

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Serap ULUBAY İSTEK

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA
(2000-2015)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUŞ-2016

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Serap ULUBAY İSTEK

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA
(2000-2015)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ

Prof. Dr. Abdullah KIRAN

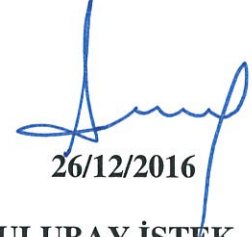
MUŞ-2016

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Muş Alparslan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (2000-2015)**” adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Muş Alparslan Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.


26/12/2016

Serap ULUBAY İSTEK

TEZ KABUL TUTANAĞI
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Prof. Dr. Abdullah KIRAN danışmanlığında, Serap ULUBAY İSTEK tarafından hazırlanan bu çalışma 28/10/2016 tarihinde aşğıdaki jüri tarafından Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Abdullah KIRAN

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Bayram COŞKUN

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Bünyamin BEZCİ

İmza: 
İmza: 
İmza: 

Yukarıdaki imzalar adı geçen öğretim üyelerine aittir.

.../.../2016

Doç. Dr. Mehmet Kamil COŞKUN
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
ÖNSÖZ	VII
KISALTMALAR DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	5
1.1.1. Sağlık Kavramı	5
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	6
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.1.4.3. Rehabilitasyon Edici (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri	12
1.1.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	13
1.1.4.5. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri	13
1.2. SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMI	13
1.2.1. Sağlık Politikalarının Amaçları	14
1.2.2. Sağlık Politikası Oluşturma	16

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

2.1. TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ	19
2.1.1. Kurumsallaşma Dönemi Sağlık Politikaları (1920-1960)	20
2.1.2. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları	20
2.1.3. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları	24
2.2. BİRİNCİ DALGA SAĞLIK POLİTİKALARI (1960-1983)	26
2.2.1. Birinci On Yıllık Kalkınma Planları (1963–1972)	29
2.2.2. İkinci On Yıllık Kalkınma Planları (1973–1983)	30
2.3. İKİNCİ DALGA SAĞLIK POLİTİKALARI (1980–2002)	32
2.3.1. 1980-1990 Yıllarında Türk Sağlık Politikaları	33
2.3.2. 1990-2002 Yıllarında Türk Sağlık Politikaları	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE YENİDEN YAPILANMA

3.1. YENİDEN YAPILANMA KAVRAMI	45
3.1.1. Yeniden Yapılanmanın Tanımı	46
3.1.2. Yeniden Yapılanmanın Amacı	46
3.1.3. Yeniden Yapılanmanın Özellikleri	47
3.1.4. Yeniden Yapılanma Süreci	49
3.1.5. Yeniden Yapılanma Türleri ve Uygulama Yöntemleri	54
3.1.6. Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Gereksinimi	55
3.2. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI	59
3.2.1. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Ortaya Çıkışı ve Gelişimi	60
3.2.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Temel Özellikleri	61
3.2.3. Yönetişim Anlayışı	64

3.2.4. Yeni Kamu Hizmeti	66
3.3. TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE YENİDEN YAPILANMA	67

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA

4.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	77
4.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	79
4.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı İlkeleri	80
4.2. SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA YENİDEN YAPILANMA	81
4.2.1. Aile Hekimliği Sistemi	82
4.2.2. Sağlık Merkezleri ile İlgili Değişiklikler	84
4.2.3. Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSSS) ve Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) Kurulması	88
4.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONUNDA YENİDEN YAPILANMA	92
4.3.1. Sağlık Bakanlığı.....	95
4.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	98
4.3.1.1.1. Bakanlık.....	98
4.3.1.1.2. Kurullar	100
4.3.1.1.2.1. Sağlık Politikaları Kurulu	100
4.3.1.1.2.2. Sürekli Kurullar.....	101
4.3.1.1.3. Bağlı Kuruluşlar	102
4.3.1.1.4. İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri.....	108
4.3.1.1.5. Kamu Hastane Birlikleri	108
4.3.1.1.6. Halk Sağlığı Müdürlüğü	109
4.3.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	111

4.3.1.2.1. 2016 Yılında Taşra Teşkilat Yapısına Tasarılar	113
4.4. SAĞLIK BİLİŞİM HİZMETLERİ	115
4.4.1. Türkiye’de e-Sağlık Uygulamaları	116
4.4.1.1. Sağlık-Net.....	117
4.4.1.2. Tele-Tıp	117
4.4.1.3. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK).....	117
4.4.1.4. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS).....	118
4.5. SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON HİZMETLERİ	118
4.6. ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI	120
4.7. ULUSLARARASI SAĞLIK HİZMETLERİ	120
4.8. SAĞLIK BİLİMİ VE SAĞLIK EĞİTİMİ HİZMETLERİ.....	121
4.8.1. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	121
4.8.2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi	122
SONUÇ	124
KAYNAKÇA.....	129
ÖZGEÇMİŞ	142

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE’ DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILANMA (2000-2015)

Serap ULUBAY İSTEK

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Abdullah KIRAN

2016, 154 sayfa

20. y.y. sonlarına doğru başlayan tüm dünyayı etkileyen küreselleşme süreci ülkelerin ekonomi politikalarında farklı yönelişleri ortaya çıkarırken siyaset ve demokrasi anlayışının gelişmesine paralel olarak yönetim anlayışını da etkilediğinden kamu yönetiminde de yenilenme ihtiyacı zorunluluk haline gelmiştir. Kamu yönetiminde yaşanan değişim kamu politikalarını değiştirirken kamusal sağlık hizmetleri sunumuna yönelik sağlık politikaları da bu değişimden etkilenmiştir.

Ülkemizde 2000’li yıllarda sağlık hizmet ve politikalarının değişimini ele aldığımız bu çalışmada, öncelikle sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarına ilişkin kavramlar üzerinde durulmuştur. Ardından Cumhuriyetin ilk yıllarından bugüne kadar Türkiye’de sağlık politikalarının gelişim sürecine dönemler halinde yer verilmiştir. Yeniden yapılanma kavramı ve yeni kamu yönetimi anlayışı doğrultusunda 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm süreci ile Türkiye’deki sağlık politikalarının, sağlık hizmet sunumuna yönelik yapısal ve yönetsel değişiklikleri çalışmamızın asıl amacını oluşturmaktadır. Türkiye’de sağlık alanındaki yeniden yapılanma sürecindeki mevzuat değişiklikleri ile yenilenen teşkilat yapısı da incelenen konular arasında bulunmaktadır. 2002 yılından itibaren sağlık politikalarının sürekliliğinde merkezi yönetimin tek parti hükümeti olması etkilidir. Ülkemizde 2000’li yılların sağlık politikaları genel olarak yeni kamu yönetimi anlayışına uygun olarak özelleştirmenin teşviki ve devletin hizmet üretiminden uzaklaşarak düzenleyicilik işlevini üstlenmesi yönünde şekillenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlık Politikası, Yeniden Yapılanma, Sağlıkta Dönüşüm

ABSTRACT

MASTER'S THESIS

THE STRUCTURING OF SANITATION IN TURKEY (2000-2015)

Serap ULUBAY İSTEK

Advisor: Professor Abdullah KIRAN

2016, Page: 154

While the globalization process starting at the end of 20th century and effecting the whole world reveals the different trends of monetary policy of countries, it becomes an obligation to renew the public administration owing to influencing the management rules with the parallels of development of policy and democracy. And while this alternation in public administration changes the public policy, the health policy for public sanitation has been affected.

It is aimed to emphasize on the notions related to sanitation and health policy in our study dealing with sanitation and health policy of Turkey in 2000s. Then, the terms of development process of Turkey's health policy from the first years of Republic till now are included in this study. In accordance with the concept of reconstruction and the notion of new public administration, the main subject of our dissertation consists of constructional and administrative changes of sanitation and health policy of Turkey with the process of transition in sanitation in 2003. The study also concerns about the subjects of organizational structure renewed with the legislative amendments in the process of reconstruction of Turkey's sanitation. One party government is prominent for centralized management with the continuity of health policy started in 2002. The health policy of 2000s in Turkey has been shaped the motivation of privatizing in accordance with the percept of new public administration and undertaking the function of regulation.

Key-words: Sanitation, Health Policy, Reconstruction, Transition in Health

ÖNSÖZ

Sağlıklı bir devlet düzeninin sağlıklı bireyler yetiştirilmesiyle mümkün olduğu gerçeğinden hareketle bireylerin sağlığının korumasında, sağlığını kaybettiği durumlarda yeniden kazanmasını sağlamak için teşhis ve tedavilerinde sağlık kuruluşlarının verdiği hizmetler birey ve toplumun devletle olan ilişkilerinde önemli bir yer teşkil eder. Bu çerçevede, bireyin ve bireylerin oluşturduğu toplumun sağlıklı olması için gereken tüm faaliyetler sağlık hizmetlerinin kapsamı verilmesi zorunlu bir unsurdur. Sağlık hizmetleri, niteliği ve süresi yönünden çoğu kez önceden öngörülemeyen bir talebe sahip, ikamesi ve ertelenmesi söz konusu olmayan, sosyal bir amaç barındıran ve bu nedenle de kamusal olan hizmet sıfatını taşımaktadır. Kanuni Sultan Süleyman'ının yaklaşık beş yüz yıl önce ifade ettiği gibi “Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi ” sözü konunun özetlenmesi ve ehemmiyeti açısından manidardır. Günümüzde de sosyal, kültürel ve ekonomik anlamda güçlü toplumların temelinde sağlıklı bireyler aktif rol almaktadır.

Yaptığım çalışmanın her merhalesinde beni yönlendiren, karşılaştığım zorlukları tecrübesi ve bilgisi ile aşmamda yardımcı olan değerli tez danışmanım, değerli hocam; Prof. Dr. Abdullah KIRAN' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yine bu çalışmayı yaparken görüş ve önerileriyle bana destek olup bana yön veren değerli hocam; Prof. Dr. Bayram COŞKUN' a minnet ve şükranlarımı bildiririm. Sağlık Yüksekokulu Müdürümüz Yrd. Doç. Dr. Hanifi KÖRKOCA ve Yrd. Doç. Dr. Aytuğ Altın'a desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimine başlamamda bana destek olan, her aşamada sabırla beni motive eden eşim Özmen İSTEK, çocuklarım Duru ve Rüzgar ve ailemden, arkadaşlarımdan uzak kaldığım ilgilenemediğim süreler için özür diliyorum.

Tezi yazarken hayatta olan sonuçlanması yönünde manevi desteğini esirgemeyen fedakâr öğretmen annem **Şükran ULUBAY'a; mekânın cennet olsun...**

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
AEP	: Acil Eylem planı
AK PARTİ	: Adalet ve Kalkınma Partisi
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
ANAP	: Anavatan Partisi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezleri
ATT	: Acil Tıp Teknisyenleri
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı DB: Dünya Bankası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENDOTEM	: Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Tedavi Merkezi
ESK	: Elektronik Sağlık Kayıtları
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
IMF	: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
KAYA	: Kamu Yönetimi Araştırması Raporu
KHB	: Kamu Hastane Birlikleri
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
KYTK	: Kamu Yönetimi Temel Kanunu
md	: Madde
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı

MEDULA	: Sağlık Bakanlığınca oluşturulan ve yürürlüğe konan merkezi bir program
MEHTAP	: Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
MHRS	: Merkezi Hekim/Hastane Randevu Sistemi
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
OECD	: Organisation for Economic and Cooperation Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PTT	: Posta Telgraf Telefon İşletmeleri Genel Müdürlüğü
RG	: Resmi Gazete
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBPYDB	: Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SDSGR	: Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SKRS	: Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
Sy	: Sayı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCDD	: Türkiye Devlet Demir Yolları
TCKB	: Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı
TCSB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

TCSSYB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TODAİE	: Türkiye Ortadoğu Amme İdare Enstitüsü
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel Teknik Araştırma Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
USBS	: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
USVS	: Ulusal Sağlık Veri Standartları
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
YAYED	: Yönetim Araştırma ve Eğitim Derneği
YKH	: Yeni Kamu hizmeti
YKY	: Yeni Kamu Yönetimi
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. 1990'lı Yıllarda Mevcut Sağlık Sistemi Sorunları.....	38
Tablo 3.1. Liberal Politikaların Geleneksel Kamu Yönetimi Anlayışı ile Karşılaştırılması.....	59
Tablo 3.2. Geleneksel Kamu Yönetimi ile Yeni Kamu Yönetiminin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 3.3. Yerinden Yönetimde Yönetişim ve Yönetim Kavramlarının Temel Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.1. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Yaşanan Değişim (663 sayılı KHK)	94

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. 181 Sayılı KHK de Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şeması.....	96
Şekil 4.2. 663 Sayılı KHK ile Oluşturulan Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması	97



GİRİŞ

Ülkemizde sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olan herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmek üzere kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, sürekli ve yaygın sağlık hizmeti verilmesinden devletin sorumlu olduğu TC Anayasa'sı ile güvence altına alınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Devleti sağlığın korunması, geliştirilmesi ve geri kazandırılmasına yönelik yükümlülüklerini yerine getirmek üzere kuruluş tarihi olan 1920 yılından itibaren geliştirmeye başladığı sağlık hizmet ve politikalarında eşit, adil bir sağlık hizmetinin sunulmasını öncelikli amaç olarak belirlemiştir. Anayasal haklarla garanti altına alınmış olan bireyin sağlıklı yaşam hakkı doğrultusunda oluşturulan bugünkü Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Devlet teşkilatının ilk oluşumlarından biridir. Ülkemizde Cumhuriyet tarihinden itibaren sağlık politikalarının oluşturulması söz konusudur. Günümüzde toplumların gelişip modernleşmesiyle paralel olarak bireyler değişen yaşamlarını ve gereksinimlerini karşılama adına sağlık sistemlerinden daha kaliteli ve ulaşılabilir sağlık sunumu talep etmektedirler. Bu taleplerdeki temel beklenti hakkaniyetli, ayrımcılığın olmadığı, hizmeti alan ve üretenin daha mutlu olduğu bir sistemin işleyişi anlaşılmaktadır. Bireylerin beklenti ve gereksinimlerine odaklanmış bir sağlık hizmet sunumu gerçekleştirmek amacı ile insan yaşamını bütüncül bir yaklaşımla ele alan sağlık politikalarının toplumun genel sağlık yapısında koruyucu, önleyici bir bütün olarak değerlendirilerek oluşturulması gerekliliği kabul edilmiştir.

20. yüzyılın sonlarına doğru hız kazanan ekonomik, siyasal ve teknolojik gelişmeler kamu yönetimini de derinden etkilemiş; kamu hizmeti ve kamu yönetimi anlayışında ciddi değişimlere yol açmıştır. Sanayi toplumunun bilgi toplumuna dönüşmesinde etkili olan teknolojik gelişme sosyal yapı ve ekonomik yapı üzerinde de etkisini göstererek değişimi zorunlu kılmaktadır. Yaşanan bu değişim ve dönüşümde küreselleşme, hızlanan teknolojik gelişme, devletlerarasındaki karşılıklı bağımlılığın giderek derinleşmesi, toplumların ihtiyaç ve beklentilerinin çeşitlenmesi, demokratikleşme akımları, karar alma süreçlerinde katılımcılık ve sivil toplum bilincinin gelişmesi gibi etmenler önemli rol oynamaktadır. Yenedünya düzeni olarak bilinen küreselleşmenin temel nedeni olan teknoloji kullanımındaki artış kişilerin yaşam biçimlerini ve ihtiyaçlarını değiştirirken siyasi otorite olan devletin sunduğu kamusal hizmetlerin yetersiz kaldığı bir yapının ortaya çıkması kaçınılmazdır. Türkiye'de de

değişen ve gelişen şartlara uyum sağlamak, ihtiyaçlara cevap vermek noktasında sağlık alanında sürekli yenilenme ihtiyacı duyulmuştur. Kamu yönetim sistemi de toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamada etkin bir araç olarak değişen koşullara uyum sağlamak üzere değişmektedir. Dünyada değişen hizmet ve yönetim anlayışı ile devletlerin de yönetim anlayışlarını ve sundukları kamusal hizmetleri yeni anlayış doğrultusunda yapılandırması gerekliliği ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik uygulanan sağlık politikası çalışmalarının temelleri TC. Hükümeti ile DB arasında 1990 yılında imzalanan Sağlık Projesi İkraz Anlaşması ile başlamaktadır. Bu proje 2002 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hazırlanmasına ve 2003 yılında uygulama aşamasına geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ana bileşenlerinin belirlenmesine rehberlik etmektedir.

İdeal sağlık sisteminin bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında hakkaniyetli bir şekilde erişilebilir, verimli, kaliteli ve sürdürülebilir olması gerektiğini stratejik planında belirten Sağlık Bakanlığı bu sistemi gerçekleştirmek üzere 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı olarak başlatılarak sağlık merkezlerinin, sağlık finansmanının ve örgüt yapısının değişmesine yönelik politikaları uygulamaktadır.

Küreselleşmenin etkisi ile değişen yaşam tarzı sağlıklı yaşam hakkının içeriğini de değiştirerek sağlık hizmetlerinden beklentileri etkilemektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin karşılanmasından ve denetiminden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı’nın da yeniden yapılanması sağlık hizmetlerinin verimliliği esası ile gerçekleştirilmiştir. Kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı bir kurum veya kuruluşun örgüt yapısındaki değişim olarak kabul etmek sistemin işleyişindeki diğer unsurların dikkate alınmasını erteleyeceğinden Sağlık Bakanlığı’nın yeni kamu yönetimi ilkelerine göre yapılandırılmasında alt yapı çalışmaları olarak da belirtebileceğimiz çeşitli yasal düzenlemeler hazırlanarak hayata geçirilmiştir. Sağlık hizmet sunumunda aile hekimliği sisteminin uygulamasına başlanmadan tüm kamu çalışanı ve emeklilerinin sağlık harcamalarının tek merkezde toplanması amacıyla Sosyal Güvenlik Sisteminin oluşturularak kamuya ait tüm sağlık merkezlerinin birleştirilmesi ve genel sağlık sigortasının uygulanması ile Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki değişimi başlatmaktadır.

2004 yılında hazırlanarak TBMM’de kabul edilen Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun’un yürürlüğe girmesi ile Türk

kamu yönetiminin tamamen yeniden yapılanması planlanmaktaydı fakat bu kanun yürürlüğe giremedi. 2011 yılında bu kanun ile planlanan ve hayata geçirilemeyen düzenlemeler KHK'ler ile yürürlüğe girerek bazı bakanlıkların görev işleyiş ve örgütsel yapısı değiştirilerek kamu yönetiminin yeniden yapılanma ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılması hızlandırılmıştır. Sağlık Bakanlığının görev ve işleyişini değiştiren 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısı değişerek sağlık hizmet birimlerinin de değişmesi ya da yeni birimlerin oluşturulmasını sağlayan düzenleme yüz yılı aşkın süredir devam eden sistemi tümüyle değiştirmektedir.

Bu çalışma, 1982 Anayasası 123. Maddesinde belirtildiği üzere “İdare, kuruluş ve görevleriyle bir bütündür ve kanunla düzenlenir. İdarenin kuruluş ve görevleri, merkezden yönetim ve yerinden yönetim esaslarına dayanır. Kamu tüzel kişiliği, ancak kanunla veya kanunun açıkça verdiği yetkiye dayanılarak kurulur ” hükmü doğrultusunda Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin 2000'li yıllarda nasıl bir değişime uğradığını ve birey sağlığını korumaya geliştirmeye yönelik yapılan yeni düzenlemeleri içermektedir. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında etkili olan mevzuat incelenerek eski yapı ile yeni yapının karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Kapsamlı bir literatür taraması yapılarak tezin amacına uygun değerlendirmeler yapılmaya çalışılmıştır.

Literatürde sağlıkta dönüşüm programı ve yeniden yapılanma konusunda çalışmalar bulunmaktadır. Ancak sağlıkta dönüşüm ile ilgili bilgilerin sınırlı olduğu görülmüştür. Yeni kamu yönetimi anlayışı ile Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde yaşanan köklü değişimin günümüz koşullarında incelendiği ve dört ana bölümden oluşan bu çalışma ile literatüre katkı sağlanması düşünülmektedir. Türk kamu hizmet yönetiminin yeni kamu yönetimi anlayışı ekseninde nasıl değiştiği yeni yönetim sisteminin analiz edilmesi de amaçlanmıştır. Araştırmanın yöntemi ve veri toplama teknikleri; araştırmada sadece 2003 yılından itibaren sağlıkta yapılan reformlar ele alınmış olup, o tarihten önceki sağlık reformlarının kısa bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Yapılan araştırmada; incelenen konuyla ilgili tezlerden, makalelerden, kitaplardan ve uluslararası finans kuruluşları Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund) (IMF), Dünya Bankası (DB) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) gibi örgütlerin raporlarından yararlanılmıştır. Verilerin güncel olmalarına dikkat edilmiştir.

Birinci bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları genel olarak incelenmiş sağlık hizmetlerini türleri, özellikleri ve sağlık politikaları ile ilgili temel kavramlara yer verilmiştir. İkinci bölümde Türkiye'deki sağlık politikalarının değişimi 1920 yılından itibaren değişimi incelenmiştir. Kurumsallaşma dönemi olarak bilinen 1960 yılına kadar olan dönem incelendikten sonra planlı kalkınma dönemi 1980 yılına kadar ayrı ve Türk siyasi tarihinde dönüm noktası olan 1980'li yıllarda Sağlık alanında yapılan değişiklikler ile 2002 yılına kadar olan tarihsel süreç incelenmiştir.

Üçüncü bölümde yeniden yapılanma, yeni kamu yönetimi ve yeni kamu hizmetleri hakkında genel bir bilgi ve Türkiye'de kamu yönetiminde yeniden yapılanmaya yönelik reform girişimleri ile reformların getirdikleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Dördüncü ve son bölümde ise, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin 2002 yılından sonraki dönüşüm süreci açıklanmıştır. Bu sürecin temel unsuru olan aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik sisteminin oluşması hakkında bilgi verildikten sonra teşkilat yapısının değişmesini sağlayan 663 sayılı KHK eski ve yeni teşkilat yapısı karşılaştırılarak mevcut durum yeni kamu yönetimi ilkeleri doğrultusunda değerlendirilmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlıklı bireylere ve topluma sadece sağlık sektörünün sunduğu hizmetlerle değil, sektörler arası bir politika ile ulaşılabileceği anlayışı ile geliştirilen Ulusal Sağlık Politikası aracılığıyla ulaşılır.

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak değişerek gelişen sağlık hizmetlerinin sağlıkla ilgili birçok yeni kavramı ortaya çıkardığını kabul etmek gerekir.

1.1.1. Sağlık Kavramı

Hasta olmama halini ifade edecek şekilde kullandığımız sağlık ile ilgili çok sayıda tanımlar yapılmıştır.

Ateş, sağlık kavramını sosyal, siyasal, ekonomik, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen, gelişen bir kavram olarak tanımlamaktadır. Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1979 Alma Ata Konferansı'nda ise sağlık; hastalık ya da sakatlığın bulunmaması yanında bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Sağlık kavramını oluşturan ve sağlığı etkileyen temel faktörler; kalıtım, davranış, çevre ve sağlık hizmetleridir (Ateş, 2013:1).

Sağlık kavramı ilk olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Türk Sağlık Mevzuatına girmiştir. 12.01.1961 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren bu kanun, sağlık kavramına şu şekilde yer vermektedir: “Sağlık, sadece hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir (R.G., 1961: 3597)”.

Mevzuatta yer alan bu tanım sağlığın hastalık ve sakatlık durumu ile birlikte kişilerin sosyal ve ruhsal açıdan da değerlendirilmesini öngörmektedir. Sosyal açıdan tam bir iyilik hali ile kastedilen durum ise Dünya Sağlık Örgütü'nün iyilik modelinde şu şekilde açıklanmıştır: “Kişilerin fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri için, yüksek bir potansiyele sahip olmalarını ve fonksiyonellik sürecinde ya da diğer bir deyişle görevleri yerine getirme sürecinde bireyin vücut, akıl ve ruh olarak bütünleşmesini ve bu şekilde hareket etmesini içermektedir (Somunoğlu, 1999: 5)”.

Onkun (2015:3); Dünya Sağlık Örgütü'nün tarafından yapılan sağlık kavramı tanımını sağlıklı olmayı belirleyen unsurları dikkate alarak sübjektif sağlık ve objektif sağlık olarak ikiye ayırmaktadır:

Subjektif Sağlık: belli bir zamanda kişinin kendini canlı, enerjik ve sağlıklı hissetmesidir. Hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı hissedebilme durumudur. Bu algının oluşmasında çevre, eğitim durumu, yaşam tarzı, yaş gibi faktörler etkilidir.

Objektif Sağlık: Bireyin muayene, teşhis ve tahlil sonuçları ile hekimler tarafından belirlenen sağlıklı/hasta olma durumudur. Sağlık olgusu, hem beden hem de akıl sağlığının iyi olduğunun teşhis edilmesi ile gerçekleşir. Başka bir ifade ile sağlıklı birey kendisini hem subjektif olarak sağlıklı olarak algılamalı hem de uzmanların teşhisine göre objektif sağlıklı olması gerekmektedir.

Dünya sağlık örgütü tarafından belirlenen iyilik modeli, sübjektif olarak bireyin kendisini nasıl algıladığına odaklanmaktadır.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Akdur (2006:16); insanlık tarihi ile başlayan sağlık hizmetlerini en genel anlamıyla “insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümü” olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetleri bütüncül bir kavram olarak hastalıktan korunma, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülebilir olması için gereken tüm hizmetleri içermelidir. Sağlığın sürdürülebilir olması dikkate alındığında kişilerin yaşam kalitesini yükseltici nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam için gereken tüm unsurların da sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmesi gerekir.” sağlık hizmetleri denir.

Evrensel ve yasal nitelik taşıyan sağlık hizmetleri ile ilgili hükümler, Anayasamızın 56. Maddesi ile “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlığı altında güvence altına alınmıştır: Toplumun tüm bireyleri sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamlarını sürdürme hakkına sahiptirler. Temiz bir çevrede yaşamak yaşanan bu çevreyi koruyup geliştirmek, sağlıklı bir yaşam için çevre kirliliğini önleyerek çevre sağlığını korumak devletin yanında bireylerin de temel görevidir. Devlet, bu görevini kamu ve özel sektörlerdeki sağlık ve sosyal hizmetler sunan kurum ve kuruluşlardan faydalanarak yürütür ve aynı zamanda bu kurumların denetlenmesini de yerine getirir

(TC Anayasası, 2010: 65). Sağlık hakkı da yine 1982 anayasasının 17. Maddesinde de yer alan “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” ibaresi ile güvence altına alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun tamamını hastalıklardan koruyarak bireyleri yaşamları boyunca sağlıklı kılmaktır. Ülkemizde bu amaca yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında sağlıklı toplum hedeflenerek sağlık politikaları oluşturulmaktadır.

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerle birlikte sunulması ve sektörler arası işbirliği yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden farklılaştıran bazı temel özellikleri şu şekilde özetlemek mümkündür (Ateş, 2013: 3):

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır, talep önceden belirlenemez: Sağlık hizmetlerine nerede, ne ölçüde, hangi durumda ve hangi zaman diliminde gereksinim olacağını ve sunulan hizmet maliyetinin ne olacağını öngörmek güçtür.

- Sağlık hizmetleri ertelenemez, acildir ve ikame edilmesi mümkün değildir: Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ve sektörlerden ayıran en önemli özelliklerden biridir. Bir tedavi planında hastanın önerilen sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmeti kendisinin belirleyip talep etmesi, ertelenmesi hakkı yoktur. Mali açıdan daha düşük tutarlı bir hizmet ile yüksek tutarlı bir hizmetin değiştirilmesi de mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki fiyat değişimleri talebi etkilememektedir. Bireyler ekonomik nedenler öncelikli olmak üzere değişik nedenlerle birçok ihtiyaçlarını gidermede ihtiyacı olan mal ya da hizmetlere olan taleplerini erteleyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanılması zorunlu ve ertelenemez bir gereksinim olduğundan fiyatlardaki değişikliklerde gösterilecek duyarlılık oldukça zayıf olmaktadır. Yani fiyatlardaki artış sağlık hizmetlerine olan gereksinimi dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi fiyat düşmesi de talepte artış oluşturmaz.

- Sağlık hizmetleri toplumsal nitelikte ve kamusal özelliğe sahiptir: Sağlık hizmetleri toplum sağlığının korunup sürdürülmesine yönelik olduğundan tüm nüfusu ilgilendirmekte ve etkilemektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal devlet olmanın gereği devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir. Salgın hastalıklarla yapılan

mücadele ve tedaviler bütün toplumun yararına olabilmektedir. Devletin zorunlu hallerde zorlayıcı seçim ile sağladığı fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir her bireyin sağlığının korunması, sürdürülmesi devletin esas görevleri arasında yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hastalık halleri olmadığı halde, toplumun her bir bireyinin aşılınması için yapılan mali harcamalarda kar amacını düşünmeden toplumun sağlıklı olma halini korumak amaçlanmıştır (Odabaşı, 2001: 27-29).

- Sağlık hizmetleri bütünlük özelliğine sahiptir: Sağlıkla ilgili bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri, temel sağlık hizmetlerini ve ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütünlüktür. Hizmetin sunulma biçimi ile hizmet alan, hizmet sunan ve çevredeki diğer sektörlerle kurumları da kapsamaktadır.

- Sağlık hizmetlerinde standardizasyon sağlanamaz: Sağlık hizmeti kişiye, hekime, sağlık kuruluşlarında teşhis ve bakımda kullanılan teknolojinin özelliğine ve benzer faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir. Hastalık ve tedavi süreci her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan söz etme olanağı yoktur. Sağlık hizmetlerinden elde edilecek sonuç ölçülemez. Bu nedenle hizmet ve kalite standartları belirlenmesi mümkün görünmemektedir.

- Sağlık hizmetlerine olan talep hekim tarafından belirlenmektedir: Tüketici olarak insanlar piyasada var olan birçok ürün ve hizmet hakkında bilgi sahibi olup kendileri satın alma kararı vermektedir, ancak sağlık alanında karar verirken mutlaka bir uzmandan yardım almak zorundadırlar. Fayda/maliyet analizini hizmet kullanıcısı olarak yapamazlar. Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan uzmanlaşmış kişiler tarafından ihtiyacın varlığı belirlenmektedir.

- Sağlık hizmeti sunan işletmeler diğer hizmet sunan işletmelere göre teknoloji yoğun emek işletmeleridir. Bu nedenle maliyetler yüksektir. Hata yapma ve belirsizlik koşullarına imkân tanınmamaktadır. Aynı zamanda sunulan hizmete dair bir garanti söz konusu değildir, hayati önem taşımaktadır. Sektörler arası etkileşim fazladır.

-Sağlık hizmetleri özel niteliklidir: Tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kişiye özeldir. “Bir bireyin sağlığı doğrudan başka bir bireyi ilgilendirmez ” (Ateş, 2013: 6).

Sağlık veya hastalık olgusunun sağlık hizmetlerinin ürünü olarak kabul edilmesi gerekliliğiyle, toplumsal yapının bir parçası olan sağlık hizmetlerinin siyasi yapı çerçevesinde belirlenmesi gerekmektedir.

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlığın bozulması ile başlayan hastalıkların tedavisi şeklinde başlayan sağlık hizmetleri zamanla hastalık ya da sağlığı bozucu etkenlerin öğrenilmesiyle mikroplarla mücadele, kişisel hijyen ve çevre sağlığı gibi konulara yönelmiştir. Akdur; bireylerin sağlığının bozulmasını önlemek ve korumanın yanında hasta olan bireylerin tedavi edilmesi ve iyileştirilmesi için uygulanan faaliyetlerin tamamının sağlık hizmeti kavramı altında yürütüldüğünü ifade etmektedir (Akdur, 2006: 17).

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon (iyileştirme) hizmetleri olarak sunulmaya başlanmış ve son yıllarda önemlerinin giderek artması üzerine ülkemizdeki sağlık hizmetlerine sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ve evde bakım ve tedavi hizmetleri ilave edilmiştir. Günümüzde sağlık hizmetleri beş grupta toplanmaktadır.

1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumun tamamının sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi için alınan tedbirler ve yapılan çalışmalar olarak ifade edilebilir. Bireylerin hastalıkla karşılaşmadan gerekli tedbir ve önlemlerin alınması ve toplumun tümünün yararlanması temelinde sağlanan bir hizmet türüdür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı “toplumda hastalık riskini azaltmak ve sağlık seviyesi daha yüksek bir toplum oluşturmak olduğundan” devlet tarafından bu tür sağlık hizmetlerinin sunulması bir zorunluluk arz etmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 79).

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki şekilde yerine getirilmektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerini sunan birim sağlık ocakları ve sağlık evlerinin yerini aile

hekimliği sistemi almıştır. Halk sağlığı laboratuvarları ve dispanserler de koruyucu sağlık hizmetini yerine getirmektedir. 2011 yılında hazırlanan 32440 sayılı mevzuat gereğince koruyucu sağlık hizmetleri İl Sağlık M¼d¼rl¼klerinden ayrılarak yeni kurulan İl Halk Sağlığı M¼d¼rl¼klerine devredilmiştir.

Kişiye y¼nelik koruyucu sağlık hizmetleri: Kişileri ve dolaylı olarak toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve g¼çlü kılmayı hastalık halinde erken d¼nemde tanı konularak en az hasarla veya hasarsız tedavi etmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bu t¼r hizmetler, tedavi hizmetlerine g¼re daha kolay gerçekteştirilebilen, daha etkili ve daha ekonomik olan hizmetlerdir. Beslenmenin iyileştirilmesi, aşılama, erken tanı ve uygun tedavi, aile planlaması, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi gibi bir çok hizmeti kapsar. Hekim, hemşire, ebe gibi sağlık personeli tarafından y¼r¼t¼len hizmetlerdir. “Sağlık hizmetlerinin ve devletin temel sorumluluğu kişilerin hasta olmamalarını sağlamaktır. Bu nedenle, h¼k¼metlerin ve sağlık çalışanlarının temel sorumluluğu kişileri hastalıklardan korumaktır (TCSB, 2012: 2)”. Burada asıl amaç sağlığın bozulmasını engelleyecek temeller oluşturmak ve salgın hastalıkları ¼nlemektir.

Çevreye Y¼nelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsan çevresinde bulunan ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen her t¼rl¼ fakt¼rlerin yok edilmesi için yapılan çalışmalar ve alınan ¼nlemlerdir. Çevreyi olumsuz etkenlerden arındırmak için yapılan çalışmaların t¼m¼n¼ çevreye y¼nelik koruyucu ¼nlem adı altında toplamak m¼mk¼nd¼r. Çevreye y¼nelik koruyucu sağlık hizmetleri fiziki, biyolojik, ekonomik ve sosyolojik çevre koşullarının bireylerin sağlıkları ¼zerinde meydana gelebilecek olumsuz etkilerin azaltılması için yapılan girişimlerin tamamı olarak da ifade edilebiliriz. Çevre sağlık hizmetleri olarak adlandırılan Bu hizmetler veteriner, m¼hendis, kimyager vb. meslek mensupları tarafından y¼r¼t¼l¼r. Çevre sağlığı hizmetlerinin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlerin yok edilmesi, kişilerin etkilemelerini ¼nleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Sağlık sekt¼r¼n¼n, bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir (Akdur, 2006: 18).

1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir ¼st kademesini oluşturan bu hizmet t¼r¼ hastalıkla karşılaşan bireylerin teşhis ve tedavileri için yapılan her t¼rl¼ hizmetlerden oluşmaktadır. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çikan verimlilik artışı gibi

nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi hastalıklarla karşılaşmadan sunulan danışmanlık veya eğitim içeren bir hizmet türü değildir. Sağlık hizmetini talep eden kişi hizmetten doğrudan yararlanır. Hastalık ya da sakatlık durumu ile karşılaştığı anda başlayan, evde veya hastanelerde ayakta ya da yatırılarak sunulan hizmetin tamamını kapsayan çalışmalardır. İleri teknik ve teknolojik donanım gerektiren hastalıkların tedavisinin sağlandığı üniversite hastanelerindeki tüm hizmetlerde tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri sadece kamu tarafından değil özel girişimciler tarafından da sunulur (Aktan, Işık, 2011: 3).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak sınıflandırılması ve verilen hizmetin niteliği ülkelerin sağlık sistemlerinde benzer şekilde yapılandırılmıştır. Pala çalışmasında bu sıralamaya “bireyin kendi kendine bakım yapmasını” da eklemektedir. Kişilerin hastalıkla karşılaşmaları durumunda kendi kendini iyileştirme çabaları ya da yakınlarının ve çevresindekilerin iyileştirmek için yapmış oldukları tedavi biçimlerini “kendi kendine bakım” olarak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak değerlendirmektedir. Bu tedavinin evde yapılan bitkisel ilaçlar ile ya da eczaneden alınan tıbbi özellikli ilaçlar ile yapıldığını belirtmektedir (Pala, 1995: 64-75).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sunumu şu şekilde gerçekleşmektedir:

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların ev ortamında ya da ayakta teşhis ve tedavi edilmesi için düzenlenen hizmet türüdür. Bu hizmetler ülkemizde sağlık ocaklarında, özel polikliniklerde muayenehanelerde sunulmaya başlamıştır. Günümüzde ise sağlık ocaklarının yerini alan aile hekimlikleri, özel poliklinikler ve toplum sağlığı merkezlerinde sunulmaktadır. Esas olarak yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülür. Tedavi edici hizmetler içerisinde hastalara en yakın ve ulaşılması en kolay olan ücretsiz hizmet sunulan kısmını oluşturur (Ateş, 2013: 11). Ülkemizde aile hekimliği merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin sunmuş olduğu hizmetler birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji kullanımını gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi için hastalar hizmet talep ederler. Ülkemizde bu hizmeti veren kurumlar devlet hastaneleri, özel hastaneler ve diğer yataklı sağlık merkezleridir (Ateş, 2013: 12).

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Yoğun bilgi ve yüksek teknolojinin kullanıldığı özel tedavi ve ileri tetkikler gerektiren hastalıklar için üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal hastanelerinde verilen sağlık hizmetleri olarak tanımlanabilir. Bu tür sağlık hizmetleri genellikle yataklı tedavi kuruluşlarında belirli bir dalda uzman ve daha profesyonel ekipler tarafından sunulmaktadır (Ateş, 2013: 12).

1.1.4.3. Rehabilitasyon Edici (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen kısmen veya tamamen sakat kalan ve işlevselliğini kaybedenlere, bu özelliğini yeniden kazandırma ve çalışma olanağı sağlanmasına yönelik hizmetlerdir. Temel amaç tıbbi, eğitsel, sosyal ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kişinin başkalarına bağımlı olmadan üretici duruma getirilmesidir. Esenlendirme hizmetleri uzun süreli olan, tedavi sonuçlarının ne olacağı önceden tam olarak tahmin edilemeyen, pahalı teknik araç ve gereçleri gerektiren maliyeti yüksek sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri; hekim ve diğer sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen tıbbi iyileştirme ve sosyal çalışmacılar tarafından sosyal (mesleki) iyileştirme hizmeti olarak iki şekilde yerine getirilmektedir (Ateş, 2013: 12).

a) Tıbbi Esenlendirme (Rehabilitasyon): Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine protez-ortez takılmak suretiyle, kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlere tıbbi esenlendirme hizmetleri adı verilir. Tıbbi esenlendirme faaliyetleri sağlık sektörü ve personeli tarafından gerçekleştirilir (Akdur, 2006: 20).

b) Toplumsal Esenlendirme: Fiziki veya psikolojik hasarlı kişilerin, ailesine ve topluma yük olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri, durumlarına uygun bir işe yerleşmeleri gerekirken önceden sağlıklı olarak çalışan bir kişinin herhangi bir hastalık

ya da kaza nedeniyle engelli hale gelmesi durumunda da kendisine yapabileceği diğer bir işin verilmesi gerekir. Bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine toplumsal esenlendirme hizmetleri denir. Toplumsal esenlendirme hizmetlerini yapacak bir takım toplumsal kurum ve örgütlenmelere gereksinim vardır. Bu hizmetler, sosyal çalışmacılar tarafından sosyal hizmetler kurum ve personeline gerçekleştirilir (Akdur, 2006: 18).

