

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE YERİNDEN YÖNETİMİ

Arif ERENÇİN* ve Vesim YOLCU**

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemine yönelik yerinden yönetimi gelişmelerin incelenmesidir. Bu konuda ortaya çıkan çabaların açıkça sistemin piyasalaştırılmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sürecin ikili işleyişi (yerinden yönetim/piyasalaştırma) BM ve Dünya Bankası gibi uluslararası örgütler tarafından sıkı biçimde desteklenmektedir. Bu bağlamda temel yasal düzenleme ve resmi belgelerin incelenmesiyle Türk sağlık sisteminde reform çabalarının nihai hedefinin merkezi olarak yönetilen hizmet sunumunun dönüştürülmesi ve böylece kolaylıkla piyasa ilişkilerine açılması olduğu görülmektedir. Bu süreçte, yerinden yönetim merkezi olarak yerine getirilen sağlık hizmetlerinin önemini belirsizleştirmede başrollerden birini oynamaktadır. Özellikle yerel yönetimlerle ilgili son yasal düzenlemelerle sağlık hizmeti bu yönetimlerin önemli işlevlerinden birisi haline gelmiştir. Ancak yerel yönetimlerin mali ve kurumsal kaynaklarının yetersizliği nedeniyle, sağlıkta dönüşümün piyasalaştırmanın ve özellikle yoksullar için gerçek yoksunluğun başlangıcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, yerinden yönetim, reform, dönüşüm, yerel yönetim.

Kamuda değişen yönetim anlayışının 1980’lerden itibaren birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını etkilediği görülmektedir. Bu bağlamda sağlıkta reform üç başlık altında toplanabilir. Bunlardan birincisi doğrudan piyasa temelli reformlardır. Bu başlık altında hizmeti sunanlar arasında rekabetin sağlanması ve hizmetten yararlananların hizmet maliyetinin bir kısmını karşılaması yaklaşımları yer almaktadır. İkincisi ise dolaylı olarak pazar temelli reformlardır. Bunlar da hizmet üreticisi ile sunucusunun ayrımı ve sözleşme gibi rekabeti teşvik edici yöntemleri içermektedir. Sağlık sektörüne yönelik üçüncü reform başlığı ise yerinden yönetime yönelik çabalardan oluşmaktadır.¹ Bu yöndeki reform çabaları, 1970’lerden itibaren sosyal devlet uygulamalarından esaslı bir vazgeçiş niteliği taşıyan neoliberal politika uygulamalarının önemli boyutlarından birisidir.

* Yrd. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İİBF Kamu Yönetimi, Kentleşme ve Çevre Sorunları ABD.

** Sağlık Memuru, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü.

¹ Asım Balcı, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Nobel, Ankara, 2005, s. 6.

20. yüzyıl boyunca sosyal devletin gelişimi kamu hizmetlerinin kapsamını genişletmiştir. Ancak bu durum 1970'lerden itibaren devlete kırtasiyecilik, verimsizlik ve hantallık gibi suçlamaların yöneltilmesinin temel nedeni haline gelmiştir. Devlete karşı ön yargılı görüşler yaygınlaşmış, merkeziyetçilik, katı hiyerarşi, kurallara bağlılık ve hantal bürokrasi kamu yönetiminin öne çıkarılan temel sorunları olarak tartışılmaya başlanmıştır. Bu çerçevede kapitalizmin krizleri refah devletine yönelik şüpheleri artırmış ve refah devleti toplumsal sorunlara bir çözüm olmaktan bu sorunların bir parçasına dönüştürülmüş², geleneksel kamu yönetimi ilke ve yöntemlerinin yol açtığına inanılan sorunların piyasa ilke ve yöntemleriyle çözülebileceği önerilerek, bu öneriye uygun politikalar geliştirilmiştir. Devlet aygıtının küçültülmesi için özelleştirme, rekabetçi seçenekler ve piyasa temelli yöntemlerle devletin toplumsal alana yönelik müdahalelerinin azaltılması düşüncesi ön plana çıkmış,³ yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasıyla kamu hizmetlerinde köklü bir dönüşümün öni açılmıştır.

Dönüşüm, resmi süreç ve usullere göre tanımlanan yönetim kavramının yerini kalite standartları ve performans ölçümleri ve sonuç üzerinde odaklanmaya dayanan yeni bir yönetim anlayışının almasına yöneliktir. Ekonomiklik, etkinlik ve etkililik, uzmanlaşma, müşteri odaklılık, toplam kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme gibi vurgularla sonuçlara ulaşılması için mali ve beşeri kaynak kullanımına vurgu yapan yönetim kavramı öne çıkartılmıştır. Böylece kamu yönetimi birimleri kendilerini özel sektörün tabii olduklarından pek farklı olmayan yeni bir ortam içerisinde bulmuşlardır. Artık kamu yönetimi çalışmalarında *yeni kamu yönetimi* ve *yönetişim* kamu yönetimi disiplininin iki önemli bileşeni olarak önem kazanmıştır.⁴

Yönetim kavramından türetilen, yönetimin karşıtı olarak kullanımı yaygınlaşan ve 1990'larda yükselen yönetişim yeni bir yönetme süreci ya da toplumun yeni bir yönetim tarzı ile yönetilmesi anlamında kul-

² Georgina Blakeley, "Local Governance and Local Democracy: An Ambiguous Relationship?", *Political Science Association Conference*, Leicester, 15-17 April 2003, s. 3. Ayrıca, Hasan E. Şener, "Yeni Sağlık Yerellik Söylemindeki Değişimi Anlamlandırmak", *Kamu Yönetimi Dönüşümü*, C. 4, S. 16, 2003, s. 6.

³ Vesim Yolcu, *Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2006, s. 46-47.

⁴ Selime Güzelsarı, "Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları", *A.Ü. SBF-GETA Tartışma Metinleri*, Mart, 2004, s. 1-9 ve Rifat A. Atun, "Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim", *Yeni Türkiye*, Sayı 40, 2001, s. 1154.

lanılmaktadır. Ayrıca yönetim kamu-özel, devlet-devlet dışı, ulusal-uluslararası aktörler tarafından gerçekleştirilen bir işlev olarak tanımlanmakta ve bunlar arasındaki yeni ilişkilerin gelişimini açıklamak üzere kullanılmaktadır. Bunun anlamı yönetimin sadece devlet tarafından yürütülen bir süreç olmadığı, bu sürece özel sektör ve sivil toplumun da dahil edilmesi gerektiğidir.⁵ Dünya Bankası ve OECD gibi örgütlerin bu konuya yaklaşımının temelinde, esas olarak sosyal harcamaların gereksinimleri aşan biçimde arttığı ve bu durumun ülkeleri ciddi bir mali krizle yüz yüze getirdiğine ilişkin bir ön kabul vardır. Azgelişmiş ülkelerde kalkınma amacına yönelik programların başarısızlığının veya istenmeyen sonuçlara yol açmasının temel sebebi de sosyal harcamalar ve iyi yönetilememektir. Bu sorunlara çözüm olarak kamu hizmetlerinin üretim ve sunumunda özelleştirme, özel sektör-kamu sektörü ortaklığı ve sosyal harcamaların azaltılması gibi politikalar önerilmektedir.

