile kendisine bağlı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu'nun ise birincil politika üreticisi konumuna geçtiği, bu anlamda Bakanlık üstü düzeyde olmak üzere daha merkeziyetçi bir oluşum meydana geldiği düşünülmektedir.

Netice itibariyle Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğu 1920 yılından günümüze Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı açısından kimi dönem merkezileşme, kimi dönem de âdemi merkezileşme girişimlerinin olduğu görülmektedir. Kimi vakıf

ve üniversitelerin de sağlık hizmet sunumu içerisinde yer aldıklarını da hesap edersek ülkemizde delegation, deconcentration ve devolusyon tarzı âdemi merkezîyetçilik türlerinin üçünün de kısmen uygulandığı ancak devolusyona çok fazla şans verilmediğini söylemek mümkündür. Teşkilat yapısında gerçekleştirilen düzenlemelerin, herhangi bir bilimsel temelde ele alınmadığı ve tamamıyla politik kararlar olduğu; özellikle decentralizasyon çabalarının DB ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların yönlendirmeleri ile şekil bulduğu konusunda eleştiriler olmuştur. Dönem dönem gerçekleştirilmeye çalışılan âdemi merkezîyetçi yapı kimi zaman mevzuat engelleri (yasama sürecinde yaşanan engeller), kimi zaman decentralize yapıyı oturtup ilerletebilecek teknik ve yönetsel kadro eksikliğinden dolayı sekteye uğramış ve başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Centralizasyon-decentralizasyon arasında götürülüp getirilen sağlık yönetim sistemi 2000’li yılların başında SDP ile kazanmış olduğu ivmeyi kaybetmiş gibi görünmektedir.

Günümüzde sağlık teşkilatının devolusyon tarzı bir decentralizasyon ile doğrudan yerel yönetimlere aktarılması bir takım olumsuzluklar doğurabilir. Hali hazırda yerel yönetimlerin kendi mali kaynak eksiklikleri ve yönetsel sorunları varken sağlık alanı gibi vazgeçilmez ve eksikliği halinde ciddi sorunlar oluşturabilecek bir alanda hızlı bir devir, büyük olumsuzluklara yol açabilir. Bunun yerine bölge sağlık müdürlükleri tarzı bir oluşumun gündeme alınması ya da koordinatör müdürlük düzenlemesinin güçlendirilerek yönetsel işlerlik kazandırılması; ilçe, il, bölge ve merkez düzeyinde bir yönetsel bölüşüme gidilerek yerel katılımın sağlanması; taşra teşkilatının her düzeyde personel ve mali kaynak başta olmak üzere kapasite olarak güçlendirilmesi; Sağlık Bakanlığı’nın temel politika belirleme açısından tekrar merkeze konması ve her düzeyde liyakatli yöneticilere yer verilmesi sağlık hizmet politikasına etkinlik kazandıracaktır. Bu sayede görev ve yetki çatışmaları azaltılabilecek, yönetim birimleri arasında koordinasyon sağlanabilecek ve her kademeye verilen farklı roller sayesinde kaynak kullanımında verim sağlanabilecektir. Merkezileşme ve âdemi merkezileşme birbirinin zıttı olarak düşünülmesi gereken uygulamalar değil, birbirinin eksiklerini gideren uygulamalar olarak değerlendirilmeli ve belli ölçüde her iki uygulamadan da faydalanma yoluna gidilebilmelidir.

4. ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

5. MADDİ DESTEK

Bu çalışmada herhangi bir fon veya destekten yararlanılmamıştır.

6. ETİK KURUL BEYANI VE FİKRİ MÜLKİYET TELİF HAKLARI

Çalışmada etik kurul ilkelerine uyulmuştur ve ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli izinler alınmıştır.

7. KAYNAKÇA

- Acar, O. K. (2018), Sağlıkta dönüşüm programı sonrası sağlık bakanlığı teşkilat yapısı; Isparta ili üzerinden nitel bir analiz, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 703-722.
- Akdağ, R. (2011), *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No: 839.
- Aktan, C. C. (2003), *Sağlık bakanlığı organizasyon ve yönetiminde yaşanan sorunlar ve mevcut durum analizi*. Erişim:<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, 27.04.2019
- Aktek, M., Altan, Y., Kerman, U & Eke, E. (2013), Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü: sağlık bakanlığının taşra örgütlenmesi üzerinden bir analiz, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 33-62.
- Aydın, E. (2004), 19. yüzyılda Osmanlı sağlık teşkilatlanması, *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, 15, 185-207.
- Balcı, Asım (2005), *Kamu hizmetleri ve yerinden yönetim: sağlık hizmetleri sunumunun yeniden yapılandırılması*, İstanbul: Atlas Yayın Dağıtım.
- Başol, E. & Işık, A. (2015), Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler, *International Anatolia Academic Online Journal, Social Science*, 2(2), 1-26.
- Belek, İ. (2001), Türkiye sağlık reformları, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 16(6), 438-447.
- Dikmeli, H. (2013), *Türkiye’de sağlık teşkilatının geliştirilmesi çalışmaları (1923-1938)*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih Anabilim Dalı, Elazığ.
- Durmuş, M. N. (2019), Sağlık bakanlığı teşkilat yapısı, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229.
- Erençin, A. & Yolcu, (2008), Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve yerinden yönetim, *MEMLEKET Siyaset Yönetim*, 3(6), 118-136.
- Erginöz, H. (1988), Türkiye’de sağlık idaresi. Ekrem K.U. (Ed.) *Dünya’da ve Türkiye’de 1850 yılından sonra tıp dallarındaki ilerlemelerin tarihi içinde (174-185)*, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Eryılmaz, B. (2002), *Bürokrasi ve siyaset: bürokratik devletten etkin yönetime*, İstanbul: Alfa Yayınevi.
- Gökçay, İ. (1992), Ulusal sağlık kongresi ve sağlık reformu, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 7(50), 2-3.