1.1.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı kişilerin bedensel ve zihinsel sağlıklarının korunarak yaşam koşullarını yükseltmek amacıyla sağlanan hizmetlerdir. Bireylerin yaşam tarzlarının değiştirilerek sağlıklı yaşamın ön koşulu olan kötü alışkanlıklardan uzaklaştırmaya yönelik hizmetlerdir. Sağlıklı beslenme, spor yapma, zararlı madde kullanımını önlemek gibi bireye yönelik hizmetlerdir. Kaliteli ve sağlıklı yaşamak için gereken bireysel alışkanlıklar kazandırılmaya çalışılır (Tengilimoğlu ve ark, 2012: 84).

1.1.4.5. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri

Yaşlı veya yatağa bağımlı hastaların bakım ve tedavi hizmetlerinin kendi evlerinde sağlık çalışanları tarafından karşılanması şeklinde başlayan evde tedavi ve bakım hizmetleri zaman içerisinde farklı tedavileri de içeren bir hizmet olarak sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerin amacı hastane koşulları gerekmeyen hastaların, ev ortamında moral seviyesinin daha yüksek tutulması ve sağlık harcamalarının azaltılmasıdır (Özlu, 2007: 50).

Ülkemizde yürütülen tüberküloz hastalarına yönelik doğrudan gözetimli tedavi hizmetleri ve yaşlı bakımı bu hizmetlere örnek gösterilebilir.

1.2. SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMI

Politikayı Lasswel “kimin, neyi, ne zaman, nasıl elde ettiğini belirleyen bir faaliyet” olarak tanımlamaktadır. Uzlaşma, çatışma ve düzen kurma faaliyetleri olarak anlamını ve özünü değiştiren politika kavramını “herkesin yararına olan bir toplum düzeni kurma çabası” olarak tanımlamak mümkündür (Kapani, 2012: 18). Bu doğrultuda sağlık politikasını da sağlık sisteminde yer alan unsurların düzenlenmelerinde etkili olan faaliyetlerin tümü olarak tanımlayabiliriz. Sağlık teşviki ve geliştirilmesi sözlüğünde sağlık politikası: “Sağlık ihtiyaçları, mevcut kaynaklar ve diğer politik baskılara yanıt olarak eyleme yönelik öncelikleri ve parametreleri

tanımlayan, kurumlar (bilhassa hükümet) içindeki resmi bildiri veya prosedür” olarak tanımlanmaktadır. Bir ülkedeki, sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemeyi ve yapılandırmayı *Sağlık Politikası* olarak tanımlayan Akdur, sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ya da alt politikalarını ise; finansman, örgütlenme ve insan gücü olarak sıralamaktadır (Akdur, 2006: 21-22). Sağlık politikası, sağlık hizmetleri alanında üretilen politikalarla birlikte sağlığı etkileyen tüm politikaları içermektedir (Tatar, 2006: 22).

Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde etkili olduğu gibi sağlık hizmetlerinin özellikleri de sağlık politikalarının çağın gereklerine uygun değişmesinde etkilidir. Bir ülkede sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarının şekillenmesinde tarihi ve kültürel yapı, ekonomik durum ve salgın hastalıkların etkisini olduğunu söyleyebiliriz. Ekonomi politikaları ve sosyal politikalarda sağlık politikalarını etkilemektedir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi sağlıklı birey ve sağlıklı topluma sahip olmakla belirlenmektedir. Sağlıksız toplumlar barındıran bir ülke üretici olamayan bir nüfusa sahip olduğundan ilerleyemeyeceğinden toplumun tedavisi için finansal zorluklar yaşayacaktır. Bu nedenle, ülkelerin birincil hedefleri sağlıklı toplum olmaya yönelik sağlığı koruyucu, önleyici tedbirler içeren uzun dönemli sağlık politikalarının yapılması olmalıdır. Her şeyin başı sağlık, sağlığın da başı etkili bir şekilde planlanmış ve uygulanmaya başlanmış politikadır prensibi ile ülkemiz sağlık politikalarının mevcut sağlık sistemini nasıl etkilediği ilerleyen bölümlerde yer almaktadır.

1.2.1. Sağlık Politikalarının Amaçları

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25. Maddede belirtilen; “herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır” ifadesi ile güvence altına alınan bu hak; işsizlik, hastalık, sakatlık veya kendi denetimini dışındaki koşullardan kaynaklanan nedenlerle geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsamaktadır. 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ve 60. Maddesi ; “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek, Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu

görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” ibareleri vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmaları yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğunu ifade etmektedir. Anayasal haklarla ve uluslararası evrensel antlaşmalarla garanti altına alınmış olan bireyin yaşam hakkına eşit ve adil bir sağlık hizmetini almayı sağlayacak sağlık sistemlerini ve sosyal güvencelerini de oluşturmayı güvence altına almaktadır. Bu hak doğrultusunda “sağlık politikalarının amacı; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne ve Tıp Etiği’ne dayanan, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmak için üretilecek politikalar olmalıdır (Önal, 2015: 2)”.

Sağlık politikası, iki temel durum üzerine odaklanmaktadır. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan birinci politikada sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini devlete verir. Sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak ele alan bu politika hizmetlerden yararlanma konusunda da eşitlik ilkesini öngörmektedir. Sağlığı bireysel bir olgu olarak gören diğer politika ise; bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngörmekte dolayısı ile sağlık hizmetlerine de kâr aracı olarak bakmaktadır. Bu yaklaşımda vatandaşın yerini müşteri almakta ve müşteri de bu haklardan fırsatları (maddi olanakları) ölçüsünde yararlanmaktadır. Bu bağlamda bir işletme mantığı ile ele alınan sağlık hizmetleri birer kar aracına dönüşmektedir. Sağlık alanı özünde hemen hemen toplumsal diğer alanlar gibi siyasi bir alanı ve siyasi bir tercihi yansıtmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenmesinde, dünyada genel olarak yukarıda bahsedilen bu iki yaklaşım etkili olmaktadır. Sağlık politikalarına ilişkin bu temel belirleyicilik, sağlık sisteminin diğer unsur ve uygulamalarını da şekillendirmektedir. Sağlık politikalarının belirlenmesinde ilk yaklaşımı benimseyen bir yapı, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışma ve risk paylaşımı anlayışı ile hareket ederek sağlık hizmetlerini kamu kaynaklarıyla (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunu da kamu örgütleri ve kamu personeli aracılığıyla yerine getirmektedir. Piyasa modeli yaklaşımı ise cepten ödeme veya özel

sigortacılığı finansman yolu olarak benimsemekte ve hizmet sunumunu da özel kuruluşlar eliyle yapılmaktadır (Akdur, 2006: 25).

Dünya Sağlık Örgütü, herkese gerekli olan sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede sağlanmasına uygun sağlık sistemini hedeflemektedir. Günümüzde toplumların gelişip modernleşmesiyle birlikte kişiler, kendi yaşamlarını, aileleri için değişen gereksinimlerini karşılama adına sağlık sistemlerinden daha kaliteli ve ulaşılabilir sağlık sunumu talep etmektedirler. Bu taleplerinde temel beklenti; ayrımcılığın olmadığı, adaletli, hizmeti alan ve hizmet sunanların daha mutlu olduğu bir hizmet anlayışıdır. Bireylerin beklenti ve gereksinimlerine odaklanmış bir sağlık hizmet sunumu oluşturmak amacı ile sağlık politikalarının toplumun genel sağlık yapısında koruyucu, önleyici bir bütün olarak değerlendirilmesi gereklidir. Bu amaç doğrultusunda belirlenecek hedefleri de “Sağlığın gelişmesi için sektörler arası işbirliğini güçlendirerek, çevre sağlığı konusunda gerekli önlemler almak ve bu konuda iyileştirmelerle halkın yaşam standardını yükseltmek için çalışmalarda bulunmak şeklinde özetleyerek sıralayabiliriz (Önal, 2015: 3)”.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili plan ve program yapılırken en temel amaçlar arasında bireylere kaliteli, kolay erişilebilir ve güler yüzlü bir hizmet sunulabilmesi için bütün imkânların seferber edilmesi gerektiğini belirten Recep Akdağ Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı dönemde hazırlanan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında İdeal Sağlık Sisteminin özelliklerini belirtmektedir: “Erişilebilir, kaliteli, verimli ve sürdürülebilir, insan odaklı sistem yaklaşımını esas alıp finansal hakkaniyeti gözeterek, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında hakkaniyetli bir şekilde erişmelerine olanak sağlanmalıdır (Akdağ, 2012: 13)”.

1.2.2. Sağlık Politikası Oluşturma

Sağlık politikası, sağlık hizmetleri ve programlarının sunulmasını ve bunlara erişimi sağlayan yönetmelik ve teşvikleri tanımlayan mevzuat veya diğer kural koyma şekilleri ile yürürlüğe girmektedir. Sağlık politikaları da diğer politikalar gibi, ülkenin temel verileri değerlendirilerek oluşturulur. Değişen ve gelişen teknolojiye ayak uyduracak düzeyde ve dünyadaki sağlık anlayışındaki gelişmeler dikkate alınarak politikalar üretilmelidir. Sağlık politikalarını belirlemekle görevli kurullarca oluşturulan bir ekip tarafından mevcut politikaların eksik yönleri ve sapsmaları tespit edilerek bu

politikaların uygulanabilirliği kontrol edilmelidir. Politik kararların uzun vadeli ve başarılı olmasının yolu; insan ihtiyaçlarının tam anlamıyla karşılanmasına bağlıdır. Bu nedenle politikalar yapılırken; bu ülkede yaşayan bireylerin, her şeyin en iyisine layık olduğunu düşünerek, en etkili hizmet, en verimli personel ve en başarılı plan yapılarak ona göre bir çerçeve çizilmelidir. Sağlık hizmetinin kimler tarafından sunulacağı, finansman kaynakları, hizmeti sunanlara ücretlerinin ödenme yöntemleri ve hizmetin nasıl satın alınacağı sağlık politikaları ile belirlenir (Önal, 2015: 3).

Sağlık politikalarının çağdaş görüşlerle Şu ilkelerle oluşturulması önerilmektedir (Akdur, 2006: 139-141):

1. Sağlık hizmetleri; eğitim, adalet ve güvenlik, hizmetleri gibi bir devlet hizmeti olmalıdır.
2. Sağlık hizmetleri, vatandaşların hizmet sırasında para ödemedен yararlanılabildiği bir hizmet olmalıdır.
3. Sağlık hizmetinin sağlanmasındaki amaç, herkese eşit hizmet götürmeye yönelik olmalıdır.
4. Kişi sağlığını ve sağlık hizmetlerini etkileyen olumsuz faktörlerin kaldırılması ve olumlu etkenler geliştirme temel politika olmalıdır.
5. Koruyucu hekimlik hizmetlerine önem verilmeli, özellikle halkın sağlık eğitimi öncelikli olarak sağlanmalıdır.
6. Evde veya sağlık merkezlerindeki hasta bakım hizmetleri birbirini destekleyici ve tamamlayıcı şekilde örgütlenmelidir.
7. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile evde-ayakta bakım hizmetleri, tedavi hizmetleri ile uyumlu bir biçimde yürütülmeli ve hizmet sunan ekip halk ile bütünleşmelidir.
8. Sağlık hizmetleri, bir ekip hizmeti olarak örgütlenmeli ve sürekli denetlenmeli, dayanışma içerisinde sağlık hizmeti sunulmalıdır.
9. Devlet, tüm sağlık personelinin eğitimini sürekli olacak şekilde sağlanmasından sorumlu olmalıdır.

Topluma daha iyi hizmet sunmak amacıyla oluşturulan sağlık politikalarında hedef toplumun ihtiyaçları, beklentileri ve kolay ulaşılabilirliği olmalıdır. Sağlık politikaları belirli bir plan ve amaçlar doğrultusunda oluşturulur. Bu politikalar, sağlık hizmetlerinin adil ve etkin bir şekilde sunulabilmesi ve herkesin ihtiyaç anında bu hizmetten kolayca faydalanarak bireyin sağlığını korumak ve iyileştirmek hedeflenerek oluşturulmalıdır. Sağlık politikaları hazırlanırken, sağlık hizmetinin kimler tarafından sunulacağı, finansmanının nasıl karşılanacağı, hizmetin nasıl satın alınacağı ve hizmeti üretenlere ücretlerinin ödenme yöntemlerinin belirlenmesinde yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır (Akdağ, 2012: 13).

Her ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık politikalarının oluşturulması görevi Sağlık Politikaları Kurulu olarak adlandırılan alanda uzman bir ekip tarafından yürütölmektedir. Kurul, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile Müsteşar ve müsteşar yardımcılarında oluşmaktadır. Kurul üyeleri en az lisans mezunu ve sekiz yıl iş tecrübesi bulunanlar arasında Sağlık Bakanı tarafından görevlendirilmektedir. Görev süresi iki yıl olup süresi sona eren üyeler yeniden görevlendirilebilmektedir. Kurul başkanı müsteşardır gerekli durumlarda müsteşarın görevlendireceği yardımcılardan biri de başkanlık yapabilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Bu bölümde; Cumhuriyet sonrasında dönemde Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikalarının tarihsel olarak gelişimi, bu süreç sırasında alınmış olan kararlar, yapılan uygulamalar ele alınacaktır.

2.1. TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Türkiye’de Cumhuriyet sonrası sağlık hizmetlerinin gelişmesi dönemler içerisinde incelenebilir. Bu dönemler arasında, sağlık hizmetlerinin ilkelerinde ve sunuluşunda farklılıklar vardır. Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişim ve değişimini E. Kol çalışmasında; dört başlık altında incelemiştir (2014: 90-96):

- 1920–1960 yılları arası Kurumsallaşma dönemi /Reform öncesi dönem,
- 1960–1980 Birinci dalga sağlık reformları,
- 1980–2002 İkinci dalga sağlık reformları,
- 2002- Günümüze kadar, Üçüncü dalga sağlık reformları.

1920 de başlayan ve 1960 yılına kadar geçen süreyi ve dönemleri biz kurumsallaşma dönemi olarak da adlandırabiliriz. Çünkü bu dönemde sağlıkla ilgili kanunlar, kurumlar oluşturulmuş, finansman ve insan gücü anlamında kaynaklar ve yapılar oluşturulmuştur. 1920 – 1938 yıllarını kapsayan ve Dr. Refik Saydam ile anılan dönemdir. İkinci dönem, 1938 – 1960 yıllarını kapsayan Dr. Behçet Uz ve Demokrat Parti’nin liberal politikaları ile anılan dönemdir. Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi olarak anılan 1960 – 1983 dönemi üçüncü dönemi ve Anavatan Partisi (ANAP) iktidarı ile başlayan konjonktürel yeni sağ politikaların etkilerinin yaşandığı 1983 – 2002 dönemine değinilecektir. 1990 sonrası dönem (Saltık, 2014: 2) “Küreselleştirme= Yeni Emperyalizm = Yeni Dünya Düzeni” olarak literatürde yer almaktadır.

2002 ile AKP Hükümetlerinin iktidar olduğu ve Recep Akdağ’ın Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemde başlayan ve bu güne kadar devam eden “Sağlıkta Dönüşüm Projesi/Programı” ayrıca incelenecektir.

2.1.1. Kurumsallaşma Dönemi Sağlık Politikaları (1920-1960)

Sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların olumlu anlamda hız kazanması Cumhuriyet'in ilanıyla başlamış olmasına rağmen Cumhuriyetin ilanından önceki dönemde de günün şartlarına göre önemli hizmetler gerçekleştirilmiştir (Sargutan, 2010:2880). 23 Nisan 1920'de çalışmaya başlayan TBMM, çıkardığı yasalarla, Cumhuriyet ilan edilmeden Cumhuriyetin kuruluş ilkelerini yaşama geçirerek yenilikler yapmaya başlamıştır.

Sağlık politikaları oluşturulurken hangi unsurların etkili olduğunu belirtmek üzere kurumsallaşma dönemini iki döneme halinde incelemek gerekir:

2.1.2. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

3 Mayıs 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisinin ilk icraatlarından olan 3 Sayılı Yasa ile "Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti"nin kurulması ve yeni devlet örgütü içinde bakanlık şeklinde yapılması gerçekleştirilerek sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi haline getirilmiştir.

Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâleti'nin kuruluş kanunu; ulusun sağlığını sağlamadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi benimsenerek oluşturulmuştur. TBMM hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Sağlıkla ilgili düzenli kayıt yapma imkânının sağlanamadığı bu dönemde öncelikle savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır (Akdağ, 2008: 14).

Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetlerinde kurumsallaşma süreci başlamıştır. Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı olan ve bu görevini (Kasım 1924 - Mart 1925 arası hariç) yaklaşık 14 yıl sürdüren Dr. Refik Saydam Türk Sağlık Sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve sık rastlanan bulaşıcı hastalıklarla mücadele için koruyucu hekimlik uygulamalarını yaygınlaştırma politikasını uygulamıştır (Savaş, vd., 2002:13). Bu politikanın ana hatları şu şekildedir: Devletin sağlık örgütünü geliştirmek, doktor sayısını artırmak, numune hastaneleri doğumevi- çocuk bakımevi, verem sanatoryumu açmak, ebe ve sağlık memuru yetiştirmek, sıtma, trahom ve frengi gibi salgın hastalıklarla mücadele etmek ve köylere kadar sağlık hizmeti götürmektir. Bu politika "TC Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi"nin kurulmasını ve "Hıfzıssıhha Mektebi"nin açılmasını hedeflemektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık

hizmetlerinde tedavi edici önlemlerden çok, önleyici sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Devlet kamu sağlığı alanında olabildiğince geniş yetkilere sahiptir.

1924 yılında salgın hastalıklarla mücadele için Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur.1928 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü adında yeniden teşkilatlanmış, 1941 yılında görev ve sorumlulukları yeniden belirlenmiştir (Akdur, 2006: 30).

1925 yılında Sağlık Bakanlığı'nın ilk çalışma programı hazırlanmıştır. Genel hatları ile bu programın amaçları, sağlık örgütlenmesini genişletmek, salgın hastalıklarla mücadele etmek, sağlık personeli yetiştirmek, yasal düzenlemeler yapmak, sağlık hizmetlerini köylere kadar ulaştırmak ve hıfzıssıhha enstitüsü kurmak olarak özetlenebilir (Akdur, 2006: 30).

1928 yılında 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun” ile sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenerek sağlık alanında çalışan mesleklerin, devlet kontrolü altında icra edilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Kanun doktorların, diş hekimlerinin, ebelerin, sünnetçilerin ve hasta bakıcıların faaliyetlerine düzenleme getirmekte ve mesleki disiplin oluşturulmasına yönelik olan bu kanunu uygulama sorumluluğu da Adliye, Sıhhiye ve Maarif Vekâletlerine verilmiştir (R.G.,1928: 126).

1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. Toplumsal içerikli olan ve o dönemin en ileri sağlık yasalarından biri olarak kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddeden 15'i ‘koruyucu sağlık hizmetleri’ ile ilgilidir. Bu kanunda bulaşıcı hastalıklar, sıtma, verem, trahom ve zührevi hastalıklar ile çevre sağlığı hizmetleri için kişilerin yükümlülükleri ve sağlık teşkilatının yetkileri belirtilmiştir (R.G., 1930: 143).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na verilen görevler:

-Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, halk sağlığını etkileyen tüm hastalık ve alışkanlıklar ile mücadele etmek,

- Çocuk ölümlerini azaltmak,
- Bulaşıcı, salgın hastalıkları engellemek ve zararlı maddelerle mücadele etmek,
- Tababet ve tababetle ilgili mesleklerin icrasını kontrol etmek üzere tüm sağlık kurumlarının sorumlusu ve denetçisi olmak,
- İlaç ve aşıları denetlemek,
- Çocuk ve gençlik sağlığına ait kuruluşları denetlemek,
- Okul sağlığı hizmetlerini düzenlemek,
- Maden suyu ve diğer şifalı suları kontrol etmek,
- Akıl ve ruh sağlığı ile ilgili tedavi kurumları kurmak olarak özetlenebilir (R.G., 1930: 143).

Kanun doğrultusunda, il yönetiminde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık hizmetlerinin yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe imkânları kullanılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin belediyeler, il özel idareleri gibi yerel idareler tarafından yürütülmesi politikası benimsenmiş ve Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum, Diyarbakır gibi büyük illerde bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır.

1593 sayılı Kanun ile oluşturulan taşra teşkilat yapısı: her ilde bakanlığa bağlı bir sağlık müdürlüğü kurulması öngörülmüş; vali tarafından atama yoluyla göreve geleceği ifade edilen il sağlık müdürü ildeki sağlık hizmetlerinin sunumundan ildeki vali ile birlikte sorumlu tutulmuştur. Ayrıca il düzeyindeki sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesiyle ilgili olarak ildeki bütün sıhhi kanun nizam talimat ve emirlerin doğru şekilde uygulanması görevi il sağlık müdürüne verilmiştir. 663 sayılı KHK öncesi taşra teşkilatı, il sağlık müdürlüğü ve ilçe sağlık grup başkanlığı biçiminde örgütlenmiştir.

Dr. Refik Saydam Dönemi’nde, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanırken, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere de başvurulmuştur. Ülkedeki hekim sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Talebe

Yurtlarının kurulması ve halen devam eden tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması da sağlık hizmetlerinin kurumsallaşmasına yönelik ilk uygulamalardandır. Bu dönemde sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek merkezde toplanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin daha yüksek ücretle kamuya bağlı olarak ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları teşvik edilmiştir. Bu dönem sağlık politikasının belirleyicisi olan Dr. Refik Saydam' a göre; merkezi yönetim bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilecek şekilde dikey olarak yapılmalı, yerel yönetimlerden belediyeler ise tedavi edici (hastane vb.) sağlık hizmetlerini yerine getirmelidir. Hükümet bu hizmetlerin yönlendirilmesi ve koordine edilmesinden sorumlu olmalıdır(Savaş vd., 2002: 14)". Bu dönemde sağlık hizmetleri dikey örgütlenme modeli ile geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesi ile yürütülmektedir (Akdağ, 2008: 14-18).

1936 yılına gelindiğinde 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Akdur, 2006: 29).

O günün özelliklerine göre 1935 yılında kurulan Hıfzıssıhha Okulu, Dispanser, Sağlık Merkezi ve Sağlık Ocağı gibi yapılanmalar değişikliğe uğramadan 2012 yılındaki teşkilat yapısının yeniden yapılandırılmasına kadar sağlık sistemi içinde yer almaktadır. Yine aynı dönemde çıkarılan kanunlardan (Akdağ, 2012: 20-24):

- "- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,*
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,*
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,*
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,*
- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,*

- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu,

- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun”, çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır.

2.1.3. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

1939 yılının Eylül ayında başlayan II. Dünya Savaşının etkileri ülkemizde her alanda olduğu gibi sağlık alanında da çeşitli zorluklar yaşanmasına neden olmuştur. Bu dönemde sıtma, tifüs ve çiçek salgınları olmuş ve 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkartılmıştır.

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu’nun kurulması ve bu kurumun 1952 yılında kendi kurduğu sağlık birimleri ve hastanelerinde hizmet vermeye başlamasını dönemin en önemli gelişmesidir. Sargutan (2010: 2897), ülkedeki sağlık hizmeti ve sağlık personeli istihdamının Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi anlayışının da İşçi Sigortaları Kurumu ile değiştiğini belirtmektedir.

Bu dönemde 1946-1955 yılları arasında iki kez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak görev yapan Dr. Behçet Uz, bakanlık yaptığı ilk dönem olan 1946-1948 yılları arasında Milli Sağlık Planı adı verilen bir programı uygulamaya geçirmiştir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile tüm sağlık hizmetlerinin yurt sathına yayılması amaçlanarak, hizmetlerin tümünün merkezi hükümet görev ve sorumluluğunda olması öngörülmüştür. “Milli Sağlık Planı; koruyucu hekimlik örgütü ile köylerde sağlık örgütü kurulması, sağlık personelinin ihtiyaca uygun yetiştirilmesi, yeni sağlık kurumları inşası ile mevcutların çağdaş hale getirilmesi gibi dönemin ekonomik şartlarına göre temenni sayılabilecek hedefler içermektedir. Plan, sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet bütçesini tek kaynak olarak görmemekte; Sağlık Sandıkları biçiminde örgütlenecek bir milli sağlık sigortası birliği ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bir Sağlık Bankası oluşturulması hedefindedir. Milli Sağlık Planının yenilikçiliği de bu hedef ile kendisini göstermektedir. Milli Sağlık Planı kırsal alan sağlık örgütlenmesini de yeniden düzenlemektedir; her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi, her 10 köy için de bir sağlık memuru ve ebe görevlendirilecektir. Dr. Behçet Uz’un görevden

ayrılması ile plan hazırlıkları bitmek üzereyken tamamlanamamıştır (Sargutan, 2010: 2897)”.

Türkiye’de verem savaşı hizmetleri 1949 yılına kadar “Verem Savaş Dernekleri” tarafından yürütülmekte iken, bu tarihten başlayarak kentlerde dernekler tarafından kırsal bölgelerde de Sağlık Bakanlığı tarafından vermeye başlanmıştır. Bu hizmetler 1960 yılında “Verem Savaş Genel Müdürlüğü” nün kurulması ile tümüyle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır (Akdur, 2006: 30).

Bu dönemde yapılan yasalardan birçoğu hala yürürlüktedir ve sağlık örgütünün temelini bu yasalar oluşturmaktadır (Akdağ, 2015):

1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Yasası,

1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası,

1953 tarih ve 6197sayılı Eczacılar ve Eczaneler Yasası,

1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Yasası,

1954 tarih ve 6283 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu bu yasalardan birkaç tanesidir.

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu’nun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumunun 1952 yılında uygulamalarına geçilmesiyle Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Böylece Sağlık Bakanlığı’nın ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır. Fakat sağlık sektöründe çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hâkim olmuştur.1950’li yıllarda Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri verirken belediyelere ait hastaneleri de kendi bünyesine alarak taşradaki sağlık personelinin şehir hastanelerinde hizmet sunması sağlanmıştır (Akdur, 2006: 32).

Behçet Uz Planı diye de anılan 1954 tarihli Milli Sağlık Planı’na göre sağlık merkezlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması bütçeden ayrılan kaynakla imkânsızdır daha çok kaynağa ihtiyaç vardır. Bu nedenle tüm sağlık hizmetlerinin reformu yerine sağlık merkezleri aracılığıyla taşra-kırsal sağlık hizmetlerini teşkilatlandırma amaçlanmıştır. Cumhuriyetin genç neslini o dönemlerde bir çığ gibi büyüyen verem hastalığı belasından kurtarmak ve hastaların tedavisi ve BCG aşılarının ülkemizde yapılması için çalışma ve gayretlerde bulunan Dr. Behçet Uz’un programları yasalasmamış ve uygulanamamıştır. Emekli Sandığının oluşumuyla ilgili çalışmalar da

bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastanelerin oluşturulması bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması da bu dönemin eserlerindedir (Akdur, 2006: 30).

2.2. BİRİNCİ DALGA SAĞLIK POLİTİKALARI (1960-1983)

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk askeri darbe deneyimi olan 27 Mayıs 1960 ihtilalinden sonra 30 Eylül'de Devlet Planlama Teşkilatı'nın kuruluşu ile planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı'nın kuruluşu ile sağlık da dahil olmak üzere tüm kamusal hizmet sektörleri yeniden yapılanmaya başlamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 133).

Planlı kalkınma dönemlerinde Türk kamu yönetimini değişen ve gelişen şartlara uygun hale getirmek amacıyla bir takım reform çalışmaları yürütülmüştür. Bu dönem, Sağlık Politikası literatüründe Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi olarak yer almaktadır. Bu dönemde sağlık sektöründe üç önemli düzenleme girişi bulunmaktadır. Bunların ilki, 1961 Anayasasında sağlıkla ilişkili hükümlere yer verilmesi; ikincisi, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" un çıkarılması, üçüncüsü ise, daha sonra çıkarılan 2827 sayılı " Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" un kabulüdür (Akdur, 2006: 32).

1960'lı yıllarda İnsan Hakları Beyannamesini imzalayan Türkiye, WHO Anayasası ekseninde, sağlıklı doğup sağlıklı yaşamının insan hakkı olduğu, bunu sağlamanın bir kamu görevi olduğu düşüncesiyle, sağlığa Anayasal bir boyut kazandırılmıştır: "1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir (Akdur, 2006: 33-34)".

5/1/1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un amacı ilk maddede "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak

tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir” olarak belirtilmiştir. Kanun’un terimler bölümünde de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin ne anlama geldiği açıklanmaktadır. “Sosyalleştirme: Vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır (R.G., 1961: md 2)”.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kavramı ile sosyal devlet prensibi doğrultusunda nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına almak, sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanmada eşitlik sağlamak ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılarak verimliliği arttırmak amaçlanmaktadır. 15 Ekim 1961’de sivil iktidarın yönetime gelmesine kadar geçen süre ise 1961 Anayasası’nın hazırlık dönemi olmuştur. 1961 Anayasası, sosyal güvenlik ve sağlık haklarını sosyal devlet ilkesi doğrultusunda 48. ve 49. Maddeler ile düzenlemiştir: “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir. Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yasayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirlili ailelerin sağlık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemler alır”.

1961 Anayasası’ndaki sağlıkla ilgili hükümlerin yaşama geçirilmesi amacıyla hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Askeri yönetimin Sağlık Bakanlığı’na Müsteşar olarak atadığı (1960-1966) Dr. Nusret Fişek’e göre tam olarak uygulanması halinde içeriği ve hedefleri bakımından “mükemmel bir sağlık hizmeti programı” olarak devrim niteliğindedir (Sargutan, 2006: 2905).

Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirme Kanunu’nun önemli hükümleri şunlardır (R.G., 1961:10705):

- Bir sağlık planı hazırlanarak bu plan doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sunulmasında gerekli koşullar sağlanacaktır.

- Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır. Kişi, ödeme yapmak koşuluyla, istediği hekime tedavi edilmek üzere başvurabilir.

- Sağlık örgütü il içindeki yönetsel (idari) taksimata uymayacak, sağlık amirlerine aktarılmış olacaktır. Sağlık ocakları sağlık örgütünün temelidir.

- Belediyelerin sağlık alanındaki sorumlulukları azaltılmakta yalnız çevre sağlığı hizmetleriyle sınırlandırılma yer almamaktadır.

- Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgeler kurulur.

- Sağlık örgütünde çalışan personel serbest meslek icra edemeyecektir. Kamu sektöründe görev almak istemeyen doktor özel muayenehane açabilir.

- Hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanakları bir düzene bağlanmıştır. Halkla sağlık örgütü arasında işbirliği geliştirilecektir.

- Yönetim, ülkenin bir bölümünde bir inceleme bölgesi kurarak deneyim yapma iznine sahiptir. Sağlık hizmetlerini kademeli olarak sosyalleştirmeden önce personel yetiştirme, koruyucu hizmetleri geliştirerek hizmetin maliyetini düşürme olanaklarını sağlamak amacıyla uygulama bölgeleri dışında da sağlık personelinin tümüyle hükümet hizmetine bağlanmalarını öngörmektedir.

- Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları birbirlerini tamamlayan kurumlar olarak ele alınmıştır. Türkiye’de kamu sektöründeki kurumların sağlık hizmetleri tek elde toplanacak ve S.S.Y.B.’na başka kurumların sağlık personeli kadrolarını denetleme yetkisi tanınacaktır. Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini saptama yetkisi S.S.Y.B.’na tanınmıştır (Akdur, 2006: 32).

1960 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü’ nün kurulması ile verem savaşı hizmetleri tümüyle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

1965’te çıkarılan 555 sayılı Sağlık Eğitim Enstitüleri Kuruluş Kanunu ile dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Merkez Teşkilatına bağlı sağlık eğitim enstitüleri kurmakla yetkilidir. Bu enstitüler; lise dengi temel mesleki öğretim görmüş sağlık teknisyenlerine, sağlık hizmetlerinin gerektirdiği bölümlerde, yüksek mesleki öğretim yapmakla ve sağlık personeline olgunlaşma kursları düzenlemekle görevlendirilmiştir. Sağlık eğitim enstitülerinde öğretim süresi üç yıldır ve mezun olanlara yüksekokul diploması verilir. Sağlık personeli yetiştiren orta dereceli okullarda, öğretmenlik yapabilecek olan mezunlar, halk sağlığı, koruyucu ve tedavi edici hekimlik teşkilatında

kendi mesleki hizmetlerine ait görevlere de öncelikle atanırlar. Enstitülere kabul olunanlar, sağlık teknisyeni kadrolarına tayin edilerek maaşlarını almaya hak kazanmışlardır. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinin sunumunda personel sayısını artırmak ve eğitim düzeyini yükseltmek amaçlanmıştır (R.G., 1965).

1960 yılı başlarında, değişik gruplara sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş sayısındaki artış nedeniyle sağlık hizmetlerinin, nüfusa göre eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı ve denetlenerek sunulmasına önem verilmektedir (Önder, 2013: 71).

Bu dönemin diğer bir önemli özelliği ise planlı döneme geçilmiş olmasıdır. Planlı dönem, ihtiyaçların geleneksel ve gelişigüzel önlemlerle çözülemeyeceği, bu nedenle kısa, orta ve uzun vadede planlamanın yapılması gerektiği varsayımına dayanmaktadır. Kalkınma planları, TBMM'nin kabulü, Cumhurbaşkanı'nın onayı ile yürürlüğe girmektedir.

2.2.1. Birinci On Yıllık Kalkınma Planları (1963–1972)

Türkiye'de planlı kalkınma döneminin başlangıcı olarak kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın (1963-1968) sağlık alanındaki ilkesi 'halkın sağlık seviyesini yükseltmek' olarak yer almaktadır (DPT, 1963:406).

Sağlık sektörüne yönelik ilk on yıllık kalkınma planlarında şunlar hedeflenmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2009: 32-33):

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması,
- Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması,
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi,
- Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması,
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması.

Plan döneminde gerçekleştirilmek istenen hedeflerden biri de, yedi bin nüfus için sağlık ocağının ve elli bin nüfus için de bir sağlık merkezinin yapılmasıdır. Hedeflenen sağlık ocağı ve sağlık evi sayısına ulaşılammış fakat sosyalleştirme politikası ile halka götürülen sağlık hizmetlerinde artış kaydedilmiştir. Personel sayısındaki artış ile vatandaşlara daha fazla sağlık hizmeti sunulması gerçekleştirilmiştir (Eskin, 2002: 80-83).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere halktan prim toplanamaması sonucu sağlık harcamalarının finansmanına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında “Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967’de hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır (T.C.S.B., 2007: 100)”. Cumhuriyet’in başından 1970’li yıllara dek izlenen resmi sağlık politikası, hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur. Hükümetler düzeyinde, zaman zaman bu politikaya karşı çıkışlar ve bu politikayı engelleme girişimleri olmuş ise de, değiştirilemeyen bu politika gibi aktif bir özelleştirme programı da uygulanamamış her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır (Akdur, 2006: 33).

1968-1972 yıllarını kapsayan ikinci planın önceki planın devamı olduğu görülmektedir. İlk plandan farklı olarak uygulanacak politikalar kısmında kademeli olarak genel sağlık sigortasına geçiş öngörülse de 1971’de TBMM’ne sunulan tasarı kabul edilmemiştir (DPT, 1968: 273-275).

2.2.2. İkinci On Yıllık Kalkınma Planları (1973–1983)

1973–1978 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planının da, sağlık politikasını belirleyen ilkeler ve tedbirler kısmının birinci maddesi sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimine ayrılmış, sekizinci maddesinde de genel sağlık sigortasına değinilmiştir. Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi temel ilkedir. Yataklı tedavi kurumlarında tek elden yönetime ulaşmak için yataklı tedavi tesisleri Üçüncü Planın ilk iki yılı içinde tek bir kurum haline getirilecek, Milli Savunma Bakanlığının özel nitelikteki ve üniversitelerin eğitim amaçları dışındaki diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler bu kuruma devredilecektir. Kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı tedavi kurumlarına talebi

artırmaması göz önünde tutulacak ve sigortanın yaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktır (DPT, 1973: 824-825). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planından farklı olarak sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi için iki yıllık süre belirleyen bu plana göre hazırlanan yasa tasarıları da 1976 yılında TBMM'ne sunulmuş ve kabul edilmemiştir.

1973–1977 yılları sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı yıllar olmuştur. Bu dönemde hazırlatılan raporlarda ve yapılan tartışmalarda, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde sağlığa ilişkin göstergelerin iç açıcı olmadığı vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kuruluş yasasının kendisine verdiği görevler doğrultusunda Mayıs 1977'de 30. Dünya Sağlık Asamblesi'nde, “2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık” olarak hedeflenen hareketin başlaması kararlaştırılmıştır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1978'de organize edilen (Kazakistan Cumhuriyeti'nin o zamanki başkenti Alma-Ata'da toplanılan) uluslararası bir konferansta, 134 ülkenin sağlık bakanları ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin imzaladığı bir bildiriden ziyade uluslararası sağlık sözleşmesidir. Türkiye'nin de dâhil olduğu bu toplantı metnini imzalayan her ülke, kendisinin Temel Sağlık Hizmetleri görüşünü benimsediğini ve diğer bütün ülkelere önerdiğini ilan etmiştir. Herkes için sağlık hedefine ulaşmak için oluşturulan Temel Sağlık Hizmetleri Stratejisi gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörlerindeki politika gündemini belirlemede güçlü bir etkiye sahip olmuştur (Aktan, Işık, 2011: 6).

Alma-Ata Bildirisinde verilen tanıma göre temel sağlık hizmetleri:

- Bir toplumdaki birey ve aileler tarafından kabul görecektir ve onların tam katılımları sağlanacak şekilde, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen sağlık hizmetleridir.

- Toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır, eğitim, bakım beslenme, aşılama ve temel ilaçların sağlanması gibi konuları içerir.

- Sağlık hizmeti örgütlenmesinin anahtarı ve sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır (Aktan, Işık, 2011: 6).

1978 yılında sağlık personelinin tam süre ile çalışma esaslarına ait kanun çıkarılmış ve doktorların muayenehane açmaları yasaklanmıştır fakat 1980 yılında

yapılan yeni düzenleme ile doktorların yeniden serbest çalışmaları sağlanmıştır (Fişek, 1991).

(1979–1983) yıllarını kapsayan kalkınma planlarının dördüncüsü sağlık politikaları alanındaki önceki dönem gelişmelerinin genel bir değerlendirilmesi ve eleştirisi yapılarak hazırlanmıştır. İlke ve politikalar başlığı altındaki: “Sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır ” maddesi dikkat çekmektedir 1963 yılında başlayan sağlık hizmetlerinin programının, bütün yurtda uygulamaya konulacak şekilde ele alınması kararlaştırılmıştır (DPT, 1979: 460-465).

Alma Ata’da 1978’de Temel Sağlık Hizmetleri’ne ilişkin bildirin imzalamasıyla Türkiye Cumhuriyeti de kesin taahhütlerde bulunmuş fakat 1990’li yıllara kadar bu konuda ciddi bir ilerleme gerçekleştirilemediği görülmektedir.

