

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
Sosyal Politika/Sosyal Hizmetler Programı
Yüksek Lisans Tezi

Merkezi İdare İle Yerel Yönetim Arasındaki
İş Bölümünde Sağlık Hizmetleri

İbrahim Halil Güzel

2501100655

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Adalet B. Alada

İstanbul 2012



T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER
1982 ENSTİTÜSÜ



Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

Adı ve Soyadı : **İbrahim Halil GÜZEL** Numarası : **2501100655**
Anabilim/Bilim Dalı : **Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetler** Tez Savunma Tarihi : **08.01.2013**
Danışman : **Prof. Dr. Adalet ALADA** Tez Savunma Saati : **12:00**
Tez Başlığı : **Merkezi İdare İle Yerel Yönetim Arasındaki İş Bölümünde Sağlık Hizmetleri**

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 15. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜ'NE** OYBİRLİĞİ / **GYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF. DR. ADALET ALADA		Kabul
PROF. DR. HATİCE KURTULUŞ AYDAL		Kabul
PROF. DR. BİRSEN ÖRS		Kabul
YRD. DOÇ. DR. SEZAI TEMELLİ		Kabul
YRD. DOÇ. DR. BİLAL ŞİNİK		KABUL

ÖZ

Merkezi İdare ile Yerel Yönetim Arasındaki İş Bölümünde Sağlık Hizmetleri

İbrahim Halil Güzel

Son dönem sağlık hizmetleri sunumunun kamuda karşılanış şekilleri değişim süreci içine girmiştir. Günümüzde birçok ülkede hükümetler vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve çözüm üretmek için yeni kamu anlayışının hakim kılınmaya başlamasıyla hükümetler sağlık hizmetleri sunumunda yeni uygulamalar yapma ihtiyacı duydular. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin sunumunda, merkezi yönetim ile yerel yönetim arasındaki ilişkilere değinilerek yaşanan değişimler, yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri sunumundan örneklere yer verilerek anlatılmaya çalışılacaktır.

ABSTRACT

Work Sharing of Health Service Between Central and Local Government

İbrahim Halil Güzel

Recently, the presentation of health services has entered to a change period for the public. It could be said that nowadays in many countries the governments has abandoned the traditional public administration mentality to take care of citizens health needs and they started to use a new public administration mentality. In that study, the relationship between the central and local government in the presentation of health services will be mentioned and the experienced changes will be explained by giving some examples for health services presentation of local government.

ÖNSÖZ

Bu tez merkezi idare ile yerel idare arasındaki ilişkilerin incelenip, sağlık alanı özelinde merkezin yeri ve görevinin ne olduğu, yerelin yerinin ve görevinin ne olduğu, nerede olması gerektiği, diğer ülkelerdeki sağlık hizmetleri sunumunun nasıl olduğu sorularından hareket edilerek çalışıldı.

Tez konumun seçiminden, tezi bitim sürecine kadar tüm aşamalarında yardımları benden esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr Adalet.B. ALADA'ya teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Öz	iii
Abstract	iv
Önsöz	v
İçindekiler	vi
Tablo ve Grafikler	ix
Giriş.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

MERKEZ VE YEREL İLİŞKİLERİ İÇİNDE TÜRKİYE’NİN YÖNETİM YAPISI

1.1. Türkiye’nin Yönetim Yapısı	5
1.2. Türkiye’nin Yönetim Sistemi İçinde Yerel Yönetimlerin Yeri ve İşlevi.....	13
1.2.1. İl Özel İdareleri	13
1.2.2. Belediyeler	15
1.2.3. Büyükşehir Belediyeleri.....	18

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması	27
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	28
2.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	28

2.1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	29
2.1.1.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	29
2.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	30
2.1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	30
2.1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	30
2.1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	30
2.1.1.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri	31
2.1.1.3.1. Tıbbi Esenlendirme	31
2.1.1.3.2. Sosyal Esenlendirme	31
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Mal Olarak Özellikleri	32
2.2.1. Kamusallık Özelliği	32
2.2.2. Dışsallıklar	33
2.2.3. İkame Edilmezlik	33
2.2.4. Ertelenemez Oluşu	34
2.2.5. Belirsizlik ve Öngörülemezlik	34
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	35
2.4. Uluslararası Belgelerde Sağlık Hakkı	43
2.4.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi	43
2.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası	44
2.4.3. Avrupa Sosyal Şartı	44
2.4.4. Uluslararası Çalışma Örgütü Anayasası	45
2.4.5. Ekonomik Toplumsal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi	45
2.4.6. Alma Ata Konferansı	45

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YAŞANAN DEĞİŞİMLER

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	48
3.1.1. 1920- 1960 Arası Dönem	48
3.1.2. 1960- 1980 Arası Dönem	50

3.1.3. 1980'den Günümüze	53
3.2. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi	61
3.2.1. Sağlık Bakanlığı	62
3.2.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütlenmesi	62
3.2.1.2. Sağlık Bakanlığı İl Örgütlenmesi	64
3.3. Türkiye'deki Hastanelerin Yapısı	65

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE YEREL YÖNETİMLER

4.1. Sağlık Hizmetleri Ve Yerel Yönetimler	73
4.2. Yerel Yönetimlerin Sağlık Hizmetleri Uygulamalarından Örnekler ...	75
4.2.1. İstanbul Büyükşehir Belediyesi	75
4.2.2. Şişli Belediyesi	79
4.2.3. Bayrampaşa Belediyesi	82
4.3. Belediyelerin Sağlık İşleri Müdürleri İle Yapılan Mülakat	84
4.4. Belediyelerin Sunmuş Olduğu Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	95
Sonuç	97
Kaynakça	101

TABLO VE GRAFİKLER

Tablo 1: Hizmet Sunumu Bakımından Merkezi İdare-Yerel İdare Görev Dağılımı

Tablo 2: Merkezi İdarenin Yerel İdare Üzerindeki Denetimleri

Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Bazı Ülkelerin Görev Dağılımı

Tablo 4: 1923 Yılı Hastane Sayıları

Tablo 5: 2002 Yılı Hastane Sayıları

Tablo 6: 2011 Yılı Hastane Sayıları

Tablo 7: Yıllara göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı

Grafik 1: Hastane Sayıları (2002-2011)

Grafik 2: Hastane Müracaat Sayıları (2002-2011)

GİRİŞ

Sağlık evrensel bir haktır ve toplum yaşamı bakımından hayati bir öneme sahiptir. Daha iyi ve daha sağlıklı bir ortamda yaşamak, bütün insanların ortak beklentisidir. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, daha sağlıklı ve daha iyi bir dünyada yaşamak ve gelecek nesillerin daha iyi şartlarda yaşamasını sağlamak, bütün insanların ve bütün ülkelerin önem vermesi gereken bir konudur. Temel haklardan olan yaşama hakkı ancak sağlık hakkıyla birlikte gerçekleştiğinde anlamlı olur. Bu yüzden sağlık sektörünün diğer sektörler arasında özel bir yeri ve önemi vardır. Çünkü sağlıkta söz konusu olan insan ve insana verilen değerdir. Diğer hizmetlerle birlikte sağlığın da piyasalaştırıldığı ve hak değil bedeli ödenen hizmet haline getirildiği takdirde, artık sağlık hakkının kullanımından söz edilemeyecektir.

Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin nitelikli ve etkin bir biçimde sunulması büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu konusunda, toplumda herkesin ilgi ve beklentisi her geçen gün artmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan istemin artması ve bunun yanında kaynakların yetersiz olması, devletleri bu artan talepleri etkili bir biçimde karşılamak üzere sağlık sistemlerini geliştirmeye yöneltmektedir. Neo-liberal yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanması, kamu yönetimi alanında da köklü dönüşümlerin başlamasına ve kamu yönetimi disiplini içinde tartışmaların yükselmesine neden olmuştur. Dünyada meydana gelen bu temel politika değişikliği, birçok ülkede uygulama alanı bulmuş ve tüm dünya devletlerini yakından ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Bu süreçte kamu yönetimi çalışmalarında ilk sıraya yerleşen “yeni kamu yönetimi” anlayışı önem kazanmıştır.

Yeni kamu yönetimi anlayışı, kamusal faaliyetlerin azaltılmasını yani devletin küçültülmesini kamusal hizmetlerin bir bölümünün piyasa ortamında kar amacı güden veya kar amacı gütmeyen kuruluşlara gördürülmesini, kamu bürokrasinin özel sektör gibi işler hale getirilmesini, kamu yönetiminin denetimine vatandaşların ortak edilmesini, kurallardan çok sonuca, etkinliğe ve verimliliğe odaklanılmasını, kaynak kullanımında daha fazla disiplin ve tasarruf sağlanmasını, otoritenin merkezden uzaklaştırılmasını ve yönetimde katılımın sağlanmasını amaçlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kamu/devlet ya da piyasa eliyle sunulması sürekli tartışılan bir konudur. Fakat düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yürütülmesi bir zorunluluktur. Çünkü düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmeti talebi düşüktür. Bulaşıcı hastalıklar gibi bütün toplumu ilgilendirecek sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi zordur. Toplumun yoksul kesiminin de belirli bir düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için de devlet müdahalesi zorunluluk haline gelmiştir.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin Türkiye’de ki gelişimi, tarihsel süreç içinde, yeni yönetim anlayışı ve diğer ülkelere yansımalarından ne derece etkilendiği incelenip merkezi yönetim ve yerel yönetimin bu hizmetlerin sunumdaki rolleri, işlevleri tartışılacaktır. Bunun için çalışmanın birinci bölümünde Türkiye’deki idari yapı içinde yerel yönetimlerin yeri ve merkezi yerel idare ilişkileri kurumsal düzeyde anlatıldı. Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin sunumu incelendi. Sağlık hizmetlerinin tanımı ve sınıflandırması yapıldı. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan yöntemler anlatıldı.