- Günday, M. (2011), İdare hukuku, Ankara: İmaj Yayınları.
- Hayran, O. (2017), Sağlık reformlarının başarısı açısından desantralizasyon resantralizasyon döngüsü ve ülkemizdeki durum, *Journal of Biotechnol and Strategic Health Research*, 1(1), 1-6
- Johnson, R. W. & Minis Jr., H. P. (1996), Toward democratic decentralization: approaches to promoting good governance, research triangle institute. accessed online in March 2020 http://www.rti.org/pubs/Toward_demo_decen.pdf
- Kolehmainen-Aitken, R.L.(2004), Decentralization of the health sector, Jennie L. & Jessica S. (Ed.), in the *Decentralization briefing notes* (57-61), World Bank Institute WBI Working Papers in collaboration with PREM network. Accessed online in March 2020 at <https://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/wbi37142.pdf>
- Lamba, M. (2014), Yeni kamu yönetimi perspektifinden Türkiye’de kamu yönetimi reformları: genel gerekçeler üzerinden bir inceleme, *SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 135-152
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. & Kerman, U. (2014), Sağlık bakanlığında yeniden yapılanma: yeni kamu yönetimi açısından bir değerlendirme, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78
- Maino, F., Blomqvist, P., Bertinato, L., Santasusagna, L. B., Garrido, R. M. U. & Shishkin, S. (2007), “Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems”, *Decentralization in health care* (Edt: Saltman, B.R. & Bankauskaite, V. & Vrangbaek, K.), World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Series, UK.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1993), *Reinventing government, how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Plume, USA.
- Övgün, B. & Küçük, A. (2013), Sağlık hizmetlerinde yeniden ölçeklendirme: bölge uygulamaları, *Amme İdaresi Dergisi*, 46(1), 57-80
- Özer, M. A. (2005), *Yeni kamu yönetimi teoriden uygulamaya*, Ankara: Plantin Yayınları.
- Öztürk, H. & Şaylıgil, Ö. (2017), Bir hekim ve politika adamı: Dr. Behçet Uz ve sağlık politikaları, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 7(2), 77-85.
- Rondinelli, D. A. (1981), Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries, *International Journal of Administrative Sciences*, 47(2), 133-145.
- Rondinelli, D.(2004), What is decentralization?, Jennie L. & Jessica S. (Ed.), in the *decentralization briefing notes* (2-5), World Bank Institute WBI Working Papers in collaboration with PREM network. Accessed online in March 2020 at <https://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/wbi37142.pdf>
- Saltman, R. B. & Figueras, J. (1997), *European health care reform (analysis of current strategies)*, World Health Organization Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, No. 72
- Saltman, R. B. (2008), Decentralization, re-centralization and future european health policy, *European Journal of Public Health*, 18(2), 104-106
- Saylam, A. & Öktem, M. K. (2015), Türk kamu yönetiminde hizmet bakanlığı modeliyle yeniden yapılanma: retrospektif bir yaklaşım mı?, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli*

- Üniversitesi SBE Dergisi*, 5, 1-20.
- Sezer, Ö. & Vural, T. (2010), Kamu hizmetlerinin sunumunda devletin değişen rolü ve merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında yetki ve görev paylaşımı, *Maliye Dergisi*, 159, 203-219
- Sobacı, Z. M., Miş, N. & Köseoğlu, Ö. (2018), Türkiye'nin yeni yönetim modeli ve Cumhurbaşkanlığı teşkilatı, *SETA Perspektif Dergisi*, 206, 1-6
- Tatar, M. (1993), Desantralizasyon ve sağlık reformları: Türk sağlık sisteminde yeni yapılanma modeline teorik bir bakış, *Amme İdaresi Dergisi*, 26(4), 137-151
- Tekir, S. (2019), Sıhhiye ve muavenet-i içtimaiye vekaleti'nin kuruluşu ve erken cumhuriyet dönemindeki faaliyetleri (1920-1930), *Belgi Dergisi*, Pamukkale Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 2(18), 1301-1326
- T.C. Dışişleri Bakanlığı, <http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa>, 30.03.2019.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1992a), *1. Ulusal sağlık kongresi 23-27 Mart 1992: sağlık reformu çerçeve taslağı*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1992b), *Türkiye sağlık reformu sağlıkta mega proje*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1993a), *Ulusal sağlık politikası*, SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1993b), *Sağlık reformu ile ilgili kanun tasarısı taslakları ve gerekçeleri*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlık dönüşüm programı*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/134>, 23 Mart 2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2008), *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri: 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Topkaya, Özgür (2016), Sosyal politika bağlamında Dünyada sağlık politikalarının tarihsel gelişimi, *SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 707-722
- Ünal, A. & Tagiyev, R. (2016), Sağlık sisteminde desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan sağlık sistemleri üzerine bir inceleme, *SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, CİEP Özel Sayısı, 479-497
- WHO/UNICEF (1978), *Alma-Ata 1978 primary health care*, Geneva.