2.3. İKİNCİ DALGA SAĞLIK POLİTİKALARI (1980–2002)

1960’lı yıllarda Türk kamu yönetiminde yönetim ve siyaset arasında işbirliğinin etkinleştirilmesi gerektiği düşüncesi ile oluşturulan yasal düzenlemeler 1980’li yıllarda yönetim ve siyasetin ayrıştırılması gerektiği inancı ile yeniden hazırlanmıştır. Yönetim olgusu, siyasal ortamdan uzaklaştırılarak, etkin örgütlenme rasyonel ve verimli kaynak kullanımı gündeme getirilmiştir. Bu yönelişte, “demokrasi, katılım, siyasal etkileşim, sosyal adalet, eşitlik, topluma karşı sorumluluk, kamu çıkarı gibi kavramlar ya kullanılmamaya başlandı ya da yeni bir içerikle yeniden tanımlandı (Dinler, Sönmez, 2003: 33)”.

Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçişin başladığı, modernitenin post modernliğe dönüştüğü, ulus devletin küreselleşme doğrultusunda sınırsızlaşmaya başladığı değişim ve dönüşüm süreci 1980’li yıllarda başlamaktadır. Tüm dünyada etkili olan bu dönüşüm ülkemizi de etkilemiştir. Devletin iktisadi alandaki rolünü azaltıcı özelleştirme politikaları bu dönemde uygulamaya geçirilirken, birey ve devlet arasındaki ilişkilerin de değiştiği yenedünya düzeni olarak literatüre geçen 1980’li yıllar yönetim olgusu üzerinde de etkisini göstermektedir. Yenedünya düzeninin başlamasına neden olan küreselleşme ile özdeşleşen demokratikleşme, ülkelerin dünya ile bütünleşmeleri ve toplumsal yaşamın iktisadi piyasa aktörleri tarafından şekillendirilmesini öngörmektedir. Devletin küçülmesi, merkezîyetçiliğe son verilmesi

ile bunun gerçekleşebileceğinin saptanması üzerine başlayan bu süreç Türkiye’de 24 Ocak kararları ile ilan edilmiş ancak 12 Eylül 1980 ihtilali ile başlatılabilmıştır (Ayman, 1999: 191).

1980 yılı başlarında Türkiye’de ekonomi politikasının doğru yönetilememesi ile başlayan siyasal istikrarsızlık ve artan toplumsal şiddet olaylarının ekonomik bir yeniden yapılanma ile düzeltilebileceği öngörüsünü içeren 24 Ocak 1980 Kararları birçok sosyal politika alanı gibi sağlık politikasını da etkilemektedir (Parasız, 2001: 311).

Türkiye’de, sağlık ocakları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesi, tedavi hizmetlerinin de önemli ölçüde devlet tarafından finanse edilmesi 1980’li yıllara kadar devam etmiştir (Yenimahalleli, 2008: 160-162).

İkinci dalga sağlık politikalarını incelerken, dönemin başlamasına neden olan Türkiye’nin Cumhuriyet tarihindeki ikinci askeri darbenin etkilediği yılları (1980-1990) ve Türk sağlık sektöründe yeniden yapılanma sürecinin başlamasının temelini oluşturan “ulusal sağlık politikası” hazırlama sürecini (1990-2002) ayrı değerlendirerek çalışmanın bu bölümünün tamamlanması düşünülmüştür.

2.3.1. 1980-1990 Yıllarında Türk Sağlık Politikaları

Türkiye’de yaşanan ekonomik ve siyasal değişimler sağlık alanını da etkilemiş ve sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla piyasa koşullarında sunulması yoluna gidilmiştir. 1980’li yıllar Türk sağlık sektöründe reform arayışlarının öne çıktığı görülmektedir. Sivil iktidara yapılan askeri darbe ile yönetim 12 Eylül 1980’ de askeri makamlara bırakılmıştır. Bu dönemde yasal ve yönetsel değişikliklerin yapılmasına yönelik çalışmalardan kamu sağlık hizmetleri de etkilenmiştir; bütçe yetersizliği nedeniyle kamuda çalışan sağlık personelinin ücretlerinin gerilemesi ve bu hizmet birimlerinde çalışan kamu personelinin istihdamının giderek azalması bazı hastane hizmetlerinin taşeron şirketlere, vakıflara verilerek özelleştirilmesini zorunluluk haline getirmiştir. Özelleştirme “hükümetin kimi işlevlerinin gönüllü kuruluşlara ya da özel işletmelere devredilmesi” olarak ifade edilmektedir (Balcı, 2005: 38). Bu dönemde özel sektörün sağlık hizmetlerindeki etkinliği artarken, sağlık sektöründe biriken sorunlar yeni arayışları gündeme getirdiği bilinmektedir (Soyer, 2009).

1980 yılının son günü 2368 sayılı R.G. ile Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun yeni düzenlemeler yapılmış ve yürürlükteki bazı maddeler değiştirilmiştir.25.8.1981 tarihinde 2514 sayılı “Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” ile uzman hekimi bulunmayan bazı illerdeki yataklı tedavi kurumlarına yapılan atamalarla diğer kamu kuruluşlarının da yararlandığı bu kanun sayesinde sağlık hizmetlerini sunan kurumların işlevselliği sağlanmaktadır.

Askeri yönetimin hazırladığı 1982 Anayasası,1961 Anayasası'nın sağlık hizmet ve yönetimi ile ilgili benzer hükümleri içermektedir. 1961 Anayasası'nın 48. Maddesinde yer alan Sağlık Hakkı: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir ” şeklindedir ve 1961 Anayasası sağlık hizmetini sağlama görevinin devlete ait olduğunu belirtir.1982 Anayasa'nın 56. Maddesinde ise: “ *Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*” ifadesi ile sağlık hizmetini sağlama görevinin devlet-özel sektör-sosyal kurumlar arasında paylaşılmasını hükme bağlamaktadır (R.G., 1982: 3).

“1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir (Akdur, 2006:33-34)”. Devlet, artık sağlık alanında yerine getirme işlevini düzenleme işlevi olarak gerçekleştirecektir. Bu dönemde sağlıkla ilgili hukuksal altyapı, devletin yeniden yapılanmasının gereklerine uygun olarak önemli ölçüde değiştirilmiştir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında önceki politikalara rehberlik eden sosyal devlet anlayışından uzaklaşarak, devletin sağlık alanında yerine getirme işlevi yerine devletin planlayıcı düzenleyici mekanizmaya sahip olması gerektiği hükme bağlanmıştır. Bu düzenlemeye uygun olarak 1982 yılında 2659 sayılı kanunla Adalet Bakanlığına bağlı

olan, adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak, adli tıp uzmanlığı ve görev alanına giren konularda diğer adli bilimler alanlarında sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek ve bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak üzere Adli Tıp Kurumu kurulmuştur (R.G., 1982: 301).

13.1.1983 tarihinde 17927 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” yayımlanmış, ardından Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat ve görevlerini düzenleyen 181 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 14.12.1983 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır. Daha sonra bu kararnameyi değiştiren 210 Sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin Bazı Hükümlerinin Değiştirilmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname” 18.6.1984 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır (R.G., 1983: 364).

Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereğince Sağlık Bakanlığı’nın görevleri sırasıyla şunlardır:

“Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içerisinde sürdürmesini sağlamak ve toplum sağlığını korumak ve bu maksatla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

-Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,

- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

- İlaç, aşı serum vb. üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek ve gerekirse ithalini sağlamak,

- Bulaşıcı, salgın hastalıklara karşı kara hudut kapıları, deniz ve havalimanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı’na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

- Mahalli idarelerle ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak evre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletler arası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde bulunmaktır ” (R.G., 1983: 364).

1983 yılında hazırlanan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı rgt, merkez teşkilatı ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana gelecek şekilde organize edilmiştir. Merkez Teşkilatında; Bakan, Müsteşar, Müsteşar Yardımcıları, Yüksek Sağlık şrası, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve danışmanlar yer almaktadır. Genel müdürlükler, daire başkanlıkları ve müşavirlikler de Müsteşar yardımcılarına bağlı olarak çalışan kamu görevlileridir (R.G., 1983).

Sağlık Bakanlığı, Türk sağlık sistemi içerisinde, koruyucu hizmetlerde tek hizmet sunucu, birinci basamak ve hastane hizmetlerinde ise en büyük hizmet sunucu durumundadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu görevleri yerine getirebilmek için birçok bakanlık ve kurumla işbirliği içinde olması gereklidir.

1983 yılında “Kanseri Savaş Daire Başkanlığı” kurulmasına yönelik hazırlanan kanun hükmünde kararname ile kamu hizmetlerinin süratli, düzenli, etkili, verimli ve ekonomik bir şekilde yürütülebilmesine yönelik bakanlıkların kurulması amaçlanmıştır (R.G., 1983a).

1983 yılında yürürlüğe giren 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile belirlenen haller dışında gebeliğin sona erdirilemeyeceği hükme bağlanmaktadır. Kanun'un düzenlenme amacını, anne ve bebek ölümlerinin nlenererek nüfus azalışını azaltıcı tedbir olarak kabul edebiliriz. Nüfus planlaması, bireylerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman ocuk sahibi olmaları demektir. Bu Kanun, nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların sağlanması ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektir (R.G., 1983b).

Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin Milli Güvenlik Konseyi ve ANAP Hükümeti tarafından yönetildiği 1980'li yıllardaki sağlık politikalarında genel sağlık sigortası kurulacağı kabul edilmiş fakat prim toplamının imkânsız olduğu düşünülerek ve konu ile ilgili yasal düzenlemelerin tamamlanamaması nedeni ile bu politikadan vazgeçilmiştir. Dönemin Başbakanı Turgut Özal, sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından satın alınan hizmet olmasını savunmuştur. 1960-1983 arası dönem sağlık politikaları açısından istenilirse de uygulanmaya çalışılan bir reform programı vardır. Fakat personel, teknik donanım yetersizliği ve yürürlüğe konulan sosyalizasyon yasalarının yanlış uygulanması reform programının başarıya ulaşmasını engellemiştir (Savaş vd., 2002: 16).

Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek üzere "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası"nın yerine geçecek olan 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" hazırlanarak 7/5/1987 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanun sağlık hizmetlerinin genel amaçlarını düzenlemektedir. Milli Savunma Bakanlığı mensubu dışındaki tüm kamu kurum ve kuruluşlarıyla gerçek ve tüzel kişilerin faydalanacağı sağlık hizmetlerine ait temel esaslar belirlenmiştir: "Kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır" ifadesinin Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na sağlık hizmetlerini planlama, standartlarını geliştirme, denetleme ve sağlık kurumlarını gelir getiren işletmelere çevirme yetkisi vermektedir (Bakar, Akgün, 2005: 339-352).

1987 tarihinde çıkarılan 3359 sayılı Kanun'a göre, Sağlık ve sosyal yardım Bakanlığı, diğer ilgili bakanlıkların da görüşünü almak koşuluyla yurt içinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde sağlık kurum ve kuruluşlarının hem planlarından ve koordinasyonun sağlanmasından hem de mali yönden desteklenerek geliştirilmesinden sorumludur. Bakanlığın uygun görüşü ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamuya ait sağlık kuruluşlarının tüzel kişiliğinin korunması koşuluyla sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesine çalışanlarının sözleşmeli olarak çalışmasını yer verilmiş fakat bu dönüşüm gerçekleşmemiştir (Sargutan, 2010: 2907).

2.3.2. 1990-2002 Yıllarında Türk Sağlık Politikaları

1980'lere kadar uzanan sürede ortak temel problem, daima hizmetin iyileştirilmesi ve bu yönde sağlık alt yapısının ve örgütlenmesinin daha iyi duruma getirilmesi olmuştur. 1980 sonrası dönem ise, sağlık sisteminin "sorunlu" olduğu tespitine dayanarak birçok "sağlık reformu" çalışması yapılmıştır.

Türkiye'de Sağlık sektörünün yeniden yapılanmasına yönelik reform tartışmaları 1990'lı yılların başında gündeme gelmiştir. Türkiye'de 1990'lı yıllarda mevcut sağlık sistemi sorunlarını tablo haline getirerek şu şekilde özetlemek mümkündür (Aktan, 2007):

Tablo 2.1. 1990'lı Yıllarda Mevcut Sağlık Sistemi Sorunları

Mevzuat	Hizmet Sunumu	Enformasyon	Yönetim-Organizasyon	Finansman
*Eski, dağınık ve yetersiz	*Koruyucu sağlık hizmetleri yetersiz	*Bilgi akışı düzensiz	*Merkeziyetçi yapı nedeniyle Bakanlığın temel görevlerine odaklanma sorunları mevcut	*Hizmet sunucu ile finansman kurumu aynı
*Sürekli değişmekte	*İlk yardım bilinci eksik	*Teknolojik alt yapı eksik	*Farklı hizmet sunucuları	*Etkin işlemeyen sigorta fonları mevcut
*Bakanlık kuruluş kanunu yok	*Denetimler yetersiz	*Veri standardizasyonu yetersiz	arasında hizmet birliği yok	*İlaç harcamaları yüksek
*AB mevzuatı ile uyumsuz	*Sevk zinciri uygulamasına uyulmamakta	*Bilgi yönetimi alanında uzman personel sayısı yetersiz	*Stratejik yönetim eksik	*Ödeme gücü olan vatandaşların tedavisi hastanelere ek yük getirmekte
	*Etkin olmayan birinci basamak sağlık hizmetleri		*İş tanımı, iş analizi, performans ölçümü yetersiz	

1990 yılında yayınlanan “2000 Yılında Herkese Sağlık Milli Sağlık Politikası” adlı doküman ile başlayan reform çalışmaları “Ulusal Sağlık Politikası” dokümanının hazırlanmasına temel oluşturmaktadır. Bu kapsamda Dünya Bankası ile anlaşmalar yapılmış ve 1990’ların başından itibaren uygulanmaya çalışılan sağlık reformları bu anlaşmalar çerçevesinde şekillenmiştir.1990 yılında DPT için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan çalışması ile sağlık reformu için öncelikli konular saptanmış ve dört ana strateji seçeneği ortaya konulmuştur (Sargutan, 2010: 2908);

- Mevcut durumun korunması ve iyileştirilmesi,
- Serbest Pazar stratejisi,
- Ulusal sağlık hizmetleri stratejisi,
- Uzlaştırma seçeneğidir.

1990’lı yılların başlarında sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma konusunda önemli girişimlerde bulunulmuştur. İlgili tarafların büyük bölümünün katılımıyla yaşanan bir sürecin ardından, sağlıkta reform önerilerini içeren Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanmıştır. Dokümandaki önerilerin o dönem itibariyle dünya genelinde geçerli sağlık politikası reform girişimlerine paralel olduğu söylenebilir. Sağlık politikalarındaki reformun öncelikli konuları olarak:

- Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen aile hekimliği,
- Mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması,
- Hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması (Sargutan, 2010: 2908-2920) önerilmektedir. 1990’lı yıllarda daha önceki düzenlemelerin yetersiz ön çalışmalar nedeniyle uygulanamaması dikkate alınarak uzlaştırma seçeneği doğrultusunda reform çalışmaları başlamıştır. Uzlaştırma seçeneği ile yapılacak çalışmalar ve öncelikli konular Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan sağlık reformları raporunda şu şekilde yer almaktadır:

- Hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması,
- Tıp ve yönetici personel eğitiminde önemli değişikliklerin yapılması,
- Sağlık Bakanlığının rolünün değişmesi,
- Kapsamın genişletilmesi ve finansmanın karşılanmayan ihtiyaçlara doğru yönlendirilmesi,
- Hizmetlerin sözleşme yoluyla tedariki için yerel bütçelerin bulunması,
- Hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için yerel planlama yapılmasıdır (TCSB, 1998).

1990 yılında TC Hükümeti ve Dünya Bankası arasında Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmış ve Bakanlar Kurulu'nda kabul edilerek Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu anlaşma ile Dünya Bankası Türkiye'ye sağlık projesinde kullanılmak koşulu ile 75 milyon dolarlık kredi vermiştir. 1991 yılında başlayan Haziran 1997 de tamamlanması planlanan Birinci Sağlık projesi 1998 yılında tamamlanır (Belek, 2001: 438).

28.09.1994 tarihinde TC Hükümeti ile Dünya Bankası Arasında II. Sağlık Projesine ilişkin ikraz anlaşması imzalanmıştır. Hazırlanan iki sağlık projesi de içerik, amaç ve kapsam bakımından benzerdir. Sağlık projelerindeki ortak amaç (Akdağ, 2008: 100);

- Proje için seçilen pilot illerde temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve bu suretle halk sağlığını geliştirmek,

- Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini arttırmak ve sağlık hizmetlerinin finansmanında ve hizmet sunumunda yeni modeller geliştirmektir.

1992 yılının Şubat ayında yayınlanan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı" doğrultusunda Mart 1992'de Ankara'da Sağlık Bakanlığının koordine ettiği 1.Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. Kongrede sağlık sisteminin değiştirilmesiyle ilgili yapısal nitelikli önerilerden aile hekimliği sistemine geçiş reddedilmiş, genel sağlık sigortasının uygulamaya konulması kabul edilmiştir. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesi ile ilgili olarak özelleştirme önerisi dikkate alınmadan özerkleştirme önerisinin geliştirilmesi kararlaştırılmıştır (Belek, 2001: 439-444).

1992 yılında 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun hazırlanarak 21273 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmış ve uygulamasına geçilmiştir.

1993yılıının Mart ayında gerçekleştirilen 2. Ulusal Sağlık Kongresi’nde görüşülen konular “Ulusal Sağlık Politikası” olarak yayımlanmıştır.

Ulusal Sağlık Politikası gereğince “ Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Yasa Tasarısı”, “Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarısı” hazırlanarak Bakanlar Kuruluna sunulmuştur. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Yasa Tasarısı” da Başbakanlığa sunulmuştur (Tengilimoğlu v.d., 2012: 137).

7 Mart 1995 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 5. Maddesine göre 22220 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan (95/6560) Bakanlar Kurulu Kararı ile Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesi statüsüne dönüştürülmüştür.

Sağlık reformu 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda Türk Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasını sağlayacak biçimde mevcut kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları arasında işbölümü ve işbirliğinin yapılmasına yönelik sağlık politikalarına süreklilik kazandıracak yasaların kararlılıkla uygulanması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir. Sağlık Bakanlığı’nın doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolünün azaltılmasına, aile hekimliği sisteminin kentlerde oluşturulmasına, nüfusu fazla olan kentlerde semt polikliniği uygulamasının yaygınlaştırılmasına, hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolünün artırılmasına, sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması da ilk kez bir planda yer almaktadır (DPT, 1996).

2000’li yıllara kadar öngörülen reform girişimlerinin hiç biri uygulanamamıştır. Ülkenin koalisyon hükümetleri tarafından yönetilmesi ile oluşan politik istikrarsızlık, yaşanan ekonomik krizler, çıkar gruplarının muhalefeti, demokratik kültürün eksikliği, toplumsal destek yetersizliği ve entelektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemler reform girişimlerini sekteye uğratmış, bu dönemde sağlık reformlarının

yasalaşmasında ve uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır (Yıldırım, Yıldırım, 2013).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda sağlık sisteminde kamu ve özel sektörün belli esaslara göre görev paylaşımı yapması vurgulanarak izlenecek politikalara yer verilmektedir (TCKB, 2001: 7-8):

- Sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilerek hizmet sunmaları gerekmektedir.
- Devlet, sağlık sisteminin araştırma geliştirme faaliyetlerine ve denetimine ağırlık vermelidir.
- Sağlık Bakanlığı planlayıcı, koordine edici ve denetimden sorumlu bir yapıya kavuşturularak hastane işletmeciliğinden vazgeçerek hastaneleri özel sektöre ve vakıflara devretmelidir.

27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin amacı; etkin, verimli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin kuruluş, hizmet ve çalışan standartlarının saptanmasına, uygun olarak örgütlenmesine ve bunların açılmalarına, çalışmalarına, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemektir.

2002 yılında iktidara tek başına gelen AKP, 16 Kasım 2002'de 58. Hükümet parti programında ve 2003 yılında açıkladığı acil eylem planında mevcut sağlık sisteminin yetersizliğini dikkate alarak önceki yönetimin hazırladığı "Sağlık Reformu" çalışması ile temel unsuru aynı olan "Sağlıkta Dönüşüm" adını verdiği projenin hedeflerini açıklamıştır. 58. Hükümetin eylem planında, reform yerine dönüşüm olarak ifade edilen ve reform niteliği taşıyan bu programda gerçekleştirilmesi hedeflenen yenilikler şunlardır:

- "- Hastanelerimizin ülke genelinde tam kapasite ile çalıştırılması sağlanacaktır.*
- Tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir.*
- Koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere, sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır.*

- Anne ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu ülkemizde, anne ve çocuk sağlığı özel bir önem arz etmektedir.

- Aile planlamasının gerçekleştirilmesi için bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmalarına önem verilecektir.

- Aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır. Aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı'na belirlenecektir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri güvenli ve kaliteli olarak halka sunulacaktır.

- Sağlık sektörü Sağlık Bakanlığında tarafından tek merkezden koordine edilecektir. Bakanlık sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstlenecektir.

- Sağlık Bakanlığınca yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulmasıyla tüm yerel yönetimler de buna bütünleşmiş olacak ve süratle kendi ihtiyaçlarını belirleyerek planlamalar yapacaklardır.

- Sağlıkta eğitim kalitesinin artırılması için gerekli tedbirler alınacak ve eğitimin planlanması dünya standartlarına göre yapılacaktır.

- Sağlık çalışanlarının hakları yeniden düzenlenecek, uluslararası standartlara uygun hale getirilecek ve bu sektördeki ücret politikası yeniden ele alınacaktır.

- Sağlık hizmetlerinde rekabetçi kurallar belirlenerek ve bunlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır” (DPT, 2003: 99).

Bu proje ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun oluşturulması, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, denetleyici görevleri üstlenmesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet sunumu birimlerinin özelleştirmesi ve özerkleştirilmesi, insan kaynakları yönetiminin ve sağlık enformasyon sisteminin güçlendirilmesidir planlanmıştır.

2000'li yıllara kadar öngörülen reform girişimlerinin hiç biri uygulanamamıştır. Ülkenin koalisyon hükümetleri tarafından yönetilmesi ile oluşan politik istikrarsızlık, yaşanan ekonomik krizler, çıkar gruplarının muhalefeti, demokratik kültürün eksikliği, toplumsal destek yetersizliği ve entelektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemler reform girişimlerini sekteye uğratmış, bu dönemde sağlık reformlarının yasalaşmasında ve uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır (Yıldırım, Yıldırım: 2013).

27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan “Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin amacı; etkin, verimli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin kuruluş, hizmet ve çalışan standartlarının saptanmasına, uygun olarak örgütlenmesine ve bunların açılmalarına, çalışmalarına, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemek olarak belirtilmiştir. 2015 yapılan yeni düzenleme ile “Bakanlıkça izin verilen geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik birim ibaresi” eklenerek özel hastanelerde alternatif tedavi yöntemlerinin uygulanmasına imkan tanınmaktadır (R.G., 2015: 29245). Ayrıca sağlık hizmetlerinin nitelik bakımından geliştirilmesi amacıyla hasta ve yakınlarının barınabileceği konuk evi açma prosedürü de ilgili yönetmelikte yer almaktadır.

2002 yılının son günlerinde iktidardaki yeni yöneticiler tarafından hazırlanan ve 2003 yılının sonlarına doğru Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi sağlık alanının yeniden yapılandırılması yolunda çok önemli bir adım olarak nitelendirilmiştir. 2003 yılı sonrasında Türk sağlık hizmetlerinin ve politikalarında yaşanan dönüşüme çalışmanın bütünlüğü açısından sonraki bölümde yer verilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE YENİDEN YAPILANMA

Kamu yönetimi Wilson'a göre; "hükümet etmenin uygulama ya da işletme yönüdür. Çünkü amacı, kamuya ilişkin işleri mümkün olduğu kadar halkın arzu ve zevkleri doğrultusunda verimli bir şekilde yerine getirmektedir" (Polatoğlu, 2001: 49 akt. Çevikbaş, 2012).

Kamu Yönetimi disiplini bir yönetsel sistemde karar ve politika oluşturma süreçlerini incelemektedir. Devletlerin yürütme gücü olarak düşünülen disiplin ulusal ve yerel yönetimler düzeyinde kamu örgütleri ile kamu politikalarının örgütlenmesi, yönetimi ve uygulanması ile ilgilidir; program yönetimi (planlama, karar verme, örgütlendirme, yönetme, uygulama ve değerlendirme) ve kaynak yönetimi (insan kaynakları ve finansal kaynaklar) içermektedir. Kamu yönetimini oluşturan kurumların yükledikleri görevler arasında sıkı bir ilişkinin varlığı yeni kurumların kurulmalarını ve yeni görevleri gerektirmekte kamu yönetimi karmaşık bir durum alabilmektedir. Ülkemizde kamu yönetimi, merkeziyetçilik ilkesine göre örgütlenerek kamusal görevlerin büyük bir bölümünü yerine getirmektedir. Kamusal hizmetlerin bir kısmı da yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenen kurumlar tarafından yürütülmektedir. Yapıları ve yükledikleri görevler bakımından çeşitlilik gösteren bu kuruluşlar, yapılarında farklılıklar olsa da bir bütünün parçalarıdır (Eryılmaz, 2011: 8-10).

3.1. YENİDEN YAPILANMA KAVRAMI

Yeniden yapılanma kavramı, siyasal, ekonomik ve idari boyutları olan geniş kapsamlı bir kavramdır. Yeniden yapılanmaya ilişkin kararların alınması ve bu konudaki kamu politikalarının belirlenmesi siyasal boyut içerisinde yer alırken, yeniden yapılanma çalışmalarının hayata geçirilmesi sırasında ortaya çıkan maliyetler ve sonrasında elde edilmesi planlanan mali getiriler ise ekonomik boyut içerisinde yer almaktadır. Yeniden yapılanmanın idari boyutu ise kamu yönetiminin yapı ve işleyişine ilişkin çalışmalardan oluşmaktadır. Ayrıca yeniden yapılanmanın sosyal ve kültürel sonuçları da bulunmaktadır. Bu yönüyle çok boyutlu bir kavram olduğu görülen yeniden yapılanma konusu incelenirken ilk olarak yeniden yapılanmanın tanımı, amacı ve özellikleri üzerinde durulacak, ardından yeniden yapılanma süreci, yeniden

yapılanmanın türleri ve uygulama yöntemi ile kamu yönetiminde yeniden yapılanmanın gereksinimi üzerinde durulacaktır.

3.1.1. Yeniden Yapılanmanın Tanımı

Yönetimde yeniden yapılanma ya da reform, kamu kurumlarının sınırlı kaynaklarla amaçlarını rasyonel, verimli ve etkili biçimde nasıl örgütlenmesi gerektiğini belirlemeye yönelik bir kavramdır (Acar, Sevinç, 2005: 20).

Kamu yönetimde köklü bir değişim ihtiyacından sürekli bahsediliyor olması, idari yapıların eskimiş geleneksel yapılarından arındırılması gerektiği düşüncesi “idari reform” kavramını ön plana çıkarmıştır. Yeniden yapılanma kavramı da idari reform kavramına paralel şekilde kullanılmış bir terimdir (Coşkun, 2014: 15).

Kamu Yönetimi Sözlüğünde yönetim reformu ve idarenin yeniden düzenlenmesi sözcüklerinin idari reform ile eş anlamlı olduğu ifade edilmektedir. Buna göre “kamu yönetimini daha etkili ve daha verimli kılma, iyileştirmek amacıyla girişilen yeniden düzenleme çabaları ve bunun sonucunda gerçekleşen yenilikler” idari reform olarak tanımlanmaktadır (TODAİE, 2015: 185).

1963 yılında hazırlanan Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP) raporunda idari reform kavramı ile birlikte idareyi geliştirme ve yeniden düzenleme terimleri de kullanılmaktadır. Kamu Yönetimi Araştırması (KAYA) Raporu da idari reform, yeniden düzenleme, yönetimde reorganizasyon ve yeniden yapılanma gibi kavramların birbirine eşdeğer kavramlar olduğunu ifade edilmektedir (Coşkun, 2005: 15).

Yönetimin yeniden yapılanması ile ilgili olarak kamu yönetimi yazınına bakıldığında, “Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi”, “Kamu Yönetimi Reformu”, “YKY”, “Kamu Yönetiminin Modernleştirilmesi”, “Âdem-i Merkezileştirme Reformu”, “Devletin Yeniden Yapılandırılması”, “Yeni Yöneticilik” “Yeniden Düzenleme” gibi terimlerin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Coşkun, 2005: 14).

3.1.2. Yeniden Yapılanmanın Amacı

Yeniden yapılanma ile (Türküne, 2009: 471-472), “kurumsal boyutta ve hizmetlerin yürütülmesinde, düzenleme politika üretme ve hizmet dağıtımı boyutlarını birbirinden ayırarak bir rasyonalizasyonu oluşturmak” amaçlanır. Yeniden yapılanma

ile geleneksel yönetim anlayışının olumsuzlukları ve halkta yarattığı memnuniyetsizliklerin giderilerek devletin ekonomik ve siyasal yönden “özendirici, teşvik edici” bir doğrultuda dönüşmesi beklenmektedir (Demirel, 2013).

İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor’da ise idari reformun amaçları şu şekilde belirtilmiştir (TODAİE, 1965: 6- 7):

-Sürat: Amme hizmetinin bütün sektörlerinde ve kademelerinde işlerin gecikmelere meydan verilmeden yürütülmesini temin etmek.

-Kalite: Yapılan işin kalitesini ıslah etmek ve daha üstün vasıfta bir hizmet sağlamak.

-Ekonomi: Verimliliği azaltmaksızın idari faaliyetleri mümkün olan en az masrafla yürütmek.

3.1.3. Yeniden Yapılanmanın Özellikleri

Yönetimde reform, yönetim sisteminin yapısının, hizmet tercihlerinin, personel rejiminin, iş görme yöntemlerinin, karar alma sürecinin, siyasal sistemle olan ilişkilerin ve sistemin unsurlarının modern ve çağdaş düşüncelere uyum sağlayacak biçimde yenilenmesi ile gerçekleştirilebilmektedir (Acar, Sevinç, 2005: 20).

Kenan Sürgit (1972) idari reformun özelliklerini şu ana başlıklarla belirlemektedir:

“ 1. İdari reform sosyal değişimin bir faktörüdür: İdari reform kültürel değişim, teknolojik yenilik ve modernizasyon gibi sosyal değişimin bir faktörüdür. İdare, toplum sisteminin bir alt sistemidir ve hem toplum sistemi ile hem de bu sistemin öteki ünitelerini teşkil eden alt sistemlerle ilişkileri vardır.

2. İdari reformun amacı idarenin modernleştirilmesidir: Modernizasyon, sistematik değişikliğe alışık olmayan bir düzeni sürekli değişikliğe dayanan bir düzene çeviren bir devrimdir. Modern toplumlarda hiçbir şey statik değildir. İdare iç ve dış değişikliklere büyük ölçüde kendiliğinden uyar, çoğu değişiklikler farkında olunmadan yapılır.

3. İdari reform sübjektiftir: İnsanların iyi ya da kötü yönetim hakkındaki düşünceleri, kötü yönetim karşısında tolerans dereceleri farklıdır.

4. *İdari reform tartışmalıdır: Reforma karşı takınılan tavırlar kişisel durumlara, genel politik duruma, sınıf bağlılıklarına ve çıkarlarına ve kişisel ilgililik derecesine bağlıdır.*

5. *İdari reformun belirli bir sınırı yoktur: İdari reform çoğu zaman yönetimi aşar, politika, psikoloji, kamu hukuku alanlarına taşar ve aynı biçimde bu alanlardaki reformlardan etkilenir.*

6. *İdari reform zaman alıcıdır ve sürekli bir süreçtir: İdari reform belirli bir zamanda yapıp sona eren tek bir gelişme hareketinden ibaret olmayıp, sabır ve özenle yürütülmesi gereken sürekli bir işlemdir.*

7. *İdari reform personelin işten çıkarılması amacını gütmeyiz: Gerçekte reform çalışmalarının amaçları çeşitlidir ve genellikle kuruluşların politika ve programlarında yapılması düşünülen değişikliklerle ilgilidir.*

8. *İdari reform mevzuat hazırlamak ya da mevzuatta değişiklik yapmaktan ibaret değildir: Kanunlarda ve diğer mevzuatlarda yapılacak değişiklikler idari reform çalışmalarının bir sonucu, uygulamaya konulmaları için bir araç olmalı ve reformu gerektiren nedenlerin ciddi bir biçimde incelenmesine dayanmalıdır.*

9. *“İdari reform” asıl amaçların bir fonksiyonudur: İdari reform daha temel ve uzun vadeli amaçların gerçekleştirilmesi için bir ara hedef, kurumları istenen yönde değiştirmek için yapılan daha geniş çabanın sadece bir aşamasıdır.*

10. *İdari reform büyük ölçüde yöneticilere bağlıdır. Herhangi bir ülkede yönetimin kalitesi, sonuçta işin yapıldığı düzeydeki yöneticilerin yeteneklerine bağlıdır.*

11. *İdari reform aslında idarenin kendisine düşen bir görevdir: Her kuruluş gibi idare de ancak kendi yetkililerinin ve uzmanlarının bilgi, tecrübe ve anlayışları ile düzelip gelişebilir.*

12. *İdari reform sözle gerçekleştirilemez: İdari reformun sonucu, amaçları yönünde iyiye doğru sürekli nitelikte bir değişim olmalıdır. Güçlüklerden geçici olarak kurtulma yeterli değildir (1972:13-22)”.*

3.1.4. Yeniden Yapılanma Süreci

Kamu kesiminin merkez ve taşra kuruluşlarını içerecek bir kapsamda ele alınacak yeniden yapılanma çalışmaları farklı ve birbirini tamamlayan işlemlerden oluşmaktadır. Her aşamanın sonraki aşamaya bilgi sağlamasının söz konusu olmasını dikkate alarak yeniden yapılanma sürecinin aşamalarını genel çizgileri ile aşağıdaki şekilde oluşturabiliriz (Kalkandelen, 1998)

a. Hazırlık ve Değerleme Aşaması

Yeniden yapılanma gereksinimi her ülke de farklı gerekçelerle ortaya çıktığı gibi örgütlerinde yenilenme ihtiyacının farklı amaçlarla ortaya çıkması örgütlerin varoluş nedenleri incelendiğinde kaçınılmaz bir süreç olarak kabul edilmektedir. Kamusal hizmetlerin niteliklerinin değişmesi ile yeniden yapılanma yoluna giden kamu kurumlarının öncelikle kamusal hizmetlerin neler olduğunu belirlemesi gerekir. Kamusal hizmetlerin benzer nitelikli olanlarının birimler arasında dağıtımı, farklı kurumlara aktarılması veya tümüyle kamusal niteliğinden arındırılarak özel sektör tarafından karşılanabilirliğinin incelendiği bu aşama yeniden yapılanmanın temelini ve gerekçesini oluşturmaktadır. Değerleme sonucunda teknolojinin ortaya koyduğu yeni görevler, kamusal görevler arasına alınarak merkez ile yerel yönetimler arasında dağıtılır. Merkezce yerine getirilecek görevler yerinden yönetim esaslarına göre merkezin taşra uzantılarına verilerek, merkez teşkilatının yönetsel görevleri yerine getirmesine odaklanılır. Merkez teşkilatının, planlama, destek sağlama ve denetleme hizmetlerinin uzman elemanlar ile yerine getirilmesi amacıyla örgüt yapısı da yeniden düzenlenir.

b. Yapım/İnşa- Yürütme Aşaması

İlk aşamada yapılan değerlendirme sonucunda kamusal olduğu kararlaştırılan hizmetlere ait görevlerin yönetsel yapılarının oluşturulması gerekmektedir. Tüm görevlerin, kurum veya kuruluşlar arasında bölüştürülerek her göreve ait kadroların belli normlara göre organlaştırıldığı bu süreçte Başbakanlığa bağlı bir Araştırma ve Geliştirme Birimi kurularak devletin teknolojinin ortaya çıkardığı gelişmelerle değişen ihtiyaçlara uyum sağlamasında aracılık hizmetini görecektir. Değerleme aşamasında mevcut yapısının korunması, değişmesi veya kaldırılması yönünde karar alınan kurum ve kuruluşlarında örgüt yapılarındaki düzenlemeler ile yapım aşaması tamamlanır.

Yürütme sürecinin başlaması Ar-Ge biriminin oluşturulmasına bağlı olarak başlayacaktır. Merkezi personel birimi ile merkezi araştırma-geliştirme birimi, işbirliği içinde devletin performans standartlarının yükseltilmesi amacıyla çalışmalarını sürdürecektir.

c. İzleme ve Denetleme Aşaması

Yeniden yapılanma kararı ile hazırlanan plan doğrultusunda yapılan değişikliklerin bilimsel yönetim sürecinde olduğu sürekli denetlenerek izlenmesi ve varsa plandan ayrı gelişen etkenlerin tespit edilmesi gerekmektedir. Denetimler performans ve verimlilik kriterlerine göre gerçekleştirilmelidir. Bu aşamada alınacak kararlar yeniden yapılanma faaliyetinin başarısını ve sonucunu etkileyeceğinden önem arz etmektedir.

Reform sürecinin başarı ile tamamlanabilmesi için uygun bir alandan hareket etmesinin yanı sıra katılımcı yöntemlere de yer vermesi öngörülmektedir. “Katılımı, saydamlığı, çoğulculuğu, etkinliği öngören bir yeniden yapılanma, hazırlanış ve uygulanış itibarıyla de bu ilkeleri içselleştirmelidir (Dinçer, Yılmaz, 2003)”.

Yeniden yapılanma aşağıda sıralanan nitelikler dikkate alınarak tasarlanmalıdır:

İhtiyaçlara Uygunluk: Yeniden yapılanma sürecinin başarılı sonuçlanması için geçmişten gelen deneyimler ve mevcut koşulların uyumlaştırılması önemlidir. Bu uyum sağlanamazsa yeniden yapılanmaya karşı tepkiler olabilecektir. Fakat bu sürecin iyi tasarlanması ile destek verecek unsurlar ortaya çıkacaktır. Reform sürecinin mevcut yasal ve kurumsal yapıyı ile yönetim kültürünü tamamen ihmal etmeden mevcut durumu analizi yapılarak geçmişin olumlu yönleri ve ihtiyaçlar ön plana çıkararak yürütülmesi gerekmektedir (Dinçer, Yılmaz, 2003: 127).