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki tarihsel gelişimi ve mevcut yapısı incelendi. Çalışmanın dördüncü ve son bölümünde, sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin yeri ve önemi açıklanarak, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Şişli Belediyesi ve Bayrampaşa Belediyesi’nin sağlık hizmetleri sunumları incelenmiştir. Bu üç belediyenin seçilmesinde faaliyet raporlarının incelenerek sağlık hizmetlerindeki çalışmalarını etkili olmuştur. Bu bölümde üç belediyenin sağlık işleri müdürleri ile açık uçlu sorulardan oluşan yüz yüze mülakat yapıldı. Seçilen belediyelerin, sağlık hizmetleri sunumunda, hangi hizmetlerinin ön plana çıktığı, gerçekleşen faaliyetler ve verileri incelendi.

Çalışmanın sonuç bölümünde ise, Türkiye’de son yıllarda gerçekleştirilen sağlık reformu çalışmalarının etkileri ve sonuçları yerel yönetimler bağlamında değerlendirilmiş olup, yapılan reformlar ve çalışmalar neticesinde yerel yönetimlerin sağlık alanında ki görev ve yetkilerinin eskiye göre azaldığı tesbitine varılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

MERKEZ VE YEREL İLİŞKİLERİ İÇİNDE TÜRKİYE’NİN YÖNETİM YAPISI

İnsan, çevresiyle sürekli etkileşim halinde bulunan sosyal bir varlıktır. Bundan dolayı, insanın topluluk halinde yaşaması kaçınılmaz bir hale gelmektedir, böylece yaşadığı toplum içinde sürekli örgütlenme gereği ortaya çıkmaktadır. Devlet, halkın ortak ihtiyaçlarını karşılamak, sorunları çözmek ve ortak faydalarını gözetmek için bir yönetim sistemi oluşturmak zorunluluğundadır.

Devleti sadece politik, ekonomik, hukuksak bir olgu olarak tanımlamak doğru bir tanımlama olmayacaktır; çünkü devlet birçok yönü olan karmaşık bir yapıya sahiptir. İnsan topluluklarının ancak belli bir dönüşümünden sonra ortaya çıkmıştır. Ortak yarar ve karşılıklı ilişkilerin getirdiği bağımlılık dolayısıyla bir arada yaşamaya başlayan insanlar bir toplum meydana getirmişlerdir. Böyle bir toplumda herhangi bir sebepten dolayı bireylerin tümünün itaatini sağlayan ve varlığını kabul ettiren bir otorite belirmiştir. İşte bu otoritenin ortaya çıkışıyla beraber devlet ortaya çıkmıştır diyebiliriz.(Özel, 2003: 192)

Ülkelerin yönetim sistemlerinin oluşmasında kendi tarihsel gelişim süreçlerinin, ekonomik, toplumsal ve siyasal yapılarına yön veren iç ve dış dinamiklerin önemli yerleri vardır. Bunların etkisiyle kimi ülkelerde yerinden yönetim daha fazla ağırlık kazanırken, bazılarında da merkezi yönetim ön plana çıkmaktadır.

Merkezi yönetim, idarenin topluma sunacağı kamu hizmet ve faaliyetlerinin devlet merkezinden ve tek elden yürütülmesidir. Merkezi yönetim ilkesinin bulunduğu ülkelerde, idari hizmetler devlet merkezinde bulunan ve sayıları belirli ve sınırlı olan bir veya birkaç yetkili tarafından planlanır, düzenlenir ve yürütülürler.(Günday, 2004: 57)

Yerinden yönetim (ademi merkeziyet), kamu hizmet ve faaliyetlerinin merkez teşkilatının dışında ve merkez hiyerarşisi içinde yer almayan kamu tüzel kişileri tarafından yerine getirilmesi olarak tanımlayabiliriz. Günümüz şartlarında kamu hizmetlerinin sadece merkezi yönetimler tarafından yerine getirilmesi neredeyse imkansız olmaktadır. Hem kamu hizmetlerinin niteliğindeki değişimler, hem de ekonomik ve siyasal diğer faktörler bazı hizmetlerin yerel yönetimler tarafından yerine getirilmesini gerektirmektedir. Bu tanımlamayı idari yerinden yönetim için kullanabiliriz. Yerinden yönetim bir diğer türü de siyasal yerinden yönetimdir. Bu yönetim biçimi daha çok federal devletlerde görülen bir yönetim biçimidir. Bu yönetim biçiminde siyasi otorite sadece merkezde toplanmayıp, çeşitli birimler arasında paylaşılmıştır. Yerel yönetim birimlerine yasama ve yürütme konularında sınırlı bir yetki verilmektedir. (Şinik, 2012: 16)

Bir toplumda kamusal hizmetlerin tamamının merkezi yönetimce yerine getirilmesi gerçekçi değildir. Merkezi yönetimce alınacak her kararın, onun tarafından yapılacak her işlem ve eylemin, hem ekonominin hem de belli yerleşim alanlarındaki toplulukların tercihlerine uygun düşmesi mümkün olmayabilir. Yerel yönetimler daha çabuk, daha kolay ve daha düşük maliyetle, ulusal savunma, ulusal eğitim, dış politika dışında kalan bir kısım hizmetleri yerine getirebilir, yerleşim alanına özgü çözümler üreterek yönetsel rasyonelliğin bir gereği olarak varlık gösterebilirler.(Varol, 2000: 205-206)

Yerel yönetimin varlığı ile üç amacın gerçekleştirilmek istendiği söylenebilir. Bunlardan birincisi insanların temel haklarından birini kullanmaya olanak vermesidir. Kişilerin mali güçleri olanak verdiği ölçüde piyasa mallarını tüketebilmekte özgür oldukları kabul edilince, aynı kişilerin birlikteki gereksinmelerini karşılayabilmek için bir araya gelerek kamu mal ve hizmetleri üretiminde ve böylece tüketiminde de özgür oldukları kabul edilmek zorundadır. Böyle bir kurumdan gerçekleştirilmesi beklenen ikinci amaç etkinliktir. Kamu hizmetlerinin sunulmasında, hem ekonominin, hem de üretilen hizmetin yerel taleplere uyumluluğunun sağlanması, merkezi yönetimle yerel yönetim arasında bir

işbölümünün yapılmasını gerektirir. Bu işbölümünün dışında, yerel yönetim anlayışı içinde gerçekleştirilmek istenilen son amaç demokrasidir.(Tekeli, 1998: 3)

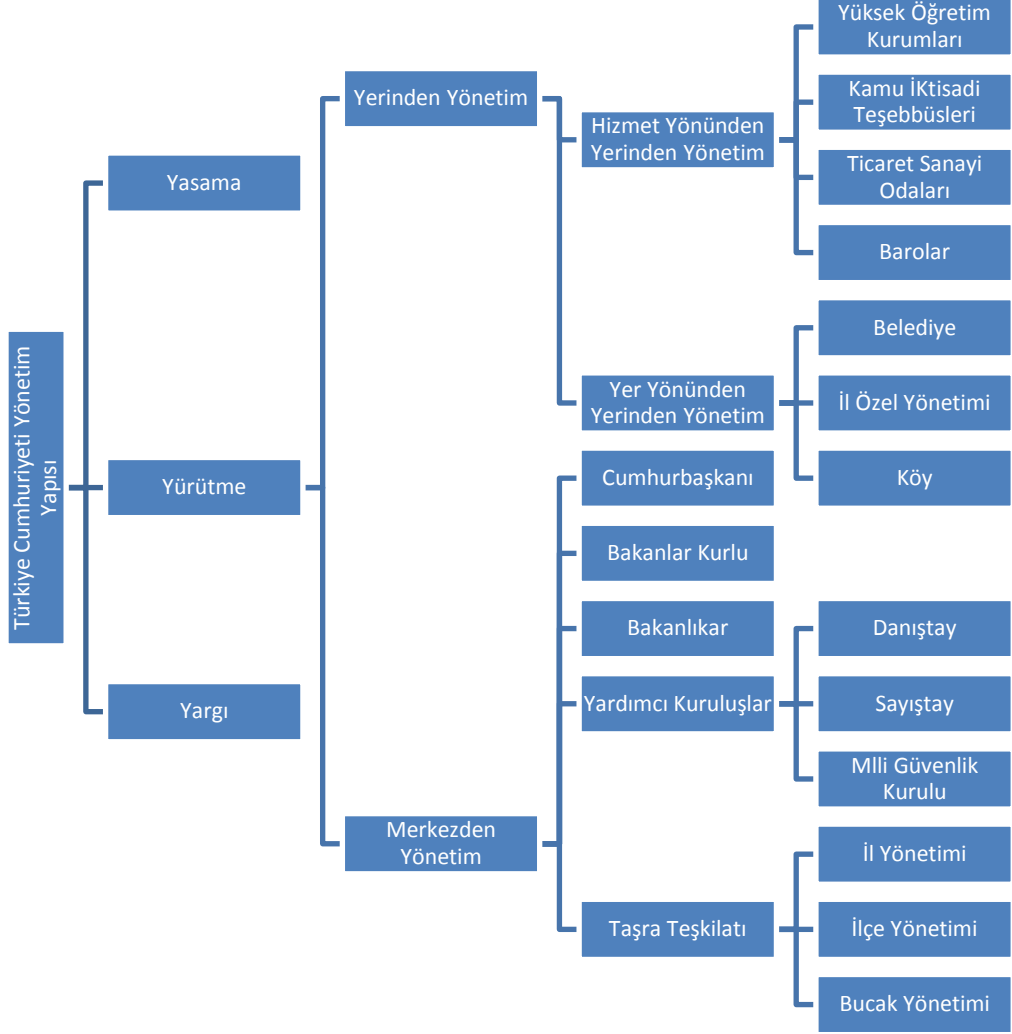
Bazı ülkeler, idari yapılarında ve kamusal fonksiyonlarının paylaşımında, yerinden yönetime daha fazla önem vermektedirler. Genellikle bu ülkeler, gelişmiş ve sanayileşmiş toplumlardır. (Eryılmaz, 2006: 76)