Bu bağlamda tartışmanın odağında yer alan sosyal devlet politikaları insan yaşamının ve sosyal huzurun korumasının araçlarından birisidir. Bu politikaları benimseyen sosyal devlet de kapitalizmin devlet biçimlerinden biri olarak 20. yüzyılda öne çıkmış ve tarihsel olarak emeği ile geçimini sağlayanlar için önemli ve vazgeçilemez nitelikte kazanımların elde edilmesini sağlamıştır.⁶ Sağlık hizmetleri ise sosyal politikanın dayanakları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu açıdan bir ülkede yaşayanların içinde buldukları sağlık koşulları devlet tarafından oluşturulan ve yürütülen sağlık politikasının sonucu olarak görülmelidir.⁷ Diğer taraftan sağlık hizmetleri evrensel olarak en önemli kamu hizmetleri arasında yer almakta ve seçimlerde gündemin en başta gelen meselelerden birisi olarak kabul edilmektedir.⁸ 1970’li yıllarda başlayan neoliberal politika uygulamaları bu bağlamda önemli etkiler yaratarak kamu hizmetlerinde ve sağlık sektöründe köklü bir dönüşüme neden olmaktadır.

Bu yöndeki projeler için özellikle 1980 sonrasında Dünya Bankası gibi örgütlerin diğer azgelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektörü reform çalışmalarına yön verdiği görülmektedir. Dünya

⁵ Güzelsarı, *a.g.m.*, s. 8.

⁶ Birgül A. Güler, “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, C. 1, S. 2, 2006, s. 30–32.

⁷ Sue McGregor, “Neoliberalism and Health Care”, *International Journal of Consumer Studies*, Vol. 25, No. 2, 2001, s. 82.

⁸ Marianna Fotaki ve Alan Boyd; “From Plan to Market: A Comparison of Health and Old Age Care Policies in the UK and Sweden”, *Public Money & Management*, Vol. 25, No. 4, 2005, s. 237.

Bankası'nın Türkiye'ye dönük sağlık politikası 2003 yılında yayınlanan "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır.⁹ 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"¹⁰ da Dünya Bankası'nın mali desteğiyle sürdürülmektedir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SORUNLAR

1982 Anayasa'sının 56. maddesine göre devlet ülke sınırları içinde yaşayan herkesin sağlıklı olarak yaşayabilmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Anayasa ile devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu birim ise Sağlık Bakanlığı'dır. Bakanlık bu görevi merkez ve taşra örgütü aracılığı ile yerine getirmektedir. Sağlık Bakanlığı illerde sağlık il müdürlüğü biçiminde örgütlenmiştir. Mevzuata göre sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür ve diğer kamu hizmetleri gibi ildeki sağlık örgütlenmesinin başında da vali vardır. Yine mevzuata göre tüm sağlık kuruluşları sağlık müdürlüğüne bağlıdır. Bakanlık merkezi ile taşra birimleri arasındaki iletişim valilikler kanalıyla gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'nin sağlık sistemi kamusal, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri ve sıtma merkezleri tarafından yerine getirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı yanında diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'de 2003 yılı verilerine göre 668 hastane, 5936 sağlık ocağı, 11740 sağlık evi ve bunların dışındaki diğer birimlerle toplam 19586 sağlık kuruluşu ile Sağlık Bakanlığı sektörde en büyük paya sahiptir. 2005 yılında SSK ve diğer bazı kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile bu sayı daha da artmıştır. 2003 yılı sonu itibarıyla 272 özel hastane faaliyet göstermekte olup, bu hastanelerin 18 tanesi vakıf ve derneklere, 3'ü yabancılara, 5'i azın-

⁹ World Bank, *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II*, Report No. 24358-TU, Human Development Sector Unit, The World Bank, New York, 2003.

¹⁰ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara, 2003.

lıklara ve 246 tanesi de gerçek ve özel hukuk tüzel kişiliklerine aittir.¹¹ İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'nın 47, üniversitelerin 5, diğer kamu kurumlarının 3 hastanesi bulunmaktadır. İstanbul'da özel hastane sayısı ise 136'dır.¹²

Karşılaştırmalı bir analizle bakıldığında Türkiye'de sağlık sektörü olumsuz göstergelere sahiptir. Dünya Bankası'nın 2003 verilerine göre Türkiye vatandaşlarının sağlık statüsü bakımından orta gelir düzeyindeki ülkelerin birçoğundan geri durumda bulunmaktadır. Yaşam süresi beklentisi açısından OECD üyesi ülkelerin ortalamasının yaklaşık on yıl gerisindedir. Bebek ve anne ölümleri açısından orta gelir düzeyindeki ülkelerin en üst sıraları arasında yer almakta ve gebelerin yaklaşık beşte biri doğum öncesi tıbbi yardım alamamaktadır.¹³ Doğumların yalnızca beşte ikisinde bir hekim hazır bulunmakta, çocukların üçte ikisi tam olarak aşılanamamaktadır.¹⁴

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları gayri safi milli hasılanın (GSMH) yüzde 7,6'sı düzeyindedir.¹⁵ Sağlık sektörüne Almanya'da yaklaşık olarak yüzde 17, Yunanistan'da ise yüzde 7 pay ayrılmaktadır. OECD ülkeleri ortalaması 1997 yılında yüzde 8'e yakındır. ABD, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı yüzde 10 civarında seyretmektedir.¹⁶ Dolayısıyla gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'de GSMH içinde sağlık hizmetleri için ayrılan pay düşük değildir. Fark genel refah düzeyinden doğmaktadır. 2000 yılı itibariyle kişi başına sağlık harcaması Türkiye'de 200 ABD Doları civarında iken, bu miktar AB (15) ülkelerinde 10 kat, ABD'de ise 20 kat daha fazladır.¹⁷ Bu farkın azaltılması da genel olarak ulusal zenginliğin artırılması ile ilişkilidir.

Diğer taraftan Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda çalışanlarının ülke geneline dağılımında önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu dağı-

¹¹ Sağlık Bakanlığı, *80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923–2003)*, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004, s. 14.

¹² İstanbul Büyükşehir Belediyesi, *İstanbul Büyükşehir Belediyesi 2007–2011 Stratejik Planı*, İstanbul, 2007, s. 50.

¹³ Türk Tabipleri Birliği, *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP*, TTB Yayını, Ankara, 2007, s. 18. Bu konuda daha da olumsuz olan doğum öncesi bakım alma oranlarının kırsal bölgelerde kentsel bölgelerden üç kat daha düşük olmasıdır.