Katılımcılık ve Çok Ortaklılık (Yönetişim): Yönetişim; bürokratik sınırlar içerisinde, tek amaca yönelik olarak belirlenmiş yetki ve kaynakları tek elde toplayan, kapalı yapıdaki kamu yönetimi odaklı kamu politikası oluşturma sürecinden stratejik yöntemlere göre belirlenmiş amaçları ve çıktıları hedefleyen, çok aktörlü, katılımcı, aktörle işbirliğine ve ortaklıklara gidebilen, yetki ve kaynakları devredebilen, iletişim ve denetim mekanizmalarının etkin olduğu bir kamu politikası oluşturma sürecine geçiş sürecini ifade etmektedir (Coşkun, Nohutçu, Balcı v.d., 2003: 17, akt. Altın, 2013). Kamu yönetiminde yeniden yapılanma tüm toplumu ilgilendirdiğinden tüm toplumun

katılımına dayalı bir anlayışla sürdürülmesi zorunludur. Değişimin benimsenerek uygulanması ve kalıcı olması hazırlık aşamasında katılımcılığın uygulandığı projeler ile sağlanabilmektedir. Toplumun yönetiminde etkili olan; hükümet ve parlamento, yerel yönetimler, üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, vakıflar ve sivil toplum kuruluşlarının hazırlık sürecinde, uygulama aşamasında ve sonuçların değerlendirilmesinde rol alması ile değişim sürecinde katılımcılık gerçekleşebilecektir. Yönetişim bir karardan etkilenen tüm tarafların bu kararın oluşumuna ve uygulanmasına azami ölçüde katılması esası ile görüş, öneri ve eleştirilerine açık olarak yürütülmelidir. Halk ile yönetim arasındaki güven sağlayan iyi yönetişim veya çok ortaklı yönetim ekonomik performansın artırmasında da önemli bir unsurdur (Dinçer, Yılmaz, 2003: 128-129). Hiyerarşik bürokratik sistemlerden çok daha karmaşık olan ve çok daha fazla paydaşın rol oynadığı ağ modeli olarak kabul edilen inovasyon bürokratik mekanizmalar yerine işbirlikçi ve müşteri temelli süreçleri önermektedir. İnovasyonun, kamu sektöründeki amacı kamusal alana odaklanarak problemleri çözmek ve yeni fırsatlar yaratmaktır. Kurumsal inovasyonlarda, devlet merkezli kamusal hizmet sunumundan ağ toplumuna doğru bir yöneliş, örgütsel inovasyonlar da ise bürokrasideki hiyerarşik yapılanma karşısına, ağları, ortaklıkları ve piyasaları konumlandıran bir anlayış bulunmaktadır. Kamusal hizmet tek bir merkezden alt birimlere doğru hiyerarşik bir şekilde düzenlenerek farklı düzeylerde yönetsel örgütlenmeler oluşturulmakta ve her aşamada paydaşların doğrudan katılımı sağlanarak, geleneksel hiyerarşik modeller dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Kamusal hizmet üretiminde ve sunumunda özel sektörden ve sivil toplum kuruluşlarından faydalanılarak paydaşların ve müşterilerin doğrudan kendileri hakkında söz sahibi olabilecekleri sistemler geliştirilerek yeniden yapılanma sürecinin tasarlanması gerekmektedir (Memişoğlu, Kalkan, 2016).

Halk Odaklılık: Yeniden yapılanmanın temel amacı toplumdaki tüm bireylere kaliteli hizmet sunarak yaşam koşullarının iyileştirilmesidir. Değişim sürecinde karşılaşılabilecek geçici sorunlara karşı halkın bilgilendirilmesi yönetime olan güveninin artmasını ve kamu hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin yükselmesini olumlu yönde etkileyeceğinden yeniden yapılanma sürecinde halk odaklı olmak esastır (Dinçer, Yılmaz, 2003: 129).

Stratejik Yönetime Geçiş: Kamu kuruluşları aşırı merkezi yapı içinde ve siyasi müdahalelere açık olarak çalışmakta ve politika üretme yeteneğinden uzaklaşmaktadır.

Kuruluşlar, katılımcı bir anlayışla ulusal plan ve stratejiler çerçevesinde stratejik planını oluştururken varlık nedenlerini, politika ve önceliklerini belirterek performans göstergeleri geliştirmek suretiyle başarılarını ölçebileceklerdir. Bu planlar vatandaş ve çalışan memnuniyeti esas alınarak hazırlanmalı ve plan doğrultusunda kaynak israfına neden olmayacak kuruluş bütçesi belirlenmelidir. Stratejik bakış açısı ile yapılan kamu kuruluşları öncelikli alanlara yoğunlaşarak çözüm üreten bir yapıya geçeceklerdir (Dinçer, Yılmaz, 2003: 130).

Performansa Dayalı Oluş: Stratejik yönetim süreci ile yapılan kuruluşların bütçe sürecinin de yeniden yapılanması ve YKY vizyonu doğrultusunda dönüştürülmesi gerekmektedir. Bütçe uygulaması çıktı odaklı diğer bir ifadeyle performansa yönelik olmalı şeffaflık ve hesap verebilirlik esas alınarak hazırlanmalıdır. İç mali kontrolü sağlayacak alt yapı oluşturularak kamu mali yönetiminin yeniden yapılanması kamu yönetimindeki yenilenme sürecini hızlandırarak faaliyet denetimini kolaylaştıracaktır (Dinçer, Yılmaz, 2003: 131).

Denetimde Etkililik: TBMM adına kanuna uygunluk denetimi yapma yetkisine sahip olan Sayıştay'ın Cumhurbaşkanlığı, TBMM ve Üst Kurullar dahil olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşlarının hesaplarının performans göstergelerine göre denetimi sağlanmalıdır. Performans denetimi kamu yönetiminde etkinlik, vatandaş ve hizmet odaklı çalışma anlayışı ve hedefe dönük faaliyet gösterme uygulamasını güçlendirecektir. Şeffaflık ilkesi gereği vatandaşlara tanınan bilgi edinme hakkı yoluyla kamu kuruluşlarının faaliyet sonuçları öğrenebilecek ve yeniden yapılanma ile hedeflenen verimlilik ölçütünün sağlanmasında iç kontrolün etkinleşmesi gerçekleşecektir (Dinçer, Yılmaz, 2003: 132).

Etik Kurallar ve İnsana Güven: Yeniden yapılanmanın nedenlerinden biri olan ile halk, devlet ve devleti oluşturan çeşitli kurumlar arasındaki güvensizliktir. Bu sorununun aşılması amacıyla açıklık, dürüstlük ve iyi niyet kuralları ile yeniden yapılanma süreci başlamalı ve tamamlanmalıdır. Bu süreçte kurumsal ve bireysel çıkarlar ön plana çıkarılmadan, yapılan değişiklikler ile amaçlar arasındaki uyum sürekli kontrol edilmelidir. Kamu yönetiminde etkinlik arayışı ile başlayan yeniden yapılanma sürecinin, kamunun daha fazla büyümesi ve kaynak israf eder hale gelmemesi için

kurumsal çıkarları ön plana çıkarmaya dönük eğilimler kontrol altında tutularak genel çıkarlar esas alınmalıdır (Eryılmaz, 2011: 38).

Hizmetlerin Yürütülmesinde Yerindenlik: Kamu Yönetimi Sözlüğünde, yerinden yönetim diğer bir ifade ile adem-i merkeziyet (decentralization), yönetsel karar alarak hizmetleri gerçekleştirme yetki ve sorumluluğunun, coğrafi ya da işlevsel kriterlere bağlı olarak merkezi hükümet dışında, hizmet yerinde bulunan organlarca üstlenilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Bozkurt, vd., 2008: 26). Yerinden yönetim, yetki genişliğini esas alan, merkezi yönetime göre daha güçlü bir yönetimdir. Yönetim gücünü elinde bulunduran kişi veya organ, kendiliğinden yürütme ile ilgili kararlar alarak uygulama yetkisine sahiptir (Toprak, 2006: 12). “Yerinden yönetim usulünde "irade" merkezdedir. Bu merkezce yönetilen birimlerin görev-yetki alanları sayılıp sınırlandırılarak belirlenir. Birimler, kendilerine bırakılan alanda kendilerine verilen görevleri, kendilerine tanınan yetkiler çerçevesinde yerine getirirler. Kullandıkları yetkiler çerçevesinde, üstlendikleri görevleri yerine getirmekten sorumlu tutulurlar (Yayed, 2015)”.

Desantralizasyon dört şekilde gerçekleşebilmektedir; merkezi hükümet yönetsel otoritesinin bir kısmının, hiyerarşik örgütlenme içindeki taşra birimlerine devredilmesi *dekonsantrasyon*, belirli bir coğrafi alandaki, belirli faaliyetlerin planlanması ve yürütülmesi görevinin, merkezi hükümetin doğrudan müdahalesinde olmayan birimlere devri *delegasyon*, merkezi hükümetten bağımsız yerel yönetimler/birimler tarafından belirlenmiş işlevlerin yerine getirilmesi de *devolüsyondur*. *Özelleştirme* ise kimi zaman bir mülkiyet devri, kimi zaman da devletin düzenleme rolünün azaltılarak ihale yoluyla hizmet sağlama şeklinde olabilmektedir (Tatar, 1993: 140–142).

Merkezi yönetimin asli işlevleri olan strateji geliştirme, hedef ve stratejiler belirleme, politika oluşturma, uygulamaları koordine etme, izleme, değerlendirme, rehberlik yapma ve denetleme konularında yetersiz hale gelmesi yeniden yapılanmaya ihtiyaç duyulmasının temel nedenidir. Bürokratik yapı içerisinde aşırı büyüyen, halkın taleplerine uygun olmayan şekilde kaynaklarını kullanan bir yapının verimsizleşmesi kaçınılmaz bir sonuçtur. Verimsiz işleyen bir yapının da kapasite geliştirmesi beklenemez. Yerelleşme olarak da ifade edilen yerindenlik (subsidiarite) ilkesi bir hizmetin en yakın birim tarafından karşılanması anlayışına dayanır. Merkezi idarenin

küçültülerek uzun vadeli stratejik konularda yoğunlaşabilmesi yerellik ilkesinin hayat geçirilmesine bağlıdır (Eryılmaz, 2011: 105). Yerinden yönetim ve yerel yönetim yapılarının yetki, görev ve kaynak bakımından güçlendirilerek hizmet sunması verimlilik, katılımcılık, ihtiyaca uygunluk ve etkin kamuoyu denetimi gerçekleşecektir (Dinçer, Yılmaz, 2003: 129-135).

Bu sıralanan niteliklerle birlikte yenilik sürecinin başarılı ve kaliteli sonuçlanabilmesi için, farklı bir örgütsel yapının oluşturulması da gerekmektedir (Eren, 1982: 40 akt. Özmen, vd., 2010: 147).

3.1.5. Yeniden Yapılanma Türleri ve Uygulama Yöntemleri

Tortop idari reform sürecini idarenin yapısında, kuruluşunda yapılan reform ve idarenin işleyişinde, yönetim biçiminde reform olarak iki ana başlık altında ele almıştır. İdarenin genellikle mevcut durumu, düzeni korumaya çalışması idari reformun başarısında bir engel olarak görülmektedir. Bu nedenle idarede reform, idarenin tutuculuğuna karşıt olan bir davranıştır. Çünkü idare statükocu ve tutucu bir yapıya sahiptir. Bu yapının aşılması için çözüm yollarını üçe ayırarak incelemek mümkündür (Tortop, vd., 2010: 482):

1. Kurumsal Reform Yöntemi (İdari Reformla devamlı meşgul olacak kuruluşlar kurulması),
2. Zorlayıcı Reform Yöntemi (İdari mekanizmaya yabancı iç ve dış baskı grupların etkisiyle reform yapılması),
3. Deneysel Yöntem (Reform yapılmadan önce, öngörülen reform belirli bir alanda denenir).

Yeniden yapılanma stratejik yönetim düşüncesini benimseyen örgütlerde farklı yöntemlerle gerçekleşebilmektedir. Örgüt yapısındaki tüm öğelerin ele alınıp analiz ve değerlemeye tabi tutulduğu genel bir operasyon şeklinde olabileceği gibi belli bir bölüme yönelik kısmi nitelikli olarak da yeniden yapılanmaya gidilebilmektedir. Bu iki durumda da sistem sınırları içerisinde sistem yapısındaki sorunların giderilmesi için operasyonların yürütülmesi söz konusudur. Yeniden yapılandırmanın bir değişim süreci olduğu ve tek başına bir reform olmayıp reforma yönelik bir adım olduğu unutulmaması gereken husustur. Mevcut yapıda var olan bürokrasinin azaltılması ve şeffaf yönetim

ilkesinin güçlendirilmesi, sorumlulukların azaltılması nedenleriyle de yeniden yapılanmaya başvurulabilmektedir (Demirel, 2005: 106).

3.1.6. Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Gereksinimi

Toplumsal alandaki değişimler kamu yönetimini etkilemekte, kamu yönetimi de toplumsal kurumları belirli ölçüde biçimlendirmektedir. Toplumların sosyal, kültürel, zihinsel, ekonomik ve teknolojik yapılarıyla kamu yönetimleri arasında uyumluluk uzun vadede gerçekleşebilmektedir. Bu anlamda toplumsal yapı ile kamu yönetimi arasındaki etkileşim kaçınılmazdır. “Kamu yönetimi disiplininin objesi kamu hizmetleridir. Çünkü hizmet piyasa koşullarında üretilip satılmakta, hizmetin kapsamı, içeriği ve kalitesi tüm topluma yönelik olarak siyasal erk tarafından belirlenmektedir (Özer, 2006: 7)”. Aşırı merkezîleşme kamu yönetimindeki büyümenin sonuçlarından biridir. Aşırı merkezîleşme ile aynı alanda hizmet sunan kurumların sayısı olarak artması kurumlar arasındaki koordinasyonun zayıflamasına, kaynak israfına neden olmaktadır. Aynı süreçte kurumsal çatışmaların yoğunlaşmasıyla hizmet kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Bilgin, 2015: 32).

Genel olarak bir kamu yönetimi sistemi olduğu kadar bu sistem içindeki tek bir örgüt için de söz konusu olabilen yeniden yapılandırma köklü reform girişimleridir; belirli amaçlarla girişilen planlı ve bilinçli değiştirme hareketi olmakla birlikte toplumun değerlerindeki ve tercihlerindeki değişiklikleri yakalama çabasıdır. Devletin işlev ve rollerinde yaşanan değişimin temelinde, finansal ve endüstriyel pazarların küreselleşmesi, siyasal ve ideolojik baskıların artması, teknolojik gelişmeler gibi bir dizi faktörün belirleyici olduğu görülmektedir (Tutum, 2003: 444-445). Ülkelerin ve yönetimlerin kamu politikaları ve yönetim sistemlerine ait mevcut düzenlemelerini günün şartlarına göre değiştirmeleri ile etkinlik ve verimlilik artışı sağlanacağından yönetimin değişen koşullara kendini uyarlaması gerekmektedir. Kamu politikalarının etkinliği için yenilenme önemli role sahiptir. Devletin büyümesi temelinde zorunlu hale gelen yeniden yapılanmanın diğer nedenleri değişik kaynaklarda genellikle şu şekilde sıralanmaktadır:

- Küreselleşme: Ülkeler ve toplumları birbirinden ayıran siyasal ve coğrafi sınırların ulaşım, iletişim ve teknolojik imkânların gelişmesi ile eskisi kadar anlam taşımadığı küresel ekonomik dünyanın getirdiği yeni küresel değerler özel kesim

örgütlerden başlayarak kamu idarelerini de değişime zorlamıştır (Türköne, 2009: 724-726). Küreselleşmenin neden olduğu “teknolojik devrim, kurulu devlet hiyerarşileri, örgütsel yapılar, çalışma yöntemleri ve iş becerileri, personel yönetimi ve hizmet sunma biçimleri üzerinde değişim yönünde büyük baskılar oluşturmuştur (Altın, 2013: 111)”.

- **Kamu ve Özel Kesiminin Bütünlüğü ve Karşılıklı Etkileşimi:** Gelişen ülke ekonomilerinde özel kesimin payının giderek büyümesi ve küresel ölçekte rekabet gücüne kavuşmak için değişim ve gelişim göstermesi kamu kesimi hizmet sektöründe de beklentilerin yükselmesine sebep olmuştur. Ülke içindeki sınırlı ekonomik kaynakların en etkin ve verimli bir şekilde kullanımının önem arz ettiği günümüzde kamunun özensiz, verimsiz, vatandaş memnuniyetini esas almayan bir yaklaşımla hizmet görmekte ısrar etmesi mümkün olmamıştır. Özel kesimde toplam kalite, performans odaklı liyakat, düşük maliyetli üretim, yüksek karlılık ve verim, müşteri memnuniyeti gibi kavramlar özel kesimle daha fazla etkileşim içinde kalan kamu kesimini de değişime zorlamış ve dönüşüm sürecini başlatmıştır. Kamu harcamalarının düşürülmesi, israfın önüne geçirilmesi, kamu kesimi tüketim harcamalarının enflasyonist etki yaratması, özel kesim tasarruflarını etkin olmayan alanlarda kullanımı ve bu sebepten gelişemeyen özel kesiminin uluslararası alanda rekabet gücüne zarar vermesi bir bütün olarak kamu kesiminin yeniden yapılanma ihtiyacını zorunlu kılmıştır (Saran, 2004: 113).

- **Geleneksel Kamu Yönetiminin Güncel Sorunlar Karşısında Yetersizliği:** Vatandaşların sürekli artan ve çeşitlenen kaliteli hizmet taleplerinin geleneksel kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde karşılanmasında karşılaşılan güçlükler, geleneksel bürokratik yapılara hâkim olan verimsizlik, atalet, hantallık, değişime direnç, kuralcılık ve kırtasiyecilik gibi olumsuz özelliklerden kurtulma istediği, kamu harcamalarının sebep olduğu yüksek bütçe açıkları, kalitesiz ve yüksek maliyetli kamu hizmetlerinden memnuniyetsizlik gibi günümüzde kamu yönetimi alanında karşılaşılan problemlere geleneksel kamu yönetimi anlayışı ile çözüm bulunması mümkün olmamıştır. Değişim karşısında mevcut yapının halkın ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması insanların devlete olan güvenlerini sarsmış, kötü yönetiminin sebep olduğu güven kaybının köklü bir yeniden yapılanma hamlesi ile giderilebileceği düşünülmüştür (Saran, 2004: 115).

- Vatandaşların Temel Hak ve Özgürlükler, Siyasal Katılma ve Kaliteli Hizmet Yönündeki Talepleri: Küreselleşme ile birlikte tüm dünya ülkelerinde yaygınlaşan daha fazla temel hak ve özgürlükler talebi, otoriter yönetimlere başkaldırı, vatandaşlarda görülen devlete bakış olduğunu değiştirmiştir. Vatandaşların demokratik yollar ve kamuoyu aracılığıyla daha fazla siyasal ve yönetsel karar mekanizmalarına katılma isteği, daha fazla özgürlük ve daha kaliteli kamu hizmeti elde etme konusunda kamu yöneticileri üzerinde kurdukları baskılar sonucunda kamu yönetiminin yeni bir anlayışla yapılandırılmasını zorunlu kılmıştır (Saran, 2004: 116).

- Özelleştirme Hareketlerinin Yaygınlaşması: Verimsiz ve kötü işleyen kamu yönetimi kaynak israfı, bütçe açıkları, yüksek enflasyon, vergi artışı ve işsizlik gibi kronikleşen makroekonomik sorunlara neden olmaktadır. Geleneksel bürokratik yapı ile bu sorunların çözümlenemeyeceğinin kabullenilmesi özel kesimde başarıyla uygulanan modellerin kamu yönetimi alanına da aktarılmasının bir çıkış yolu olarak benimsenmesine sebep olmuştur (Saran, 2004: 115).

- Tasarrufun ve Verimliliğin Arttırılmasının Gerekliliği: Kamu hizmetlerinin ucuz olması için uygulanan iktisadi politikalar kamu işletmelerini verimsizleştirmektedir (Eryılmaz, 2011: 25-26). Kısıtlı kaynaklarla hizmette etkinlik ve verimlilik sağlamak, yönetimde yeni düzenleme ve reform mecburiyetini oluşturmuştur.

- Nitelikli Personel İstihdamına Duyulan İhtiyaç: 2000’li yıllara kadar siyasi aktörlerin yetkilerini özellikle kamu personel alımında kullanmaları ve bu alanda etkinlikleri kamu personel yönetiminde verimsizliğe neden olmaktadır. Kamu kurumlarında yetenekli ve nitelikli personel istihdam edilmemesine yol açmaktadır. Performans değerlendirme sisteminin bulunmaması kamu kesiminde niteliksiz elemanların fazlalığına neden olmuştur (Eryılmaz, 2011: 42-47).

- Bilgi toplumu teknolojilerinin kullanılması: Ekonomik yapının işleyişindeki insan-aracı-mal/hizmet ilişkisinin, internet dünyasına ve web teknolojilerinin sanal ortamına taşıyan teknolojik gelişme düzeyi ve örgütlenme anlayışının hâkim olduğu bilgi çağında kamu hayatının düzenlenmesinde belirleyici unsur olan bürokratik yapının da bilgi toplumuna ulaşma yolunda değişim ve dönüşüm sürecine geçmesi gerekmektedir; müşteri beklentilerine duyarlılık, yatay ve esnek örgütlenme, yenilik arayışı, değişikliklere uyum, hızlı bilgi- veri transferi, sektörler arasında uyum ve

koordinasyon, stratejik bakış ve öngörü gibi araç ve dinamikler bilgi toplumunun kamu ayağını oluşturan e-devlete geçiş sürecinin de vazgeçilmez gerekleridir (Saran, 2009: 1).

Uluslararası örgütlerin baskı ve önerilerinin de bu gereksinimler içerisinde yer alması uygun olacaktır. Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, IMF ve OECD gibi uluslararası aktörlerin ekonomi politikalarına müdahale ederek kendi ideolojilerini dayatması ile sosyal devletin eğitim, konut, istihdam, sosyal güvenlik, sağlık gibi alanlarda azalan etkinliğinin yanı sıra Avrupa Birliği üyeliğine kabul edilmek üzere belirlenen koşullara devletin uyum süreci kamuda yeniden yapılanma gereksinimini ortaya çıkarmaktadır.

Kamu yönetiminde yeniden yapılanma düşüncesi, belli ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır. Sanayi döneminin yönetim ve örgütlenme ilkelerinin bilgi çağındaki değişim gelişime uyum sağlayamaması, toplumun beklentilerinin değişmesi, teknolojinin yaygın kullanılması temelinde ortaya çıkan yeni anlayışlar doğrultusunda yeniden yapılanma düşüncesi ortaya çıkmaktadır (Saran, 2009: 1).

20. yüzyılın sonlarına doğru hız kazanan ekonomik, siyasal ve teknolojik gelişmeler kamu yönetimini de derinden etkilemiş; kamu hizmeti ve kamu yönetimi anlayışında ciddi değişimlere yol açmıştır. Yeni yönetim anlayışları devletin yapı ve işlev bakımından değişmesi kamu yönetiminin de yeniden şekillenmesine katkı sağlamaktadır.

Geleneksel kamu yönetimi anlayışı ile yeni liberal politikaların farklılıklarını ana hatları ile belirletmek üzere tablo kullanılabilir.

Tablo 3.1. Liberal Politikaların Geleneksel Kamu Yönetimi Anlayışı ile Karşılaştırılması

GELENEKSEL KAMU YÖNETİMİ	YENİ LİBERAL POLİTİKALAR
Sosyal devlet	Küçük devlet
İthal ikameci, kapalı ekonomi	İhracata dayalı büyüme
Devlet desteklemeleri	Kâr amaçlı üretim
Devlet tekelleri	Özelleştirmeler
Dış etkilere kapalı mali piyasalar	Mali piyasaların birleştirilmesi
Mal, hizmet ve sermayenin dolaşımı sıkı kurallara bağlı	Mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı

Kaynak: Dervişoğlu, 2013: 23

3.2. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI

1960'lı yılların sonlarından itibaren dünya genelinde refah devleti uygulamaları sorgulanmaya başlamıştır. Özellikle ABD ve İngiltere başta olmak üzere pek çok ülkede, refah devleti uygulamalarının kamu yönetiminin büyümesine, hantal, bürokratik, verimsiz, kırtasiyeci ve kapalı bir yapı halini almasına neden olduğu yönündeki eleştiriler kuvvetlenmiştir. 1970'li yıllarda yaşanan petrol krizlerinin de etkisiyle kamu yönetiminde yeni bir yapılanma arayışına girilmiştir.

Bu süreçte yeni sağ olarak isimlendirilen siyasal akım, kamu yönetiminde işletmecilik modellerinin kullanılması, devletin küçültülerek asli görevlerine geri çekilmesi, özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştırılması, kamu hizmetlerinin etkin, verimli, kaliteli, en az maliyetle ve mümkün olduğunca yerelde sunulması, karar alma mekanizmalarına halkın ve sivil toplum örgütlerinin katılımının sağlanması, kamu yönetimin bürokratik ve kapalı bir yapıdan şeffaf ve hesap verebilir bir yapıya dönüşmesi gibi görüşleri savunmaya başlamıştır. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren bu görüşler kamu politikaları halinde uygulamaya geçmiştir. Kamu yönetiminde yeniden yapılanma amacı bu süreçte ortaya taşıyan bu uygulamalara yeni kamu yönetimi anlayışı (YKY) adı verilmektedir.

YKY, hukuka ve insan haklarına saygılı, kamu kaynaklarını optimum kullanan, saydam ve hesap verebilir bir yönetim anlayışıdır. YKY anlayışına dayalı kamu örgüt yapısı; esnek hiyerarşinin sağlanması için az elemanlı merkez ve geniş yatay çevre ile desantralizasyonu sağlayacak biçimde optimal büyüklükte olmalıdır (Eryılmaz, 2011: 47-56).

3.2.1. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Ortaya Çıkışı ve Gelişimi

1980'li ve 1990'lı yıllarda egemen olan yeni sağ politikalar gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkeleri etkisi altına almıştır. Yeni sağ akımı sermaye, mal ve hizmetler dolaşımında tam serbestliğin sağlanması, eğitim ve sağlık gibi hizmetlere yönelik kamu harcamalarının azaltılması, hükümet düzenlemelerinin azaltılarak özelleştirme uygulamalarının artırılması, kamunun mal ve hizmet üretiminden uzaklaştırılması ve bunun yerine bireylere sorumluluk yüklenmesi gibi uygulamaları hayata geçirmiştir (Yiğenoğlu, 2015: 1). Yeni liberalizm olarak da adlandırılan yeni sağ akımı, devletin yeniden yapılandırılmasını ve bu süreçte etkinlik, esneklik, kalite ve rekabet gibi ilkelerin aktif şekilde uygulanmasını savunmaktadır. Böylece, girişimcilik ruhu taşıyan, kar etme felsefesine inanan, müşteriye daha fazla seçenek sunmayı amaçlayan bir devlet anlayışı hedeflemektedir (Sargutan, 2010: 3191). Bu sürecin doğal sonucu olarak da vatandaşa müşteri gözüyle bakılmasını ve kamu yönetiminde rekabetin ve serbest piyasa ilkelerinin hâkim olmasını öngörmektedir (Nar, 2012: 134).

İşletme yönetiminin temel amaçları olan etkinlik, ekonomiklik ve hizmette kalite, kavramlarının kamu yönetiminde uygulanması olarak tanımlanabilecek olan YKY, hizmetlerde etkinliği, rekabet edebilmeyi ve kalite artırmayı hedeflemektedir. İşletmecilik anlayışındaki müşteri kavramı vatandaş kavramıyla bütünleşmektedir. İşletmelerin temel amacı olan müşteri memnuniyeti ile gelirleri artırarak kar elde edebilmek kamu işletmeciliğinde daha az harcama yoluyla vatandaşa hizmet etmek anlayışına dönüşmektedir. Müşteri yönelimli bu anlayış iş ve işlem süreçlerinin belirlenerek kalite standartlarının oluşturulmasını ve bunlara uyulmasını gerekli kılmaktadır. Vatandaş/müşteri yönetimin bir unsuru olarak kamusal alanda kendisini güvenilir hissedecek ve kamuya karşı da güven duygusu artacaktır. Kamu yönetimi, kamusal mal üretiminde ve kamu hizmetlerini sağlamada özel işletme yönetim tekniklerinden yoğun bir biçimde etkilenmektedir (Eryılmaz, 2011: 51).

YKY anlayışı, kamu yönetiminin, yapısı ve işleyişine yöneltilen eleştirilerden destek olarak teknoloji ve bilgi iletişimi alanındaki gelişmelerin özel sektörde etkin kullanımı sonucu ortaya çıkmıştır (Balcı, 2004). “YKY’nin ana fikri; kamu hizmetlerinin sunumunda özel hukuk çerçevesinde düzenlenmiş sözleşmeler aracılığıyla kamusal işlerin özel sektöre gördürülmesidir (Çevikbaş, 2012: 16)”. YKY piyasa sistemlerinden daha fazla yararlanmak üzere; rekabeti, vatandaş odaklı çalışmayı ve sonuç hedefli yönetim tekniklerini önermektedir.

Weber’in ifadesiyle ‘en üst siyasi otorite ile donatılmış kurum olan devlet’ ekonomik alanda kamu kurumlarının ve bu kurumlara yapılan kamu harcamalarının artması ile çok büyük yapıya dönüşerek hantallaşarak iş yapamaz hale gelmiştir. Bürokratik yapılarda yönetimin teknikleşmesi olarak kavramlaştırılan teknokrasi olgusunun oluşması devletin müdahaleci, planlayıcı ve işletmeci bir yapıya dönüştürülerek yeni kamu düzeni oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Yeni kamu düzeni anlayışındaki temel prensip kaynakların verimli ve etkin kullanılması için; devletin küçültülerek, serbest piyasa mekanizmasının hız kazanmasına yönelik özelleştirme politikalarının hayata geçirilmesidir (Eryılmaz, 2011: 22-29).

3.2.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Temel Özellikleri

Kamu yönetimi reformlarına etki eden ve 1980 ile 1990 yıllarında yaygın bir biçimde etkisini göstermiş YKY anlayışı bu dönem reformlarının şekillenmesinde önemli ölçüde tesir ettiği ileri sürülmektedir. YKY anlayışının temel özelliği kamu ve özel sektör arasındaki farklılıkların önemli olmadığını kamu yönetimlerinin de bir işletme gibi yönetilmesi gerektiğini savunmaktadır. Christopher Pollitt YKY’nin temel özelliklerini şu şekilde özetlemektedir:

- “- Yönetimin, girdi ve süreç odaklılıktan, çıktı ve sonuç odaklılığa yönelmesi,
- Performans ölçümüne ve performans yönetimine önem verilmesi,
- Büyük çok amaçlı ve hiyerarşik bürokrasilerden ‘yalın’, ‘yatay’ ve ‘özerk’ örgütsel biçimlerin tercih edilmesi,
- Hiyerarşik ilişkilerin yerini, sözleşme veya sözleşme benzeri ilişkilerin alması,
- Kamu hizmetlerinin sunumunda piyasa ve piyasa benzeri mekanizmaların daha fazla kullanılması,

- Kamu ve özel sektör arasındaki sınırların belirsizleşmesi, kamu ve özel sektör ortaklıkları ile (karma) melez bir örgütlenmenin gelişimi,

- Değer önceliklerinde evrensellik, eşitlik ve güven ilkelerinden, verimlilik ve bireycilik ilkelerine yöneliş (Sözen, 2005: 66' dan aktaran: Eryılmaz, 2011: 46) ”.

YKY anlayışı (Al, 2002: 110), idari reform hareketi olarak değerlendirilmektedir.

Geleneksel kamu yönetimi ile YKY anlayışı karşılaştırmalı olarak aşağıdaki tabloda yer almaktadır.



Tablo 3.2. Geleneksel Kamu Yönetimi ile Yeni Kamu Yönetiminin Karşılaştırılması

	GELENEKSEL YÖNETİM	YENİ YÖNETİM
YAPI	<ul style="list-style-type: none"> • Katı Örgüt Yapısı • Merkeziyetçi • Katı Hiyerarşi • Geniş Merkez • Hizmet Devleti • Büyük Ölçekli Yapı • Bürokrasi Yönelimi 	<ul style="list-style-type: none"> • Esnek Örgüt Yapısı • Adem-İ Merkeziyetçi • Yumuşak Hiyerarşi • Dar Merkez-Geniş Çevre • Minimal Devlet • Küçük Ölçekli Yapı • Piyasa Yönelimi
ROLLER - İLKELER - POLİTİKALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Yönetim • Örgüt Merkezli • Kurallara Bağlı Yakından Kontrol • Sevk Ve İdare • Sabit Ücret • Bürokrat Tipi Yönetici • Az Yetkili Yönetici • Gizlilik • Hizmetlerde Nicelik • Ast Yöneticiye Bağlı Değerlendirme • Kapalı Enformasyon Kuralları • Yetkiyi Toplayan • Risk Almakta İsteksiz • Kuralcı Ve Kırtasiyeci • Girdi Ve Süreç Odaklı • Birey Yönelimli 	<ul style="list-style-type: none"> • İşletme • Müşteri-Vatandaş Merkezli • Performans Hedefli Denetim • Yönetişim • Performansa Bağlı Ücret • Girişimci Yönetici • Yetkilendirilmiş Yönetici • Şeffaflık • Hizmetlerde Kalite • Çok Yönlü Değerlendirme Enformasyon Kanalları • Açık Enformasyon Kanalları • Yetkiyi Paylaşan • Risk Almakta İstekli • Vizyon Sahibi Ve Esnek • Çıktı ve Sonuç Odaklı • Ekip Yönelimli

Kaynak: Eryılmaz, 2011: 52

Özel sektör yönetim modellerinin kamu yönetimi içerisinde hayata geçirilmesi çalışmaları YKY'nin önemli özelliklerinden birisidir. Bu çalışmalar içerisinde stratejik yönetim kavramı ön plana çıkmaktadır.

Stratejik yönetim formel ve teknik süreçlerden çok davranışsal ve kültürel değişimi, paydaşlar arası etkileşimi ve karşılıklı öğrenme platformları oluşturulmasını gerektiren uzun vadeli çalışmaları içermektedir. Kamu yönetimi, kamu hizmetlerinin istenilen kalitede sunulabilmesi için bütçeleri ile kaynak tahsislerini; stratejik planlarına, yıllık amaç ve hedefleri ile performans göstergelerine dayandırmak zorundadırlar (www. sp.gov.tr).

Stratejik yönetimin kamu yönetiminde uygulanması ile elde edilecek temel çıktılar şu şekilde sıralanabilir (Dinçer, 1998: 11-18);

- Sürekli değişen çevre koşullarıyla mücadelede kolaylık sağlamak,
- Geleceğe yönelik amaç ve hedeflerin belirlenmesine ve bu hedeflere ulaşabilmek için yapılması gereken faaliyetlerin belirlenmesine olanak sağlamak,
- Kurumun faaliyet alanlarını koordine etmek,
- Kurumun misyonunu yerine getirmek için geliştirdiği stratejileri planlayarak onların uygulamasına odaklanmak,
- Belirlenen amaçlar doğrultusunda, zamanı ve kaynakları belirlenen faaliyetlerin izleme ve değerlendirme imkanı bulmak,
- Şeffaf bir yapı içerisinde faaliyette bulunabilmek,
- Yapılan performans ölçümleri, hazırlanan faaliyet raporları ve denetimler ile hesap verilebilirliği sağlamak.

Kamu yönetiminde dönüşümün; stratejik yönetim ilkeleri ile yönetsel kararların şekillendirilmesi, mevcut idari ve beşeri kapasitenin geliştirilmesi, yönetim kültürünün yeni yapıya uyarlanarak sürdürülmesi gerekmektedir.

3.2.3. Yönetişim Anlayışı

Yönetişim toplumun yeni bir yönetim tarzıyla yönetimini ifade etmek üzere "kullanılan yönetişim yaklaşımı, "kurumların kendine özgü sosyal, siyasal ve mali hedeflere ulaşmak için koordinasyonda bulunmaları durumudur (Dervişoğlu, 2013:

26)”. Yönetişim kavramında, hiyerarşik ilişki yerine heterarşik ilişki vurgulanmaktadır. Heterarşi, “karşılıklı ilişki ve bağımlılık halindeki faaliyetlerin eşgüdümünü ve kendi kendini organize eden kişiler arası ağları, örgütler arası eşgüdümü ve sistemler arası döngüyü içermektedir (Özer, 2006a: 63). Yönetişim kavramı ile kamu yönetimi, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının yer aldığı kompleks bir sistem ve bunların kendi aralarındaki heterarşik yapı (ilişkiler ağı ve karşılıklı etkileşimler) ifade edilmektedir (Eryılmaz, 2011: 54).

Yerinden yönetim ilkesinin belirginleştiği yönetim kavramı ve yönetim kavramlarının öne çıkan temel özelliklerin karşılaştırılması, değişik kaynaklardan yararlanarak hazırlanan aşağıdaki tablo da yer almaktadır.

Tablo 3.3. Yerinden Yönetimde Yönetişim ve Yönetim Kavramlarının Temel Özelliklerinin Karşılaştırılması

GELENEKSEL YÖNETİM ANLAYIŞI	YÖNETİŞİM
Merkeziyetçilik	Yerellik
Üniter Yapı	Federalizm
Katı Bürokrasi	Esnek Yapı
Gizlilik	Açıklık
Hiyerarşik Yapı	Heterarşik Yapı
Siyasal Katılım	Siyasal Katılım ve Yönetimsel Katılım
Yetki kullanımı geniş	Yetki Devri
Kamu ve Özel Kesim	Kamu, Özel Kesim ve Sivil Toplum Kuruluşları
Kişi denetimi	Sistem denetimi
Yöneten	Yönlendiren
Sorun çözme	Hedef belirleme
Amaç Odaklı	Performansa Odaklı

Geleneksel kamu yönetimi anlayışında devletin yönetim ve yasal düzeni sürdürme faaliyetlerini tek başına yerine getirmesine karşılık, gelişen yönetim yaklaşımı ile devletin bu faaliyetlerini diğer kurumlarla paylaşması ve düzenleyici denetleyici rolünün azaltılarak planlayıcı teşvik edici bir role dönüşmesi söz konusudur.

3.2.4. Yeni Kamu Hizmeti

Kamu yönetiminin iyileştirilmesi ve yeniden yapılandırılmasına yönelik hazırlanan Özel İhtisas Raporu'nda kamu hizmeti "toplumun ortak gereksinimlerini karşılamak ve toplumsal yaşamı düzenlemek, toplumu yönetmek üzere yetki verilen kamu otoriteleri tarafından yürütülen görevler olarak" tanımlanmaktadır (DPT, 2000).

Geleneksel kamu yönetiminin hâkim olduğu süreçte kamusal hizmetlerin temel özelliği kâr amacı güdülmeden bütçeden finansmanı sağlanarak devlet tarafından karşılanmasıdır. Devletin, ekonomiye müdahalelerini sınırlandırmasını öngören serbest piyasa ekonomisi kamusal hizmetlerin karşılanmasında da devletin sınırlanmasını öngörmektedir. Sanayileşme, kentleşme, sosyal devlet ve hukuk devleti anlayışı, demokratikleşme, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, ekonomik ve mali politikalarındaki değişim, toplumda bir kültür ve zihniyet değişikliğini de beraberinde getirmiştir. Bu değişiklik toplumun ihtiyaçlarını etkileyip şekillendirmiş ve insanların daha fazla ve daha rasyonel hizmet talebinde bulunmasına neden olmuştur. Yeniden yapılanma kapsamında kamu hizmetlerinin özel kişiler tarafından üretilmesi kamuda verimlilik sağlayacağından özelleştirme politikaları doğrultusunda kamu hizmetlerinde yapılanma gerekmektedir. Bu amaçla genel bütçeden finanse edilen devletin karşılaması gereken hizmetlerin bir bölümü yerel yönetimlere devredilmiştir bir bölümü de piyasa koşullarına göre oluşacak bir bedel karşılığında yabancı unsurlar tarafından karşılanacaktır (Nar, 2012: 130-134).

"Yeni kamu hizmeti yaklaşımı, yedi ilkeye dayanmaktadır (Denhart ve Denhart, 2003: 42; Genç, 2010: 145-159);

- Kamu çalışanını görevi, toplumu yönetmek değil, ona hizmet etmektir.
- Kamu yararı ürün değil bir amaçtır.
- Kamu görevlisi stratejik düşünür, ama demokratik biçimde hareket eder.
- Kamu görevlisi, müşteriye değil, vatandaşa hizmet eder.

- Sadece üretkenliğe ve verimliliğe değil, insana değer verilmelidir.