Merkezden yönetim ve yerinden yönetim, birbirlerinin zayıf ve güçsüz yanlarını tamamlamayı hedeflemektedirler. İki yönetim şeklinin de güçlü ve zayıf oldukları tarafları bulunmaktadır. Birinin güçsüz olduğu tarafı, bir diğerinin güçlü olduğu yanını oluşturur. Bu sebepten dolayı, her ülke, bu iki yönetim biçiminin ikisinden de yararlanmak durumunda kalmaktadır. Merkezden yönetimin en büyük üstünlüğü, hizmetlerin tek elden yürütülmesini sağlamasıdır. Böylece temel kamu hizmetlerinin kalitesi belli bir seviyeye yükselmiş olur ve geri kalmış bölgeler içinde düzeltici önlemler alınmasını sağlar. Kaynakların daha verimli kullanılması, uzmanlaşmayı teşvik etmesi bu yönetimin diğer önemli yanlarıdır. Ulaşım, enerji, eğitim gibi hizmetleri, en etkin ve verimli şekilde merkezi yönetim ile sunulabilir. Yerinden yönetime bakınca, bu yönetim şeklinin en önemli özelliklerinden biri, birçok hizmetin halka sunulmasında çabukluk ve kolaylık sağlamasıdır. Bunun yanında yerel toplulukları oluşturan kişilere, kendi sorunlarını çözenin farklı yollarını deneme fırsatı vermektedir. (Keleş, 2011: 25-26)

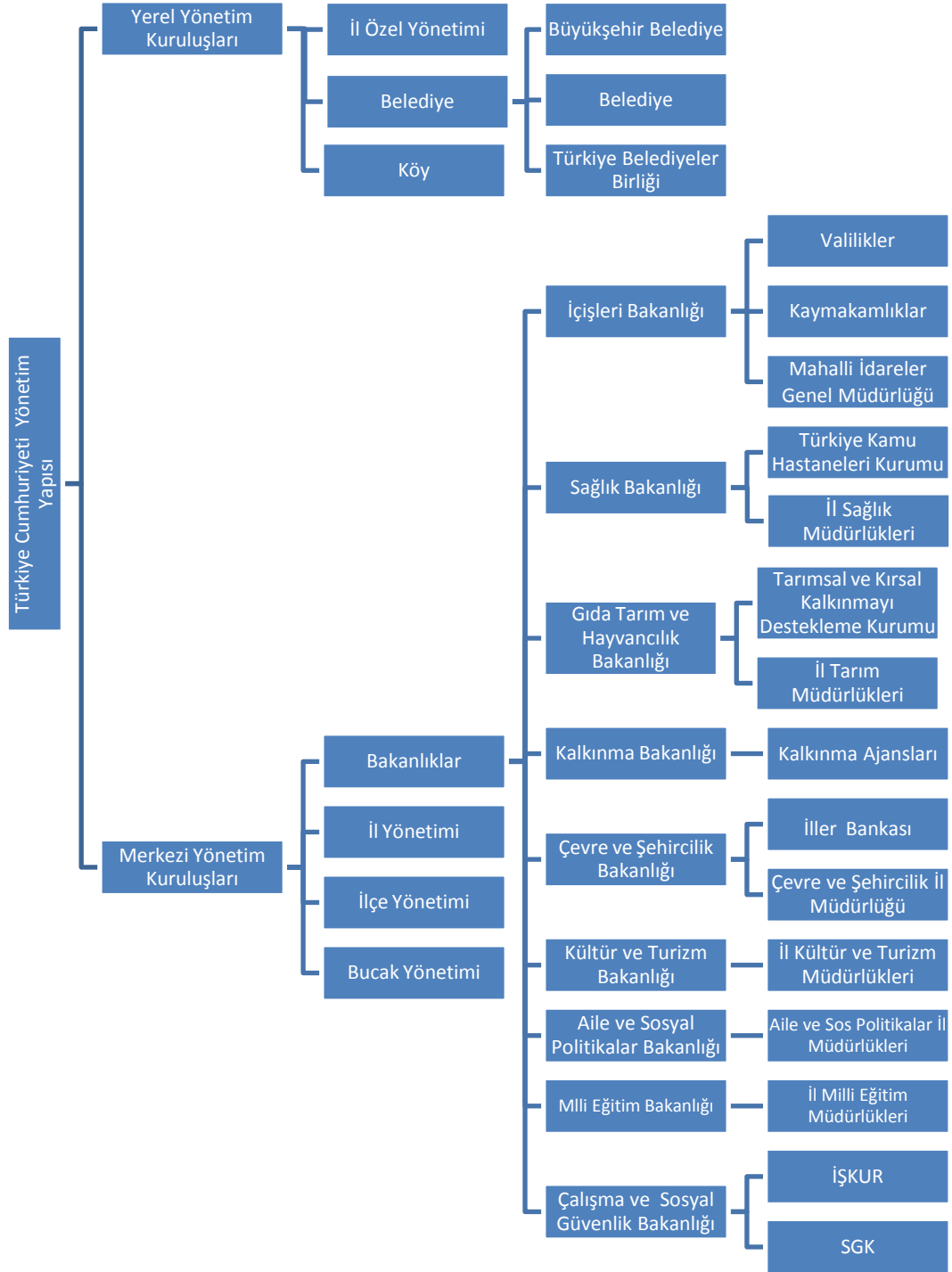
1.1. TÜRKİYE’NİN YÖNETİM YAPISI

1982 anayasasına göre Türkiye’de kamu yönetimi merkezden yönetim ve yerinden yönetim olmak üzere iki temel yönetim sistemi üzerine kurulmuştur. Kamu yönetiminin merkezi örgütü genel yönetim olarak ifade edilirken genel yönetim ve taşra örgüt olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yerinden yönetim kuruluşları ise yer yönünden yerel yönetim ve hizmet yönünden yerel yönetim kuruluşları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel yönetimin merkez teşkilatı cumhurbaşkanı başbakan ve bakanlar kurulu, bakanlıklar bakanlardan oluşur. Genel yönetimin merkez teşkilatına başkent teşkilatı da denilmektedir. Cumhurbaşkanı merkezi yönetimin en üst

basamağı ve yürütmenin de başı olup yürütmeye ilgili yönetsel görevler üstlenmektedir. Bakanlar kurulu başbakan ve bakanlardan oluşmakta ve hükümet adını almaktadır.



Kaynak: Todaie, 2012 (Kurumun internet sitesindeki devlet yapısı incelenerek oluşturulmuştur)



Kaynak: Başbakanlık, 2012 (Kurumun internet adresindeki devlet teşkilatı kısmından kurumlar incelenerek oluşturulmuştur)¹

¹ Bakanlıkların taşra teşkilatlarına da yer verilerek hazırlanmıştır.

Merkezi idarenin genel yönetiminin oluşturan yardımcı kurum ve kuruluşlar Danıştay, Sayıştay, Milli Güvenlik Kuruludur. Genel yönetimin taşra örgütünü ise il, ilçe, bucak yönetimleri yanında bölge yönetimleri oluşturmaktadır. Genel yönetimin illerdeki temsilcisi ve yöneticisi vali ilçelerde kaymakamdır.

Genel yönetimin merkez örgütü ve taşra örgütü arasında hiyerarşik bir yönetsel yapı vardır. Genel yönetim karşısında yerel yönetim kuruluşlarının özerkliği olup genel yönetimin yerinden yönetim kuruluşları üzerinde idari vesayet denetimi vardır. Yerinden yönetim kuruluşları idari mali ve yönetsel özerklikleri ile merkezi idareden ayrılırlar. Ülkemizde yerel yönetim kuruluşları il özel yönetimi, belediyeler, büyükşehir belediyeleri ve köylendir

Anayasalar ülkelerin yönetim yapısını, yönetim şeklini belirten tanımlayan hukuksal metinlerdir. Türkiye'nin yönetim yapısını incelerken sadece 1982 anayasası değil, bir önceki anayasası olan 1961 anayasasına da yer verilecektir. Çünkü 1982 anayasasında ne gibi değişikliklerin olduğunu, özellikle yerel idarelerle ilgili yapılan düzenlemelerin bir önceki anayasa ile beraber ele alınması konunun daha iyi anlatılmasını sağlayacaktır.