¹⁴ Yolcu, *a.g.k.*, s. 37-38.

¹⁵ DPT, *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007–2013)*, DPT, Ankara, 2006, s. 42.

¹⁶ Faik Cirhinlioğlu, Faik, *Sağlık Sosyolojisi*, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2001, s. 127.

¹⁷ Hasan H. Yıldırım, "TÜSIAD'ın Sağlık Raporu'na Eleştirel Bir Bakış", www.saglikyonetimi.org, 13.10.2004.

lımda kırsal-kentsel alanlar ve ülkenin doğusu ile batısı arasında önemli farklılıklar görülmektedir. Hekimlerin yarıya yakını Ankara, İstanbul ve İzmir’de görev yapmaktadır. Bu üç büyük ildeki nüfus/hekim oranı 539 iken diğer illerde ortalama 1657’dir. 2000 yılında 792 olan hekim başına düşen nüfus sayısı 2005 yılında 715’e gerilemiş olmakla birlikte bu sayı AB ortalaması olan 288’in oldukça gerisindedir.¹⁸ Uzman dağılımı daha da dengesiz olup, üç büyük ilde toplam uzman hekimlerin yüzde 56’sı bulunmaktadır.¹⁹

Sağlık hizmetlerinin kurumsal yetersizliğinin temel nedenleri olarak da yönetimin aşırı merkeziyetçi yapıda olması, sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdümün yetersizliği, nitelikli yönetici yetiştirme programlarının uygulanmaması ve yönetim sürecinde bilgi desteğinden yeterince yararlanılamaması gelmektedir. Ayrıca mevzuat açısından Sağlık Bakanlığı’nın hala bir kuruluş kanununun bulunmaması, Bakanlığın sorumluluk ve işlevlerinin 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye göre yerine getirilmesi, yürürlükte olan diğer yasal düzenlemelerin 1930’lu yıllara dayanması, dağınık, yetersiz ve karmaşık durumda bulunması da sorunlar arasında yer almaktadır. Bakanlık özellikle merkez örgütlenmesinde ağırlıklı olarak personel atama ve nakilleri ile uğraşmakta, bu durum da temel işlevlerin yerine getirilmesini engellemektedir.²⁰ Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumu, finansmanı, planlaması ve denetimi de yetersizdir.

Mali, kurumsal ve yasal sorunların boyutları sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının öncelikli olarak gündeme taşınmasına neden olmaktadır. Bu bakımdan sorunları sağlığa ayrılan mali kaynakların düşük olmasından, Sağlık Bakanlığı’nın ülke koşullarına uygun bir yönetim anlayışına göre örgütlenmemesi ve yönetilmemesine kadar geniş bir çerçevede değerlendirmek mümkündür. Benzer biçimde yeniden yapılanma sürecinde izlenecek yöntem ve politika konusunda farklı kaynaklardan sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasından özelleştirilmesine kadar uzanan bir yelpazede öneriler geliştirilmektedir.

Uygulamada ise Dünya Bankası’nın kredi desteği ile Sağlık Bakanlığı’nın yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi, genel sağlık

¹⁸ DPT, *a.g.k.*, s. 41.

¹⁹ DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT Yayınları, Ankara, 2001, s. 148.

²⁰ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, s. 22–23.

sigortası (GSS), sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması, sağlık insan gücünün motivasyonu, ulusal sağlık bilgi sistemi (e-sağlık) bileşenlerinden oluşan Sağlıkta Dönüşüm Programı temel resmi politika olarak öne çıkmaktadır. Program bir taraftan sağlıkta taşeronlaşma, özelleştirme uygulamaları, Dünya Bankası ve IMF dayatmaları ile piyasa ekonomisinin ve yoksullaşmanın başlangıcı olarak görülürken, diğer taraftan kamu yönetiminde acilen karşılanması gereken yeniden yapılanma gereksiniminin sağlık alanında olumlu ve olması gereken yansımaları olarak da ele alınabilmektedir.²¹

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilk planda Sağlık Bakanlığı'nın temel sorumluluğu genel sağlık politikalarının belirlenmesi, eşgüdüm- lenmesi ve denetlenmesine indirgenerek, Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarının özel işletmeler haline getirilmesi hedeflenmektedir. İkinci olarak sosyal güvenlik kurumları GSS sistemi altında birleştirilerek, sistemin sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumsallaştırılması istenmektedir. Üçüncü aşama ise aile hekimliği uygulamasına geçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğinin değiştirilmesidir.²²

Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansmanına ilişkin farklı projeler çeşitli düzenlemelerle uygulamaya geçirilmiştir. Bunlar arasında;

- 10.07.2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanun ile 'Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde' sözleşmeli personel alımı,

²¹ Türk Tabipleri Birliği Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı "felsefi olarak insanlıktan kopuş anlamına da gelen Sağlıkta Çöküş Programı" olarak adlandırırken (ttb.org.tr, 01.06.2006); Erinç Yeldan, Program; "AKP Hükümeti'nin Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların doğrudan gözetim ve yönlendiriciliğinde sağlık sektöründe yürütmekte olduğu düzenlemelerin genel adı" olarak nitelendirmektedir (bkz. Erinç Yeldan, "Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler", bilkent.edu.tr, 12.01.2005. Akşık'a göre de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı; "devletin sağlık hizmetlerinden elini çektiği, sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olmaktan çıkarılarak, alınıp satılan bir mal haline getirildiği, finansmanın genel vergiler yerine vatandaşın cebinden sağlandığı, koruyucu hekimliğin simgesi olan sağlık ocaklarını kapatarak çok daha kötü ve pahalı bir sistem olan aile hekimliği ve benzeri tedavi edici hekimliğin yüceltildiği; bu arada da sağlık çalışanlarının özlük haklarının budandığı, emeklerinin alabildiğine sömürüldüğü, iş güvencesinden yoksun, esnek çalışma koşullarının dayatıldığı sözleşmeli personelle hizmet vermeyi hedefleyen sağlıkta bir karşı devrim olarak" tanımlamak mümkündür (Hasan Akşık, "Sağlıkta Karşı Devrime Karşı Olmak", *Detay*, S. 5, Eylül-Ekim 2006, s. 5.). Öte yandan TÜSİAD ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı, Türkiye'nin AB'ye katılma yönündeki faaliyetleri çerçevesinde yürütülen "kamuya ait varlıkların özelleştirilmesi de dahil" ekonomik reformların bir parçası olarak görmektedir (TÜSİAD, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözümler*, Yayın No. TÜSİAD-T/2004-09/380, İstanbul, 2004, s. 41).

²² Faruk Ataay, "Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları", *Toplum ve Hekim*, C. 20, S. 1, 2005, s. 70.

- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/b maddesine tabi olmak üzere ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere sağlık personeli alımı ve Sağlık Bakanlığı'nın 13.09.2006 tarih ve 158632 sayılı Genelgesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 86. maddesi kapsamında vekil ebe ve hemşire alımı,
- 24.111.2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun ile aile hekimliği pilot uygulaması,
- 2005 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 37. maddesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulaması,
- 06.01.2005 tarihli ve 5283 sayılı Kanun ile SSK ve diğer kamu kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devri,
- 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

önemli etkilere sahip düzenlemeler olarak dikkat çekmektedir.

Bu düzenlemeler içinde öne çıkan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlük tarihi 01.01.2007 olarak belirlenmişti. Ancak Anayasa Mahkemesi'ne Kanun'un çeşitli hükümlerinin iptali istemiyle açılan davada, yürürlük tarihine iki hafta kala temel bazı maddelerinin iptal edilmesi, düzenleme ve süreç ile ilgili tereddütlere yol açmaktadır.²³

Öte yandan pilot uygulama ile başlatılan aile hekimliği uygulaması genişletilmektedir. Ancak 15 Haziran 2007'de yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile SSK ve BAĞ-KUR'lu hastalara anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarına ve üniversite hastanelerine kolayca başvurma olanağı tanınması da aile hekimliğinin temel amacı olan basamak sisteminin oluşturulması ile çelişmektedir.

GSS ile aile hekimliği bir bütün olarak ele alınmakta ve sağlık sisteminin yeniden yapılanmasına dönük girişimlerin bir parçası olarak görülmektedir.²⁴ GSS sisteminde finansman ile sağlık hizmeti üretimi birbirinden kesin olarak ayrılarak, sistem sağlık hizmeti satın alınması mantığı çerçevesinde kurulmaktadır. Bu düzenleme ile özel sağlık kuruluşlarına pazar yaratılmaktadır. Temel teminat paketinin dar tutulmasıyla yurttaşların katkı payı adı altında ek ödeme yapması ve ikinci bir sigorta yaptırarak özel sağlık sigortacılığının ön plana çıkarılması

²³ Anayasa Mahkemesi'nin 2006/111 Esas, 2006/112 Karar sayılı ve 15.12.2006 tarihli kararı.

²⁴ Mehmet Zencir, "Denizli'de Aile Hekimliği Kandırmacısı", *SES*, S. 13, Ocak, 2006, s. 13.

amaçlanmaktadır. Aile hekimliği sisteminin temel özelliği ise özel muayenehane temelli, fiyatlandırmaya dayalı, kar amaçlı ve bireyi temel alan bir yaklaşımı egemen kılmaktır.²⁵ Böylece aile hekimliği kamusal sağlık sisteminin temel taşı olan sevk zincirinin kaldırılmasının ve özel sağlık kuruluşlarına rant aktarımının aracı olmaktadır.²⁶

Bu çerçevede Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan sorunlara çözüm olarak geliştirilen çabalar yerinden yönetim ve piyasalaştırma ikilisi üzerinde biçimlenmektedir. Neoliberal düşüncede yerinden yönetimin nihai biçiminin piyasa mekanizması olması bu birlikteliğin tesadüf olmadığını göstermektedir. Kamu hizmetlerinin piyasalaştırılması ile vatandaş kavramının yerini alan müşteri, hizmeti sunan çok sayıda üretici arasından tercihte bulunarak kendisi için en uygun ürünü elde edebilecektir. Bu sonuca ulaşmak üzere, yerinden yönetim uygulamaları evrensellik ya da tek tiplik ilkelerinden uzaklaşılmasını ve ardından bireysellik ve özelleştirme gibi neoliberal ilkelerin yerleşmesini sağlayacaktır.²⁷ Dolayısıyla kamu hizmetlerinin yerinden yönetimine yönelik çabaların yönetim tekniği bağlamında gerçekleştirilmesi baskın neoliberal dünya içinde ulaşılması hedeflenen nihai sonuç değildir. Bu ancak kamu hizmetlerinin piyasaya açılmasının ön koşullarından birisidir.

Genel bir bakışla hizmetin yürütüldüğü ya da işin yapıldığı yerde yönetilmesi anlamına gelen yerinden yönetim, kamu yönetimi disiplininde merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme ve kamu gelirlerini toplama gibi işlevlerin bir kısmını taşra kuruluşlarına, yerel yönetimlere, yarı özerk kamu kurumlarına, meslek kuruluşlarına ve yönetimin dışındaki gönüllü örgütlere aktarılması olarak anlaşılmaktadır. Bu çerçevede yetki genişliği, yetki devri, hizmette yerellik ve özelleştirme gibi kavramlar yerinden yönetim tekniği içinde değerlendirilmektedir.²⁸ Yerinden yönetim günümüzde yaygın hale gelen yönetim ve yerel demokrasi gibi kavramlarla da desteklenmektedir.

Yönetim yapısında merkezi yönetim ile yerel yönetim arasındaki ilişkinin biçimi ülkenin siyasal yapısı, yönetim anlayışı, siyasal kültürü

²⁵ Ataay, *a.g.m.*, s. 70-71.

²⁶ Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, *AKP Hükümeti ile Adım Adım Sağlıkta Yıkım*, SES, Ankara, 2007, s. 10-11.

²⁷ McGregor, *a.g.m.*, s. 86.

²⁸ Bilal Eryılmaz, *Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime*, Alfa, İstanbul, 2002, s. 225.

ve tarihi tarafından belirlenmektedir.²⁹ Bununla birlikte günümüzde merkezi yönetim-yerel yönetim arasındaki görev ve sorumluluk paylaşımında denge yerel yönetim lehine değişmektedir. Bu süreç içinde devletin rolünün yol göstericilikle sınırlanmaya başladığı, dolayısıyla artık güvenlik, eğitim, sağlık, sosyal yardım, tarım ve ulaşım gibi birçok kamu hizmeti alanının artan biçimde yerel yönetimlere, sivil toplum örgütlerine ve özel sektöre açıldığı görülmektedir.³⁰

Dünyadaki genel eğilim yerel koşullara daha iyi yanıt verdiği düşünülen yerel yönetimlere daha fazla çalışma ve yetki alanı ile kaynağın aktarılması yönündedir.³¹ Birçok ülkede yerinden yönetim eğilimleri güçlenmekte olup bunun değişik gerekçeleri bulunmaktadır. Buna göre ilk olarak yerinden yönetimle kamu harcamalarında etkinlik sağlanması amaçlanmaktadır. Yerel yönetimler bütçelerini yerel tercihlere göre ayarlayarak yerel kamu hizmetlerinin etkin biçimde tahsis edilmesini sağlayabilirler.³² İkinci olarak özellikle gelişmekte olan ülkelerde merkezi bürokrasilerin başarısızlığına bir tepki olarak yerinden yönetim güç kazanmaktadır. Son olarak, piyasaya merkezi yönetimin sınırlayıcı müdahalelerini azaltmak için yerinden yönetime geçilmesi önerilmektedir.³³ Bu eğilimler ekonomik unsurların etkili olduğu ve devletin ekonomideki gücünü azaltmayı hedefleyen neoliberal yaklaşımın izlerini barındırmaktadır. Diğer taraftan yerinden yönetim ile karar verme sürecinin kamu hizmeti kullanıcılarına yakınlaştırılması ve onlara bu süreçte söz hakkı tanınması ile kamu hizmetlerinde etkinliğin artırılması amaçlanmaktadır.³⁴ Ancak uygulamada yerinden yönetimin katılımcılıkla ilişkilendirilmesi hizmet sunumunun piyasalaştırılmasının önünde bir tür paravan işlevi taşımakta, vatandaşın müşteriye doğru değişen algılamaya yerel düzeyde vatandaşın ve temel vatandaşlık haklarının önemsizleştirilmesine neden olmaktadır.³⁵

²⁹ H. Hüseyin Çevik, *Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları*, Seçkin, Ankara, 2001, s. 77.