- Hesap verebilirlik, basit bir şey değildir. Kamu görevlileri, özel sektör çalışanlarına göre daha dikkatli olmalı, anayasaya, yasalara, toplum değerlerine, siyasi ilkelere, mesleki standartlara ve vatandaşların çıkarlarına uygun hareket etmelidir.

- Kamu hizmeti, girişimcilikten daha önemlidir (Eryılmaz, 2014: 53) ”.

Değişimi yakalamakta daha başarılı olan özel sektör kuruluşlarında egemen olan değerlerin ve uygulanan tekniklerin kamu sektörüne taşınması yeni kamu işletmeciliği olarak adlandırılmaktadır (Demirel, 2013: 107)

“YKH kamunun sorumluluğunu demokratik ve sosyal kriterler üzerine inşa etmektedir. Kamu yararı tek üstün / yüce değerdir ve farklı çıkarların bir araya gelmesi ile oluşur; kamu, özel ve sivil toplum örgütleri arasındaki ortak ihtiyaçları karşılayan bir koalisyonu ifade eder. Hesap verebilirlik bu anlayış içine yerleştirilir; kamu görevlilerinin sadece yasal ve siyasal sorumluk sahibi olması değil bunun yanında topluma, siyasi kurallara, profesyonel kurallara, vatandaşın talep ve çıkarlarına da duyarlı olması gerektiğini anlatır. YKİ, özelleştirme, performans ölçümü, müşteri hizmetleri üzerinde odaklanırken YKH demokratik idealler ve haklar temelinden beslenir (Denhardt ve Denhardt, 2001: 393 akt. Genç, 2010: 148)”.

YKY anlayışı, kamu hizmeti kavramını büyük ölçüde daraltmış, ekonomik nitelikli birçok hizmet, kamu hizmeti kapsamının dışına çıkarılarak kamu işletmeciliği anlayışı etrafında özel sektör yönetim tekniklerine göre piyasa yolu ile arz edilir olmuştur. Yeni kamu hizmet anlayışı demokratik vatandaşlık modelleri ve sivil toplumun oluşmasına önem vermektedir (Genç, 2010: 148).

3.3. TÜRK KAMU YÖNETİMİNDE YENİDEN YAPILANMA

Ülkemiz kamu yönetimi alanındaki yeniden yapılanma her dönemde farklı kavramlarla ifade edilse de içerik olarak pek fazla değişmemiştir. Tarihsel sürece baktığımızda Osmanlı döneminde “İslahat”, Cumhuriyet döneminde “rasyonalizasyon”, “idareyi geliştirme”, “reform”, “reorganizasyon”, “yeniden düzenleme”, “idari reform”, ve “yeniden yapılanma” olarak kavramlaştırılmıştır (Coşkun ve Nohutçu, 2005).

Ülkemizde kamu yönetimi, merkezîyetçilik ilkesine göre örgütlenerek Kamusal görevlerin büyük bir bölümünü yerine getirmektedir. Kamusal hizmetlerin bir kısmı da

yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenen kurumlar tarafından yürütülmektedir; yapıları ve yüklendikleri görevler bakımından çeşitlilik gösteren bu kuruluşların, yapılarına farklılıklar olsa da bir bütünün parçalarıdır (Eryılmaz, 2011: 8-10).

1980'ler Türkiye'sinde gerçekleştirilen yapısal reform hareketlerinde yeni liberal yaklaşımın etkileri ile yeni bir dönem başlamıştır. Bu dönemde, refah devleti anlayışının yerine yeni liberal sağ düşünce önem kazanırken küreselleşme süreci de hızlanmıştır. Bu gelişmeler kamu yönetimi paradigmasını da etkilemiştir. Bireylerin tercihlerinin sınırlandırılmasına ve merkezi karar alma süreci tarafından şekillendirilmesine karşı çıkan yeni liberalizm, serbest piyasa koşullarını benimsemekte ve bireyin seçme özgürlüğünün belirleyici olmasını savunmaktadır. Bu doğrultuda devletin sınırlandırılmasını, devletin işlevlerinin de piyasaya devredilmesini öngörmektedir. Kamu yönetimi alanında yaşanan yeniden yapılanma çabaları idari yapıda da bir değişim ve dönüşümü zorunlu hale getirmiştir: Yönetimin, organizasyonu, işleyişi, piyasalar ve toplumla ilişkilerinde yeni bir yapılanma gereklidir (Eryılmaz, 2011: 47-56).

Türkiye'de Cumhuriyet sonrası reform çalışmaları Başbakanlık tarafından hazırlatılan ve 2003 yılında yayınlanan "Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim" isimli raporda:

"- 1930'lu yıllarda yapılan çalışmalar,

- 1949 yılında İstanbul Üniversitesi öğretim görevlilerinden Fritz Neumark tarafından hazırlanan "Devlet Dairelerinin ve Müesseselerinin Rasyonel Çalışması" konulu rapor,

-1951 yılında Dünya Bankası desteği ile James M. Barker'in başkanlığında bir kurul tarafından hazırlanan devlet personeli rejimi konulu rapor,

- 1958 yılında TOAİE tarafından hazırlanan "Türkiye'de Devlet Personeli Hakkında Rapor,"

- 1960 sonrası DPT ve TOAİE tarafından 1962 yılında hazırlanan ve 1963 yılında Başbakanlığa sunulan, personel rejimi konusunda yoğunlaşan "Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi" (MEHTAP),

- 1963 yılından bu yana bütün kalkınma planlarında kamuda yeniden yapılanma konusunda öneriler,

- 1972 yılında yapılan “ İdarenin Yeniden Düzenlenmesi: İlkeler ve Öneriler ”adlı rapor ile 1980’li yılların başında gerçekleştirilen araştırma ve uygulamalar,

- VI. Plan hazırlıkları kapsamında, 1988 yılında TODAİE tarafından yürütülen ve 1991 yılında yayınlanan, ilk kez AB’ye uyumu ve vatandaş odaklı olması gündeme getirilen Kamu Yönetimi araştırması (KAYA) projesi,

-VIII. Plan kapsamında 2001 yılında ülkemizde saydamlığın artırılması ve etkin yönetimin geliştirilmesi amacıyla bir Yönlendirme Komitesi ve Çalışma Grubu kurulması ve bu kapsamda hazırlanarak, Ocak 2001’de Bakanlar Kuruluna sunulan Eylem Planı,

-Ayrıca, son yıllarda uluslararası finans kuruluşları ile yapılan çeşitli anlaşmalarda iyi yönetimin geliştirilmesi, özellikle bankacılık ve mali sektör, sosyal güvenlik kurumları ve bütçe sürecinin iyileştirilmesi konularında çeşitli yasal ve kurumsal düzenleme çalışmaları ile bu kapsamda ülkemizin yönetim yapısı içinde yerleşen düzenleyici kurullar ve kurumlar” olarak sıralanmaktadır (Çarkçı, 2007: 77-78).

2000 Yılından sonra kamu reformu çalışmaları kapsamında yapılan ve hayata geçirilen düzenlemelerin bir kısmı reformun yargı ayağını oluştururken bir kısmı yerel yönetimleri bir kısmı da personel rejimini, sağlık sistemini, sosyal güvenlik ve mali sistemi değiştirmektedir. Bu düzenlemeleri kabul edilme tarihlerine göre belirtmek gerekirse;

- 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu (Tarih:10.07.2004),

- 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun, (08.06.2004),

- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (Tarih:12.10.2004),

- 5271 sayılı Ceza Muhakemeleri Kanunu (Tarih:04.12.2004),

- 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun (Yürürlük Tarihi:06.01.2005),

-5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu (Tarih:04.03.2005),
-5355 sayılı Mahalle İdare Birlikleri Kanunu (Tarih:11.06.2005),
-5393 sayılı Belediye Kanunu (Tarih:13.07.2005),
-5449 sayılı Kalkınma Ajansları (Tarih:08.02.2006) Kanun,
-5320 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu Yürürlük ve Uygulama Şeklindeki Kanun (Tarih:31.03.2005),

-5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu10.12.2008 tarihinde yasallaşmıştır.

-Referandum İle Yapılan Anayasa Değişiklikleri (Referandum Tarihi:12.09.2010),

-6085 sayılı Sayıştay Kanunu (R.G., 19.12.2010),

-6223 sayılı Yetki Yasası (R.G., 03.05.2011),

-Sosyal Güvenlik Reformunu oluşturan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 19 Nisan 2006 tarihinde kabul edilip Cumhurbaşkanınca 3, 28,29,31,40,46,55,63,80,82, Geçici 1,2,4,6 ve 9. maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için, Anayasa'nın değişik 89. ve 104. maddeleri uyarınca TBMM'na geri gönderilen, sonuçta TBMM tarafından herhangi bir değişikliğe tabi tutulmadan 2011 yılında yeniden yasalaştırılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır.

-6328 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu (tarih: 29.06.2012),

-24.10.2013 tarih ve 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu,

-21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir.

Başbakanlık tarafından 2003 yılında hazırlatılan ve yayınlanan “Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim” başlıklı raporda kamu yönetiminde değişim gereğini ortaya çıkaran gelişmeler değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; Türk Kamu Yönetiminde yeniden yapılanma ihtiyacını gerektiren nedenleri ana hatları ile şu şekilde belirtebiliriz (Dinçer, Yılmaz, 2003: 119-135):

- Kamu görevlerinin merkez, taşra kuruluşları ve yerel yönetimler arasındaki dağılımında dengenin merkez lehine bozulması,

- Kamu hizmeti anlayışının değişmesi ve özel sektörün gelişmesi gibi nedenlerle kamusal hizmetler için kurulmuş bulunan birçok kurum ve kuruluşun gerekliliklerini yitirmelerine rağmen varlıklarını sürdürmeye devam etmesi,

- Kurumların ürettiği hizmet maliyetlerinin yükselmesi,

- Kamu harcamalarındaki savurgan davranışlarla, artan devlet bütçesi açıkları nedeniyle kamusal hizmet üretiminin miktar ve kalite hedeflerinin gerisinde kalması,

- Ülke genelinde kırsal kesimden şehirlere doğru artan göç nedeniyle kamu hizmetlerinde ortaya çıkan yeni sorunlar,

- İşsizliğin giderilmesi için uygulanan kamu personel rejimi ile benzer kamu görevlerinin değişik adlar altında yer alarak ikilemlere neden olmasına karşılık bazı görevlerin de açıkta kalması ve işlerin görülememesi,

- Kamu yönetim birimlerinde bulunan Araştırma ve Geliştirme ünitelerinin kuruluş amaçları doğrultusunda çalışmasının sağlanamaması,

- Kamu yönetim birimlerinin değişen ve gelişen teknolojiye göre yönlendirecek merkezi bir kurum da oluşturulamaması,

- Yasama organı üyelerinin yürütme organının çalışmalarına müdahale etmesi ile yönetim mekanizmasının çalışamaz hale gelmesidir.

YKY anlayışının temelinde, geleceğe hazırlıklı olmak, değişime uyum sağlamak, hızlı karar almak ve sorunlara süratle uygun çözümler bulmak yer almaktadır. Türk kamu yönetimindeki mevcut yapının vatandaşların istek ve beklentilerine cevap vermekte yetersiz kalması nedeniyle çağın gereklerine uygun olarak düzenlenerek geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir. 1980'lere ve 1990'lara damgasını vuran "minimal devlet" anlayışının, Dünya Bankası tarafından son yıllarda geliştirilen "düzenleyici devlet" anlayışı doğrultusunda, devletin işlevlerinin yönetişimin modeline dayanarak dönüşmesi amaçlanarak hazırlanan Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile sosyal devlet ilkesinin kaldırılarak düzenleyici devlet olarak adlandırılan yeni bir devlet mekanizması oluşturmak amaçlanmıştır. Kamu kuruluşlarının; amaç, görev, görev paylaşımı yöntemleri, mevzuat, personel sistemi ve örgüt yapıları, kaynakları, haberleşme ve

halkla ilişkiler sistemlerindeki mevcut aksaklıkları ve eksiklikleri düzeltici, YKY anlayışına uygun yeni bir sistem oluşturulması hedeflenerek kamu reformu çalışmaları 2000’li yılların koşullarına göre başlamaktadır (Güler Ayman, 2005: 23).

2000’li yıllarla birlikte hazırlanan Kalkınma Planlarında ise; küreselleşmenin etkisiyle gelişen ve yaygınlaşan bilgi ve iletişim teknolojilerinin, ülkelerin iktisadi ve sosyal gelişmelerini önemli ölçüde etkileyerek hem örgütlenme yapılarında hem de hizmet üretme biçimlerinde önemli değişiklikleri öngördüğü belirtilerek nitelikli insan güçlü toplum ilkesi ile yapısal dönüşüm politikalarının hayata geçirilmesi hedeflenmektedir (T.C.K.B., 2013: 5).

Türk kamu yönetiminin çağdaş kamu yönetimi ilke ve uygulamaları çerçevesinde 5227 sayılı “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri Ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun”15.7.2004 tarihinde TBMM Genel Kurulunda kabul edilmesine rağmen Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından veto edildiği için yasalasamayan ve yürürlüğe giremeyen bir kanundur. Kanun, merkezî idare ile mahallî idarelerin ve bunlara bağlı ilgili ve ilişkili kurum ve kuruluşların yetki ve sorumluluklarının yeniden yapılandırılması ve kamu hizmetlerine ilişkin temel ilke ve esasları düzenlemektedir. Bakanlıkların yeniden yapılandırılarak planlama, koordinasyon ve denetlemeye yönelik işlevlerinin güçlendirilmesi amacıyla bazı bakanlıkların taşra teşkilatının kaldırılması, taşra teşkilatı tarafından yürütülen hizmetlerin ise mahalli idarelere devredilmesi öngörülen kanun metninin yönetim modeline dayalı temel görüşler üzerine inşa edilmiş olduğunu söylemek mümkündür (tbmm.gov.tr). 03.05.2011 tarihli 6223 sayılı “Kamu Hizmetlerinin Düzenli, Etkin ve Verimli Bir şekilde Yürütülmesini Sağlamak Üzere Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev ve Yetkileri ile Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu” ile kamu yönetimindeki mevcut yapının değişimi amaçlanmaktadır. Yetki Kanununun yürürlükte kalma süresi altı ay olarak belirlenerek bu süre içerisinde çıkarılan kanun hükmünde kararnameler ile Türk kamu yönetiminin yeniden yapılanmasında orta ve uzun vadede uygulamaya geçirilme stratejisinin değiştiği görülmektedir.

6223 sayılı Yetki Kanunu çerçevesinde çıkarılan kanun hükmünde kararnameler “kamu yönetimi ve personel sisteminde köklü ve temel değişiklikler yapmak üzere hazırlanmıştır (Güler Ayman, 2011)”. Yetki kanunu gereğince kamu hizmetlerinin

yürütülmesinde verimli, düzenli, süratli, etkin ve ekonomik olmak prensibi bakanlıkların teşkilat yapılarını yeniden düzenlemiştir. Kanunun 1. maddesinde mevcut bakanlıkların birleştirilmesi veya kaldırılması, yeni bakanlıklar kurulması, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşlarıyla hiyerarşik ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik mevzuat çalışmaları yapılması öngörülmüştür. Bakanlar Kurulu'na, Bakanlıkların teşkilat yapısına yönelik düzenleme yapma hakkı tanıyan yetki kanunu ile devlet bakanlığı uygulamasına son verilerek, devletin üstlendiği tüm faaliyetler için yeni bakanlıklar kurulması, bakan yardımcılıklarının oluşturulması ve icracı bakanlıkların hükümet içinde yer alması ile örgütsel yapıdaki değişim başlamaktadır (R.G., 2011).

Türk kamu yönetiminde son yıllarda yaşanan dönüşümü başlatan Yetki Kanunu doğrultusunda:

“633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 634 sayılı KHK ile Avrupa Birliği Bakanlığı, 635 sayılı KHK ile Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 636 sayılı KHK ile Çevre, Orman ve Şehircilik Bakanlığı, 637 sayılı KHK ile Ekonomi Bakanlığı, 638 sayılı KHK ile Gençlik ve Spor Bakanlığı, 639 sayılı KHK ile Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, 640 sayılı KHK ile Gümrük ve Ticaret Bakanlığı ve 641 sayılı KHK ile de Kalkınma Bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri belirlenmiştir. Daha sonra Çevre, Orman ve Şehircilik Bakanlığı, 644 sayılı KHK ile Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve 645 sayılı KHK ile de Orman ve Su İşleri Bakanlığı olmak üzere iki farklı bakanlığa ayrılmıştır. Ayrıca 652 sayılı KHK ile Milli Eğitim Bakanlığı'nın, 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın ve 655 sayılı KHK ile Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri de yeniden düzenlenmiştir. 643 sayılı KHK ile devlet bakanlıkları kaldırılmış ve beş adet başbakan yardımcılığı oluşturulmuştur (Lamba, Aktel vd., 2014:183)”.

Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ile Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri hakkında yeni bir kanuni düzenleme yapılmadığı görülmektedir.

Türkiye'de kamu yönetimi reformu gerekçelerine ve reform alanları incelendiğinde (Yılmaz, 2001: 10), hizmet sunumunda kalitenin artırılması, bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanma, kamu mali yönetimi, performans yönetimi,

yapısal değişim, insan kaynakları yönetimi ve düzenleme ve yerleşme konularının öne çıktığı görülmektedir. Yeni kamu hizmet anlayışının ortaya çıkardığı faktörlerin etkisi ile Türkiye’de kamu yönetiminin zorunlu olarak modern bir yapıya dönüştürülmek üzere yeniden yapılandırıldığı görülmektedir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA

Sağlığın, doğrudan insan yaşamını ilgilendirmesi nedeniyle sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi, gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin öncelikli konuları arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı müsteşarlığı yapmış olan Dr. Nusret Fişek (1991:10) kamu sağlık hizmetlerinin; “siyasi etkilerin en az, yetki devri, verimlilik, inisiyatif, rekabet, etkililik, ekonomiklik gibi niteliklerin en yüksek derecede mevcut bulunacağı modern ve bilimsel yönetim, organizasyon ve işletme sistemleri” nin oluşturularak profesyonel sağlık yöneticilerinin görev alacağı yeni bir yapıyla sunulmasını önermektedir. Geleneksel yapıda kamusal hizmetler içerisinde yer alan sağlık hizmetleri (Aktan, 2004: 15) devletin rolünün değişmesine bağlı olarak değişime uğramıştır. Yeni kamu yönetiminin temel ilkeleri olan stratejik yönetim sürecinin ve kalite odaklı faaliyette bulunmanın sağlık hizmetlerine yansması 2000’li yıllarda kendini göstermektedir.

2002 yılı genel seçimleri ile iktidara tek başına geçen 58. Hükümetin hazırladığı Acil Eylem Planında; tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağı ve devletin tüm vatandaşlara temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğu açıkça ifade edilmektedir. Bu planın bir parçası olarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında “Herkes Sağık” başlığı altında sağık alanında köklü değişiklikleri öngören aşğıdaki ana başlıklara yer verilmektedir (Bostan, 2009: 34);

- Sağık Bakanlığı'nın idari ve işlevsel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların Genel Sağık Sigortası (GSS) kapsamı altına alınması,
- Sağık Kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliğı uygulamasına geçilmesi,
- Koruyucu hekimliğın yaygınlaştırılması, Aile ve çocuk sağığına özel önem verilmesi,
- Özel sektörün sağık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,

•Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin ortadan kaldırılması,

• Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından bu temel hedeflerden yola çıkılarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı” taslağı hazırlanmıştır. Kamu yönetimi reformu çerçevesinde, reformun temel dayanakları ve hedefleriyle uyumlu biçimde başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemizdeki mevcut sağlık hizmeti örgütlenmesi kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın yöneticilik rolünün yerinden yönetim ve düzenleyicilik işlevi ekseninde yeniden yapılandırılması Bakanlığın taşra teşkilatının kaldırılarak, devletin sağlık tesislerinin yerel yönetimlere devredilmesi öngörülmektedir (SB, 2003: 2).

“Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ” ve “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge” de yine bu dönemde sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve kamu hastanelerinin özel işletme mantığıyla çalıştırılmasında hazırlanan ilk düzenlemelerdendir. Bu düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde ve en az 100 yataklı Bakanlık hastanelerinde mesai saatleri dışında, isteyen hastalara özel sağlık hizmetinin verilmesi başlamaktadır (T.C.S.B., 2003).

İhtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” 27 Şubat 2015 tarihli 29280 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmetlerinin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamak ve sağlıkta dönüşümün hedeflerinden olan sağlıklı yaşam stratejisini gerçekleştirmek üzere bakıma muhtaç kişilere evde bakım hizmeti verilmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetini vermek üzere, toplum sağlığı merkezleri, kamu hastaneleri birliklerine bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastaneleri yetkilendirilmiştir.

4.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Bir sağlık sisteminin başlıca dört fonksiyonu vardır. Bunlar; kaynak yaratma, hizmet sunumu, finansman ve kahyalık (stewardship)'tir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunma görevini bırakarak, kâhyalık görevini yerine getiren bir yapıya kavuşturulmak istenmektedir. "Yönetim ve kamu bürokrasisi bağlamında sağlıkta yönetim düşüncesinin ve örgütlenme anlayışının değişimi ve sağlık hizmetlerinin vatandaşa sunumu ile ilgili görev ve yetkilerin yerinden yönetim birimlerine devredilmesi öngörülmektedir (Erençin, Yolcu, 2008: 129)".

Türkiye'deki mevcut sağlık sisteminin bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarına cevap veremeyen, yüksek maliyetli ve sağlık hizmetlerine erişilebilirliğinin zor olması nedeniyle etkili, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemini oluşturmayı amaçlayan 59. Hükümet, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hizmet kalitesinde 21. yy. gereklerine uygun olarak yeniden yapılanma amacıyla sağlıkta dönüşüm sürecini başlatmıştır. Üçüncü dalga sağlık reformları da diyebileceğimiz bu sürecin ikinci dalga sağlık reformlarından farklılık arz ettiği söylenebilir; yasama aşamasından uygulama aşamasına geçen sağlık reformudur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili kaynaklar SDP'nin iki aşamalı yeniden yapılanma sürecinden oluştuğuna işaret etmektedir. 2003 yılında başlayan ve 2009 yılında tamamlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlık alanında yenilenme ve dönüşüm gerçekleştirilmiştir. 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasını, sosyal güvenlik kurumlarının kapasitesinin geliştirilmesini, sağlık hizmeti sunumunun yeniden düzenlenmesini ve halk sağlığı ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesini öngörmektedir. 29 Eylül 2009 tarihinde yürürlüğe giren ve önceki projenin devamı niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin ise sağlık hizmetlerinin finansmanını ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin geliştirilmesini amaçlamaktadır (SBPYDB, 12.01.2016). Sağlıkta e-Dönüşüm projesi olarak uygulamaya başlanan sağlık bilişim hizmetlerinde yapılanmanın da sağladığı imkânlar nedeniyle SDP'nin üçüncü aşaması olarak değerlendirilmesi mümkündür.

"Sağlıkta Dönüşüm Projesi" Sağlık Bakanlığı'nın kamu ve özel sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlayacak bir şekilde yeniden yapılandırılmasına

yöneliktir. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunma görevini bırakarak, politika üreten, standartlar belirleyen ve bu standartları kontrol etmekle sorumlu bir yapıya kavuşturulması hedeflenerek yapısal dönüşüm gerçekleşecektir. Sağlık Bakanlığı'nın planlama yapan ve strateji geliştiren bir yapıya kavuşturulması amacı güden reform çalışmalarına bağlı olarak, 2005 yılında 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” yürürlüğe girmiştir. Kanun, özel sağlık kuruluşları ve özerk hale getirilmiş kamu hastanelerinden sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenerek yerinden yönetimin ve yetki devrinin gerçekleşmesine yöneliktir (T.C.S.B., 2007).

Sağlıkta dönüşümün hayat geçirilmesi için yeni stratejiler oluşturulmuştur. Bu stratejilerin ortak hedefi; aile hekimliği sisteminin oluşturulması, genel sağlık sigortasının kurulması, etkili bir sevk sistemi kurularak idari ve mali yönden özerk hastanelerin oluşturulmasıdır (Ceyhan, Çelik, 2004: 167).

2003 yılından itibaren hükümet programlarında yer alan sağlık reformu çalışmaları Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak Türkiye gündemindeki yerini almasında uluslararası kuruluşlarla olan işbirliği anlaşmalarının etkisi büyüktür. 2011 yılında teşkilat yapısını da değiştiren Sağlık Bakanlığı'nın sadece sağlık sektöründe liderlik fonksiyonları üzerinde odaklanması ve 2015 yılına kadar yeniden yapılandırılmasının gerektiği belirtilen Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015 Raporu'nda (Nisan 2012) tüm kamu hastanelerinin kamu hastane birlikleri olarak teşkilatlandırılarak global bütçeden performans sözleşmelerine göre ödeme yapılması önerildiğinden 2014 yılında tüm illerde kamu hastane birlikleri oluşturularak taşra teşkilatı yapılandırılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, “Türk İdari Teşkilatlanmasında merkezi yönetimin yeniden düzenlenerek yetki, görev ve sorumluluklarının günün şartları ile uyumlu hale getirilmesi çabasının sağlık hizmetleri alanında nasıl yansması gerektiğini ifade etmektedir (Atay, 2004: 7)”. Bakanlığın piyasa eksenli sağlık yönetimi anlayışına uygun olarak yeniden yapılandırılması merkez ve taşra teşkilatının tümüyle yeniden düzenlenmesi ile tamamlanmaktadır.

4.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü tüm boyutları ile kavramak üzere biçimlendirilmiş bileşenlerden meydana gelmektedir. Her bileşen bir sonraki ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı on bir bileşenden oluşmaktadır (T.C.S.B., 2008: 26-37):

1. *Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,*
2. *Tüm birimleri tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,*
3. *Yaygın, ulaşımı kolay etkin ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,*
 - a. *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,*
 - b. *Etkili, kademeli sevk zinciri,*
 - c. *İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,*
4. *Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,*
5. *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
6. *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,*
7. *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,*
 - a. *Ulusal İlaç Kurumu,*
 - b. *Tıbbi Cihaz Kurumu,*
8. *Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi*
9. *Daha iyi bir gelecek için sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,*
10. *Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,*
11. *Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.*

22 Temmuz 2007 seçimleri sonrasında 9, 10 ve 11. bileşenler eklenmiştir.

4.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı İlkeleri

Sağlık Dönüşüm Programı'nın Sağlık Bakanlığınca belirtilen belli başlı ilkeleri bulunmaktadır (T.C.S.B., 2003: 24-25).

- İnsan Merkezilik: Sağlık sisteminin planlanmasında ve sağlık hizmetinin sunumunda, hizmetten yararlanacak kişiyi, onun gereksinim ve beklentilerini esas alır. Bireyin bir ailesi olduğu ve sağlığında aile ortamında üretilmesinden dolayı, “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde birey değerlendirilmesidir.

- Sürdürülebilirlik: Sistemin ülke kaynaklarına ve mevcut koşullara uyumlu olarak devam etmesi ilkesini ifade etmektedir.

- Sürekli Kalite Gelişimi: Sunulan hizmetler ve oluşan sonuçlarda hep daha iyi olanı bulmak için geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.

- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında görüş alınabilmesi, yapıcı tartışma olanağının bulunduğu bir platform oluşturulması ve sağlık sektörünün tüm bileşenlerinin bir araya getirilerek kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

- Uzlaşmacılık: Sağlık sektörünün değişik bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek, çıkar çatışması olmadan ortak çözüm bulmaktır. Yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uymasının hedeflenmektedir.

- Gönüllülük: Sağlık hizmeti sunan ve bu hizmeti alan tarafların herhangi bir ayırım yapılmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarının sağlanmasıdır. Sistemde yer alanların tümü zorlama olmaksızın gönüllü katılım sağlamalıdır.

- Güçler Ayrılığı: Çıkar çatışması olmayacak şekilde daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlamak üzere, sağlık hizmetlerine finansman sağlama, planlama yapma, denetimi üstlenme ve hizmet üretimini sağlama birimlerinin birbirinden ayrılması hedeflenmektedir.

- Desantralizasyon: Yerelleşme olarak da kullanılan bu yöntem ile merkezi yönetimin taşradaki uzantısı niteliğindeki kuruluşların yerine yerel yönetimlerle yetki ve görev paylaşımı yapılması amaçlanmaktadır. Böylelikle, değişen koşullara uygun olarak, idari ve mali yönden özerk işletmeler oluşturma sağlanacaktır. Yerinden

yönetişim gerçekleştirildiğinde, sistem hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

- Hizmette Rekabet: Sağlık hizmetlerinde belli standartlara uygun şekilde hizmet sunucuların birbiri ile yarış halinde olması ilkesidir. Sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturmak amaçlanmaktadır.

4.2. SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA YENİDEN YAPILANMA

2003 yılında başlayan reform çalışmalarında Sağlık Bakanlığı'nın vizyonu; sağlıklı doğum, yaşam ve sağlıklı nesillerin oluşturulmasını sağlamak üzere, hizmet sunumunda adaletin sağlanması, hizmetlere erişimin kolaylaştırılması ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır (T.C.S.B., 2003: 25).

Yeni Türkiye'nin sağlıklı nesillerle inşası için daha kaliteli, daha adil ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmet politikası ve diğer sosyal içerikli politikalarla hem ekonomik olarak yeni bir atılım yapmayı hem de refah seviyesinin artmasını sağlayacak düzenlemelere yer verilen Eylem Planında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında;

- Sağlık Bakanlığının planlayıcı ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi için teşkilat kanununun yenilenerek, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin uluslararası geçerliliği olan Ulusal Halk Sağlığı Kurumuna, Hıfzıssıhha Mektebinin ise Sağlık Enstitüsüne dönüştürülmesi,

- Hastanelerde hizmet kalitesinin ve verimliliğin artırılması amacıyla pilot çalışmalarla kamu hastane birlikleri oluşturularak ve tüm hastanelerin kademeli olarak özerkleştirilmesi,

- İlaçlar ve ilaç üretimindeki standartlara yönelik her türlü düzenleme yapmak ve denetlemek üzere İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması,

- Hava ambulans sistemi oluşturularak yurtiçi ve yurtdışına hasta ve yaralı taşıma hizmeti sunulması,

- Sağlık hizmetlerinde koordinasyon için, bireylerin tıbbi kayıtlarının oluşturulması, korunması ve paylaşılmasını ve sevk basamakları esnasında bilgi transferini ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanmasını sağlamak amacıyla Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin oluşturulması,

- Sağlık Akreditasyon Sistemi oluşturularak hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenerek bu politikalar doğrultusunda Türk sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma sağlanacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında yapılan değişikliklerde; aile hekimliği uygulaması, sağlık hizmet merkezlerinin birleştirilmesi, Sosyal Güvenlik Kurumları'nın tek çatı altında toplanmasıyla oluşturulan Genel Sağlık Sigortası'na geçiş ve örgüt yapısında olan değişim, e-sağlık hizmetleri dikkat çekmektedir. SDP çerçevesinde alkolle mücadele, tütünle mücadele, diyabetle mücadele ve obezite ile mücadele gibi halk sağlığı programları da başlatılmıştır.

4.2.1. Aile Hekimliği Sistemi

Sağlıkta dönüşüm programının amacı “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti oluşturmaktır (S.B., 2003: 8)”. Bu amaç doğrultusunda 2004 yılında TBMM’de kabul edilen ve Düzce ilinde 15.09.2005 tarihinde pilot uygulama ile başlayana ile hekimliği sisteminin, tüm illerde uygulanması 2010 yılı sonunda tamamlanmıştır.

Aile hekimliği sistemi ile sağlık reformlarının ana hedefi olan vatandaşların sağlık hizmetlerine eşit seviyede ulaşması ve temel sağlık hizmetlerinin de tek çatı altında toplanması sağlanacaktır (T.C.S.B., 2003).

Aile hekimi; “*kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti de veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmaktadır (Özlü, Bostan, 168)*”.

Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimleri için ön görülen görevler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Birlikte çalışacağı ekibin hizmet içi eğitimini ve denetimini sağlamak suretiyle aile sağlık birimini yönetmek,
- Sağlık planlaması yapılırken, Çalıştığı bölgenin ilçe sağlık idaresi ile işbirliği yaparak uyumlu çalışmak,

- Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumlarda bunu kamu sağlığı merkezine ve ilçe sağlık idaresine bildirmek,

- Kişiye yönelik sağlık rehberliği ile sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik hizmetler vermek. Aile planlaması, anne çocuk sağlığı, aşılama, meme veya rahim kanseri taraması gibi periyodik muayeneler ile yaşlı sağlığı ve ruh sağlığı hizmeti vermek,

- Ev sağlığı durumunu tespit etmek ve ilk kaydı yapmak üzere başladığı ev ziyaretlerini Bakanlıkça ön görülen sıklıkta yapmak,

- Birinci basamak olarak tanı, tedavi ve iyileştirme hizmeti sunmak ve gerekli durumda evde sağlık hizmetini yerine getirmek,

- Tanı ve tedavisini yapamayacağı hastaların uzman tarafından tedavisi edilmesi gerektiğinde üst kademelere sevkini sağlamak, üst basamakta düzenlenen tedavi sürecindeki bilgileri değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedaviler ile iyileştirme hizmetlerinin ve evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

- Temel laboratuvar hizmetlerini sağlamak,

- Aile hekimliği kayıt ve bildirimlerini yapmak,

- Acil müdahale ve ilk yardım hizmeti sağlamak,

- İl sağlık ve ilçe sağlık idarelerinden oluşan yerel sağlık idaresinin belirlediği yerlerde ilaç temininde zorluk yaşanması durumunda ilaç sağlamaktır (TCSB., 2015).

Kamu sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak esasır ilkesi ile aile hekimlerine ve aile sağlığı merkezlerinde çalışanlara nöbet görevi verilebileceği 19.11.2014 tarihli ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değeriklik Yapılmasına Dair Kanunda yeniden düzenlenmiştir. Evde ve ayakta sağlık hizmetlerini de içine alan birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumluluğundaki koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve topluma yönelik olarak ikiye ayrılarak, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri aile hekimlerinin sorumluluk alanına bırakılmıştır.

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin de sağlık ocakları yerine kurulan toplum sağlığı merkezleri tarafından karşılanması birinci basamak sağlık hizmetlerinin dönüşümüdür.

Aile hekimlerinin ayrı eğitim almadan göreve getirilmesi konusunda yaşanan olumsuzlukları gidermek amacıyla Sağlık Bakanlığı, 2017 yılına kadar mevcut Aile Hekimlerinin uzmanlık konusundaki sorunlarının çözüleceği güvencesini vermiştir.1 Kasım 2015 seçimleri sonrasında kurulan 64. Hükümet Programı, sağlık alanında yeni bir “yeniden yapılanma” öngörmektedir. Program’ın “Sağlıklı Nesiller” başlıklı bölümünde sağlık hizmetlerine dair belirtilenler arasında yer alan “yeniden yapılanma” ile ilgili olarak: *“Aile Sağlığı Merkezlerinde yeniden yapılanmaya gidilerek, koruyucu sağlık hizmetleri yanında, aile hekimliği, tedavi hizmetleri, evde sağlık ve 112 acil sağlık hizmetleri bütüncül bir anlayış ile ele alınarak yeni bir yapı kurulacaktır. Birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanacaktır”* ifadesi ile aile hekimliği sistemini de değiştirecek yeni düzenlemelerin yapılacağı belirtilmektedir. 64. Hükümet eylem planında yer alan düzenlemelere ilişkin açıklama yapan Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu aile hekimliklerinin, Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) bir üstü olarak Merkez Aile Sağlığı Merkezi haline getirileceğini, bu merkezde her gün 12 saat hizmet veren bir yapı oluşturulması yönünde yasal düzenlemeler hazırlandığını ifade etmiştir.

4.2.2. Sağlık Merkezleri ile İlgili Değişiklikler

Ülkemizde II. ve III. Basamak sağlık hizmetleri hastanelerde sunulmaktadır. Cumhuriyet’ten önce de var olan hastaneler ile ilgili planlama, denetleme, eşgüdüm, izin ve ruhsatlandırma gibi görevler 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname’nin ilgili maddelerine göre Sağlık Bakanlığı’na aittir. Türkiye’de sağlıkta dönüşümün başladığı 2003 yılına kadar sağlık hizmetlerinde karmaşık bir yapının varlığı bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından verilen sağlık hizmetlerini, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Milli Savunma Bakanlığı (MSB), Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı, Türkiye Devlet Demir Yolları (TCDD) ve Posta Telgraf Telefon (PTT) İşletmeleri Genel Müdürlüğü gibi kamu kurum

ve kuruluşları da sağlandığından sağlık için ayrılan kaynakların rasyonel kullanılamaması sağlık reformlarının gerçekleşmesinde karşılaşılan engellerden biri olduğu kabul edilmektedir (Sülkü, 2011).

Kamu yönetimi reformu kapsamında kaynak israflarını ortadan kaldırmak, hizmette etkin ve verimli yolları kullanmak maksadıyla hizmetlerin tek elden yürütülmesi gerekliliği sağlık hizmeti sunan merkezlerde değişimi, yeniden yapılandırmayı öngörmektedir.

Sağlıkta hizmetlerinin sunumunda özel sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için bir dizi uygulama hayata geçirilmiştir. 2003 yılından itibaren Emekli Sandığı mensubu kamu çalışanı ve emeklilerinin özel sağlık sunucularından yararlanmasını sağlayan düzenleme ile Genel Sağlık Sigortası'na geçiş sürecine yönelik ön çalışmalardan sayılabilecek uygulama başlatılmıştır (OECD, 2008).

19 Ocak 2005 tarihinde çıkarılan 5283 Sayılı Kanunla Yargıtay, Sayıştay, TSK ve tüm üniversite hastaneleri kapsam dışı tutularak SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile SSK mensuplarının devlet hastanelerindeki sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmaktadır. 20 Şubat 2005 tarihinden itibaren kamuya ait tüm sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermeye başlamasıyla tek elden etkili ve verimli sağlık hizmetleri vatandaşa ulaştırılmaya başlanarak yeni kamu yönetimi anlayışı doğrultusunda devletin küçültülmesi yönünde bir düzenlemedir. 2016 yılında Milli Savunma Bakanlığı'na ait sağlık merkezlerinin tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sunması yönünde çalışmalar başlatılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, 17 Ekim 2007 tarihinde yayımladığı “Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” mevcuttur. Hasta Hakları Yönetmeliğine göre hasta ve hasta yakınları istediği doktora ya da sağlık kuruluşunu seçme de özgürdür. Memnun kalmadığı durumda hekim değiştirebilmelidir. Bu da hizmetin sunumu ve memnuniyet açısından büyük önem taşımaktadır. 81 il valiliğine gönderilen yönerge ile coğrafi farklılık gözetilmeksizin tüm vatandaşların bu uygulamadan yararlanmaları sağlanmıştır (T.C.S.B., 2015).

06.03.2007 “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” hazırlanmıştır. 18 Mart 2010 itibarıyla da TBMM Plan ve Bütçe

Komisyonu'ndan geçerek TBMM Genel Kurulu'na gönderilmiştir. Tasarı ile Bakanlar Kurulu tarafından belirlenecek illerde kaynakların etkin ve devamlı kullanımı sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin katılımcı, hakkaniyete uygun, halkın ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilen, kaliteli, kolay erişilebilir bir şekilde sunulmasını gerçekleştirmek amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması hedeflenmiştir (Memişoğlu, 2011: 90).