1961 Anayasasının 112. ve 116. maddeleri yönetim içinde mahalli idarelerin işlevlerini belirlemektedir; 112. maddede; *“İdarenin kuruluş ve görevleri merkezden yönetim ve yerinden yönetim esaslarına dayanır. İdare, kuruluş ve görevleriyle bir bütündür ve kanunla düzenlenir. Kamu tüzel kişiliği, ancak Kanunla veya Kanunun açıkça verdiği yetkiye dayanılarak kurulur”* denilmiştir. Bu madde ile yerel yönetimlerin varlığı kabul edilmiş olmaktadır.

116. maddede ise; *“Mahalli idareler, il, belediye veya köy halkının müşterek mahalli ihtiyaçlarını karşılayan ve genel karar organları halk tarafından seçilen kamu tüzel kişileridir. Mahalli idarelerin seçimleri, kanunun gösterdiği zamanlarda ve 55 inci maddede yazılı esaslara göre yapılır. Mahalli idarelerin seçilmiş organlarının organlık sıfatını kazanma ve kaybetmeleri konusundaki denetim, ancak yargı yolu ile olur. Mahalli idarelerin kuruluşları, kendi aralarında birlik kurmaları, görevleri,*

yetkileri, maliye ve kolluk işleri ve merkezi idare ile karşılıklı bağ ve ilgileri kanunla düzenlenir. Bu idarelere, görevleri ile orantılı gelir kaynakları sağlanır.” denilmiştir.

1961 Anayasası mahalli idarelerin özerk ve güçlü olarak kurulabilmesine olanak sağlayan bir ortam hazırlamıştır. Bu anayasa özgürlükçü bir anlayıştan yola çıkmıştır. Bu durum mahalli idareleri ilgilendiren maddelere de yansımıştır. Yerel yönetim birimlerinin neler olduğu anayasada sayılmış, yerel yönetimlerin karar organlarının seçim ile oluşturulacağı belirtilmiş, bu seçilen organların denetlenmesi yargı organına bırakılmıştır. Yerel idarelere gelirleri ile orantılı gelir kaynaklarının sağlanmasının gerektiği ve idareler arası ilişkilerin kanunla düzenlenebileceği ilkesi anayasal güvenceye kavuşturulmuştur.

Fakat bütün bunlara rağmen, 1961 Anayasası döneminde mahalli idarelerin yeniden yapılandırılacak yasal düzenlemeler istenilen düzeyde gerçekleştirilememiş, 1913 tarihli İl Özel İdareleri mevzuatı 1924 tarihli Köy Kanunu ve 1930 tarihli Belediye Kanunu yürürlükte kalmıştır. 1961 Anayasası'nın ilk günlerindeki zorunlu uyarlamalar ve Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararları dışında çeşitli kanunlarla yapılan değişiklikler yerinden yönetimler için kısıtlayıcı olmuştur. Bu dönemde merkezi idarenin yerel yönetimler üzerinde baskı kurması, Türkiye'deki sistemin “eksik yerel yönetim” olarak nitelenmesine sebep olmuştur.(Yıldırım, 1999: 151)

Bu dönemde mahalli idarelerde yapılan en önemli düzenleme 27 Temmuz 1963 tarihinde çıkarılan yasadır. 307 sayılı bu yasa ile belediye başkanlarının seçiminde tek dereceli çoğunluk usulünün benimsendiği görülmektedir. Yasa ile belediye seçimleri ile ilgili mevcut hükümlerin bazıları değiştirilmiştir. Bu kanunla bazı hükümler yürürlükten kaldırılarak çok önemli adımlar atılmıştır. Örneğin, daha önce seçimden sonra mülki amirce onanarak göreve başlayan belediye meclisi üyelerinin bu kanunla il seçim kurullarınca onanarak göreve başlaması kararlaştırılmıştır. Belediye Kanunu 89. maddede belediye başkanlarının meclis tarafından seçileceğini belirten hüküm bu kanunla yürürlükten kaldırılırken, belediye başkanlarının işten el çekilmelerini düzenleyen 92. madde de yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak Belediye

Kanunu'nda belediye başkanlarının Danıştay kararıyla düşürülebileceği 91. madde ile yeniden düzenlenmiştir. (Görmez, 1997: 132)

1970'li yıllarda çoğu büyük kentte ve taşradaki merkezlerde sorumluluğun ve kaynakların belediyeler ve merkezi hükümet arasındaki vesayet ilişkisi, ağır eleştiri konusu olmuştur. Bu yıllarda “ikinci belediyecilik akımı” yerini “tekno-politik” anlayışa bırakmıştır. Bu anlayışa göre belediye başkanlarının siyasal görüş ve tutumlarının önem kazandığı, siyasal kadrolarla iktidara gelinen, kent ve kentli sorunlarına bakışın siyasal bir anlam kazandığı dönem başlamıştır. Bu dönemde yerel yöneticilerin kentsel olaylara bakışında siyasal içerik önemli rol oynamıştır. Kentlerde yaşayanların beklentilerine karşılık verme; halkla yerel yönetimleri bir araya getirme; kentlerdeki demokratik isteklerini yerine getirmeye çalışan “Demokratik Yerel Yönetim Hareketi” ortaya çıkmıştır. (Aktel, Memişoğlu, 2005: 23)

1982 Anayasasına baktığımız genel yönetimin merkez örgütü ve taşra örgütü arasında hiyerarşik bir yönetsel yapı vardır. Genel yönetim karşısında yerel yönetim kuruluşlarının özerkliği olup genel yönetimin yerinden yönetim kuruluşları üzerinde idari vesayet denetimi vardır. Yerinden yönetim kuruluşları idari mali ve yönetsel özerklikleri ile merkezi idareden ayrılırlar. Ülkemizde yerel yönetim kuruluşları il özel yönetimi, belediyeler, büyükşehir belediyeleri ve köylerdir. Ülkemizin idari yapısı merkezden yönetim ve yerinden yönetim sistemine dayanmaktadır. Bu sistemi oluşturan kuruluşlar ‘idarenin bütünlüğü ilkesinin’ doğal sonucu ve bir bütünün parçaları olarak değerlendirilirler. 1982 Anayasası, 123. maddesinde şu hükme yer vermiştir:

Madde 123: İdare, kuruluş ve görevleriyle bir bütündür ve kanunla düzenlenir. İdarenin kuruluş ve görevleri, merkezden yönetim ve yerinden yönetim esaslarına dayanır.

Merkezden yönetim ülkenin başkentinde kurulan “merkez örgütü” ile ülke topraklarına yayılmış “taşra örgütü” nü içermektedir. Bu bütünü oluşturan yapı

merkezi yönetim olarak adlandırılmaktadır. Anayasa'nın 126. maddesinde bu durum gayet açık bir biçimde ifade edilmektedir.

Madde 126: Türkiye, merkezi idare kuruluşu bakımından, coğrafya durumuna, ekonomik şartlara ve kamu hizmetlerinin gereklerine göre, illere; iller de diğer kademeli bölümlere ayrılır. İllerin idaresi yetki genişliği esasına dayanır. Kamu hizmetlerinin görülmesinde verim ve uyum sağlamak amacıyla, birden çok ili içine alan merkezi idare teşkilatı kurulabilir. Bu teşkilatın görev ve yetkileri kanunla düzenlenir.

Genel olarak yerel yönetimlere verilen kamu gücü siyasal karar alma (yasa yapma) yetkisi içeriyorsa bu siyasi yerinden yönetim, yalnızca yönetsel karar alma içeriyorsa, idari yerinden yönetim olarak adlandırılmaktadır. Üniter devletlerde yerinden yönetim yalnızca idari yerinden yönetim niteliği taşımaktadır. Yer bakımından yerinden yönetim usulünü uygulayabilecek olan birimlerin neler olduğu anayasada belirtilmiş ve sayılıp sınırlandırılmıştır. (Güler, 2010: 122)

Anayasanın 127. maddesinde; idarenin bütünlüğü ilkesini korumaya yönelik idari vesayet denetimi görülmektedir. Bazı hizmetlerin tüzel kişiler eliyle yürütülmesi, onların denetlenmesini de zorunlu hale getirmektedir. idarenin bütünlüğü ilkesi de bu şekilde öngörülmektedir.

Madde 127: Mahalli idareler; il, belediye veya köy halkının mahalli müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, gene kanunda gösterilen, seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzelkişileridir. Mahalli idarelerin kuruluş ve görevleri ile yetkileri, yerinden yönetim ilkesine uygun olarak kanunla düzenlenir. Merkezi idare, mahalli idareler üzerinde, mahalli hizmetlerin idarenin bütünlüğü ilkesine uygun şekilde yürütülmesi, kamu görevlerinde birliğin sağlanması, toplum yararının korunması ve mahalli ihtiyaçların gereği gibi karşılanması amacıyla, kanunda belirtilen esas ve usuller dairesinde idari vesayet yetkisine sahiptir.