³⁰ Balcı, *a.g.k.*, s. 16.

³¹ Çevik, *a.g.k.*, s. 82.

³² Roy Bahl ve Johannes Linn, “Fiscal Decentralization and Intergovernmental Transfers in Less Developed Countries”, *Publius*, Vol. 24, No. 1, Winter, 1994, s. 4.

³³ Balcı, *a.g.k.*, s. 22.

³⁴ Dünya Sağlık Örgütü, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, s. 44.

³⁵ Arif Erençin, “Yerinden Yönetim ve Türkiye’de Reform Süreci”, *Mülkiye*, C. 31, S. 254, 2007, s. 108.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİNDEN YÖNETİMİ

Türkiye’de uzun süredir kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesiyle ilgili tartışmalar yapılmakta ve yeniden yapılanma gereksinimi dile getirilmektedir. 1930’lu yıllarda başlayan bu yöndeki çalışmalar, 1950’li yıllarda devam etmiş, 1960 sonrası Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi³⁶ başta olmak üzere çeşitli çabalar ile sürdürülmüş, Kamu Yönetimi Araştırması Projesi³⁷ ile belli bir olgunluğa ulaşmıştır.

2001–2005 dönemini kapsayan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da yönetimde yeniden yapılanma konusu vurgulanmaktadır.³⁸ Bu amaçla 2003 yılında Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (KYTK) hazırlanmıştır. KYTK, 15.7.2004 tarihinde TBMM’de kabul edilmiş, Cumhurbaşkanı tarafından tekrar görüşülmek üzere TBMM’ye geri gönderilmiş ancak TBMM’de yeniden görüşülmemiştir. Bu konuda günümüze dek yaşanan gelişmeler KYTK’nin siyasal iktidar tarafından *parçalanarak yürürlüğe sokulmasının* tercih edildiğini göstermektedir.³⁹ Bu nedenle yasa metni siyasi iktidarın ve TBMM’nin gündeminde yer almasa da kamu yönetiminde yaşanan ve yaşanması olası gelişmeler için bir kılavuz niteliği taşımakta ve değerlendirmeler için somut bir çerçeve sunmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerindeki dönüşümü ve yerinden yönetimi gelişmelerin temel mantığını kavrayabilmek için Tasarı’ya tartışmanın içinde yer vermek zorunlu hale gelmektedir.

KYTK ile önceden merkezi yönetimce sunulan hizmetlerin büyük bir bölümünün yerel yönetimlere aktarılması amaçlanmıştır. Bu amaçla merkezi yönetimin göreceği hizmetler maddeler halinde sayılmış, yerel ortak gereksinimlere ilişkin her türlü görev, yetki ve sorumluluklar ile hizmetler yerel yönetimlere bırakılmıştır. Böylece KYTK’de merkezi yönetimin yetkileri sayılarak sınırlandırılmış, yerel yönetimler ise yerel nitelikli hizmetlerle ilgili olarak geniş yetkilerle donatılmıştır.

³⁶ TODAİE, *Merkezi Hükümet Teşkilatı Kuruluş ve Görevleri*, Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi Yönetim Kurulu Raporu, İkinci Baskı, Ankara, 1966.

³⁷ TODAİE, *Kamu Yönetimi Araştırması*, Genel Rapor, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1991.

³⁸ DPT, *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT, Ankara, 2000, s. 103–105.

³⁹ Birgül A. Güler, “Çerçeve Sunuş”, *Kamu Yönetimi Reformu, Çevre ve Bölge Kalkınma Ajansları Yasa Tasarısı Sempozyumu*, TMMOB Çevre Mühendisleri Odası ve YAYED, 4 Mart, Kardelen, Ankara, 2005, s. 18.

Tasarıda, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkilerinin, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastanelerinin ve araç-gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçlarının, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte personelinin il özel idarelerine aktarılması hükmü yer almaktaydı. Ayrıca il özel idarelerine aktarılmak istenen sağlık hizmeti veren tesis, kadro ödeneklerin il özel idareleri tarafından belediyelere aktarılmasına da olanak sağlanmıştı. Ancak KYTK'nin gündemden düşmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi çabaları sağlık alanına ilişkin özel düzenlemeler çerçevesinde ele alınmaya başlanmakla birlikte sürecin sağlık kuruluşlarını yerel yönetimlere devretmeyi öngören KYTK'nin uygulanmasının önemli bir parçası olduğu da görülmektedir.⁴⁰

Bu amaçla kamu yönetimi reformu çerçevesinde, reformun temel dayanakları ve hedefleriyle uyumlu biçimde başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın birinci ayağını; sağlık hizmeti örgütlenmesinin ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'nın yönetici rolünün yerinden yönetim ve düzenleyicilik işlevi ekseninde yeniden belirlenmesi oluşturmaktadır. Yönetim ve kamu bürokrasisi bağlamında sağlıkta yönetim düşüncesinin ve örgütlenme anlayışının değişimi ve sağlık hizmetlerinin vatan-daşa sunumu ile ilgili görev ve yetkilerin yerinden yönetim birimlerine devredilmesi öngörülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı,⁴¹ 22.10.2007 günü TBMM'ye gönderilmiştir. Yasa Tasarısı'nın hedefi, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kamu tüzel kişiliğine sahip özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlenmektedir. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca bakanlık birden fazla birliği bir araya getirerek birlikler koordinatörlüğü de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla sağlanacaktır. Tasarı'ya göre birliklerin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin karar organı yönetim kurulu, yürütme organı genel sekreterlik olacaktır. Yönetim kurulu, il genel meclisi (2), vali (1), bakanlık (2) ve ticaret odası'nca (1) belirlenen üyelerle il sağlık müdürü yardımcısı olmak üzere toplam

⁴⁰ Olgun Şener, *Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara, 2005, s. 87.