Hastanelerin tek bir yönetimde toplanması ile kaynak kullanımında etkinliğin artmasının yanı sıra devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin verimliliğinin de yükseltilmesi ve hastanelerin özerkleşmesi yolunda kolaylıklar sağlayacağı düşünülerek başlatılan bu uygulamaya yönelik yapılan düzenlemeleri ise şöyle sıralayabiliriz (Şahin, Özcan, Özgen, s.4, akt. Günaydın, 2011: 288);

- Hastane yöneticilerine döner sermaye, satın alma ve yatırım kararı vermede daha fazla esneklik ve özerklik tanımak,
- Performansa dayalı ödeme sisteminin kurulması,
- Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin, özel sağlık kurumlarından alınabilmesine olanak vermek,
- Sağlık enformasyon sisteminin daha iyi bir hale getirilmesi,
- Hastanelerin kalite ve verimlilik denetimlerinin yapılmasıdır.

Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sağlık kesiminin diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için hali hazırdaki merkeze bağlı yapısından kurtulması gereklidir. Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Hastanelerin özerkleştirilmesi çalışmalarında devlet hastanelerinin, yönetiminin Yerel Yönetim Kurumları'na devri amacıyla Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri kurularak, personelin işe alınması, çıkarılması, hizmet satın alınması, taşınır ve taşınmazların satılmasında yetkilendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması, 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı Kanunun verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulu'na 11.10.2011 tarihinde kararlaştırılmıştır. Bu karar doğrultusunda yapısal ve yönetsel olarak yapılan değişikliklere teşkilat yapısındaki değişim kısmında yer verilmiştir.

YKY anlayışına uygun olarak kamu personel rejiminde de özel sektör personel yönetimi anlayışına benzer düzenleme yapılarak Sağlık Bakanlığı'nda, sözleşmeli personel istihdamı yaygınlaştırılmıştır. 4924 sayılı, *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun* 24.7.2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak 2003 yılında hayata geçirilmiştir (R.G., 2003). Bölgeler arasındaki ve sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizliğin düzenlenmesi amacıyla çıkarılan bu kanunla doktorlara mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir.

Özel sağlık kuruluşlarının kamu hastaneleriyle rekabet etmesi sağlık hizmetlerinde verimliliği ve kaliteyi arttırmıştır. Kamu hastanelerinde ki verimliliğin artması için de sağlık personeline yönelik Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulaması getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, döner sermaye gelirlerini istediği gibi kullanma hakkı tanıdığı kamu hastanelerine özel sağlık kurumlarıyla rekabet edebilme imkânı tanımıştır. Bu uygulamalar, sağlık hizmetinin sunumunda gereksiz işlemlerin önüne geçilmesi, tedavi masraflarının en aza indirilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve hizmet kalitesinin üst seviyede tutulması amacıyla gerçekleştirilmiştir. (Akdağ, 2003: 31-32)

Kamu hastanelerinin tek bir yönetimde toplanması, kaynak kullanımında etkinliğini artırarak hastanelerin özerkleşmesi sürecinde kolaylıklar sağlayacağı düşünülmüş ve gerçekleştirilen bir uygulamadır. Sosyal Güvenlik Kurumu mensuplarına, özel sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı verilmiş, böylece kamu ve özel sektörün birlikte hizmet verdiği yeni bir sağlık modeli geliştirilmiştir (Akdağ, 2007). Yeni Kamu Yönetimi anlayışının temel unsurlarından olan kamu ve özel sektör işbirliği çerçevesinde kaynakların ortak kullanılarak verimliliğin sağlanması amacıyla 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir. Ülkenin ihtiyaç duyulan bölgelerinde Şehir ve bölge hastaneleri ile sağlık kampüsleri yapılmaya başlanmıştır.

3/5/2014 tarihli ve 28989 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile sağlık ve eğitim

hizmetlerinin daha verimli ve etkin sunulabilmesi amacıyla sağlık tesislerinin birlikte kullanılmasında usul ve esasları belirlemektedir. Bakanlığın taşra hizmet birimlerinin ve bu birimlerde çalışan personelin üniversiteler ile eğitim, araştırma, sağlık hizmeti üretimi ve kamu sağlığını geliştirme gibi alanlarda işbirliğinin yapılmasına yasal dayanak oluşturmaktadır.

4.2.3. Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSSS) ve Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) Kurulması

Genel sağlık sigortası Türkiye'nin gündeminde 1940'lı yıllardan itibaren oluşturulması planlanan bir sistemdir. 1946 tarihli Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda, sağlık bankası ve sendikaları vasıtasıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanından bahsedilmektedir. Daha sonra planlı kalkınma döneminde hazırlanan bütün kalkınma planlarında da genel sağlık sigortasından bahsedilmiştir. Fakat hiçbir hükümet bunu uygulanabilir bulmamıştır. Nihayet 1982 yılında Milli Güvenlik Konseyi'nce hiçbir şekilde uygulanamayacağı değerlendirilerek, ülke gündeminden çıkarılmıştır (Alpar vd., 2003: 224).

Toplumdaki tüm bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için oluşturulan ve hizmet alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı sosyal sigorta olarak tanımlanan GSS 2003 yılında temeli atılan sağlıkta dönüşüm projesi ile tekrar Türk kamu yönetimindeki yerini almıştır (Ateş, 2013: 121).

Genel Sağlık Sigortası “kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortası” olarak GSS tasarısı metninin genel gerekçeler kısmında tanımlanmaktadır. Prim ödeme esasına dayanan bu uygulama ile tüm vatandaşlar sosyal güvenlik kapsamına alınarak sağlık sigortasından yararlanacaktır. Sağlığın bir hak olduğu ve her vatandaşın bu haktan faydalanması gerektiği gerçeği karşısında bu koşullarda olan vatandaşların devlet ya da hazine kaynakları ile bir ödeme şekli oluşturulması yönünde çalışmaların yapılması amaçlanmıştır (Belek, 2012: 61-62).

Genel sağlık sigortası uygulamasında öncelikli olarak, sağlık hizmetinden yararlanmak için özel veya genel sağlık sigortalarından hiçbirine sahip olmayan ve maddi imkânı da olmayan kişilere yer verilmektedir.

Tüm nüfusu kapsayan genel sağlık sigortası sisteminde sigortalanan bireylerden ödeme gücü olanlar prim ödemesini gerçekleştirirken prim ödeyemeyecek durumdaki yoksul vatandaşların primlerinin de devlet tarafından ödenmesini öngörmektedir (Ateş, 2013).

Genel sağlık sigortasına alternatif olarak görülen özel sağlık sigortacılığı konusunda da düzenlemeler yapılmıştır. Devlet, özel sağlık sigortacılığının gelişmesi için vergi muafiyeti gibi bir takım teşvikler oluşturmuştur. Zorunlu olan genel sağlık sigortasının yanında özel sigorta işlemleri ile bu kurumları kullanarak sağlık masraflarının bir kısmını bu özel sigorta kurumları ile karşılamaktadırlar (Yıldırım, 2011: 453).

Genel sağlık sigortası sistemi ile gerçekleştirilmesi hedeflenen unsurlar ise farklı amaçlar doğrultusunda belirlenmiştir. Bu amaçlar (Özby, Öncül vd., 2007: 114-115):

- Herkese aynı kalitede sağlık sigortası sunulması,
- Sağlık politikalarının temelini koruyucu hekimlik uygulamasının oluşturması,
- Gerektiğinde evde bakım ve özel tedavi uygulanması,
- Sağlık hizmetlerinin sözleşmelerle satın alınması, tıbbi teşhis ve tedavi kriterlerinin belirlenerek maliyetlerin kontrol altına alınması,
- Gelirle doğru orantılı prim ödeme sistemine zorunlu katılım ilkesi doğrultusunda mevcut geri ödeme sisteminin yenilenmesi ve kaynakların etkin kullanımını için kontrol ve denetim işlevlerinin etkinleştirildiği sağlık sisteminin kurulması,
- Yoksul vatandaşların sigorta primlerinin kamu fonları ile karşılanarak sosyal güvencelerinin temin edilmesini sağlamak üzere bilgi sistemlerinin oluşturulması olarak özetlenebilir.

Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmesi yolunda atılan en önemli adım 31.05.2006 tarih 5510 sayı ile TBMM’de kabul edilmiş olup 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı resmi gazetede yayınlanmış olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’dur. Bu kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı herkesi tek bir çatı

altında toplayan sağlık sigortası olacaktır. 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmesi planlanan kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi kararıyla iptal edilmesi nedeniyle, kanun üzerinde gerekli değişikliklerin yapılması için 01.01.2008 tarihine bir erteleme yapılmıştır. 01.10.2008 tarihinde kısmen yürürlüğe giren Kanun 28.12.2011 tarihinde 28156 sayılı RG de yayınlanarak tam olarak yürürlüğe girmiştir.

01.01.2012 tarihinden itibaren resmi olarak uygulamaya başlayan 5510 sayılı Kanunun uygulanabilirliği için önceden bazı kararlar alınarak bazı kanunlarda da değişiklikler yapılmıştır:

- 14.02.2004 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren 'Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar' ile geri ödeme koşullarını belirlemek maksadıyla Geri Ödeme Komisyonu oluşturulmasına karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur temsilcilerinin katılımıyla 6 ayda bir toplanarak, sektör sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini de alarak ilgili bakanlıklara öneride bulunmak üzere Maliye Bakanlığı koordinatörlüğünde oluşan komisyonun sekretarya hizmetlerinin de Maliye Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır.

- 14.07.2004 Tarih ve 5520 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na bir ek madde getirilmiş bu madde ile Maliye Bakanlığı'na Sağlık Bakanlığı'na ait taşınmazları satma yetkisi verilmiştir.

- Genel Sağlık Sigortasının en önemli hedefi olan aile hekimliği sisteminin ilk adımı 24.11.2004 Tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile atılmıştır.

- Genel sağlık sigortası sistemine geçiş sürecindeki hazırlıklarda biri de 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun 20 Mayıs 2006 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmesidir. 24 Kasım 2006 tarihinde bu Kanuna dayanarak yapılan olağan üstü genel kurulla Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur lağvedilerek bu kurumların bütçesi, personeli ve tüm varlıkları Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilerek tek çatı altında toplanmıştır. Bu şekilde mevcut emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılarak sağlık sigortası ile işlemler tek merkezde toplanmıştır.

- Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Türk Eczacılar Birliği ile sözleşme yaparak vatandaşların istediği eczaneden ilaç ve tıbbi malzeme temin edebilmesini sağlaması 2003 yılında başlayan bir uygulamadır. Bu uygulamanın denetimini sağlamak üzere 2007 yılında 'Sağlık Uygulama Tebliği'ne dayanılarak MEDULA adı verilen GSS ile sağlık tesisleri arasında bütünleşik bir sistem oluşturulmuştur. MEDULA ile hizmet fatura bilgisinin elektronik olarak toplanarak tek bir ödeyicinin olduğu sağlık hizmetleri piyasasının oluşturulması amaçlanmıştır. Bu sistem sayesinde sonraki yılların sağlık harcamalarının tahmin edilebileceği istatistiki bilgi akışı sağlanarak geri ödeme mekanizmasının hızlı ve etkili bir şekilde çalışması gerçekleştirilmiştir (<http://www.sgk.gov.tr>).

2007 yılında uygulamaya konulan "Sağlık Uygulama Tebliği" (SUT) ile bütün sosyal güvenlik kurumlarının Emekli Sandığı düzeyine çıkarılması ve amaçlanarak SSK ve Bağ-Kur mensuplarına, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerle birlikte üniversite hastanelerine de sevsiz müracaat etmeleri sağlanmıştır. 2008 yılından itibaren de yeşil kartlıların Genel Sağlık Sigortası'na entegre olmaları sağlanmıştır. Yeşil kartlıların da ayaktan tedavi ve reçete giderlerinin ödenmesine başlanmıştır (OECD, 2008: 39).

Bu uygulamada özellikle üniversite eğitime devam eden gençlerin yaşadığı sorunlar dikkate alınarak 2015 yılında genel sağlık sigortası ile ilgili yeni düzenlemeleri zorunlu hale getirmiştir. 64 üncü Hükümet Programında ve 2016 Yılı Eylem Planında yer verilen bazı konularda düzenleme yapan 31853594-101- 23/06/12016 sayılı kanun tasarısı 21/03/2016 tarihinde meclise sevk edilerek 14/4/2016 tarihinde kabul edilmiştir. 6704 sayılı Kanun; muhtaç, güçsüz ve kimsesiz olan 65 yaşını dolduran Türk vatandaşlarına aylık bağlanması ile ilgili yeni düzenlemelere yöneliktir. Ayrıca bu Kanun ile genel sağlık sigortalılarından tahsil edilen sigorta primleri için yaş sınırı belirlenerek 25 yaşını dolduruncaya kadar tüm sigortalılardan prim tahsili yapılmayacağı ve ödenmiş tutarların da sigortalılara geri ödenmeyeceği hükme bağlanmaktadır.

1980'ler de başlayan özel sektörün teşviki 2000'li yıllarda sağlık piyasasında özel sektörün kamu ile rekabet etmesi önceliğiyle SDP içerisinde yer almaktadır. 2016 yılına gelindiğinde özel hastanelerin vatandaştan yüzde 200'e varan oranlarda fark alması ve tetkiklerde suiistimallerin artması sağlık hizmetlerinde memnuniyetsizliklerin

yaşanmasına neden olmaktadır. Üniversite ve kamu hastanelerindeki yoğunluktan dolayı vatandaşın sağlık hizmetine erişiminde yaşanan sıkıntılar ve SGK'nin fark ücretini kontrol etmekte zorlanması, SGK'ya ödenen primlerin sağlık giderini karşılamada yetersizliği sağlıkta yeni model arayışına neden olmaktadır. Bu noktada özel hastane yatırımlarının artmasına yönelik teşvik edici politikalar oluşturulması gerekmektedir. Yeni kurulan özel hastanelerin toplumun tamamına hizmet vermesi SGK ile yapılacak anlaşma doğrultusunda sağlanabilecektir.10. Kalkınma Planı'nda ve hükümetin eylem planında yer alan tamamlayıcı sağlık sigortacılığının geliştirilmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir. Tamamlayıcı sağlık için tarım sigortalarında olduğu gibi sigorta havuzu kurulması öngörülmektedir. Tamamlayıcı sağlıktan nüfusun tamamı faydalanacağı bu sigorta havuzunun yönetilmesinden sorumlu olacak Devletin, yüzde 25 prim desteği sağlaması sigorta şirketlerinin beklentileri arasındadır. SGK gibi özel hastanelerle anlaşmalar yapıp, bir nevi SGK'nın görevini üstlenecek olan tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminde devlet belirleyeceği düşük primlerle sigorta yapılacak ve vatandaş özel hastanelerden hiçbir fark ödemedi sağlık hizmeti alacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının, tüm çalışanları kapsamı amaçlanırken; sigortanın yatarak tedavilerde zorunlu tutulması söz konusudur (Doğan, 2016).

Geri ödeme sistemlerinin düzenlenerek tek bir ödeyicinin olduğu bir sağlık sistemi yapılanması, hizmet sunum sorumluluğu ile finansman sorumluluğunu ayırmaya yönelik bir uygulama olarak sağlıkta dönüşüm projesinde yer almakta ve finansman alanında yapılan reform olarak gösterilmektedir. Sistemin işleyişi ve uygulamada vatandaşlara sağladığı kolaylık, adalet, etkinlik nedeniyle sadece finansman alanında yapılanma olarak kabul edilmesini yeterli görmüyor ve sağlık hizmet sunumuna yönelik bir yapılanmanın temel unsuru olduğunu kabul etmek gerektiği düşünülmüştür.

4.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONUNDA YENİDEN YAPILANMA

Türkiye sınırları içinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin ve denetiminin sorumluluğunun bakanlık düzeyinde örgütlenmesi 3 Mayıs 1920 tarihinde çıkarılan 3 sayılı "Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun" ile başlamaktadır. Kanun'un 1. maddesi ile içerisinde Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletinin (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) de bulunduğu ilk Bakanlar Kurulu

oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığının örgüt yapısı 24.04.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 09.06.1936 tarih ve 3017 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Memurları Kanunu (Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu) ile belirlenmiştir. “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” olarak teşkilatlanan bakanlık 14.12.1983 tarihli ve 18251 sayılı mükerrer Resmi Gazete ’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ” başlığını taşıyan 181 sayılı KHK’ ile yeniden yapılandırılmıştır.

181 Sayılı KHK “ herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek” amacıyla Bakanlığın, teşkilat ve görevlerine ilişkin esaslarını düzenlemektedir. 181 Sayılı KHK de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilatı ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana gelecek şekilde organize edilmiştir.

Merkez Teşkilatında; Bakan, Müsteşar, Müsteşar Yardımcıları, Yüksek Sağlık Şûrası, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve danışmanlar yer almaktadır. Genel müdürlükler, daire başkanlıkları ve müşavirlikler de Müsteşar yardımcılarına bağlı olarak çalışan kamu görevlileridir (T.C.S.B., 2015).

Kamu hizmetlerinin düzenli, etkin, verimli bir şekilde düzenlenmesini sağlamak amacıyla 03.05.2011 tarih ve 27923 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6223 sayılı “Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev ve Yetkileri ile Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu” çıkarılarak yeni kamu yönetimine uygun olarak merkezi yönetim düzeyindeki değişikliklerde başlamaktadır.

YKY ilkeleri ile merkezi yönetim örgütleri olan bakanlıkların teşkilat yapılarının yeniden yapılandırılmasına yönelik kanun hükmünde kararnamelerle teşkilat yapıları daha fonksiyonel hale getirilerek dikey yapılanmanın daha yatay bir örgütsel yapıya dönüştüğü görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın da yürütülen hizmetin özelliklerini dikkate alacak şekilde çağdaş kamu yönetimi anlayışına uygun olarak 663 sayılı KHK ile örgüt yapısında değişim gerçekleştirilmiştir. Yapılan düzenlemelerle Türk sağlık sisteminde ortaya

çıkan dönüşümün YKY anlayışının temel öngörülerini ile önemli benzerlikler taşıdığı aşağıdaki tabloda da görülmektedir.

Tablo 4.1. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Yaşanan Değişim (663 sayılı KHK)

	KHK Öncesi	KHK Sonrası	YKY
Siyaset/Yönetim	Hizmet üreten ve politika belirleyen ayrımı yapılmamış	Hizmet üreten ve politika belirleyen ayrılmış	Hizmet üreten değil politika belirleyen
Yönetici/Lider	Emirleri yerine getiren yönetici	Sonuçlardan sorumlu profesyonel lider	Profesyonel yönetim anlayışı
İstihdam	Kadrolu Sabit ücret sistemi Kariyer sistemine dayalı atama	Sözleşmeli, Performansa dayalı ücret, Özel sektörden görevlendirmeye açık, esnek istihdam	İşe alma ve ödüllendirmede esneklik
Amaç/Hedef	Girdi ve süreç odaklı	Çıktı odaklı	Süreçlerden ziyade sonuç/çıktı odaklı
Teşkilat Yapısı/Örgütlenme	Bütüncül, Merkeziyetçi Hiyerarşik, dar ve dikey	Kontrole dayalı, Ayrıştırılmış, Özerk Yatay ve yalın Operasyonel, Uzmanlığa dayalı	Birimlerin ayrıştırılması, yönetilebilir birimler oluşturma
Kaynak Kullanımı	Yüksek maliyetli, küçük ölçekli birimler Verimsiz	Ölçek büyütürken maliyet avantajı sağlama Verimlilik artışı	Kaynak kullanımında disiplin ve tasarrufa yönelme
Rekabet	Rekabetçi anlayışa kapalı	Rekabetçi anlayışa açık	Rekabete yönelme
Denetim	Hiyerarşik, icracı birimler tarafından, Mevzuata uygunluk denetimi Program amaçları dikkate alınmadan Kişi odaklı	Politika belirleyen birimler tarafından Sistem ve faaliyet odaklı Performansa dayalı Çıktılara önem veren Dışarıdan denetim hizmeti alımı	Hesap verebilirlik, amaçlar, hedefler ve başarı göstergelerinin niceliksel ifadesi

Kaynak: Lamba vd., 2014: 26

Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015 Raporu (Nisan 2012), Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılına kadar yeniden yapılandırılarak sadece sağlık sektöründe liderlik fonksiyonları üzerinde odaklanması gerektiğini ve tüm kamu hastanelerinin kamu hastane birlikleri olarak

teşkilatlandırılarak global bütçeden performans sözleşmelerine göre ödeme yapılmasını ön görmektedir (Savaş, 2015).

Bakanlık yapısındaki değişim yeni kamu yönetimi anlayışı ile eski ve yenilenen teşkilat yapısı doğrultusunda değerlendirilmeye çalışılacaktır.

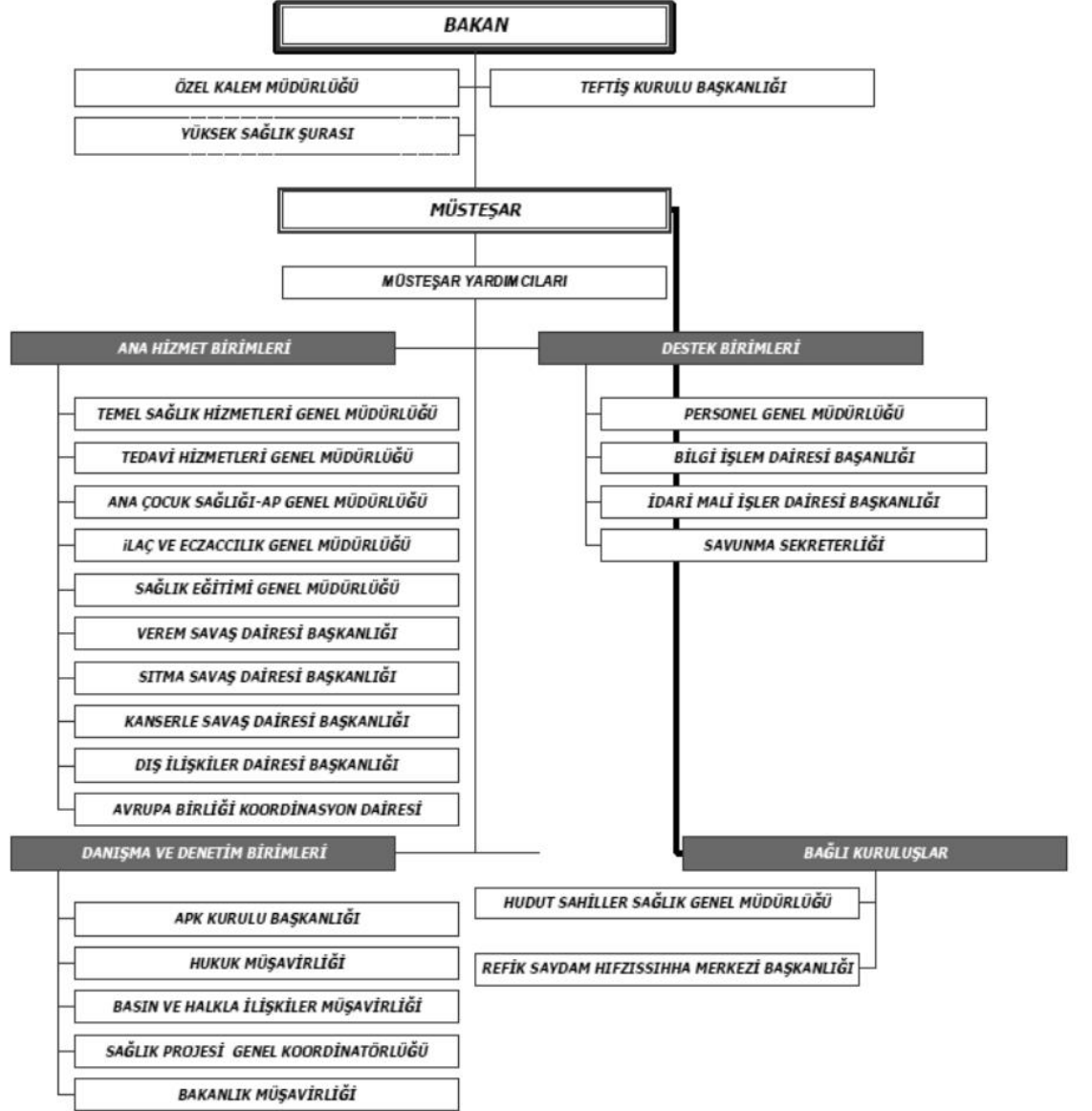
4.3.1. Sağlık Bakanlığı

Devletin, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunulmasında doğrudan sorumlu olan Sağlık Bakanlığı; herkesin beden, zihnen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamakla görevlidir. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının belirlenmesi, ulusal sağlık stratejilerinin uygulanması ve temel sağlık hizmetlerinin ana tedarikçisi olan en üst düzeyde yetkili organdır. Türkiye’de sağlık sisteminin yönetiminden ve sağlık politikalarının belirlenmesinden sorumlu olan Bakanlığın, strateji ve hedefleri belirlemek, düzenleme ve koordinasyon yapmak, uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapmak, rehberlik, izleme, değerlendirme ve denetleme yaparak müeyyide uygulamak da görevleri arasındadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 147).

Yeni kamu yönetimi anlayışı ve yeni kamu işletmeciliği ilkeleri doğrultusunda 02.11.2011 tarih 28103 mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir.

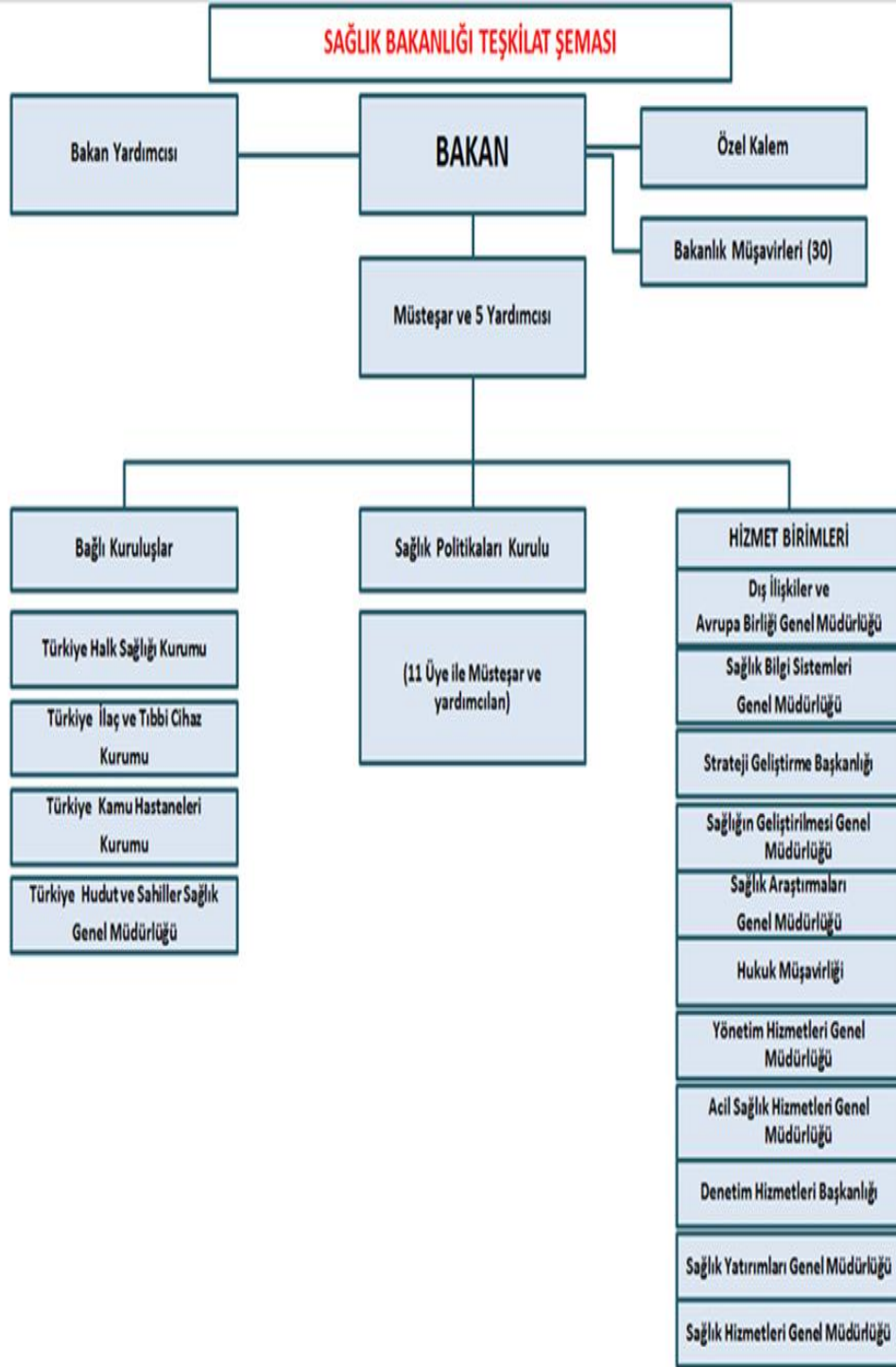
Bürokratik ve çok kademeli merkezi kontrol sistemi yerine, piyasa sistemine dayalı denetimi öngören yeni yönetim anlayışı, kamu hizmetlerinde de vatandaş müşteri olarak kabul ederek müşteri merkezli hizmet anlayışına önem vermektedir. Yeni kamu yönetimi; performans hedefleri, çıktılar, hizmetlerin niteliği, etkinliği, verimliliği ve piyasa sisteminin önemine vurgu yapmaktadır (Lamba vd., 2014) .

Şekil 4.1. 181 Sayılı KHK de Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2002:17

Şekil 4.2. 663 Sayılı KHK ile Oluşturulan Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>

8.12.2013

4.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

2.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmî Gazete’nde yayımlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık Teşkilatı değişime uğramıştır. Sağlık Bakanlığı’nın ilgili kuruluşu statüsündeki kamu sağlık kuruluşlarının tümünün kamu hastane birliklerine bağlanması ve yönetim anlayışı çerçevesinde yerel yönetim ve ticaret ve sanayi odası temsilcilerinin birliklerin yönetim kurullarının da yer alması öngörülen teşkilat yapısının da yeniden yapılması merkez ve taşra teşkilatı için zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemek amacıyla çıkarılan kanun hükmünde kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilatı “Merkez ve Taşra Teşkilatı İle Bağlı Kuruluşlar” olarak yeniden yapılandırılarak 181 sayılı KHK ile belirlenen yapı ile birlikte yetki ve sorumlulukları da tümüyle değiştirilmiştir. Merkez teşkilatında Bakan, Bakan yardımcısı, Müsteşar, 5 Müsteşar Yardımcısı, Sağlık Politikaları Kurulu, 12 adet Genel Müdürlük, Yüksek Sağlık Şurası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu olmak üzere üç tane bağlı kuruluş yer almaktadır.

181 sayılı KHK ile oluşturulan teşkilat yapısında yer alan ana hizmet birimlerinden; Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Kanserele Savaş Daire Başkanlığının yenilen teşkilat yapısında yer almamaktadır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü gibi birimlerin de 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşlara dönüştürüldüğü bir yapı oluşturulmuştur.

4.3.1.1.1. Bakanlık

Bakanlık, yeni kamu hizmet yönetimi ilkeleri ve sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde tamamen sağlık sistemini yönetmek ve politikalar belirlemek üzere değişim yönetimi programı çerçevesinde yeniden yapılandırılmıştır. 181 sayılı KHK de

ana hizmet birimleri olarak teşkilat içinde yer alan birimler yeni düzenleme ile hizmet birimleri içerisinde yer almamaktadır.

2011 yılına kadar 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 Dairesi Başkanlığı, Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı ” (R.G., 1983: Madde 8) olarak sıralanmaktadır.

Yeni düzenlemede (madde7) Bakanlığın hizmet birimleri genel müdürlükler ve daire başkanlıkları olarak şu şekilde sıralanmıştır:

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın 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, Özel Kalem Müdürlüğü olarak oluşturulan organizasyon yapısına Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği (Ek:4/7/2012-6354/ 14 md.) ile 2012 yılında dahil edilmiştir.

Özel kalem müdürlüğü hem teşkilat şemasının en üst kısmında hem de hizmet birimleri içerisinde yer almaktadır.

a) Bakan: Bakanlığın, Anayasa, kanunlar, hükümet programı ve Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen politika ve stratejilere uygun olarak yönetilmesi ile görevlendirilmiştir. Bakanlık icraatından ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Başbakanı karşı sorumluluğu bulunan teşkilatın en üst amiridir. Bakanlığın bütçesini hazırlamak, politika ve stratejiler geliştirmek, yıllık amaç ve hedefler oluşturarak performans ölçütleri belirlemek ve bu doğrultuda gerekli koordinasyonu sağlayarak yönetimin geliştirilmesini sağlamakla görevlidir. Bakanlık faaliyetlerini, teşkilat yapısı ve yönetim süreçlerinin etkililiğini denetlemek ve yönetim sistemlerinin işleyişinden de sorumludur. Bakanlığın faaliyet alanına giren konularda ilgili diğer bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşları arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak da görevleri arasındadır (madde 4).

b) Bakan Yardımcısı: Bakan ile müsteşar arasına eklenen bakan yardımcısı makamı “her bakanlıkta 1 adet olması zorunlu olan idari devlet yöneticisi müsteşarın üstünde bir tür ‘siyasi müsteşar’dır (Güler, 2011: 6).”

KHK 5. madde ile yeni örgüt yapısında yer alan yeni siyasi pozisyonu tanımlamaktadır: “*Bakan yardımcısı, Bakana bağlı olarak Bakana ve Bakanlığa verilen görevlerin yerine getirilmesinde Bakana yardımcı olmak üzere Bakan Yardımcısı atanabilir. Bakan Yardımcısı bu görevlerin yerine getirilmesinden Bakana karşı sorumludur. Bakan yardımcısı Hükümetin görev süresiyle sınırlı olarak görev yapar; Hükümetin görevi sona erdiğinde, Bakan Yardımcısının görevi de sona erer. Bakan Yardımcısı gerektiğinde Hükümetin görev süresi dolmadan da görevden alınabilir*”.

c) Müsteşar ve Müsteşar yardımcıları: Bakanın emir ve yönlendirmesi doğrultusunda Bakan adına Bakanlık hizmetlerini düzenleyen ve yürüten Bakandan sonra en üst düzey yetkili kamu görevlisidir. Bakanlık hizmetlerinin mevzuat hükümlerine, Bakanlık amaç ve politikaları ile stratejik plana uygun düzenlenmesi ve yürütülmesinden Bakana karşı sorumludur. 181 sayılı KHK de Müsteşara yardımcı olmak üzere üç olarak belirtilen Müsteşar yardımcısı sayısı 663 sayılı KHK de artırılarak beş olarak değiştirilmiştir.

4.3.1.1.2. Kurullar

181 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez kuruluşundaki danışma ve denetim birimleri olarak yapılandırılan kurulların yeni organizasyon yapısında farklı bir yapıya dönüştürüldüğü görülmektedir. Teftiş Kurulu Başkanlığı'nın Denetim Hizmetleri Başkanlığı olarak Bakanlığın hizmet birimleri arasında yerini aldığı Bakanlık Müfettişi unvanında Sağlık Denetçileri unvanıyla denetim elemanı olarak istihdam edilmesi 663 sayılı KHK ile düzenlenerek Sağlık Bakanlığı Kurulları yeniden yapılandırılmıştır.

4.3.1.1.2.1. Sağlık Politikaları Kurulu

Bakanlık teşkilatında, politika belirleme ve sağlık sistemi yönetimi ile ilgili temel görevlerin yerine getirilmesi amacıyla müsteşar ve müsteşar yardımcıları ile on bir üyenin görevlendirildiği kurul 663 sayılı KHK ile oluşturulmuştur. Bakan tarafından iki yıl hizmet etmek üzere görevlendirilen üyelerin lisans eğitimi almış olması (en az dört yıllık yüksek okul mezunu) ve sekiz yıl iş tecrübesine sahip olması şartı aranmaktadır. Kurula Müsteşar başkanlık eder veya yardımcılarından birini görevlendirebilir. Kurul

toplantılarına, üniversiteler, meslek kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, sendikalar ile bağlı kuruluşlardan ve Bakanlık birimlerinden görüşlerini almak üzere yönetici veya uzman kişiler davet edilebilir. Bakanlığın görev alanına giren ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar Kurul bünyesinde oluşturulabilir. Bakanlık, danışma kurulları ve komisyonlara ait çalışma usûl ve esaslarını düzenlemektedir. Danışma kurullarında ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli, üniversite personeli, diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarında çalışanlar veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilir.

4.3.1.1.2.2. Sürekli Kurullar

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname; Yüksek Sağlık Şûrası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulunun Sağlık Bakanlığı'na faaliyetlerinde yardımcı olmak üzere oluşturulmasını ve teşkilat yapısında yer almasını karara bağlamıştır.

Yüksek Sağlık Şûrası: 663 sayılı KHK ile görev tanımı değişen Yüksek Sağlık Şûrası, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek üzere idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemekle görevlidir. Şura, on beş üyeden oluşmaktadır ve üyelerden on üçü Bakan tarafından ülkede sağlık hizmetleri ile ilgili tanınmış kişiler arasından seçilmektedir. Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı ile Hukuk Müşaviri Şûranın doğal üyesi olmaktadır. Şura üyelerinin görev süresi iki yıl olarak belirlenmiştir. Bakanlık, Şûraya bağlı olarak danışma kurulları ve ihtisas komisyonları oluşturma yetkisine sahiptir (madde 21).

Tıpta Uzmanlık Kurulu: Kanun Hükmünde Kararnamenin 22. Maddesinde yer verilen Tıpta Uzmanlık Kurulu; “uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık dallarının rotasyonlarını belirlemek, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermekle” görevlidir.

Sağlık Meslekleri Kurulu: Sağlık mesleklerinde eğitim müfredatını belirlemek, istihdam planlamalarında, meslekî alan ve dal belirlemesi gibi meslekî düzenlemelerde görüş bildirmek, meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapmak, meslekî etik ilkeleri belirlemek, meslekten geçici veya sürekli men kararı vermek ve uyumu denetlemek üzere kurulmuştur. Kurulda Türk Tabipleri Birliğinin seçeceği bir üye ile Türk Dış Hekimleri Birliğinin seçeceği bir üye yer almaktadır. Türk Tabipleri Birliği temsilcisi sadece tabiplerle ilgili, Türk Dış Hekimleri Birliği temsilcisinin de sadece dış hekimleri ile ilgili konuların görüşüleceği toplantılara katılması ve kendi meslek alanları ile ilgili konularda oy kullanabilmelerine imkân tanınmaktadır.

4.3.1.1.3. Bağlı Kuruluşlar

Bakanlıkların kuruluş ve görev esaslarını düzenleyen 3046 sayılı Kanun'un 10. Maddesinde tanımlanmıştır. “Bağlı kuruluşlar bakanlığın hizmet ve görev alanına giren ana hizmetleri yürütmek üzere, bakanlığa bağlı olarak özel kanunla kurulan, genel bütçe içinde ayrı bütçeli veya katma bütçeli veya özel bütçeli kuruluşlardır. Bağlı kuruluşlar, merkez teşkilatı ile ihtiyaca göre kurulan taşra teşkilatından meydana gelecek şekilde düzenlenir. Bağlı kuruluşların taşra teşkilatı; bölge, il ve ilçe kuruluşları şeklinde veya doğrudan kendine bağlı olarak kurulabilir. Bağlı kuruluşlar, Başbakanın teklifi ve Cumhurbaşkanının onayı ile diğer bir bakanlığa bağlanabilir (R.G., 2011)”.