1982 ve 1961 anayasalarına karşılaştırdığımız zaman önümüze çıkan önemli noktaları şu şekilde sayabiliriz. 1982 Anayasası'nın 1961 Anayasası'ndan önemli bir farkı belediye organlarının seçimle iş başına geleceğini garanti altına almasıdır. Mahalli idare seçimlerinin dört yıl yerine beş yılda bir yapılmasının öngörülmesi iki anayasa arasındaki farklardandır. Bu düzenlemeyle mahalli idare birimlerinin daha uzun sürede görevde bulunmaları sağlanmıştır. 1982 Anayasası'nda mahalli idarelerin kuruluş ve görevleri ile yetkilerinin, yerinden yönetim ilkesine uygun olarak kanunla düzenleneceğini belirtilmiştir. Bu düzenleme ile yerel özerkliğin sınırlanmasına karşı bir güvence sağlanabileceği söylenebilir. 1961 ve 1982 Anayasaları arasındaki diğer bir farklılık ise 1982 Anayasası'nda büyük yerleşim yerleri için özel yönetim biçimlerinin getirilmesine olanak verilmesidir. İki anayasa arasındaki önemli farklardan birisi de yönetsel vesayet konusundadır. 1961 Anayasası'ndan farklı olarak 1982 Anayasası'nda merkezi idarenin mahalli idareler üzerindeki yönetsel vesayet yetkisi açık bir şekilde belirtilmiştir. (Keleş, 2011: 145-146)

1982 Anayasası'nın yerel yönetimlerle ilgili düzenlemeleri, 1961 Anayasası'ndan daha ileride değil, hatta bazı bakımlardan ondan geridedir. 1961 Anayasası'nın idarî vesayetten söz etmemesine rağmen, 1982 Anayasası idarî vesayet kurumunu daha da genişletmiştir. (Eryılmaz, 2002: 17)

Yapılan reform çalışmalarına, düzenlemelere rağmen, merkezi idarenin yerel yönetimler üzerindeki etkilerinin ve denetim yetkilerinin azaldığını söylemek pek mümkün görülmemektedir. Yerel idarelerinin birçok işleminde, merkezi idarenin farklı şekillerde olan denetimleri karşımıza çıkmaktadır. Bir sonraki bölümde bu konu daha detaylı anlatılacaktır. Bütün bunlara rağmen, yerel yönetimlerle ilgili yapılan yeni yasal düzenlemelerde belediye ve il özel idaresi hizmetleriyle ilgili halkın görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla kamuoyu yoklaması ve araştırması yapılabileceği, yerel yönetimlerin faaliyet raporlarının ve denetim sonuçlarının kamuoyuna açıklanması yönündeki düzenlemeler gibi olumlu yanları da vardır.

1.2. TÜRKİYE’NİN YÖNETİM YAPISI İÇİNDE YEREL YÖNETİMLERİN YERİ VE İŞLEVİ

1.2.1. İL ÖZEL İDARELERİ

Osmanlı idare sisteminde il özel idaresinin temeli Tanzimat döneminde taşrada uygulanan yerel meclis uygulamaları ile atılmıştır. 1864 yılında taşra idaresinin yeniden yapılandırılması amacı ile Vilayet Nizamnamesi çıkarıldı. Osmanlının mülki bölümlenmesi yeniden düzenlenerek eyalet kademesi yerine vilayet getirilmiştir. 2. Meşrutiyetin ilanından sonra vilayet yönetimi yeninden ele alınarak, 1913 yılında İdarei Vilayet Kanunu yürürlüğe girmiştir. 1913 tarihli nizamname ile önceki dönemlerde danışma niteliğine sahip vilayet umumi meclisleri, tüzel kişiliğe, bağımsız organlara ve mali kaynaklara sahip yerel yönetim niteliği kazanmıştır. 1913 tarihli kanunun Genel İdare adını taşıyan ilk kısmı 1929 yılında Vilayet idaresi kanununa kadar yürürlükte kalmıştır. Hususi İdare adının taşıyan ikinci kısım ise, bazı değişikliklerle 2005 yılına kadar il özel idarelerinin temel hukuki altyapısını oluşturmuştur. (Oktay, 2010: 76).

İl özel idareleri, 5302 sayılı kanunda, “İl halkının yerel nitelikteki ortak ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan daha sonra karar organı seçmen tarafından seçilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişileri” şeklinde tanımlanmıştır. Bu kanunda il özel idarelerinin yasayla belirlenmiş sınırlı özel görevler yerine getirmek yerine, il halkının yerel nitelikteki ihtiyaçlarını yapmakla yükümlü oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, il özel idarelerinin idari ve mali özerkliğe sahip kurumlar oldukları ilk kez 5302 sayılı kanunla açıkça ifade edilmiştir. Ancak il özel idaresinin tanımında geçen idari ve mali özerlik kavramı sınırsız bir özerkliği kapsamamaktadır. İdari ve mali özerkliğin, Anayasa’nın 123. maddesinde düzenlenen idarenin bütünlüğü ilkesini ortadan kaldıracak veya zayıflatacak şekilde yorumlanamayacağı 5302 sayılı kanunun gerekçesinde açık bir şekilde ifade edilmiştir. Gerekçede ayrıca, idari ve mali özerkliğin, mahalli idarelerin, mahalli müşterek ihtiyaçları karşılamak amacıyla etkili organlarının kararı ile kanunlara uygun olarak serbestçe karar alma, teşkilatlanma, personel istihdamı, borçlanma ve

benzeri alanlardaki yetkilerini ifade ettiği belirtilmiştir. (Ulusoy, Akdemir, 2007: 157)

İl özel idarelerinin görevleri önceki Kanun'da maddeler halinde sıralanırken, yeni Kanun'da hizmet alanları belirtilmiştir. Kanunlarla açıkça başka bir kurum ve kuruluşa verilmeyen yerel müşterek nitelikteki her türlü görev ve hizmet özel idarelere bırakılmıştır. Bir anlamda, genel yetkili durumuna getirilmiştir.

5302 sayılı kanun ile il özel idarelerine verilen görevler 3360 sayılı kanun ile verilen görevlerden daha geniş ve çok da farklı değildir. Yeni yasa ile il özel idarelerinin eski görevleri bu kurumlara iade edilmiştir. Hatta eğitim alanına ilişkin hizmetler göz önünde tutulduğunda, bir daralmadan söz edilebilir. Nitekim yeni yasada eğitim hizmetleri il özel idaresinin görevleri arasında değildir.(Sobacı, 2005: 37). Kanunun 6. maddesinde il özel idarelerinin görevleri, il ve belediye sınırları dikkate alınarak belirtilmiştir. Buna göre il özel idareleri, yerel ve ortak nitelikteki ihtiyaçlardan;

- Gençlik ve spor, **sağlık**, tarım, sanayi ve ticaret; ilin çevre düzeni planı, bayındırlık ve iskan, toprağın korunması, erozyonun önlenmesi, sosyal hizmet ve yardımlar, yoksullara mikro kredi verilmesi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları; ilk ve orta öğretim kurumlarının arsa temini, binaların yapım, bakım ve onarımı ile diğer ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetleri il sınırları içinde,
- İmar, yol, su, kanalizasyon, katı atık, çevre, acil yardım ve kurtarma, kültür, turizm, gençlik ve spor; orman köylülerinin desteklenmesi, ağaçlandırma, park ve bahçe tesisine ilişkin hizmetleri belediye sınırları dışında yapmakla görevli ve yetkili kılınmıştır.

6360 sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile büyükşehir belediyelerindeki İl Özel İdarelerin kaldırılmasına karar verilmiştir. Bu kanunla ilgili detaylı inceleme büyükşehir belediyesi bölümünde yapılacaktır.

1.2.2.BELEDİYELER

Osmanlı Devletinde yerel yönetim birimi olarak bugünkü anlamda ilk belediye yönetiminin kurulması girişimleri Tanzimat'ı izleyen yıllarda ve özellikle 1854-1856 Kırım Savaşı sırasında Batı ülkeleri ile artan temas sonunda ortaya çıkmış, Fransız komün idarelerinden örnek alınarak 1855 yılında İstanbul'da ilk kez belediye kuruluşu denemesine girilmiştir. (Aytaç 1998'den aktaran Ünal, 2011: 243). Kurulan belediyenin(şehremaneti) karar ve yürütme organları; şehremini ve şehir meclisinden oluşmaktaydı. İhtisab Nezaretini ortadan kaldıran şehremanetin şehir zorunlu ihtiyaç maddelerinin sağlanmasına dikkat etmek, narh koymak ve uygulatmak, yol ve kaldırım yaptırıp onarmak, temizlik işleri ve esnafın kontrolü gibi görevleri bulunmaktaydı.(Ortaylı, 2000: 134).

Şehremaneti ile başarısız deneme sürerken, Osmanlı hükümeti özellikle ecnebilerin yaşadığı ve modern liman kentinin karşılaştığı sorunların yoğunlaştığı bir bölgede(Galata ve Beyoğlu) modern beledi hizmetlerin görülmesi amacıyla Altıncı Daire-i Belediye'yi Paris örneğini izleyerek kurdu. Ayrıcalıklı bir bütçeye sahip olan Altıncı Daire-i Belediye ayrıcalıklı durumundan ileri gelen başarılarını Cumhuriyet dönemine kadar sürdürdü.(Ortaylı, 1979: 297). Daha sonra 1869'da çıkarılan Dersaadet İdare-i Belediye Nizamnamesi ile belediye örgütü Beyoğlu ve Galata dışında tüm İstanbul'a yayılmış ve İstanbul şehreminiliği örgütü kurulmuştur. 1877 yılında çıkarılan Dersaadet Belediye Yasası ile İstanbul'da ki belediye daire sayısı 20'ye çıkarılmıştır. 2. Meşruiyetin ilanından sonra, 1912 yılında çıkarılan Dersaadet Belediyesi hakkında geçici yasada, belediye daireleri kaldırılıp onların yerine belediye şubeleri konmuştur. 9 belediye şubesi kurulmuş Şehremini atanmaya devam etmiştir. Bu yapı Cumhuriyet'in ilanından 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı belediye yasası çıkana kadar devam etmiştir.(Keleş, 2011: 137)

Belediyelerin görev ve yetkilerini düzenleyen 1580 sayılı Belediye Kanunu, 1930 yılında çıkarılmış ve değişik zamanlarda yapılan bazı düzenlemeler ile günümüze kadar varlığını devam ettirmiştir. 5393 sayılı yeni Belediye Kanununu 03.07.2005

tarahinde TBMM tarafından kabul edilmiştir. Yasa, 13.07.2005 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlarak yürürlüğe girmiştir.