⁴¹ Tasarı metni için *b.k.z.*; <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, E.T. 09.11.2007.

yedi kişiden oluşmaktadır. Kurul üyelikleri konusunda dikkat çeken en önemli nokta, tabip odalarına ve diğer sağlık çalışanlarına temsil olanağının sağlanmaması buna karşın ticaret odasına bir üye seçme olanağının verilmesidir. Ayrıca birlikler yıllık olarak hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti açısından belirlenen usul ve esaslara göre yapılan değerlendirmelerde yeterli performansı gösteremezlerse birlik yönetimine bakanlıkça el konulabilecektir.

Tasarı'ya göre birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansmanı, birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirlerdir. Hazine katkısı öngörülmezken, gerektiğinde devletin yardım yapabilmesine olanak tanımaktadır. Tasarı'da devlet katkısı yardım olarak adlandırılarak dışsal ve olağandışı bir gelir olarak sunulmaktadır.⁴² Ayrıca Tasarı'da, yönetim kademesinde görevlendirilen ve kuruma yeni alınacak personel sözleşmeli statüsündedir. Öte yandan Tasarı'nın 3. maddesinin birinci bendinin (d) ve (ğ) fıkralarında⁴³ yönetim kuruluna tanınan olanaklara bakıldığında aslında getirilmek istenen idari ve mali özerkliğe dayalı yapının özelleştirme sürecinde bir ara durak olduğu açıktır.⁴⁴

Güncel gelişmelerin taşıdığı önemle birlikte, aslında Sağlık Bakanlığı'nın yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırılması 1990'lı yıllarda hazırlanan belgelerde sıklıkla ele alınmıştır. Örneğin Ulusal Sağlık Politikası adlı çalışmada sağlık hizmetlerinin profesyonel yöneticiler eliyle yürütülmesi yanında örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkeleri benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.⁴⁵ Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda da sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim ilkesi ile uyumlu bir biçimde yapılması için ilk aşamada yapılması gerekenin, bu sistem içinde yetki ve sorumluluk devrini gerçekleştirmek ve yerel düzeye yönelmek olduğu

⁴² Faruk Ataay, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 2007, s. 43.

⁴³ Tasarı'nın 3. maddesinin birinci bendinin (d) fıkrası; "birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınır ve taşınmazları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek", (ğ) fıkrası da, "ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek" biçiminde düzenlenmiştir.

⁴⁴ Ataay, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, s. 9.

⁴⁵ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993.

belirtilmektedir.⁴⁶ Merkeziyetçilikten uzaklaşma yönetim hukukunun tanımladığı üç anlamda da talep edilmektedir: (1) Hiyerarşik yapılarda üst kademeden alt kademelere yetki aktarımı, (2) merkezden taşraya yetki genişliği ve (3) merkez-taşra yönetiminden yerel yönetimlere yetki aktarımı. Türkiye’de merkezden yürütülen sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun geleceği, ikinci ve daha çok üçüncü tercih bakımından önem kazanmaktadır.⁴⁷ Bu açıdan yerel yönetimlerle ilgili yeni yasal düzenlemeler çerçevesinde sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimine dönük gelişmeleri ele almak gerekmektedir.

Bu çerçevede KYTK’nın tamamlayıcısı niteliğinde hazırlanan düzenlemeler arasında yer alan 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu 2005 yılında TBMM’de kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. 5302 sayılı Kanun il özel idaresini, il halkının yerel ve ortak nitelikteki gereksinimlerini karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, yönetsel ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişisi olarak tanımlanmaktadır. Kanun’un il özel idaresinin görevlerini düzenleyen 6. maddesinde de yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla “sağlık ... ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetler ...” il sınırları içinde il özel idaresinin görev alanında yer almaktadır. Ayrıca Kanun’un 16. maddesinde il genel meclisi tarafından oluşturulması zorunlu ihtisas komisyonları arasında “çevre ve sağlık komisyonu”nun da sayılması, 35. maddede sağlık biriminin il özel idaresi teşkilatı içinde kurulması zorunlu olan bir birim olarak sayılması, 65. maddede halkın gönüllü olarak katılımı mümkün olan hizmetler arasında sağlığa da yer verilmiş olması meclis çalışmalarında ve il özel idaresinin faaliyetlerinde sağlık hizmetine verilen önemin göstergeleridir.

Sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine bırakılmasını merkezi yapıdan yerinden yönetime köktenci olmayan bir geçiş olarak düşünmek mümkündür. İl özel idarelerinin il sınırları içinde merkezi ve yerel yönetimin ve diğer yerel katılımcıların katkılarını birleştirme olanağına sahiptir. Bu açıdan il özel idareleri aracılığıyla daha iyi sağlık hizmeti sunmak ve eksiklikleri yerel düzeyde gidermek için vatandaş tatminini esas alan bir yapılanma oluşturabilir. Yerinden yönetimin sağlayacağı yararlar ile merkezi yönetimin otorite ve becerisi birleştirilerek

⁴⁶ DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, s. 6.

⁴⁷ Yolcu, *a.g.k.*, s. 75.

sağlık hizmet sunumunun olumlu etkilenmesine yol açabilir.⁴⁸ Ancak yaygın değerlendirmelerden biri il özel idaresinin yürütme organı ve temsilcisi olan valinin merkezi yönetim tarafından atanarak göreve gelmesinin il özel idaresini ‘gerçek’ anlamda yerel yönetim olmaktan uzaklaştırmasıdır.⁴⁹ Bu yöntem izlendiğinde il özel idaresine aktarılan işlevler il halkının seçilmişlerine verilmemekte yine valinin dolayısıyla merkezi yönetimin elinde kalmaktadır. Bu nedenle il özel idarelerine yetki devri gerçek ve tatmin edici bir yerinden yönetim değildir. Ancak bu yerel demokrasi yanlı yaklaşım ülkenin gelişmişlik düzeyini ve dolayısıyla kamu hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli ve adil bir biçimde yerine getirilmesi zorunluluğunu ihmal ederek kamu hizmetlerinin sunumunda asıl hedefin vatandaşla hizmetin uygun bir biçimde buluşturulması olduğunu yok saymaktadır. Diğer taraftan 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu’nun 11. maddesi ile valinin il genel meclisinin dışında bırakılarak, il özel idaresinin karar organının tamamen il halkı tarafından seçilen üyelerden oluşturulması yerel demokrasi yanlı görüşleri destekleyen ve merkezi yönetimin il özel idaresi üzerindeki etkisini sınırlayan bir düzenlemedir. Böylece il özel idaresinin stratejik planı, yıllık programı ve bütçesini karara bağlayarak yürüteceği hizmetlerde öncelik sırasını belirleyecek olan il genel meclisi yerinden yönetim süreci ile merkezi yönetimden il özel idaresine aktarılan ve aktarılacak olan hizmetlerle ilgili olarak belirleyici konuma getirilmiştir.