Sağlık Bakanlığı'nın bağlı kuruluşları Kurum ve Genel Müdürlük olmak üzere iki şekilde örgütlenmektedir. Genel Müdürlük içinde Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yer almaktadır. Genel müdürlüğün merkez teşkilatı; genel müdür, iki genel müdür yardımcısı ile hizmet birimi olarak teşkilatlanan daire başkanlıkları ve Strateji Geliştirme Daire Başkanlığından meydana gelmektedir. Kurum olarak örgütlenme ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu olarak yeni yapıda yer almaktadır. Kurumların merkez teşkilatında, Başkanlık ve hizmet birimi olarak teşkilatlanan Başkan Yardımcılıkları, Hukuk Müşavirliği, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı ve Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı yer almaktadır. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu merkez teşkilatında yer alırken, diğer bağlı kuruluşlar merkez ve taşra teşkilatından meydana gelmektedir.

Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları içerisinde yer alan Kurumların ortak merkez hizmet birimlerinin Hukuk Müşavirliği, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı ve Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı olduğu görülmektedir.

Sağlık Bakanlığının 663 sayılı KHK ile oluşturduğu dört bağlı kuruluşu bulunmaktadır. Bu kuruluşlar:

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı üst yönetimi tarafından belirlenen politika ve hedeflere uygun olarak temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. Personelin özlük haklarını düzenlemek ve kendi görev alanındaki konularda diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak kurum ihtiyaçlarını karşılamak, hizmet standardizasyonunu sağlamak ve bu amaçla eğitim programları hazırlamak da Kurumun görevlerindedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez hizmet birimleri (madde 26):

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı,
- Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları Başkan Yardımcılığı,
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere Başkan Yardımcılığı,
- Tüketici ve Çalışan Güvenliği Başkan Yardımcılığı,
- Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığı'ndan oluşmaktadır.

181 sayılı KHK'de bakanlık düzeyinde teşkilat yapısında genel müdürlük olarak yer alan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile başkanlık düzeyinde yapılanan Hıfzıssıhha Merkezi, Kansere Savaş, Verem Savaş ve Sıtma Savaş daire başkanlıkları bu yapılanma ile Halk Sağlığı Kurumu bünyesindeki hizmetlere dâhil edilmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yeniden yapılandırılması ile halk sağlığı kavramına yüklenen anlam ve önemin de değiştiğini söylemek mümkündür.

663 sayılı KHK ile oluşturulan teşkilat yapısında Müsteşar Yardımcısına bağlı olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu gibi bağlı kuruluşlar 2015 yılında yapılan yeni düzenleme ile doğrudan Müsteşar'a bağlanarak 5 olarak belirlenen müsteşar yardımcılıkları da 6 olarak değiştirilmiştir.

Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu: Halkın sağlığını ve toplumun çıkarını gözeterek sağlık politikalarından biri de akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı birbirini tamamlayan süreçleri kapsamaktadır. Hastalığın başlamasından tedavinin sonuçlanmasına kadar olan tüm hizmetler bu süreçte yer almaktadır. Akıllı ilaç kullanımı hem hastayı hem de hekimi ilgilendirmektedir; doğru teşhisin konulması, ilaçlı veya ilaçsız etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, ilaçla tedavi uygulanacaksa, uygun ilaç ve uygun dozun seçimi, uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması basamakları izlenmelidir. Hekimin hasta ile iletişimi ile hastanın tedavisinde bilinçli ilaç kullanımı gerçekleşebilecektir (Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü, 2016). 663sayılı KHK 27. Maddesinde kuruluş amacı ve görevlerini belirlediği Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz bir Kurum'dur. *“Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevlidir”*. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumunun hizmet birimleri:

- İlaç, Biyolojik ve Tıbbî Ürünler Başkan Yardımcılığı,
- Tıbbî Cihaz ve Kozmetik Ürünler Başkan Yardımcılığı,
- Ekonomik Araştırmalar ve Bilgi Yönetimi Başkan Yardımcılığı,
- Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Başkan Yardımcılığı,
- Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hedeflediği ilaç ve tıbbî cihazların yönetiminde söz sahibi olacak düzenleyici ve denetleyici nitelikte “Ulusal İlaç Kurumu” ve “Tıbbî Cihaz Kurumu” kurulması ve bu konulardaki denetimin ayrı ve özerk biçimde organize edilmesini gerçekleştirecek bir yapı oluşturulmuştur. Türkiye’de ilaçların her birimde izlenmesi için kurulan İlaç Takip Sistemi, akılcı ilaç kullanımının denetimini sağlamaktadır. Ürünlerin tekilleştirilmesini sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesi sağlanırken; ürünün geçtiği her noktadan merkezi veri tabanına yapılacak bildirim ile takip edilmektedir (Akdağ, 2012: 227).

Ulusal ilaç üretimi (milli aşı üretimi) 64. Hükümetin hedefleri arasında yer almakta ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü: Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevlidir. Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz bir Genel Müdürlüktür. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün merkez hizmet birimleri şunlardır:

- Türk Boğazları ve Sağlık Denetimleri Daire Başkanlığı,
- Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı,
- Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı,
- İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı,
- Destek Hizmetleri Daire Başkanlığıdır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu: Bakanlığın politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve diğer sağlık kuruluşlarının açılmasını, işletilmesini, faaliyetlerinin izlenerek değerlendirilmesi ve denetiminin yapılmasından sorumludur. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevlidir. Bakanlığa bağlıdır ancak özel bütçesi bulunmamaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu içerisindeki merkez hizmet birimleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı,
- Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı,
- İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı,
- İnsan Kaynakları Başkan Yardımcılığı,
- Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığıdır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun Sağlık Bakanlığı ana hizmet birimlerinden devraldığı görevleri yetki ve sorumlulukları sekiz başlıkta sıralanmıştır:

“•Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.

• Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.

• Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematığı için her türlü alt yapıyı kurmak.

• Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.,

• Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu ve özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek.

• Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak.

• Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

• Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idari ve mali hizmetleri yürütmek (Tengilimoğlu, vd. 2012: 154-155)” .

Bağlı kuruluşlar içerisinde, 663 Sayılı KHK ile kurulan, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı çalışan ve taşra örgütünde yer alan Kamu Hastane Birliklerine bağlı kamu hastanelerinin ve hizmetin finansman modelinin değertilmesi gerçekleşmiştir. “Kamu hastane birliklerinin finansmanında hazine katkısına yer verilmemektedir. Birlikler Bakanlığın bağlı kuruluşu statüsüne indirilmekte ve özel hukuk hükümlerine tabi tutulmaktadır (Ataay, 2007: 15-28)”. Sağlık işletmesi olarak yapılanan kamu hastane birliklerinin kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması ve ürettiği hizmetlerle özel sektörle rekabet etmesi hedeflenerek tüm kamu hastanelerinin özerkleşerek kamu sağlık hizmeti anlayışı, “yarı kamusal, yarı kr amaçlı” bir hizmet anlayışı ile yer değeriftirmektedir (Ataay, 2007: 15).

1983 tarihli 181 sayılı KHK'nın 8.maddesinde; ana hizmet birimleri olarak sayılan kurumların görevleri 663 sayılı KHK ile yeni kurulan bağı kuruluşlara devredilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İkinci Aşaması 2009 yılında başlamaktadır. Sağlık Kampüsleri hazırlıkları 2010 yılında başlar ve 2014'de kampüslerin tamamlanacağı, bölgelerin kendi içlerinde yeterli sağlık alanlarının oluşturulması amaçlanmasına rağmen 2016 yılında henüz hazırlık aşamasındadır. Sağlıkta dönüşüm ve sosyal güvenlik reformu projesi (2009-2014) içerisinde yer alan Sağlık Mevzuatı ile ilgili düzenlemelerin 663 sayılı KHK sonrasında yapıldığı görülmektedir:

- 2012 Mart "Sağlık Bakanlığı Bağı Kuruluşların Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik",

- 2012 Şubat "Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması, Personel, Taşınır ve Taşınmazların Tahsisi ve Devri" Genelgesi,

- 2012 Nisan "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge" hazırlanmıştır.

Yeni yapı ile Bakanlığın politika yapıcı, düzenleyici, denetleyici ve danışmanlık rolü güçlendirilerek sistem yönetimi kapasitesinin de geliştirilmesi sağlanmaktadır. Bakanlık merkez teşkilatı içinde 8 Genel Müdürlük, 2 daire başkanlığı, hukuk müşavirliği ve özel kalem müdürlüğü olmak üzere 12 hizmet birimi oluşturulmuştur. Bununla birlikte diğer başlıklarda 3 adet kurul ve Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak için önemli bir ayrışma ile bakanlığa bağı dört kuruluş oluşturulmuştur. Bu ayrışma sonucunda koruyucu sağlık hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri yataklı tedavi hizmetlerinden yapısal olarak ayrılmıştır. Kurumsal yapılanmada dikey örgütlenme yönetim modeli terk edilerek uzmanlığa ve performansa dayalı, şeffaf ve hesap verebilir. Kurumsal yapılanmada dikey örgütlenme yönetim modeli terk edilerek uzmanlığa ve performansa dayalı, şeffaf ve hesap verebilir bir yönetim modeline dönüştürülmüştür (Akdağ, 2012).

4.3.1.1.4. İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri

Bakanlığın taşra teşkilatı il düzeyinde İl Sağlık Müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulmuş olan İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıklarından oluşmaktadır. Taşra hizmet birimlerinden; Halk Sağlığı Müdürlüğüne devredilenler dışındaki şube müdürlükleri, acil sağlık hizmetleri, uluslararası tıp ve kongre merkezleri, afetlerde sağlık hizmetleri birimleri ve bağlı kuruluşların il teşkilatının koordinasyonu görevi İl Sağlık Müdürlüğündedir. Bakanlığın il düzeyinde temsil etmekte görevli olan il sağlık müdürleri, il valisine de sağlık müşavirliği yapmakla görevlidir. İl sağlık müdürlüğü bağlı kuruluşların illerde koordinasyonunun sağlanmasından sorumludur. İlçe sağlık müdürlüklerinin kurulmadığı yerlerde, yeni kadro tahsisi yapılmadan mevcut ilçede bulunan personel ile sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilecektir.

4.3.1.1.5. Kamu Hastane Birlikleri

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatıdır. Kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve bütçenin ölçülü kullanımı amacıyla taşra teşkilatında yer alan kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. İl düzeyinde sağlık merkezlerini yönetme ve işletme sorumluluğu Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerine aittir. Bakanlığın taşra hizmet birimlerinden; dış hastaneleri de dahil tüm devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, diş tedavi ve protez merkezleri, semt poliklinikleri, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM), Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği (ENDOTEM), otizm mükemmeliyet merkezi gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezleri de Kamu Hastane Birliklerine devredilerek yeni yönetim birimi olan Kamu Hastane Birliklerinin de görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. KHB ile sosyal sorumlulukları devam eden hastanelerin özerkleşmesi sağlanarak kâr amacı güdülmezsizin halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, katılımcı, verimli, kaliteli ve etkin hastane hizmetleri sunulması hedeflenmiştir.

Kamu hastane birlikleri bünyesindeki hastanelerde tüm yöneticiler en fazla üç yıl süreyle sözleşmeli pozisyonunda istihdam edilerek bu yöneticilerin verimlilik karneleri ile değerlendirilmesi, hastane ve birliğin performansına göre ücret alması, performansı düşük olan personelin de sözleşmelerinin feshedileceği hükümleri ile memur statüsünün sağladığı güvencelerin kaldırıldığı personel istihdam politikası uygulanmaktadır.

Yeni kamu işletmeciliği perspektifi ile Kamu Hastane birlikleri kurularak, her birliğe bir Genel Sekreter atanmıştır. Genel Sekreterlerle birlikte çalışan İdari, Mali ve Tıbbi Hizmetler Başkanlarının yanı sıra hastanelerde koordinatör pozisyonunda bir hastane yöneticisinin altında, başhekim, başhekim yardımcıları ile idari, mali hizmetler ve tıbbi hizmetleri ile ilgili müdürlükler oluşturulmuştur.

Yerelleşme ilkesi doğrultusunda oluşturulan kamu hastane birlikleri yerinden yönetim türlerinden olan delegasyona örnektir ve yetkilerin devredildiği birimlerin merkezi iktidar tarafından yönetilmesi söz konusudur. YKY anlayışına uygun olarak kamu-özel sektör işbirliği çerçevesinde 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Böylece ülkenin ihtiyaç duyulan bölgelerinde yüksek kapasiteli Şehir ve bölge hastaneleri ile sağlık kampüsleri yapılmaya başlanmıştır.

Kamu hastaneleri birliği, sağlık sektöründe inovatif yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir; kamu-özel ortak girişimlerin sağlık politikalarında karar alma süreçlerini tabana yayılmaya çalışılırken, piyasa benzeri mekanizmalar sisteme dâhil edilmektedir.

4.3.1.1.6. Halk Sağlığı Müdürlüğü

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı Halk Sağlığı Müdürlükleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve aile hekimliğini içine alan temel sağlık hizmetlerinden sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocaklarından dönüşen Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde verilmekte ve Halk Sağlığı Kurumu'na devredilen Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Kanseri Tarama Merkezleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarları ile birlikte koruyucu sağlık hizmeti bütünü tam anlamıyla kapsamaktadır. Halk sağlığı laboratuvarları; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında il merkezlerinde ve ihtiyaca göre belirlenecek ilçe merkezlerinde müdürlüğün teklifi ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun onayı ile kurulabilmektedir.

Taşra hizmet birimleri olan Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, İlçe Devlet Hastaneleri, Aile Hekimliği Birimleri ile tüm erken teşhis-

tanı- tedavi merkezleri ve dispanserler 663 sayılı KHK ile Halk Sağlığı M¼d¼rl¼klerine bağlı olarak hizmet sunmaktadır.

İl d¼zeyinde hizmet y¼r¼t¼c¼leri olarak temel sağlıkta T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı İl m¼d¼rl¼ę¼ ve T¼rkiye Kamu Hastaneleri'ne bağlı "hastane birlikleri ve genel sekreterlikleri" oluşturulmuştur. Genel sekreterlik b¼nyesinde; sekreterin sorumluluğunda olan ve kendisine bağlı birlik politikalarını ve işlemlerini y¼r¼ten Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler ve Mali Hizmetler Başkanlıkları oluşturulmuştur. Hastane bazında ise; yeni yetki alanı olarak "hastane y¼neticisi" ve onun altında ¼çl¼ yapı kurularak hekimlerden sorumlu Başhekim, sağlık bakımı, hemşire ve diğer sağlık hizmetlerinden sorumlu Sağlık Bakım Hizmetleri M¼d¼r¼, mali idare hizmetlerinden sorumlu İdari ve Mali M¼d¼r g¼revlendirilmiřtir.

¼lkenin toplumsal, siyasal, k¼lt¼rel ve ekonomik imkanları ve gelenekleri dikkate alınarak desantralizasyon çalışmaları yapılmalıdır. Sağlık sisteminin fonksiyonel yapısı ile ¼rg¼tlenmesi arasında etkileşim dikkate alınarak sağlık sistemi ¼rg¼tlenmeli ve y¼netilmelidir. Yerel y¼netimlerin idari, mali ve teknik kapasitelerinin eksik olduğu ve sivil toplumun yeterince gelişemediği bir toplumda vatandaşların devletten beklentileri değişmeyeceğinden gerekli alt yapı hazırlanmadan sağlık hizmet y¼netiminde yerelleşme politikası ile hedeflenen amaca ulaşma s¼reci iyi analiz edilmelidir (Fişek, 1990).

Taşra teşkilatlarında g¼rev tanımları, ilişkiler ve yetkiler ikincil mevzuatla tanımlanmadığı için çatışmalar ve yetki karmaşalarının yaşandığı bir yapı mevcuttur. KHK doğrultusunda taşra teşkilatının işleyişi konusunda 2013 yılında yayımlanan genelge ile sağlık hizmetlerinin taşra da b¼t¼nl¼k ve işbirliği içinde sunulamasını gerçekleştirmek ve yaşanan yetki karmaşasını ¼nlemek amacıyla İl d¼zeyinde sağlık hizmet y¼neticilerinin yetkileri, sorumlulukları ve g¼rev alanlarını d¼zenleme ve bildirme ihtiyacı doğmuştur. Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşların taşra y¼netim birim y¼neticileri olan Halk Sağlığı M¼d¼rleri ve Genel Sekreterlerin İl valisi ve merkez teşkilatı ile olan işlemlerini İl Sağlık M¼d¼r¼ aracılığıyla yapabilecekleri ve Valinin ildeki en ¼st y¼netici olması nedeniyle t¼m y¼neticilerin valiye karşı sorumluluğu net olarak belirtilmektedir. Taşra Teşkilatının 2012 yılında yeniden yapılandırılmasında yerel y¼netiřimin g¼lendirilmesi ilkesi benimsenmiştir.

2015 yılının son günlerinde kurulan 64. Hükümetin Başbakanı Ahmet Davutoğlu “Sağlıklı Yaşam Kültürü”nün oluşturulması hedefi ile sağlık okur yazarlığının geliştirilmesine yönelik politikaların oluşturulacağını belirtmektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde yeniden yapılanmaya gidilerek, koruyucu sağlık hizmetleri yanında, aile hekimliği, tedavi hizmetleri, evde sağlık ve 112 acil sağlık hizmetleri bütüncül bir anlayış ile ele alınarak, birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayacak yeni bir yapı kurulacağına da yer verilen hükümet programının kısa sürede uygulanabilmesi için gereken yasal düzenlemeler 2016 yılında açıklanan torba kanunlar içerisinde yer almaktadır.

64. Hükümet Programında ülkemizin sağlık alanındailerlemesi için yapılması gereken diğer hedeflerini; şehir hastanelerinin tamamlanması ve organizasyon şemasının işlevselleştirilerek oluşturulması ve faaliyete geçmesi,uzaktan sağlık ve bakım uygulamalarının yaygınlaştırılması,kişiye özel kanser tedavisi olan ONCOGEN projesinin başlaması, kendi aşımızı üretmek ve sağlık alanında biyoeşdeğer ilaçların geliştirilmesini sağlamak şeklinde özetleyebiliriz. 2015 yılında taşra teşkilatının yönetiminde yerleşmenin güçlendirilmesinde belediyeler ve il özel idarelerinin de sağlık hizmet sunumuna katkı sağlaması gerektiğine yönelik düşünceler eylem planı ve 64. hükümet programında yer almaktadır. Sağlıklı ve engelsiz yaşam stratejisi kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde termal tedavinin ve alternatif tıp uygulamalarının desteklenmesine yönelik politikalar dikkat çekmektedir (TCKB, 2015).

4.3.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

663 sayılı KHK'nin 25. maddesi ile il ve ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşan taşra teşkilatı tanımlanmıştır. Sağlık Hizmetleri İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı Kamu Hastane Birlikleri ve Genel Sekreterlikleri tarafından yürütülmektedir. Genel sekreterlikte birlik politikalarını ve işlemlerini sekreter sorumluluğunda yürüten Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler ve Mali Hizmetler Başkanlıkları yer almaktadır. Hastane bazında ise; yeni yetki alanı olarak “hastane yöneticisi” pozisyonu altında hekimlerden sorumlu Başhekim, hemşire, sağlık bakımı ve diğer sağlık hizmetlerinden

sorumlu Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, mali hizmetlerden sorumlu İdari ve Mali Müdür görevlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı'nın 02.02.2012 tarihli "Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması, Personel, Taşınır ve Taşınmazların Tahsisi ve Devri Genelgesi" de önceki düzenlemelere paralel olarak; taşra teşkilatının yapılandırılmasına yöneliktir.

Yeniden Yapılandırma ile İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Bakanlığın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra yönetim teşkilatı olarak belirlenmiştir. Taşra yönetimine bağlı hizmet birimleri oluşturularak yerinden yönetimin güçlendirilmesi yönünde gerekli yasal düzenlemeler yapılmaktadır.

663 sayılı KHK doğrultusunda çıkarılan 2.2.2012 tarihli genelge ile Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması ve mevcut tüm varlıklarının yeni hizmet birimlerine devredilmesine ait esaslar belirlenmiştir: Kanun Hükmünde Kararname ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına ait taşınırlar ve taşınmazlar Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna devir ve tahsis yapılmış sayıldığından, İldeki Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüklerine ait taşınır ve taşınmazlar Halk Sağlığı Müdürlüğüne devir ve tahsis edilmiştir. Bakanlığın taşra hizmet birimleri olan hastaneler ve tedavi merkezleri Kamu Hastane Birliklerine, Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, İlçe Devlet Hastaneleri, Dispanserler, Sağlık Evleri ve Sağlık Merkezleri ile Aile Hekimliği Birimlerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerine devir ve tahsis edilmiştir. Halk Sağlığı Müdürlüğüne devredilecek Şube müdürlükleri dışındaki Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri, 112 İstasyonlarının kullandıkları tüm taşınır taşınmazları ve personeli ile birlikte İl Sağlık Müdürlüklerine tahsis edilerek yapısal ve yönetsel değişim gerçekleştirilmiştir.

Sağlık gibi önemli bir sistemi yeniden şekillendiren 663 Sayılı KHK ile mevcut kurumların yetki, görev ve sorumlulukları değişirken, yeni kurumlar da ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Birlikleri, İl Genel Sekreterlikleri ve hastane yöneticilikleri bu kararname ile kurularak, kamu sağlık örgütlenmesinde radikal değişiklikler yapılmıştır.

4.3.1.2.1. 2016 Yılında Taşra Teşkilat Yapısına Tasarılar

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 02.02.2012 tarihli Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması, Personel, Taşınır ve Taşınmazların Tahsisi ve Devri Genelgesi ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatındaki hizmet birimlerinin yeniden yapılandırıldığı bilinmektedir. Yapısal ve yönetsel değişiklikler içeren yapılandırma sonucunda yeni yönetim birimleri oluşturulmuştur. İkincil bir mevzuat hazırlanmadan oluşturulan hizmet birimlerinde yaşanan yetki karmaşaları ve çatışmaların kamu yönetimi reformu çerçevesinde hayata geçirilen sağlıkta dönüşüm programı ile belirlenen amacın gerçekleştirilmesinde sorun oluşturduğunu kabul etmek gerekir. Türk sağlık sisteminin güçlendirilmesinde “yönetişimi geliştirmek, diğer sektörlerin sağlık konusundaki duyarlılığını artırmak, sektörler arası iş birliği yapmak, mevzuat değişiklikleri yapmak” ve mevcut yönetim bilgi sistemlerinin kullanılmasını yaygınlaştıracak şekilde sağlık hizmet ve politikalarının geliştirilmesine önem verileceğine değinen 64. Hükümetin sağlıkta dönüşüm sürecini iyi analiz ettiğini belirtmek gerekir. 64. hükümet programı doğrultusunda hazırlanan 12 Nisan 2016 tarihinde açıklanan torba kanun tasarısında Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının da yeniden yapılandırılmasına yönelik hükümler yer almaktadır: Torba Yasa içerisinde 663 sayılı KHK ile yapılan birçok düzenleme değiştirilerek Sağlık sistemindeki yeniden yapılanmanın eleştirileri giderilmeye çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığının yeni olarak kabul ettiğimiz mevcut teşkilatını değiştirecek olan yasa taslağına göre Sağlık Bakanlığının illerde ki taşra teşkilâtı illerde kurulan İl Sağlık Müdürlükleri ile buna bağlı Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği ve Halk Sağlığı Genel Sekreterliğinden oluşacaktır. Yasa taslağının taşra teşkilatında yapacağı değişiklikleri ana hatları ile şu şekilde sıralayabiliriz:

- Taşrada teşkilatı İl Sağlık Müdürlüğü altında birleştirilerek İl Sağlık Müdürlüklerinin 663 sayılı KHK ile verilen sorumluluğu doğrultusunda Bakanlığın ildeki temsilcisi ve Valinin Sağlık Müşaviri olarak görevini yapacaktır.

- Taşra teşkilatında tepe yönetimi olan İl Sağlık Müdürleri sözleşmeli statüde çalışarak koordinatörlük görevini yerine getirecek.

- Sağlık Müdürlüklerindeki İl Sağlık Müdür Yardımcısı kadrosu artırılarak İl Sağlık Müdürü yetkilerinin bir kısmını müdür yardımcısına devredecektir.

- Halk Sağlığı M¼d¼rl¼kleri ve Genel Sekreterliklerin işlemleri için İl Sağlık M¼d¼rl¼klerinde yeni şube m¼d¼rl¼kleri oluşturulacaktır.

-Sağlık M¼d¼r¼ Yardımcıları Kamu Hastanelerinden sorumlu İl Sağlık M¼d¼r Yardımcısı ve Halk Sağlığından Sorumlu M¼d¼r Yardımcısı olacak şekilde g¼revlendirilecektir. 663 Sayılı KHK ile g¼revlendirilen Genel Sekreter ve Halk Sağlığı M¼d¼rlerinden uygun g¼r¼lenler İl Sağlık M¼d¼r Yardımcısı olarak g¼revlendirilebileceklerdir.

- Torba kanun tasarısı hazırlandığı tarihte 2 yıl aynı g¼revde çalışmış olmak koşuluyla Genel Sekreterliklerde g¼rev yapan Genel Sekreter, Başkan, Hastane Y¼neticisi, Başhekim Yardımcısı ve M¼d¼rlere 1 defaya mahsus olmak üzere nakil hakkı verilerek başka bir il de g¼revlerine devam edebileceklerdir.

- ¼deneklerin t¼m¼ il sağlık m¼d¼rl¼ę¼ne g¼nderilecek. Yardımcılara imza ve harcama yetkileri verilerek. T¼m illerde mali işlerle personel işleri birbirinden ayrılacaktır.

- İl Sağlık M¼d¼rl¼klerinde oluşturulacak insan kaynakları şubesi personel atama, nakil işlemlerinden sorumlu birim olacaktır.

- Kanun tasarısına g¼re illerde Halk Sağlığı M¼d¼rlerinin yerine Halk Sağlığı Genel Sekreterliklerine d¼n¼řt¼r¼lecektir. Halk Sağlığı Genel Sekreterliği y¼neticileri de Kamu Hastaneleri Genel Sekreterleri gibi İl Sağlık M¼d¼r¼ne bağlı ve s¼zleřmeli olarak g¼revlendirileceklerdir.

- İllerde kurulacak Halk Sağlığı Genel Sekreterlerinin, tıp alanında doçent veya profes¼r unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip ya da hukuk, kamu y¼netimi, işletme ve sağlık y¼netimi alanında lisans, y¼ksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip olması gerekmektedir.

- Halk Sağlığı Genel Sekreterlikleri b¼nyesinde Aile Hekimliği, 1.Basamak Sağlık Hizmetleri ve İdari Malı Hizmetler Başkanlıkları kurulacaktır.

- Aile hekimliği ve 1.basamak sağlık hizmetleri başkanı olabilmek için en az 5 yıllık iş tecr¼besine, İdari mali hizmetler başkanı olabilmek için az d¼rt yıllık eğitim veren fak¼ltelerden mezun ve en az 5 yıl iş tecr¼besine sahip olmak gerekecektir. Bu

şekilde yetkilendirilen personel sözleşmeli personel statüsünde olacak ve Halk Sağlığı Genel Sekreterinin teklifi ile İl Sağlık Müdürü ile sözleşme imzalayacaktır.

- Yetki ve sorumluluk alanları yeni yapıya uygun olarak değiştirilerek 1. Basamak sağlık hizmetlerinden ve 112 il ambulans servisinden Halk Sağlığı Genel Sekreterliği, 2. Basamak sağlık hizmetleri de kamu hastaneler birliği genel sekreterliği sorumluluğunda olacaktır.

- İlçelerdeki İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri birleştirilerek tek yapı haline getirileceği ve Halk Sağlığı Müdürlüklerinde 86.ve 88. maddeye göre görev yapanların görevlerine son verileceği 2016 yılında taşra teşkilat yapısında yapılması öngörülen değişikliklerdir. Burada belirtilen 86 ve 88. Maddeler 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun asıl görev yanında vekâleten yürütülmesi öngörülen ikinci görevlere ilişkin bir düzenlemedir.

Bu torba kanun tasarısının, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatındaki mevcut sistemin personel, finansman ve temel sağlık hizmetlerinin kamu özel ortaklığı ve yetki devri güçlendirilerek yeniden yapılandırılacağına vurgu yaptığı görülmektedir.

4.4. SAĞLIK BİLİŞİM HİZMETLERİ

“Sağlıkta Dönüşüm” Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemi gerekliliği ile sağlık bilişim sistemleri yapılandırılmıştır.Sağlık bilgi sistemlerinde oluşturulan ulusal standartlar ile sağlık hizmetinin etkin sunulması amacıylaSağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), Sağlıkta e-Dönüşüm projesi olarak uygulamaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde bilgi sistemlerinin oluşturulmasının temel amaçları şu şekilde özetlenebilir (Akdağ, 2012):

- Sağlık veri standardizasyonunu sağlanması,
- Veri analiz desteği ve karar destek sistemlerinin oluşturulması,
- Kullanıcılar arasında veri akışının hızlandırılması,
- Elektronik ortamda kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması,
- Kaynak tasarrufu sağlanarak verimliliğin artırılması,
- Bilimsel çalışmaların desteklenmesi,

- Ülke düzeyinde e-Sağlık kavramının benimsenmesinin hızlandırılması.

Sistem sayesinde ulusal sınırlar içerisindeki sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların insan gücü, idari, mali, taşınır ve taşınmazlarına ait verilerini kayıt altına alınmakta ve hızlı iletişim kanalı oluşturularak tıbbi görüntü transferine de imkan sağlamaktadır. Ulusal sağlık politikasını ve kalitesini belirleyen göstergelerin elektronik ortamda toplanan bilgiler ile vatandaşlara adil ve kaliteli sağlık hizmetinin daha hızlı sunulmasını gerçekleştirmeye yönelik bir sistem olarak kabul edilen bir hizmet yapılmıştır.

4.4.1. Türkiye’de e-Sağlık Uygulamaları

Yeni kamu yönetimi anlayışının önerdiği uygulamalardan biribilgi teknolojilerinin yönetimin bütün süreçlerinde yaygın olarak kullanılmasıdır. Günümüzde vatandaşlara, talep ve beklentileri doğrultusunda hızlı, kaliteli, etkin ve verimli kamu hizmeti sunulabilmesi bilişim teknolojilerinden yararlanılmasının sağlanması ile gerçekleşebilmektedir. Devletin bilgi çağında tüm hizmet alanlarına istenilen yer ve zamanda vatandaşların kolayca ulaşmasına imkan tanıyan e-Devlet uygulaması çerçevesinde sağlık hizmetlerinin de elektronik ortamda sunulmasına başlanmıştır. E-devlete dönüşümü destekleyen önemli gelişme de, kamu görevlilerinin sorumlulukları açısından “Kamu Görevlileri Etik Kurulu” nun kurulmasıdır. Bilgi Edinme Hakkı Kanunu’nun işlevselliği açısından önem taşıyan etik kurul ile kamu çalışanlarının saydamlık, tarafsızlık, dürüstlük, hesap verilebilirlik, kamu yararını gözetme gibi uymaları gereken etik davranış ilkeleri belirlendiğinden kamu hizmetlerinin verimliliği gerçekleşebilmektedir (Balcı, vd., 2008: 172-175).

Sağlık hizmetlerinin doğru yönetimi için verileri tanımlamak, sınıflandırmak ve ölçmek önemlidir. Vatandaşların sağlık bilgilerine bireysel olarak ulaşabilecekleri bir altyapıya sahip olan USBS kayıtları, doğum öncesinden başlayıp hayatın tüm evrelerini kapsamaktadır. Ulusal sağlık bilgi sistemi alt yapısını oluşturan Sağlık.NET, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS), Tele-Tıp ve internet üzerinden sunulan çok sayıda servis, Türkiye’deki e-sağlık uygulamalarının temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

4.4.1.1. Sağlık-Net

Tüm sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen ve sağlık veri bankacılığını sağlayan bu model ile tüm vatandaşların kişisel sağlık verileri merkezi bir yapıda kayıt altına alınmaktadır. Sağlık-Net ile sağlık sektöründeki sorunların ve önceliklerin belirlenerek önlem alınması, yatırım planlanması, sunulan sağlık hizmetlerinin kalite değerlendirmesine yönelik veri toplanmaktadır. Sağlık-NET, Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS) ve web servislerinden oluşmaktadır. Tüm sağlık bilgi sistemlerinin referans olarak kullandığı USVS; ulusal ve uluslararası standartlara uygun olarak verilerin tanımlandığı paydaşlar arasında terminoloji birliği sağlayan standartlar kümesidir. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS), sağlık bilgi sistemi standartlarını ve kodlama sistemlerini bir araya getirerek web servisleriyle paylaşan, güncelleyen referans ve paylaşım sistemidir. Kamu sağlık kurumlarında ve özel sağlık kurumlarında kullanılan bilgi sistemlerinde ortak bir kodlama standardı oluşturulmuştur. Bu kodlama standardı ile tanı sınıflama sistemi ve muhtemel teşhis kriterleri belirlenerek sağlık bilişiminde kullanılan ilaç, klinik, sağlık kurumu, aşı kodlaması bir araya getirilerek sistemin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulması sağlanmaktadır (Akdağ, 2012: 233).

4.4.1.2. Tele-Tıp

Radyoloji, patoloji, biyokimya ve elektrokardiyografi (EKG) gibi sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile konusunda uzman sağlık kurumlar tarafından uzaktan sunulmasıdır. Tele-Tıp uygulaması, konusunda deneyimli radyoloji uzmanlarıyla konsültasyon yapmak, teknolojik donanım ve cihazları tam olan hastanelerde görüntüleme cihaz kapasitelerini tam kullanılabilir hale getirmek ve bu imkânların sınırlı olduğu bölgelerdeki vatandaşlara yerinde hizmet vermeye yönelik bir uygulamadır. Bilgi teknolojisi kullanımı ile sağlık bakım hizmeti sunumunun yapılmasıyla birlikte hizmet maliyetlerinin azaltılması, kalitenin ve verimliliğin artırılmasına yönelik bir uygulamadır (Akdağ, 2012: 236).

4.4.1.3. Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Vatandaşın demografik bilgileri, muayeneleri, kronik hastalıkları, reçeteleri de dahil çok geniş bir yelpazeyle sağlık kuruluşlarından tutulan sağlık verilerinin belirli kriterlerle SB-Net üzerinden paylaşılabilirdiği bilgi sistemidir. Vatandaş, yapmış olduğu

ölçümleri kayıt edebilecek ve istenirse bu bilgileri aile hekimi veya hastayı takip eden diğer doktorların görebilmesini yine vatandaş belirlemektedir. Uygulama web tabanlı, mobil ve web servisleri ile hizmet vermektedir.Özürlüler veri bankasındaki bilgiler Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile paylaşmakta ve yeni kamu hizmeti anlayışı ile sektörler arasında işbirliği gerçekleştirilmektedir (Akdağ, 2012: 237). 2015 yılında vatandaşlık numarası ve e-devlet şifresi ile tüm sağlık kayıtlarına ulaşabilme imkanı sağlanmıştır.

4.4.1.4. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ni yürürlüğe koymuş olduğu önemli çalışmalarından biri de Merkezi Hastane/Hekim Randevu Sistemi'dir.Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarına randevu hizmeti veren sistemvatandaşlarıncanlı operatörlerdenveya web üzerindenistedikleri hastane ve hekimden randevualabildikleri bir uygulamadır.Aile hekimlikleri, 2. ve 3. basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için başlatılan uygulamanın kapsamı genişletilerek Askeri hastanelerin sisteme dahil olması ile vatandaşlar bu hastanelere de muayene randevusu alabilmesi planmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunun, verim ve kalitesinin artırılması, vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanelerde kuyrukların azaltılması amacıyla oluşturulan Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile kayıt altına alınan verilerin sağlık politikaları geliştirilmesine yardımcı olması da söz konusudur (Akdağ, 2012: 213).

4.5. SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON HİZMETLERİ

Kalite kavramını tanımlamanın zor olduğu bilinmektedir.İhtiyacın giderilmesinde istenilen mükemmellik derecesi olabileceği gibi ihtiyacın özelliklerini karşılması olarak da tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılması” (Tengilimoğlu vd., 2012: 487) olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite ile amaçlanan hizmetin yararının ve maliyet etkililiğinin yükseltilmesidir. “Toplam Kalite Yönetimi (TKY); müşteri tatminine yönelik olarak örgüt içi kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını hedefleyen, çok boyutlu bir yönetim şekli olarak tanımlanabilir (Tütüncü ve Doğan. 2004; akt. Önder, 2013)”. TKY birbirini tamamlayan (Tengilimoğlu, vd., 2012: 490) “sürekli geliştirme ve iyileştirme,

çalışanların eğitimi, liderlik, takım çalışması ve müşteri odaklılık” ilkelerinin sağlanması ile gerçekleştirilmektedir. Kalite standartları en genel anlamıyla kaliteli hizmet sunumu için, gereken malzeme, insan gücü ve organizasyonun sahip olması gereken özelliklerdir. Belirlenen kalite ölçütleri ile sağlık hizmet sunan hastanelerin sahip olduklarının karşılaştırılması olanağını sağlayan düzenlemeler akreditasyon olarak adlandırılmaktadır (Önder, 2013: 132). Akreditasyon ile sağlık kurumlarının gelişimine hedef belirlenmesi ve politikaların belgelendirilmesi, kalite standartlarına uygun hizmet veren kuruluşların resmi olarak tanınmaları gerçekleştirilebileceği gibi personel katılımının desteklenmesi ve çalışanlar arasında işbirliğinin sağlanmasında ve sözleşme ile çalışan personelin değerlendirmesinde katkı sağlayacak bir yapı oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008). Çağdaş yönetim anlayışlarından biri olan kalite yönetim sisteminin en önemli bileşenlerinden birisi sürekli kalite iyileştirme ve gelişimin sürekliliğinin sağlanmasında etkilidir (Akdur, 2006: 142).

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kamu hizmetlerinde performans artışını hedeflemekte ve girdilere değil çıktılara, yani kamusal hizmetin sonuçlarına odaklanmaktadır. Toplam kalite yönetimi sunulan ürün veya hizmetle ilgili bütün tarafların memnuniyet düzeylerinin artırılması süreci olarak kabul edilmektedir. TKY, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı doğrultusunda kamu hizmetlerinin yeniden yapılanmasının “en etkili aracı” olarak kabul edilmektedir (Demirel, 2015). Sağlık hizmetlerinin temel hedeflerinden biri hizmet kalitesinin artırılması, çalışanların ve hastaların memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesidir. “Sağlık hizmetlerinde kalite; hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, hizmet alanların ve paydaşların tam memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesi, sonuçların dikkate alınması ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi, kalite yönetimi anlayışı ile mümkün olabilecek beklentiler olarak ön plana çıkmaktadır (Asunakutlu, 2015: 6)”.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde performans yönetimi ve kalite geliştirme faaliyetleri başlatılmıştır. Tedavi Hizmetleri bünyesinde yapılan biriminin varlığı 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta

Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur. 27/04/2015 tarihli ve 1557 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan “Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Görevlerine Dair Yönerge” ile belirlenen görevleri; sağlık hizmetlerinde kalite standartlarını yükseltme, hasta ve çalışan güvenliğini sağlama, insan sağlığı odaklı yeniliklere öncülük etmektir (TCSB, 2016a).