Belediyeler, bu kanunda, mahalli idarelerin kuruluş ve görevleriyle yetkilerinin yeniden yönetim esasına uygun olarak kanunla düzenleneceğini öngören 1982 Anayasası’nın 127. madde hükmüne uygun olarak yeniden ele alınmıştır. Meclis, encümen ve başkandan oluşan belediye organlarının geleneksel üçlü yapısı korunurken, belediye encümeninin karar organı değil, yürütme organı olması öngörülmüştür. Mahalle yönetimine mahalle halkı ile belediyeler arasındaki ilişkilerin geliştirilmesinde ve sorunların belediyeye aktarılmasında önemli roller yüklenmiş, hemşerilik hak ve yükümlülüklerinin kapsamı ve niteliği genişletilerek hemşeriliğe daha aktif ve katılımcı bir özellik kazandırılmıştır. Belediyelerin daha demokratik ve katılımcı hale gelmesi için belediye meclisleri ve ihtisas komisyonlarına sivil toplum örgütleri ve halkın katılma ve görüş bildirmesine yönelik düzenlemeler yapılmıştır. (Ulusoy, Akdemir, 2007: 205)

1580 sayılı Belediye Kanunu’nda “*Belediye, beldenin ve belde sakinlerinin mahalli mahiyette müşterek ve medeni ihtiyaçlarını tanzim ve tesviye ile mükellef hükmi bir şahsiyettir*” diye tanımlanmaktadır. 5393 sayılı Belediye Kanunu’nun 3. maddesinde “*Belde sakinlerinin mahalli müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişisi*” olarak tanımlanmaktadır.

Belediyenin kuruluşu için en son aşamada gerekli olan cumhurbaşkanının onayı kaldırılmış ve belediyenin son aşamada müşterek kararname ile kurulacağı belirtilmiştir. Yeni kanunda belediyelerin sınırlarının belediye meclisinin kararı ve kaymakamın görüşü üzerine valinin onayı ile kesinleşeceği belirtilmekte ve zorunlu nedenler dışında beş yıl süreyle sınırların değiştirilemeyeceği belirtilmektedir.

Kanunun 14. maddesinde belediyenin görev ve sorumlulukları sıralanmıştır.1580 sayılı Kanunda, belediyenin görevleri 81 maddede tek tek sayılarak belirlenmişken, 5393 sayılı Kanunda ise, belediyenin görevleri iki maddede genel olarak sayılmıştır.

Yeni yasanın belediyenin görev ve sorumluluklarını düzenleyen maddesinde öncelikle, yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla, belediyenin temel görev alanları (1. fıkranın a bendi) ve sonra isteğe bağlı olarak girebileceği görev alanları (1.fıkranın b bendi) sayılmaktadır. Bu düzenleme 2. fıkrada yer alan “belediye, kanunlarla başka bir kamu kurum ve kuruluşuna verilmeyen mahalli müşterek nitelikteki diğer görev ve hizmetleri de yapar veya yaptırır” hükmüyle birlikte düşünüldüğünde, belediye, üstlenebileceği yerel ve ortak nitelikteki görevler bakımından neredeyse genel yetkilidir. (Erençin, 2006: 8)

Madde 14- Belediye, mahallî müşterek nitelikte olmak şartıyla;

a) *İmar, su ve kanalizasyon, ulaşım gibi kentsel alt yapı; coğrafi ve kent bilgi sistemleri; çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık; zabıta, itfaiye, acil yardım, kurtarma ve ambulans; şehir içi trafik; defin ve mezarlıklar; ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar; konut; kültür ve sanat, turizm ve tanıtım, gençlik ve spor; sosyal hizmet ve yardım, nikâh, meslek ve beceri kazandırma; ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır. Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 100.000’in üzerindeki belediyeler, kadınlar ve çocuklar için konukevleri açmak zorundadır. Diğer belediyeler de mali durumları ve hizmet önceliklerini değerlendirerek kadınlar ve çocuklar için konukevleri açabilirler.*

b) *Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir; kültür ve tabiat varlıkları ile tarihî dokunun ve kent tarihi bakımından önem taşıyan mekânların ve işlevlerinin korunmasını sağlayabilir; bu amaçla bakım ve onarımını yapabilir, korunması mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden inşa edebilir...*

1930 yılında çıkarılan Belediye Kanunu, hizmetin toplumsal boyutunu öne çıkarırken, yeni Kanun hizmetin ekonomik boyutunu öne çıkarmaktadır. Dikkat edilmesi gereken bir diğer husus, belediyelerin hizmet vermesi yerine hizmet verdirmesidir. Bu yönüyle de kamu hizmetini piyasa ekonomisi çerçevesinde pazarlayan bir belediyeçilik anlayışından söz etmek mümkündür.(Alıcı, 2007: 9)

5393 sayılı Belediye Kanunu daha yaygın bir katılım öngörmektedir. Katılımın güçlendirilmesi yönünde yapılan önemli bir değişiklikte, belediye meclislerinin, yılda üç defa olağan ve belli şartlar altında da olağanüstü toplanma yapılması sınırlamasından vazgeçilerek, meclis toplantılarının her ay yapılması yönündeki hükümdür. Bu düzenleme ile belediye yönetiminde katılımın ve şeffaflığın sağlanması ve meclis denetimlerinin artırılması amaçlanmıştır. (Ekici ve Toker, 2005: 24).

1.2.3. BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ

Özellikle 1950'lerden sonra İstanbul, Ankara ve İzmir kentlerinin iç göçler sonucunda aşırı derecede büyümeleri, bir takım sorunları da beraberinde getiriyordu. Bu büyük kentlerin tek elden ve tek örgüt tarafından yönetilmesi, altyapı, su, kanalizasyon, planlama ve imar gibi temel kamu hizmetlerinin yürütülmesini imkânsız hâle getiriyordu. Ayrıca, bu kentlerin yakın çevrelerinde bulunan küçük yerleşmeler de, bu kentlerin büyümesine koştuk olarak büyüyor ve bunun sonucunda, adeta iç içe geçmiş birçok belediye kuruluyordu. Bu ise, yerel hizmetlerin sunumu açısından belediyeler arasında açık bir orantısızlık meydana getiriyordu. Belediyeler arası koordinasyonun olmayışı önemli bir sorun oluşturuyordu. Bu bağlamda, bazı yerel hizmetlerin, bu alanın bütününe kapsayacak şekilde sunulması ihtiyacı belirliyordu. Dolayısıyla, büyükşehirlerdeki bu ihtiyacı karşılayacak yeni ve özel bir yönetim sistemine ihtiyaç bulunuyordu (Arıkboğa, 2007: 31).

İlk olarak 1984 yılında 3030 sayılı kanunla Türkiye'de büyükşehir belediyeleri kurulmuştur. Fakat 20 yıllık uygulama döneminde, 3030 sayılı kanun çerçevesinde, büyükşehir sorunları giderilememiş, büyükşehirlerin sorunları giderek artmıştır. Bu

nedenle, büyükşehir belediyelerinin hukuki statülerini yeniden düzenleyen 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Yasası 9–10 Temmuz 2004 tarihlerinde görüşmüş ve değişikliklerle kabul edilmiştir. 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Yasası, 23 Temmuz 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

3030 sayılı yasada büyükşehir “belediye sınırları içerisinde birden fazla ilçe bulunan şehirler büyükşehirlerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. 6360 sayılı kanunla yapılan değişiklikle büyükşehir, “*Büyükşehir belediyesi: Sınırları il mülki sınırı olan ve sınırları içerisindeki ilçe belediyeleri arasında koordinasyonu sağlayan; idarî ve malî özerkliğe sahip olarak kanunlarla verilen görev ve sorumlulukları yerine getiren, yetkileri kullanan; karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişisini*” olarak tanımlanmaktadır.

5216 sayılı yasanın üçüncü bölümünde büyükşehir belediyelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir. Büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları Anayasanın 127. maddesindeki esaslar ve Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı'nda öngörülen esaslar çerçevesinde yeniden belirlenmektedir. Belediyeler Kanunundaki düzenlemeden farklı olarak büyükşehir belediyeleri ile ilçe ve belediyelerinin görevleri ayrıntılı şekilde düzenlenmektedir. Görevlerin ayrıntılı olarak sayılmasının nedeni büyükşehir belediyesi ile ilçe belediyeleri arasında çıkması muhtemel görev ve yetki çatışmasını önlemektir. 3030 sayılı Kanunda sayılan görev ve yetkilere ilave olarak; kanunlarla büyükşehir belediyesine verilen görev ve hizmetlerle ilgili her türlü imar uygulamasını yapmak ve ruhsatlandırmak, coğrafi ve kent bilgi sistemini kurmak, **sağlık**, eğitim ve kültür hizmetleri için binalar yapmak ve bu hizmetlerle ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının binalarını onarmak ve malzeme desteği sağlamak, kültür ve tabiat varlıklarını korumak, bakım ve onarımını yapmak, onarımı mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden yapmak, özel hal ve mezbaha açılmasına izin vermek, merkezi ısıtma sistemleri kurmak gibi yeni görev ve yetkiler de büyükşehir belediyelerine verildiğini görmekteyiz.