Bu gelişmelerle il özel idaresi için kurumsal ve yasal düzeyde olanakların yaratılmış olması, sağlık hizmetlerinin gerektirdiği yönetsel ve teknik kapasite, planlama ve uzmanlık gibi alanlardaki temel sorunları ortadan kaldırmamaktadır. İl özel idaresine sağlık hizmetleri ile ilgili işlevlerin aktarılması sonrasında bu konularda özellikle ilk zamanlarda büyük güçlükler yaşanacaktır. Ayrıca il özel idareleri yerel siyasi etkilere merkezi yönetime göre daha açıktır. Bu durum da sağlık hizmet sunumunun eşit ve adil sağlanması çabalarını olumsuz biçimde etkileyecektir. İl özel idaresinin mevcut görevlerini dahi karşılayacak düzeyde mali kaynağa sahip olamaması bir diğer önemli sorundur.⁵⁰

Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi konusunda diğer bir seçe-

⁴⁸ M. Hulki Uz, “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, *Amme İdaresi*, C. 32, S. 1, 1999, s. 104 ve Balcı, *a.g.k.*, s. 134.

⁴⁹ Bu görüşün eleştirisi için; Birgül A. Güler, “İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetsel Liberalizasyon Kamu Yönetimi Temel Kanunu”, *Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Sempozyumu*, Türkiye Yol-İş Sendikası, Ankara, 10-11 Ekim 2003, s. 22.

⁵⁰ Balcı, *a.g.k.*, s. 134-135.

nek ise bu hizmetlerin belediyelere aktarılmasıdır. Türkiye’de modern belediye yönetimi 1930 tarihli ve 1580 sayılı Belediye Kanunu ile oluşturulmuştur. 2003 yılında başlatılan kamu yönetimi reformu çerçevesinde 2005 yılında TBMM tarafından kabul edilerek yürürlüğe giren 5393 sayılı Belediye Kanunu ile Türk belediyecilik sisteminde ve belediyelerin görev ve sorumluluklarında önemli sayılabilecek değişiklikler gerçekleştirilmiştir.⁵¹ Bu değişiklikler sağlık alanındaki görevlere de yansımış, belediyelerin görevleri daha çok koruyucu halk sağlığı kapsamında düşünülmüş ve yapılandırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin il özel idaresine bırakılması ile oluşabilecek fayda ve sakıncaların belediyeler için de geçerli olduğu görülmektedir. Belediyeler yerel halkın ortak gereksinimlerini yerine getirmesi beklenen birimlerdir. Ancak belediyelerin sağlıkla ilgili görevlerini düzenleyen pek çok kanun, tüzük ve yönetmelik bulunmakta, bu nedenle ortaya çıkan tekrarlar, eksiklikler ve çelişkiler sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunların başında da benzer hizmetlerin yerine getirilmesinin farklı kurumlara görev olarak verilmesi gelmektedir.⁵²

5393 sayılı Kanun’un 14. maddesinin 1. fıkrasının (b) bendi, belediyeleri yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilme ve işletebilme yetkisine sahip kılmıştır. Ancak bu durum açık bir biçimde düzenlenmediğinden hükmün sağlık hizmetinin sunumuyla ilgili sorunların çözümüne katkı sağlaması mümkün gözükmemektedir.⁵³ Gelişmiş ülkelerdeki uygulamalar, sağlık ocağı ve hastanelerin bir kısmının belediyelere bırakılması, bölge hastaneleri ve üniversitelerle işbirliği yapan ihtisas hastanelerinin ise merkezde kalması biçiminde bir genellik göstermektedir.⁵⁴ Ancak Türkiye’de belediyeler önemli ölçüde finansman, teknik donanım ve uzman personel gerektiren bu tip hizmetlerin sunumunda tek başlarına yeterli olamayacaktır. Ayrıca günümüz koşullarında belediyelerin kapsamlı sağlık hizmeti sunabilmesine yönelik bir altyapı da bulunmamaktadır.⁵⁵

⁵¹ Arif Erençin, “Belediye Görevleri Üzerine Bir İnceleme”, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, C. 15, S. 1, 2006, s. 17-29.

⁵² Uz, *a.g.m.*, s. 113.

⁵³ İpek Ö. Sayan, “Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri”, *Mülkiye*, C. 31, S. 254, Bahar, 2007, s. 132.

⁵⁴ Uz, *a.g.m.*, s. 122.

⁵⁵ Aylin Çiftçi, “Yeni Yerel Yönetim Modelinde Sağlık Hizmeti Planlanması: İstanbul Örneği”, *Dünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma: Yerel Yönetimler Kongresi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İİBF ve Biga Belediyesi, Çanakkale, 2004, s. 713.*

Sağlık hizmetlerinin halka eşit, tarafsız ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması gerekir. Belediye örgütü içerisinde sağlık hizmetleri sağlık işleri müdürlüğü ile sınırlı kalmakta, kaynak ve personel eksikliği nedeniyle belediye sınırları içerisindeki tüm alanlara ulaşılamamaktadır. Bu durumda belediyelerin sağlık hizmeti sunumundan tek başına sorumlu olmaları halinde hizmetlerde ciddi aksamalar ortaya çıkacaktır. Belediyelerin oy kaygısı ile hareket etmeleri sonucunda birinci basamak, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı gibi konuların ihmali beraberinde ciddi sorunları da getirecektir.⁵⁶ Ayrıca sağlık sektöründe çalışan personelin kadrolarının belediyelere aktarılmasına direnç gösterme olasılıkları da bir olumsuzluk kaynağıdır.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimin yerel gereksinimlere daha duyarlı ve daha hızlı yanıt verme ve hizmete halkın katılımını sağlama gibi katkıları önemlidir. Ancak Türkiye’de yerel yönetimlerin kurumsal ve mali kaynakları sorumlu olduğu temel hizmetleri dahi karşılamada yetersiz kalmaktadır. Yerel yönetimlerin sağlık hizmeti sunması ve yönetmesi için eldeki teknik kadroların nitelik ve nicelik olarak yetersiz olması ve sağlık gibi merkezi yönetimin sorumluluğunun vazgeçilmez olduğu bir alanda yerel düzeyde seçilmişlerin olası çıkar hesaplarının istenmeyen sonuçlarının toplum sağlığına olumsuz etkileri açıktır. Ayrıca yerinden yönetimi uygulamalar iller ve bölgeler arasında var olan eşitsizliği ve dengesizliği daha da artıracaktır.

Merkeziyetçi yönetim geleneğine sahip olan ve yerel yönetimleri yönetsel, mali ve teknik açıdan yetersiz bulunan Türkiye’de sağlık hizmetlerinin hızlı bir biçimde yerelleşmesi önemli sorunlara yol açacaktır. Bu sorunların başında da görev alanındaki genişlemeye koşut olarak artırılamayan kaynaklar nedeniyle hizmetin ücretlendirilmesi ve özelleştirilmesi yoluyla piyasa işleyişine bırakılması gelmektedir. Dolayısıyla güncel koşullar dikkate alındığında yerinden yönetim sağlığı toplumsal bir hizmet olmaktan çıkarmanın ve piyasa ilişkilerinin bir parçası haline getirmenin ön koşullarında birisidir.

Sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda, yeniliklerin vatandaşların kazanımlarını geriletebileceği riskini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumunu geliştir-

⁵⁶ Balci, a.g.k., s. 137.

mek ve sağlık hizmeti yoksunluğunu azaltmak için Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatını g¼çlendirmek önemlidir. Bu nedenle özellikle il sağlık m¼d¼rl¼kleri ve ilçe sağlık grup başkanlıklarının yeterli sayı ve kapasitede personel, teknik araç-gereç, b¼tçe ve diğer donanımlara sahip olması, y¼netsel ve mali açından gerekli yetki ve sorumlulukla iş yapabilir hale getirilmeleri gerekmektedir. Bunun en uygun yolu yetki, sorumluluk ve kaynak açısından sağlık m¼d¼rl¼klerinin g¼çlendirilmesidir.

KAYNAKÇA

- Akşık, Hasan, "Sağlıkta Karşı Devrime Karşı Olmak", *Detay*, S. 5, Eyl¼l-Ekim 2006, s. 5.
- Anayasa Mahkemesi, 2006/111 Esas sayılı ve 2006/112 Karar sayılı ve 15.12.2006 g¼nl¼ karar.
- Ataay, Faruk, "Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları", *Toplum ve Hekim*, C. 20, S. 1, 2005, s. 65-71.
- Ataay, Faruk, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, T¼rk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 2007.
- Atun, Rıfat A., "Kamu ve Sağlık Sekt¼r¼nde Değişim", *Yeni T¼rkiye*, S. 40, 2001, s. 1148-1163.
- Bahl, Roy ve Linn, Johannes, "Fiscal Decentralization and Intergovernmental Transfers in Less Developed Countries" *Publius*, Vol. 24, No. 1, Winter, 1994, s. 1-19.
- Balçı, Asım, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Y¼netim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Nobel, Ankara, 2005.
- Blakeley, Georgina, "Local Governance and Local Democracy: An Ambiguous Relationship?", *Political Science Association Conference*, Leicester, 15-17 April 2003, s. 1-17.
- Cirhinlioğlu, Faik, *Sağlık Sosyolojisi*, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2001.
- Çevik, H. H¼seyin, *T¼rkiye'de Kamu Y¼netimi Sorunları*, Seçkin, Ankara, 2001.
- Çiftçi, Aylin, "Yeni Yerel Y¼netim Modelinde Sağlık Hizmeti Planlanması: İstanbul Örneği", *D¼nden Bug¼ne Yerel Y¼netimlerde Yeniden Yapılanma: Yerel Y¼netimler Kongresi*, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İİBF ve Biga Belediyesi, Çanakkale, 2004, s. 713-716.
- DPT, *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT, Ankara, 2000.
- DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT, Ankara, 2001.
- DPT, *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)*, DPT, Ankara, 2006.
- D¼nya Sağlık Örg¼t¼, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinat¼rl¼đ¼, Ankara, 1998.
- Erençin, Arif, "Belediye G¼revleri Üzerine Bir İnceleme", *Çağdaş Yerel Y¼netimler*, C. 15, S. 1, 2006, s. 17-29.
- Erençin, Arif, "Yerinden Y¼netim ve T¼rkiye'de Reform S¼reci", *M¼lkiye*, C. 31, S. 254, 2007, s. 99-122.
- Eryılmaz, Bilal, *B¼rokrasi ve Siyaset: B¼rokratik Devletten Etkin Y¼netime*, Alfa, İstanbul, 2002.
- Fotaki, Marianna ve Boyd, Alan, "From Plan to Market: A Comparison of Health and Old Age Care Policies in the UK and Sweden", *Public Money & Management*, Vol. 25, No. 4, 2005, s. 237-243.

- Güler, Birgül A., “İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon Kamu Yönetimi Temel Kanunu”, *Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Sempozyumu*, Türkiye Yol-İş Sendikası, Ankara, 10-11 Ekim 2003, s. 1-27.
- Güler, Birgül A., “Çerçeve Sunuş”, *Kamu Yönetimi Reformu, Çevre ve Bölge Kalkınma Ajansları Yasa Tasarısı Sempozyumu*, TMMOB Çevre Mühendisleri Odası ve YAYED, Kardelen, Ankara, 4 Mart 2005, s. 13-21.
- Güler, Birgül A., “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, C. 1, S. 2, Eylül, 2006, s. 29-42.
- Güzelsarı, Selime, “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, AÜ S.B.F., *GETA Tartışma Metinleri Serisi*, Ankara, 2004, s. 1-19.
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi, *İstanbul Büyükşehir Belediyesi 2007-2011 Stratejik Planı*, İstanbul, 2007.
- McGregor, Sue, “Neoliberalism and Health Care”, *International Journal of Consumer Studies*, Vol. 25, No. 2, 2001, s. 82-89.
- Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara, 1993.
- Sağlık Bakanlığı, *80.Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)*, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara, 2003.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, *AKP Hükümeti ile Adım Adım Sağlıkta Yıkım*, SES, Ankara, 2007.
- Sayan, İpek Ö., “Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri”, *Mülkiye*, C. 31, S. 254, Bahar, 2007, s. 123-134.
- Şener, Hasan E., “Yeni Sağlık Yerellik Söylemindeki Değişimi Anlamlandırmak”, *Kamu Yönetimi Dünyası*, C. 4, S. 16, Ekim-Aralık, 2003, s. 2-8.
- Şener, Olgun, *Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara, 2005.
- TODAİE, *Merkezi Hükümet Teşkilatı Kuruluş ve Görevleri*, Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi Yönetim Kurulu Raporu, İkinci Baskı, Ankara, 1966.
- TODAİE, *Kamu Yönetimi Araştırması: Genel Rapor*, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1991.
- Türk Tabipleri Birliği, *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP*, TTB Yayını, Ankara, 2007.
- Türk Tabipleri Birliği, “Açıklama”, www.ttb.org.tr, 01.06.2006, E.T. 24.04.2007.
- TÜSİAD, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, Yayın No. TÜSİAD-T/2004-09/380, İstanbul, 2004.
- Uz, M. Hulki, “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, *Amme İdaresi*, C. 32, S. 1, 1999, s. 103-123.
- Yeldan, Erinc, “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler”, www.bilkent.edu.tr, 12.01.2005, E.T. 28.04.2007.
- Yıldırım, Hasan H., “TÜSİAD’ın Sağlık Raporuna Eleştirel Bir Bakış”, www.saglikyonetimi.org, 13.10.2004, E.T. 15.05.2007.
- World Bank, *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II*, Report No. 24358-TU, Human Development Sector Unit, The World Bank, New York, 2003.
- Yolcu, Vesim, *Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2006.
- Zencir, Mehmet, “Denizli’de Aile Hekimliği Kandırmacısı”, *SES Dergisi*, Ocak, 2006, s. 13-14.