4.6. ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI

Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan “Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” kurulmuştur. 27 Ekim 2014 Tarihli 29158 Sayılı Resmî Gazete ’de Yayımlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile tamamlayıcı tıp uygulamaları ve geleneksel tedavi yöntemlerinin bilimsel, mesleki ve etik prensipler içerisinde kamuya bağlı sağlık kuruluşlarınca yapılma esasları belirlenerek insan sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bakanlık bu yeni yapılanma ile kanıta dayalı olan geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının uygulanabilirliği için planlamalar ve düzenlemeler yapmaktadır. Sağlık turizmini de kapsayacak şekilde çok yönlü işbirliği esası ile hizmet sunmak üzere sistemi destekleyecek yasal düzenlemeler hazırlanmaktadır. “Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Öncelikli Dönüşüm Programı” ile tütün kullanımı, alkol ve uyuşturucu bağımlılığıyla mücadele; sağlıklı beslenme, hareketli yaşam, gıda güvenilirliğinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi sağlıkta küresel bir marka haline gelen ülkemizin sağlık turizmi alanında yeni projelerle ilerlemesi 64. hükümetin hedefleri arasındadır (TBMM, 2015). Bu hedef doğrultusunda 2016 yılı nisan ayında sağlık turizmi ile ilgili kanun tasarısı hazırlanmıştır.

4.7. ULUSLARARASI SAĞLIK HİZMETLERİ

Uluslararası alanda sınır ötesi sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sağlık sorumluluğu bilinci ile sektörler arasında çok yönlü işbirliğinin sağlanması ülkenin hem sağlık alanında hem de ekonomik alanda kalkınmasında etkili olacağı düşüncesiyle Türkiye’nin mevcut kaynaklarının sağlık hizmetlerinde kullanılmasına yönelik politika olarak sağlıkta dönüşüm programına 2007 yılında ilave edilen bileşendir. Sağlık Bakanlığı 2002 yılından itibaren birçok ülke sağlık alanında iş birliği anlaşmaları

yapmaktadır. Bu anlaşmalarla sağlıkla ilgili tüm konularda bilgi ve deneyim alışverişi, sağlık personeli ve uzman değişimi, bilimsel kuruluşlar arasında doğrudan temasların sağlanması, özel sektörün ticari girişimlerinin desteklenmesi konularında işbirliği sağlanmaktadır. Türkiye'nin tanıtımına katkı sağlamak amacıyla yapılan sağlık eğitimi çalışmaları ilgili ülkenin de insan kaynakları ve alt yapısının gelişmesine destek sağlamaktadır. Yapılan işbirliği çerçevesinde: Sağlık personeline Türkiye'de eğitim imkanı sağlanmakta, hasta tedavileri ilaç ve tıbbi malzeme yardımları yapılmakta, kongre ve konferanslar düzenlenmekte, afet ve acil durumlarda uluslararası yardım sağlanması yönünde bilgi, teknoloji ve tecrübe paylaşımı desteklenerek dış ilişkilerin güçlenmesi ve sürekliliği sağlanmaktadır (Akdağ, 2012: 277).

663 sayılı kararname ile Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu genel müdürlüğün birinci görevinin "Sağlık alanında yabancı ülkelerle ve uluslararası kuruluşlarla ilişkileri yürütmek, geliştirmek ve bunlarla ilgili hukukî ve idarî düzenlemelere ilişkin çalışmaları yürütmek" olduğu görülmektedir (R.G., 2011: 28103).

4.8. SAĞLIK BİLİMİ VE SAĞLIK EĞİTİMİ HİZMETLERİ

Sağlık eğitimi, çeşitli eğitim tekniklerinin kullanılması yoluyla hedef gruplar içerisinde istenilen sağlık, bilgi, tutum, davranış ve değerlerin geliştirilmesini amaçlayan çalışmaların bütünü olarak tanımlanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 6).

Buradan hareketle aşağıda, ülkemizde sağlık eğitimi alanında hizmet veren Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi hakkında yapılan incelemeler yer almaktadır.

4.8.1. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

SDP ile Hıfzıssıhha Mektebinin Sağlık Enstitüsüne dönüştürülmesi 2003 yılındaki hedeflerden biridir. 19.11.2014 tarihli ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun doğrultusunda 'Sağlık Bilimi ve Teknolojisi' alanında ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kurulmuştur. Başkanlığın idari, mali, bilgi sistemleri, hukuk ve diğer destek hizmetlerini yürütmek üzere kurulacak birimler ve bu birimlerin görevleri 18 Aralık

2015 tarihli ve 29566 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ‘‘Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Yönetmelik’’ ile belirlenerek;

- Türkiye Kanser Enstitüsü,
- Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü,
- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü,
- Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü,
- Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü,
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü,

merkezi İstanbul’da olan TÜSEB bünyesinde toplanmıştır. Müsteşara bağlı olarak faaliyet gösterecek Başkanlığın kuruluş amacı, bilim ve teknoloji alanında, serbest rekabete dayalı, şeffaf ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde, üniversite ve sanayi işbirliği modeli ile bilginin ürüne dönüştürülerek, sağlık hizmetlerinin akredite edilmesi planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlanmasıdır. SDP temel bileşenlerinden; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması ve sektörler arası çok yönlü işbirliğinin sağlanması TÜSEB ve Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulması ile gerçekleştirilmiştir.

4.8.2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi

15 Nisan 2015 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 27.03.2015 tarih ve 6639 sayılı kanun gereğince İstanbul’da Sağlık Bilimleri Üniversitesi adıyla yeni bir üniversite kurulmuştur. Bu Üniversite, Rektörlüğe bağlı olarak; Tıp Fakültesi, Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yaşam Bilimleri Fakültesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünden oluşmaktadır. Tıp eğitime ve sağlık eğitime katkı sağlamak hedeflenerek kurulan Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nin yönetim organları, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununda öngörülen organlar ile Mtevelli Heyetinden oluşur. Mtevelli Heyeti; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı, Rektör, Sağlık Bakanının seçeceği iki üye ile Yükseköğretim Kurulu tarafından seçilen profesör unvanına sahip bir üye olmak üzere, toplam beş üyeden oluşmaktadır (R.G., 2015).

Ülkemizde sağlık eğitimi alanında sektörler arası işbirliğinin gerçekleşmesi, nitelikli sağlık insan gücü yetiştirmek ve sağlık politikalarının belirlenmesinde veri sağlanması amacıyla sağlık sisteminde rol model uygulamaları hedefleyen çalışmaların bir üniversite çatısı altında yapılanması Sağlık Bilimleri Üniversitesi projesi ile 2015 yılında başlamaktadır.

Ulusal kalkınma insani kalkınma ile gerçekleşir prensibi ile temel sağlık göstergelerinin yükselmesini hedefleyen Bakanlık, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde politika oluşturma, temel kuralları belirleme, denetim yapma ve izleme değerlendirme konusunda vekil harçlık görevini üstlenen otorite olarak Türk sağlık sisteminin güçlendirilmesi amacıyla yapılanmaya devam etmektedir.



SONUÇ

1982 tarihli anayasamızda herkese sağlıklı yaşam hakkı tanınmaktadır. Bu hak doğrultusunda sağlık politikalarının amacı; sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı toplumu oluşturacak sağlık hizmetlerinin üretilmesidir. Değişen dünya düzeni ile sağlık kavramı sürekli değişerek gelişmekte ve bütüncül olarak yapılan değerlendirme ile hasta olmamak hali olarak yapılan sağlık tanımı da yetersiz kalmaktadır. Sağlıklı olmak kavramı, doğumdan önce başlayan ve ölünceye kadar olan süreyi kapsayan ve insanın gelişmesiyle farklılaşan hizmetler ile sağlanabilmektedir. İnsanın gelişmesiyle farklılaşan sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki tek sağlayıcısı olan Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını oluştururken toplumsal, kültürel, ekonomik alanda meydana gelen değişimleri dikkate almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Devleti, kurulduğu tarihten itibaren salgın hastalıklarla mücadele etmek üzere farklı, savaş sonrasında savaşın etkisi ile bozulan toplum sağlığını düzeltmek üzere farklı politikalarla sağlık hizmetlerini geliştirirken siyasi tarihe damgasını vuran ihtilaller sonrasında farklı politikalar doğrultusunda sağlık hizmeti sağlama görevini yerine getirmektedir. Herkese eşit ve adil sağlık hizmeti sağlamak hem ulusal hem de uluslararası yasal bir haktır ve sağlık sisteminin ve sosyal güvenliğin sağlanması da kamu hizmeti olarak ihtiyaca cevap verebilecek şekilde üretilmeli ve sunulmalıdır. Bu görev doğrultusunda ülkeler sağlık politikalarını; sağlık hizmetlerinin kim/kimler tarafından üretileceği, nasıl sunulacağı ve maliyeti ile ilgili alternatifleri değerlendirerek oluşturur ve sağlık hizmetini de bu politikalar ile geliştirirler.

1920 de kurulan TC Devleti'nin büyümesi ve gelişmesi ile 20.yy sonlarına doğru hantal bir yapıya dönüşmesi kamusal hizmetlerin sağlanmasında yenilik yapma düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Bu düşünce sadece devletin büyümesine bağlı olarak ortaya çıkmamıştır. Teknolojik ilerlemelerle modernleşen toplumun devletten beklentileri de değişerek kamusal hizmetler bu beklentiler karşısında yetersiz kalmıştır. Aşırı merkezileşmiş yönetim yapısının halkın isteklerini karşılayamaması, ekonomik krizler nedeniyle sosyal dengenin bozulması ve personel yönetimi ile ilgili sorunlar kaynakların verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Ülkemizde denetim işlevinin yetersizliği toplumun genel yararı için kullanılması gereken kaynakların haksız bir şekilde belli kesimler lehine kullanımı sonucu ortaya çıkan israf ve yolsuzluklar,

küreselleşmenin etkisiyle Avrupa Birliğine dâhil olma beklentisinin etkileri, kamu yönetiminde zorunlu olarak yeniden yapılanmayı gerektirmektedir.

Özel kesimin sunduğu hizmet karşısında yaşanan memnuniyet halkın isteklerini değiştirerek siyasi otorite olan devletin de aynı memnuniyeti sağlayacak hizmet sunması yönünde değişmesi ihtiyacı ile tüm kamu yönetiminin yeniden yapılanması sürecinin başlamasına neden olmuştur. Kamu yönetiminde, kamusal nitelikli hizmetlerin belirlenerek bu hizmetlerin sağlanmasında değişik alternatifler değerlendirilerek yeniden yapılanma sürecinin başlaması ile başarı sağlanacağı kabul edilmektedir. Alternatifler arasında, başka sağlayıcılara devretmek suretiyle hizmet sunumundan vazgeçilmesi ve yeni bir anlayışla gerekli düzenlemeler yapılarak hizmetin sunulmasına devam edilmesi seçenekleri ile Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması süreci başlatılmıştır. Yeniden yapılanma kavramı genellikle yeni yönetim anlayışına ihtiyaç duyulan siyasi krizler sonrasında ortaya çıkmaktadır. Yeni yönetim anlayışı ise sermayesinin büyük bir kısmı özel kişilere ait kurum ve kuruluşların geliştirdikleri stratejilerle elde ettikleri başarının yansıması olarak gelişmekte ve çeşitli baskılar ile benimsenmektedir. Özel sektörün karlı alanlara girmek amacıyla yaptığı baskılar ile Türkiye, özelleştirme yönelimli ekonomi politikalarının hayata geçirildiği bir tarihe sahiptir. Ülkemizde yerel yönetimlerin sorumluluğunda sunulmaya başlanan sağlık hizmetleri daha sonra merkezi yönetime aktarılmıştır. 1980’lerden itibaren sağlık alanında özel sektörün ağırlığı artırılarak kamu sağlık kuruluşlarıyla birlikte sağlık hizmeti sunumundan sorumlu hale gelmişlerdir.

Kamusal hizmet karşılama konusunda devletin verimli kullanamadığı kaynaklar nedeniyle yaşanan ekonomik krizlerin bir nedenini de sağlığın finansmanında kullanılmak üzere sosyal güvenlik sistemleri tarafından toplanılan primlerin yetersiz kalması olarak kabul edilmektedir. Kamu mali yönetiminin yeniden yapılanmasında etkili olan olumsuzlukların giderilmesi kamu hizmetlerinin tümünün yapılanması ile sağlanabilecek ve devletin her alanda güçlenmesi bu süreçte sağlanabilecektir.

Sağlık kavramını yüklediği anlamdan dolayı sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması gerekliliği Cumhuriyet tarihinde göreve gelen her hükümet programında sürekli öncelikli konular arasında yer almaktadır. 2002 yılına kadar sağlık alanında yapılan yenilenme girişimlerinde hedeflenen sonuç elde edilememiş ve sağlık sistemi

değişmemiştir. Bu tarihe kadar yapılan en önemli yenilik yeşil kart uygulamasına geçişle sağlık sigortası kapsamında olmayan kesimin finansmanı genel bütçeden karşılanmak üzere sağlık hizmetinden ücretsiz faydalanmasını sağlamaktır.

Yeni kamu yönetiminin halk odaklılık ilkesi ile sağlık politikalarında evrensel kapsayıcılığı sağlamaya yönelik yapılan bu düzenlemenin kamu hizmetinden eşit yararlanma amacıyla hazırlandığı fakat yeşil kartlı vatandaşların tedavi sürecinde yaşadığı sıkıntılar nedeniyle başarılı olmayan bir uygulama olduğu kabul edilmektedir. Kamuda yeniden yapılanma sadece kamu kurum ve kuruluşlarının örgütsel yapılarının değiştirilmesi gibi basit bir işlem olarak kabul edilmemekte geniş kapsamlı çalışmalar düzenini içermektedir.

2000’li yıllarda sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma, sağlık sistemini oluşturan tüm unsurların çağın gereklerine uygun hale getirilmesi amacıyla hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ile başlamaktadır. SDP’ nin temel amacı bireylerin dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek üzere herkese eşit ve adil bir sağlık hizmeti sunacak bir sağlık sistemi oluşturmaktır. “Herkes için sağlık” ilkesi ile hazırlanan SDP; sağlık hizmetlerinin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmetleri sunumu, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası ve planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı oluşturarak sağlık hizmetlerinin ve sağlık sisteminin tümüyle yeniden yapılanması amacıyla 2003 yılında başlamıştır. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma gerçekleştirilmiştir. Sağlık finansmanında farklı uygulamaların ortadan kaldırılarak sosyal güvenlik sisteminin tek merkezde toplanması ve genel sağlık sigortası uygulamaları ile eşit ve adil hizmet sunumu proje hedefleriyle uyumlu şekilde sağlanmıştır.

Teknolojinin yaygın kullanımının yaşandığı sağlık politikalarının yeni yönetim anlayışı çerçevesinde oluşturulduğu bu dönem de halkın sağlık hakkının korunması doğrultusunda elektronik ortamda hizmetlerin geliştirilmesi ağırlık kazanmış ve uygun yasal düzenlemeler yapılarak sağlık kuruluşlarının organizasyon yapıları bu yeni yönetim yaklaşımlarına göre yeniden tasarlanmıştır. Yeni kamu yönetimi anlayışının temelinde, geleceğe hazırlıklı olmak, değişime uyum sağlamak, hızlı karar almak ve sorunlara süratle uygun çözümler bulmak yer almaktadır. YKY anlayışı kamu

kuruluşlarının özel sektör işletmeleri gibi piyasa koşullarına uygun çalışması gerektiğini ileri sürmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliklerinde sunulması ve il düzeyinde tüm hastanelerin kamu hastane birlikleri çatısı altında toplanarak piyasa koşulları kriterlerine göre özel sektör işletmeleri gibi yönetilerek hizmet üretmesi sağlanmıştır. Sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personelinin aylık gelirin belirlenmesinde performans ölçünün dikkate alınması da özel sektör personel politikası ile örtüşmektedir. Kamu görevlisinin kamu hizmet sunumunda verimli çalışması sonucunda elde edeceği kazanç artacaktır. Bu düzenleme ile hedeflenen rekabet yeteneğinin oluşturulması olmasına rağmen sağlık hizmeti alan vatandaşlar tarafından memnuniyet sağladığını söyleyemeyiz. Sistemin işleyişinde daha fazla hasta ile daha fazla kazanç elde edilmesi tedavi edici sağlık hizmetlerinde hekimlerin ilgisiz olduğu kanaatini oluşturarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının artmasında etkisinin araştırılması gerekir. Ayrıca başarı ölçüsü mali yönden verimlilik ilkelerine endeksli olduğundan hizmet kalitesini sağlama ikinci planda kalabilecektir.

YKY anlayışıyla sağlık kuruluşlarında idari ve mali yönden merkezi yönetimin etkisinin azaltılması hedeflenerek desantralizasyon uygulamalarının gerçekleştirdiği görülmektedir. Kamunun etkinliğinin azaltılarak düzenleyici ve denetleyici konumda olması politikası ile önceden merkezi sağlık teşkilatına doğrudan bağlı olan sağlık kuruluşları bağlı kuruluş statüsüne alınarak merkezi yönetimin yetkileri azaltılmıştır. Sağlık hizmeti sağlanmasında yetkili olan Bakanlık, 2011 yılında yapılan teşkilat yasaının değiştirilmesini öngören KHK ile planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici konuma geçmiştir. YKY anlayışının ilkelerinden olan yerinden yönetim ve yönetim çerçevesinde oluşturulan KHK ile sağlık kuruluşlarının özerk bir yapıya kavuşması sağlanmıştır. Bakanlık merkez teşkilatının ve taşra teşkilatının desantralizasyon, yönetim ve stratejik yönetim, bilgi sistemlerinin etkin kullanımı gibi YKY ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırılması, kamu işletmeciliğine uygun olarak yönetim kademesinin sözleşmeli olması ve özel sektör şirketleri modelinde örgütlenmesi başarısının performans kriterlerine göre değerlendirilmesi sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanma sürecinin başarılı şekilde ilerlediğini göstermektedir. Bakanlığın yerine getirdiği hizmetlerin büyük bir çoğunluğu 2012 yılından itibaren Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yerine getirilmektedir. Fakat taşradaki KHB sekreterliklerinin yapısında yerel

yönetimlerin etkinliğinin sağlanması ve yönetim ilkesinin tam olarak uygulanabilmesi için sağlıkta dönüşümün sürdürülmesi kaçınılmazdır. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaygın kullanımı ile devletin geleneksel kamu hizmeti sunma biçimini değiştirerek yenilenmesi hizmetlerin elektronik iletişim araçları kullanılarak sunulması zorunluluk haline gelmiştir. Devletini emniyet, sosyal güvenlik, trafik, vergi, eğitim, sağlık, adalet gibi hizmetlerde bürokrasiyi azaltarak, hızlı bir şekilde ve şeffaflık ilkesiyle vatandaşlara hizmet sağlayan elektronik devlete dönüşmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Yeni kamu hizmeti anlayışının temel unsurlarından olan kamu sektöründe katılımcılığın ve özel sektör yönetim tekniklerinin kullanılmasının sağlanması ile maliyet, risk, kazanç paylaşımı ile birlikte kamu ve özel sektör kaynaklarının ortaklaşa kullanılması sağlanmaktadır.

KAYNAKÇA

- Al, H. (2002). *Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi SBE.
- Acar, İ. ve İ. Sevinç (2005). “1980 Sonrası Türk Kamu Yönetiminin Merkez Örgütünde Yapılan Reform Çalışmaları”. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 13, 19–37.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Alma Ata'nın 30. Yılı Hatırası) Kasım 2002-2008*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189> (Erişim Tarihi: 12.04. 2013).
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. (2003-2011) Herkes İçin Sağlık*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdur R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aktan, C.C. (2004). *Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan Ön Çalışması*. <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/PDF-aktan/01%20stratejik-plan.pdf> (Erişim Tarihi:11/06/2015).
- Aktan, C.C. (2004). Kurumsal Değişim ve Yeniden Yapılanmaya Yönelik Öneriler. <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/PDF-aktan/03%20kurumsal-degisim.pdf> (Erişim Tarihi: 03/06/2014).
- Aktan, C.C. ve Işık, K. (2011). “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”, *Elektronik Kitap*. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/devlet-rolu.pdf> (Erişim Tarihi:04/11/2015).
- Alpar, A., B. Esenler vd. (2003). *Sosyalist Türkiye'de Sağlık (Sol Meclis Sağlık Komisyonu)*. İstanbul: NK Yayınları.

- Altay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, 1-26.
- Altın, A. (2013). “Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim”, Anemon, *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:1 Sayı:2,101-118.
- Asunakutlu, T. (2007). Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim. Aktan C. C. ve U. Saran (ed.), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. (435-453). Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı Yayını.
- Ataay, F. (2007). *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*. Ankara: Deki Yayınları.
- Ateş, H. (2003). Postmodern Toplum Devlet ve Kamu Yönetim. A. Balcı, A. Nohutçu, N.K. Öztürk ve B.Coşkun. (ed.), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar* içinde(389-419), Ankara: Seçkin Yayınları.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. 2. Baskı, İstanbul: Beta Yay.
- Aydın, S. (2008). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara:T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Aykaç, B., H. Yayman ve M.A. Özer (2003). “Türkiye’nin İdari Reform Hareketlerinin Eleştirel Bir Tahlili” *Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, Cilt.5, Sayı 2, s. 154.
- Ayman, B. (1999). “Yapısal Uyarlanma Reformları ve Devlet”, www.birgulaymanguler.net/index.php?option=com_content&view=article. (Erişim Tarihi:11/06/2015).
- Bakar, C. ve S. Akgün (2005). “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, *İstanbul, Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 20, Sayı 5. 339-352.
- Balcı, A. (2005). *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim*. İstanbul: Atlas Yayın.
- Balcı, A., A. Nohutçu, N.K. Öztürk vd. (2008). *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları* Ankara: Seçkin Yayınları.
- Belek, İ. (2001). “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 16, Sayı 6, s.432.

- Bilgin, M.H. (2015). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Tartışmaları. Perşembe Konferansları, Rekabet Kurumu Yayınları*
<http://www.rekabet.gov.tr/File/?path=ROOT/1/Documents/Per%25c5%259fembe+Konferans%25c4%25b1+Yay%25c4%25b1n/perskonfyyn4.pdf>
f (Erişim Tarihi: 04/11/2015).
- Bostan, S. (2009). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi SBE
- Bozkurt, Ö., T. Ergun ve S. Sezen (2008). *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, Ankara: TODAİE Yay.
- Ceyhan, R. ve Y. Çelik, (2004). “Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışma Uygulaması Hakkındaki Görüşleri”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 2, 2004, ss. 163-199.
- Coşkun, B. (2005). “Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Tarihsel Geçmiş ve Genel Bir Değerlendirme”. *Türk İdare Dergisi*, Sayı: 448, 13-47.
- Coşkun, B. ve A. Nohutçu, (2005). Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kuramsal-Tarihsel Perspektif, Genel Değerlendirme ve Saptamalar. Nohutçu A. ve A. Balcı (Ed.). *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-1*. (1-30). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Çarkçı, A. (2008). *Yeni Kamu Yönetimi Çağında Türkiye’de Girişimci Bürokrasi ve Girişimci Bürokratlar*. İstanbul: Erguvan Yayınevi.
- Çevikbaş, R. (2012). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı Ve Türkiye Uygulamaları *Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Cilt:1, Sayı:2, 9-32.
- Çolak, E. (2012). Genel Sağlık Sigortası Hakkında. *Türk-İş Dergisi*, Cilt:2 Sayı:397, 44-46.
- Çukurçayır, M.A. (2003). Çok Boyutlu Bir Kavram Olarak Yönetişim, Acar M. ve H. Özgür (ed.) *Çağdaş Kamu Yönetimi 1*. (300-425). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Dervişoğlu, A. (2013). *Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi SBE
- Demirel, D. (2005). “Kamusal Retorikte Moda Trend: Yeni Kamu Yönetimi” *Sayıştay Dergisi*, Sayı:58, s:105-135.
- Dinçer, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. İstanbul: Beta Yayın.
- Dinçer, Ö. ve C. Yılmaz, (2003). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma I; Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*. Ankara: Başbakanlık Basımevi.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı). (1990). *Sağlık Sektörü Master Planı Etüt Çalışması*. Ankara.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı). (2003). 58. Hükümet Acil Eylem Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf> (Erişim Tarihi: 15.11.2015).
- Erençin, A. ve V. Yolcu (2008). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt: 3, Sayı: 6,118-136.
- Eryılmaz, B. (2011). *Kamu Yönetimi*. Ankara: Okutan Yayıncılık.
- Eryılmaz, B. (2013). *Bürokrasi ve Siyaset*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Eskin, A.D. (2002). *Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fişek, N. (1984).Türkiye’de Sağlık Politikası. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:6/A, Sayı:34,30-31.
- Fişek, N. (1991), Türkiye Cumhuriyeti Hükümetleri Sağlık Politikaları”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:7, Sayı:48, 2-4.
- Genç, F.N. (2010). Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı. *Türk İdare Dergisi*, Sayı:466 Yıl: 2010, 145-159.
- Gül, H. ve D. Memişoğlu (2007). Yapısal Değişim Çerçevesinde Yönetmel Reform, Çukurçayır A. ve G. Gökçe (ed.) *Kamu Yönetiminin Yapısal ve İşlevsel Sorunları*.(59). Konya: Çizgi Kitapevi.

- Güler, A.B. (2005). *Devlette Reform Yazıları*. Ankara: Paragraf Yayınevi.
- Güler, A.B. (2009). Yönetişim: Tüm İktidar Sermayeye. *Praksis Sosyal Bilimler Dergisi* Yıl:2009, Sayı:9, 93-117.
- Güler, A.B. (2011). *6223 (Bağlı Kararnamelerin Genel Özellikleri ve Yeni Kurulan Beş Bakanlık Üzerine Değerlendirme)Yayınlanmamış Raporu*. <https://www.igb.gov.tr/Kutuphane/Denetim%20Sistemi.pdf> (ErişimTarihi:11/04/2015).
- Günaydın, D. (2011). *Küreselleşmenin Refah Devleti Sağlık Politikalarına Etkileri: Türkiye Örneği*.(Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi SBE.
- HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği). (2016). *8. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması Sonuç Raporu*. Ankara. [www. hasuder.org](http://www.hasuder.org) (Erişim Tarihi: 10/06/2016).
- Kalkandelen, H. (1998). “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma (Süreç ve Aşamalar)”. *Mülkiye Dergisi*, Cilt:28, Sayı:242, 927.
- Kapani, M. (2012). *Politika Bilimine Giriş*. Ankara: Bilgi Yayınları.
- Karaer, T. (1991). Kalkınma Planları ve İdari Reform. *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt No:24,Sayı:2, 43-65.
- Kol, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir’de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme*.(Yayımlanmamış Doktora Tezi). Eskişehir Anadolu Üniversitesi SBE.
- Lamba, M., Y. Altan, M. Aktel vd. (2014). “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:47, Sayı: 1, 53-78.
- Memişoğlu, D. ve B. Kalkan, (2016). “Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye”. *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.21, S:2,645-665.
- Nar, M. (2012). “Tahkimin Kamu Hizmetlerine Uygulanma Sorunsalı ve Olası Sonuçları”, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Sayı: 103, 111-122.

- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üni.Yay.
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE; 2008
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>
(Erişim Tarihi: 28.06.2013).
- Onkun, E. (2015). “Halk Sağlığı İle İlgili Temel Kavramlar”. *Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Halk Sağlığı Dersi Sunum Transkripti*.
http://docs.neu.edu.tr/staff/emine.onkun/20.%20HALK%20SA%C4%9ELI%C4%9EI%20KAVRAMLAR_9.pdf (Erişim Tarihi 11/07/2015).
- Önal, E.A. (2015). “Türkiye’de Sağlık Politikaları”. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Sunum Transkripti*.
<http://slideplayer.biz.tr/slide/1891796/> (Erişim Tarihi: 20/10/2015).
- Özer, M.A. (2005). *Yeni Kamu Yönetimi*. Ankara: Platin Yayıncılık.
- Özer, M.A. (2006). “Kamu Yönetiminde Kimlik Bunalımı Üzerine Değerlendirmeler”. *Sayıştay Dergisi*, Yıl :2006 Sayı: 61, 7-16
- Özer, M.A. (2006a). “Yönetişim Üzerine Notlar”, *Sayıştay Dergisi*, Yıl: 2006 Sayı: 63,59-91.
- Önder, B. (2013). *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*. (Yayınlanmamış. Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi SBE
- Özbay, H., H.E. Erişti, H.G. Öncül, H.O. Arı, vd. (2007). Sağlık Hizmetleri Sistemi. *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007 içinde (3.Bölüm)*, Ankara: Bölük Ofset.
- Özlu, T. ve S. Bostan, (2007). *Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Özmen, Ö.N.T., S.P. Özer ve D.E. Eriş (2010). *Seçme Yazılarla Örgütler ve Yenilik*. Ankara: Detay Yay.
- Öztek, Z. (2009). “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Aile Hekimliği”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, Yıl:2009, Sayı40: 6-12.

- Pala, K. (1995). "2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Durumu", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Sayı: 68, Yıl: 1995, 64-75.
- Parasız, İ. (2001). *Enflasyon-Kriz-Ayarlamalar / Dünyada ve Ülkemizde Kalkınma Makro Ekonomisi Sorunları*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Resmi Gazete. (R.G.). (1928). 4 Nisan 1928. Sayı 863. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>
(Erişim Tarihi:06.06.2014).
- Resmi Gazete. (R.G.) (1930). 6 Mayıs 1930. Sayı 1489. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. <http://cevresagligi.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28131843/mevzuat/9811593say%C4%B1%C4%B1umumih%C4%B1fz%C4%B1ss%C4%B1hha-kanunu.htm> (Erişim Tarihi: 06.06.2014).
- Resmi Gazete. (R.G.). (1961). 12 Ocak 1961. Sayı 10705. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.
<http://www.ekanun.net/224-sayili-kanun/index.htm>
(Erişim Tarihi: 06.06.2014).
- Resmi Gazete. (R.G.). (1965). 31 Mart 1965. Sayı: 11965. 555 Sayılı Sağlık Eğitim Enstitüleri Kuruluş Kanunu.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/enstitu_kurulus_kan.pdf
(Erişim Tarihi: 06.06.2014).
- Resmi Gazete. (R.G.). (1982). 9 Kasım 1982. Sayı 17863. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası(1)(2). <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>
(Erişim Tarihi:15/01/2014).
- Resmi Gazete. (R.G.). (1982). 14 Nisan 1982. Sayı 17670. 2659. Sayılı Adli Tıp Kurum Kanunu. <http://www.ekanun.net/2659-sayili-kanun/index.htm>
(Erişim Tarihi:15/01/2015).
- Resmi Gazete. (R.G.). (1983). 14 Aralık 1983. Sayı 18521. 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname(1).www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm (Erişim Tarihi:13.11.2014).

Resmi Gazete. (R.G.). (1983a). 14 Aralık 1983. Sayı 18521. 18351 Sayılı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı Kuruluş Kanunu. <http://www.trbism.gov.tr/images/files/mevzuat/kanunlar/Kanserle-Sav-Kurulus-Kanunu.pdf> (Erişim Tarihi:15/05/2015).

Resmi Gazete. (R.G.). (1983b). 27 Mayıs 1983. Sayı 18059. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf> (Erişim Tarihi:15/05/2015).

Resmi Gazete. (R.G.). (2005). 19 Ocak 2005. Sayı 25705. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun. http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/K_19012005_1.pdf (Erişim Tarihi:11/06/2015).

Resmi Gazete. (R.G.). (2006). 16 Haziran 2006. Sayı 26200. 5510 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=413&Itemid=28. (Erişim Tarihi:11/06/2015).

Resmi Gazete. (R.G.). (2011). 28 Aralık 2011. Sayı 28156. Sosyal Güvenlik Kurumu Taşra Teşkilatı Kuruluş ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <http://resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111228-12.htm> (Erişim Tarihi: 06.06.2014).

Resmi Gazete. (R.G.). (2011). 08 Haziran 2011. Sayı 27958. 3046 sayılı Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname. <http://www.kanunlar.biz/kanunlar/31109.htm> (Erişim Tarihi:12/12/2015).

Resmi Gazete. (R.G.). (2015). 23 Ocak 2015. Sayı 29245. Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8160/ozel-hastaneler-yonetmeligi.htm> (Erişim Tarihi: 29/06/2015).

- Saltık, A. (2014). “Türkiye’de Erken Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri”.
http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/06/Erken_Cumhuriyet_Donemi_Saglik_Hizmetleri1.pdf (Erişim Tarihi: 07/04/2015).
- Saran, U. (2004). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kalite Odaklı Bir Yaklaşım*. Ankara: Atlas Yayınevi.
- Saran, U. (2005). Her On Yılda Yeni Bir Proje. <http://www.ulvisaran.com/#!her-10-yilda-bir-yeni-proje/c1ntt> (Erişim Tarihi:05/04/2016).
- Saran, U. (2005). Sağlıkta Dönüşüm İlkeleri <http://www.ulvisaran.com/#!salkta-dnm-ilkeleri/cozf>. (Erişim Tarihi:05/04/2016).
- Saran, U. (2005). Türk Kamu Yönetiminde Değişimin Genel Çizgisi: Reform Arayışlarının Karşısındaki Beklenti ve Güçlükler. Nohutçu, A. ve A. Balcı (ed.) *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-1*.(37-56). İstanbul: Beta Yayın.
- Sargutan, E.A. (2010). *84 Ülke Ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Kavram Metot ve Uygulamalar*”.
<http://sargutan.com/93%20TURKIYE%20SAGLIK%20SEKTORU%20SAGLIK%20SISTEMI%20VE%20MALI%20YAPILARI.pdf>
(Erişim Tarihi:10/04/2016).
- Savaş, B.S., Ö. Karahan, R.Ö. Saka (2002). *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye*. Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayinTur/Kitap>.
(Erişim Tarihi:02/03/2016).
- Somunoğlu, S. (1999). “Kavramsal Açıdan Sağlık”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1,1-12.
- Soyer, A. (2009). 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis Sosyal Bilimler Dergisi*, Yıl:2009, Sayı:9, 301-319.
- Sözen, S. (2005). *Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayınları.

- Sülkü, N.S. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: Maliye Bakanlığı Yayınları.
- Sürgit, K. (1972). *Türkiye’de İdari Reform*. TODAİE Yayını, No.128 Ankara.
- TASAM (Türk Asya Stratejik Araştırmalar Merkezi). (2011). 58. *Hükümet Programı*.http://www.tasam.org/tr-R/Icerik/2314/58_hukumet_programi (Erişim Tarihi:20/10/2014).
- Tatar, M. (1993). “Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış”, Ankara, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 26, Sayı: 4, 137-151.
- Tatar, M. (2006). *Sağlık Politikası ve Planlaması*. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Açık Kaynak. <http://www.belgeler.com/blg/29qs/salik-poltkasi-ve-planlamasi> (Erişim Tarihi: 18/02/2015).
- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (1999). *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*. Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını.
- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (2002). *Sağlık Hizmetlerinde  Yıl (Mayıs 1999 –Mayıs 2002)*. <http://saglik.gov.tr/Eklenti/1422,3frpd f.pdf> (Erişim Tarihi: 05/10/2014).
- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 12/04/2013).
- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (2007). *21 Hedefte Türkiye’de Sağlıkta Gelecek*. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını.
- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı*. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını.

- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (2012). *Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82339/h/2013-2017-stratejikplan.pdf> (Erişim Tarihi: 12/04/2013).
- TCSB (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı). (2014). “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 56, Sayı: 4, 207-216.
- TCKB (Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı). (2008). *TC. Hükümet Programı Acil Eylem Planı 2008* <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/4/60.H%C3%BCk%C3%BCmetProgram%C4%B1EylemPlan%C4%B1.pdf>. (Erişim Tarihi:08/10/2015)
- TCKB (Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı). (2013). *Onuncu Kalkınma Planı*”, http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/10-kalkinma_plani.pdf (Erişim Tarihi: 10/10/2015).
- TCKB (Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı). (2014). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği, Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara.
- Tengilimoğlu, D., O. Işık ve M. Akbolat (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- THSK (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu). (2015). “*Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020*”. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- TODAİE (Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü). (1965). *Merkezi Hükümet Teşkilatı Kuruluş ve Görevleri, Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi Raporu*. Ankara.
- TODAİE (Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü). (1965). *İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor*. Ankara.
- TODAİE (Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü). (1972). *İdarenin Yeniden Düzenlenmesi Öneriler ve İlkeler, İdari Reform Danışma Kurulu Raporu*. Ankara.

- TODAİE, (Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü). (1991). *Kamu Yönetimi Araştırması Genel Raporu*. Ankara.
- Tortop, N., G.E. İsbir, B. Aykaç, vd. (2010). *Yönetim Bilimi*. Ankara: Nobel.
- Toprak, Z. (2006). *Yerel Yönetimler*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Tutum, C. (1994). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*. Ankara: TESEV Yayınları.
- Türköne, M. (2009). *Siyaset*. İstanbul: Opus Yayıncılık.
- TÜSİAD. (Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği). (1995). 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Devlet Modeline Doğru: Optimal Devlet, İstanbul. Yayın No: TÜSİAD-T/95, 2-174.
- UMKE. (Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri). (2015). “Sağlık Bakanlığı yeni teşkilat yasa taslağı neler getiriyor?”. *Umke'nin Sesi*. <http://www.umke.org/saglik-bakanligi/saglik-bakanligi-yeni-teskilat-yasa-taslagi-neler-getiriyor-h8030.html> (Erişim Tarihi:17/10/2015).
- YAYED. (Yerel Yönetim Araştırma ve Eğitim Derneği). (2015). “Yerel Yönetim Nedir?”. *Elektronik Dergi*, <http://www.yayed.org/id94-incelemeler/yerinden-yonetim-nedir.php> (Erişim Tarihi: 13/06/2015).
- Yenimahalleli, Y.G. (2008). “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt: XXXII Sayı:260.160-162.
- Yıldırım, H.H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Birinci Baskı. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Yıldırım, H.H. ve T. Yıldırım (2013). Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama. Yıldız M ve M.Z. Sobacı (ed.). *Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme*.(364-397). Ankara: Adres Yayınları.
- Yılmaz, O. (2001). *Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri*.http://librarycatalog.bilkent.edu.tr/client/en_GB/university/s

earch/detailnonmodal?qu=DPT.&d=ent%3A%2F%2FSD_ILS%2F328%
2FSD_ILS%3A328454~ILS~0~679&ps=300(Erişim Tarihi:28.06.2013).

Yiğenoğlu, K. (2015). “Neoliberalizm Nedir?”, *Ekonomi Blogu*.
<http://www.iktisadi.org/neoliberalizm-nedir.html>.
(Erişim Tarihi:05/04/2016)

4924 Sayılı “Eleman Temininde Güçlük ekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli alıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” Genel Gerekeğesi. <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss209m.htm>,
(Erişim Tarihi: 19.03.2015).

4982 Sayılı “Bilgi Edinme Hakkı Kanunu” Genel Gerekeğesi.
<http://www.tbmm.gov.tr/Sirasayi/donem22/yil01/ss248m.htm>,
(Erişim Tarihi: 19.03.2015).

5018 Sayılı “Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu” Genel Gerekeğesi.
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss302m.htm>,
(Erişim Tarihi: 19.03.2015).

5176 Sayılı “Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” Genel Gerekeğesi.
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss432m.htm>,
(Erişim Tarihi: 19.03.2015).

ÖZGEÇMİŞ

Elazığ doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Elazığ'da tamamladım. AÜ Ev İdaresi Önlisans Programı'ndan mezun olduktan sonra 1996 yılında başladığım İnönü Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümünü 2000 yılında bitirdim. 2001 yılında Fırat Üniversitesi Muş Meslek Yüksekokulu'nda İşletme Okutmanı olarak çalışmaya başladım. 2007 yılında Muş Alparslan Üniversitesi kurulunca, Muş Alparslan Üniversitesi Meslek Yüksekokulunda çalışmaya başladım. Muş Alparslan Üniversitesi Senato Kararı ile görev yaptığım okulun isim değişikliği sebebiyle 2014 yılından beri Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu'nda görev yapmaktayım. Evliyim, iki çocuk annesiyim.