5216 sayılı kanunla büyükşehir belediyeleri ile alt kademe belediyeleri arasındaki yetki dağılımı, ilçe belediyeleri aleyhine ciddi biçimde bozulmaktadır. Başta

planlama yetkileri olmak üzere, alt kademe belediyelerinin pek çok yetkisi büyükşehir belediyesine verilmiştir. Kanunla belediyelere verilen, görev ve hizmetlerle ilgili birçok yetkinin büyükşehir belediyesine verilmesi, büyükşehir belediyesinin alt kademe belediyeleri yerine geçmesine ve temel fonksiyonlarından uzaklaşmasına neden olabilir.(Torlak, Sezer, 2005: 96-97)

6360 sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 12.11.2012 tarihinde TBMM’de kabul edildikten sonra, 06.12.2012 tarihli resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun büyükşehir belediyeleri ve il özel idarelerinde önemli değişiklikler getirmektedir. Yasa ile 16 olan büyükşehir sayısı 29 olmuştur. Büyükşehir belediyelerinin sınırları il mülki sınırları ile çakıştırıldı. Önceden sadece İstanbul ve Kocaeli büyükşehir belediyeleri için geçerli olan bu durum şimdi tüm büyükşehir belediyeleri için geçerli oldu. Ayrıca büyükşehir belediyesi içinde kalan ilçe belediyelerinin sınırları da ilçe mülki sınırları olarak değiştirildi. 29 büyükşehir belediyesinin bulunduğu ildeki il özel idareleri 6360 sayılı Yasa ile kaldırıldı. 5216 sayılı Kanundaki ilk kademe belediyelerini tanımlayan fıkra da kaldırıldı. Ayrıca bu illerde bulunan bucak teşkilatları da kaldırıldı. Mevzuatta il özel idarelerine yapılan atıflar, bu Kanun kapsamında tüzel kişiliği kaldırılan il özel idareleri için ilgisine göre bakanlıklara, bakanlıkların bağlı veya ilgili kuruluşları ile bunların taşra teşkilatına, Hazineye, valiliklere, büyükşehir belediyelerine ve bağlı kuruluşlarına veya ilçe belediyelerine yapılacak hale getirildi. Tüzel kişiliği kaldırılan il özel idarelerine 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ve diğer mevzuatla verilmiş olan yetki, görev ve sorumluluklar ilgisine göre bu kurum ve kuruluşlar tarafından kullanılacak ve yerine getirilecektir.

Kanunda yer alan devir, tasfiye ve paylaşırma işlemlerini yürütmek üzere vali tarafından, bir vali yardımcısının başkanlığında, valinin uygun göreceği kurum ve kuruluş temsilcilerinin ve ilgili belediye başkanlarının katılımıyla devir, tasfiye ve paylaşırma komisyonu kurulacak. Tüzel kişiliği kaldırılan belediye, köy ve il özel idareleri ile büyükşehir belediyesine dönüştürülen belediyelerin personeli, her türlü taşınır ve taşınmazı, hakları, alacakları ve borçları Devir Tasfiye ve Paylaşırma

Komisyonu tarafından ilgisine göre büyükşehir belediyelerine, belediyelere, belediye bağılı kuruluşlarına, Yatırım İzleme ve Koordinasyon Merkezlerine, bakanlıklara, bakanlıkların ilgili ve bağılı kuruluşlarına devredileceğı belirtilmiştir.

6360 sayılı Yasa ile büyükşehir belediyesi bulunan illerde valiye bağılı olarak Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlıkları kuruluyor. Bu başkanlıklar, kamu kurum ve kuruluşlarının yatırım ve hizmetlerinin etkin olarak yapılması, izlenmesi ve koordinasyonu, acil çağrı, afet ve acil yardım hizmetlerinin koordinasyonu ve yürütülmesi, ilin tanıtımı, gerektiğinde merkezi idarenin taşrada yapacağı yatırımların yapılması ve koordine edilmesi, temsil, tören, ödüllendirme ve protokol hizmetlerinin yürütülmesi, ildeki kamu kurum ve kuruluşlarına rehberlik edilmesi ve bunların denetlenmesi gibi görevler üstleneceklerdir.

Büyükşehir kapsamındaki belediyeler arasında hizmetlerin yerine getirilmesi bakımından uyum ve koordinasyon, büyükşehir belediyesi tarafından sağlanacak. Büyükşehir belediyesi ile ilçe belediyeleri veya ilçe belediyelerinin kendi aralarında hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili ihtilaf çıkması durumunda, büyükşehir belediye meclisi yönlendirici ve düzenleyici kararlar alabilecek.

Türkiye'de belediye sayısı 2000 yılında 3.228 düzeyindeyken, 2009 yılı yerel seçimleri sonrasında, 2010 yılında Büyükşehir Yasası ve Belediye Yasası'nda yapılan değişikliklerle 2.950'ye indirilmiştir. TBMM'den geçen son düzenlemeyle 1591 belediye daha kapatılmakta, belediye sayısı 1.359'a indirilmektedir. Bu sayıya yeni kurulan ilçe belediyelerinin eklenmesiyle sayı 1.384 olmuştur. Bu durum son 10 yılda belediye sayısının yaklaşık % 60 azalması anlamına gelmektedir. (TMMOB, 2012)

Kamu idaresinde önemli değışimlere yol açan değışiklikler öngören düzenleme ile yerinden yönetim anlayışı olumsuz etkilenecektir. Kurulması öngörülen Yatırım İzleme ve Koordinasyon Merkezi bu durumu değıştireceğini düşünmüyorum, hatta merkezi idarenin yerel üzerindeki kontrolünün artmasına sebep olacaktır.

Merkezi yönetim ve yerel yönetim arasındaki iş bölümünü ve merkezi yönetimin yerel yönetim üzerindeki denetimlerini iki tablo ile aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

Tablo1. Hizmet Sunumu Bakımından Merkezi İdare-Yerel İdare Görev Dağılımı

Verilen Hizmet	Merkezi İdare	Yerel İdare (Belediye+İl Özel İdare)
Yasama	x	
Yürütme	x	x
Yargı	x	
Sağlık	x	x
Ambulans/Acil Yardım	x	x
Kolluk Faaliyetleri	x	
Eğitim	x	
İmar Planı	x	x
Kültür	x	x
Çevre	x	x
Toplu Taşıma		x
Coğrafi ve Kent Bilgi Sistemleri		x
İtfaiye		x
Mezarlık		x
Tarihi Eserlerin Korunması	x	x
Zabıta		x
Vergi	x	x
Bayındırlık	x	x
Sosyal Hizmet	x	x

Kaynak: 1982 Anayasası,5018,5216,5393,5302 sayılı kanunlar referans alınmıştır

Tablo 2. Merkezi İdarenin Yerel İdare Üzerindeki Denetimleri

Denetime Konu Olan İşlem	Denetim Türü	Denetimi Yapan Organ	Denetim Şekli
Yerel yönetimlerin idari işlemlerinden menfaatin ihlal edilmesi	Yargısal Denetim	Mahkemeler	İşlem yetki, şekil, sebep, konu ve maksat yönlerinden hukuka aykırı olduğu iddiasıyla iptal edilmesini yargı mercilerinden isteyebilmektedir
Yerel yönetimlerle yapılan idari sözleşmeye taraf bulunanlardan, hakların ihlal edilmesi	Yargısal Denetim	Mahkemeler	Hakları ihlal edilenler haklarının onarılması, zararlarının giderilmesi veya bir hakkın geri verilmesi amacıyla idareye tam yargı davası açabilmektedirler
Yerel Yönetim Hesaplarının Denetimi	Yargısal Denetim	Sayıştay	Gelir, gider ve malları ile sorumluların hesap ve işlemleri üzerinde yapılan denetim.
Belediyenin Faaliyet Raporu ve Başkanın Denetimi	İdari Denetim	Belediye meclisi	Hukuka uygunluk, genel görüşme, gensoru
Belediye Sınırlarının	İdari Vesayet	Mülki İdare Amiri	Onaylama

Kesinleşmesi			
Beldenin Adının Değişmesi	İdari Vesayet	İçişleri Bakanlığı	Onaylama
5393 sayılı kanununun 15.maddesinin e,f,g bendindeki işlemler	İdari Vesayet	Danıştay'ın görüşü, İçişleri Bakanlığının Kararı	Onaylama
Belediye ve bağlı kuruluşları ile bunların sermayesinin % 50'sinden fazlasına sahip oldukları şirketlerin, en son kesinleşen bütçe gelirlerinin, %10'nu aşan borçlanma	İdari Vesayet	İçişleri Bakanlığı	Onaylama
Cadde, sokak, meydan, park, tesis ve benzerlerine ad verilmesi ve beldeyi tanıtıcı amblem, flama ve benzerlerinin tespitine ilişkin kararlarda	İdari Vesayet	Mülki İdare Amiri	Onaylama
İşletme Kurmak	İdari Vesayet	İçişleri Bakanlığı	İzin Verme
Uluslararası teşekkül ve organizasyonlara üye olması ile bu	İdari Vesayet	İçişleri Bakanlığı	İzin Verme

teşekkül ve organizasyonlarla ortak faaliyet ve hizmet projeleri gerçekleştirebilmesi			
İmar Planları	İdari Vesayet	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	Değiştirerek Onaylama/Doğrudan kendi plan yapma
Belediye hizmetlerinin ciddi bir biçimde aksatıldığının tespit edilmesi	İdari Vesayet	İçişleri Bakanı, sulh Hukuk Hakimi, Vali	Yerine Geçerek İşlem Tesis Etme
Kanun, tüzük, yönetmelik ve il genel meclisi kararlarına aykırı gördüğü encümen kararları	İdari Vesayet	Vali, Danıştay	Uygulamasını Durdurma Yetkisi
İl Genel Meclisi Kararları	İdari Vesayet	Vali	Tekrar Görüşülmesini İsteme
Hukuka Aykırı görülen Meclis kararları	İdari Denetim	Belediye Başkanı	İdari Yargıda İptalini İsteme
Görevleri ile ilgili haklarında soruşturma ve kovuşturma açılan belediye organları	İdari Vesayet	İçişleri Bakanı	Görevden alma yetkisi

ve üyeleri ile ilgili işlemler			

Kaynak: 1982 Anayasası,5018,5216,5393,5302 sayılı kanunlar referans alınmıştır

Yerel yönetimlerin güçlendirilmesi, daha özerk olmaları sık sık dile getirilmekte, bunun önemi vurgulanmaktadır. Ancak işin uygulama kısmına baktığımız zaman, yerel yönetim reformu olarak adlandırılan kanunlarda da hiçte azımsanmayacak sayıda denetim şekli karşımıza çıkmaktadır. Böylece, söylemle uygulamanın ne kadar farklı olduğunu görebiliyoruz. Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartının birinci bölümünde özellikle bu konuya değinilmektedir. Özerk yerel yönetim kurumunun dayandığı başlıca ilkeler sayılmaktadır. Bu ilkeler, seçilmiş yöneticilerin çalışma koşulları, yönetsel denetimin niteliği ve sınırı, yerel yönetimlerin kaynak özerkliği, yerel yönetimler arası ve merkezi idareler ile yerel yönetimler arası işbirliği ve dayanışmanın esasları ve yargısal denetimin sağlanması gibi konulardır. Yerel yönetimler üzerindeki devlet denetiminin azaltılması ve kendilerine görevleri ile orantılı gelir kaynaklarının sağlanması gereği de şartın bu bölümünde yer almaktadır. Buna rağmen yerel idareler üzerindeki merkezi denetim azalacağına artarak devam etmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Her insan sağlıklı bir şekilde yaşamak ister. Fakat bebeklikten yaşlılığa kadar birçok hastalıkla uğraşmak zorunda kalabilir. Çok basit hastalıklarda mutsuzlaşır, günlük hayatı sıkıntıya girer, gitmek istediği yerlere gidemez, yapmayı planladığı birçok işi yapamaz ya da iptal etmek zorunda kalabilir. Bu sebeplerle sağlık hayatın önemli bir parçasıdır.

Sağlık hizmetlerinin literatürde bilinen çeşitli tanımları incelendiğinde genel olarak aynı anlamın farklı şekillerde ifade edilmiş olduğunu görmekteyiz. Bu tanımlardan bazıları;

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da sağlık hizmetleri kavramı şöyle tanımlanmaktadır. (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, madde:2)

“Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhî kabiliyet için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetleri;

“Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.” şeklinde tanımlanmaktadır.(Sağlık Bakanlığı, 2011). Tanımdan da anlaşıldığı gibi, Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalıklardan, mikroplardan korunmadan bahsetmeyip, bir bütün halinde fiziki, ruhi ve sosyal bakımdan iyi olmak şeklinde tanımlamıştır.

Günümüzde sađlđın tüm bireyler ve dolayısı ile toplum için büyük ölçüde önem ve anlam taşıdığı inkar edilmeyecek bir gerçektir. Ancak, bu önem ve anlamlılığın oluşturduğu pozitif bir değer olarak sağlık, genellikle tehlike altında olduğu ya da yitirildiği zaman ön plana çıkmaktadır. Oysa bir varlığın değer olarak ele alınabilmesi için benzer seçenekler arasında, kendi özelliği gereği, doğrudan öncelik taşıması ya da bu önceliğin ona verilmesi gerekir. Bununla birlikte bir kısım insanlar sağlığa hiç öncelik vermezken bazıları değer vermelerine karşın sağlığı elde edememektedirler. Ayrıca sağlık kendi özelliği gereği değil, bir takım diğer değerlere ulaşmak için gerekli olan bir ara değer olarak ele alınmaktadır. (Tabak, 2000: 9)

2.1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan nitelikte olmalarına rağmen anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak, hizmet sunumunda etkinlik sağlamak vb amaçlarla sınıflandırılma gereği doğmuştur. Bununla ilgili olarak birçok değişik ayırıma gidilmişse de, bu çalışmada kullanılan sınıflandırma dünyada sağlık alanında en yetkili örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış ve ülkemizde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'na da kabul edilmiş şekilde sınıflandırılacaktır.

2.1.1.1. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişi ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemleri ifade etmektedir. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin düşürülmesi, azaltılması amaçlanmaktadır.

Hastalıklar oluşmadan kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en kestirme ve etkili yolu bu tür hizmetlerdir.(Akdur, 2006: 12)

Sağlığı koruyucu hizmetlerde kişinin doğrudan yararlanması ikincil, bir bütün olarak toplumun yararlanması asıl amaçtır. Koruma hizmeti hem aşılana bağışıklık verir,

hem de bulaşıcılığı azaltarak kamusal fayda sağlar. Sağlığı koruma hizmeti, sağlam insanların sağlam kalmasını amaçlamaktadır. (Bulutoglu, 2003: 263)

2.1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziki, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tamamıdır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, vektörlerle (haşerelerle) savaş, hava kirliliği ile savaş, radyasyonla ve gürültü ile savaş hizmetlerinden oluşmaktadır.(Akdur, 2006: 12)

2.1.1.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri dolayısı ile de toplumu, hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, aile planlaması olarak sayabiliriz. (Akdur, 2006: 13)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin, tedavi edici sağlık hizmetlerinden ekonomik açıdan daha verimli ve ucuz olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sonuçlarının sayısal ifadesi güç olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise ölçülebildiği, ekonomik yönden de rakamlarla ifade edilebildiği için hükümetler bu hizmetlere daha fazla ağırlık vermekte ve tercih etmektedirler. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ile bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenler ve bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda çok başarılı sonuçlar alınmasıyla kişinin sağlığıyla toplumun sağlığı arasındaki yakın ilişki bulunmaktadır.

2.1.1.2. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere tedavi edici hizmetler ya da tıbbi bakım hizmetleri denir. Bu hizmetler kendi içinde; a) Birinci basamak tedavi hizmetleri, b) İkinci basamak tedavi hizmetleri, c) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç kısma ayrılır.

2.1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Temel Sağlık Hizmetlerinin en yaygın olarak bilinen yönü budur. Bu tanım koruyucu hizmetlerle evde ayaktan iyileştirici hizmetlerin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Bu basamağın yetersiz kaldığı durumlarda başvuran kişi bir üst basamağa yani hastanelere sevk edilir. Bu tanıma göre sağlık ocakları temel sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir. (Öztekin, 1992: 16)

2.1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastanın, hastaneye yatırılarak tedavi edilmesidir. Bu hizmetleri veren birimlere ikinci basamak tedavi birimi / kuruluşu denir. Bunların Türkiye'deki örnekleri, Sağlık Bakanlığına bağlı olan devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastanelerdir.

2.1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Özel bir yaş grubuna, (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi) cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri v.b.) hizmet veren, o konudaki gelişkin teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetlere üçüncü basamak tedavi hizmetleri denir. Bu hizmetleri veren birimlere

üçüncü basamak tedavi birimi / kurulusu denir. Bunların Türkiye'deki örnekleri, basta Sağlık Bakanlığı'nın eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri ve tüm özel dal hastaneleridir. (Akdur, 2006: 14)

2.1.1.3. ESENLENDİRME (REHABİLİTASYON) HİZMETLERİ

Bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmalarını kapsar. Geçirmiş oldukları hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu söz konusudur. (Ateş, 2011: 14)

2.1.1.3.1. Tıbbi Esenlendirme (Rehabilitasyon)

Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi v.b. tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine ortez-protez takılmak suretiyle, kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlere tıbbi esenlendirme hizmetleri adı verilir. Bu hizmetler sonunda kişi, sınırlı da olsa, günlük yaşam ve işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşmuş olur. (Akdur, 2006: 15)

2.1.1.3.2. Sosyal Esenlendirme

Rehabilitasyon ile eski işinde çalışamayacak olan kişiye yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlanır. Yeni durumuna uyum sağlamak için çeşitli pedagojik destek programları sunulur. Özürlü çocuklara yönelik olarak açılan merkezler bu hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL MAL OLARAK ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin, kamu yönetimi alanında bir tez konusu olarak çalışılmasının en önemli gerekçelerinden biri de kamusal başlığı altında ele alınabilir olmasıdır.

2.2.1. KAMUSALLIK ÖZELLİĞİ

Devlet, topladığı vergi ve benzeri kaynaklarla, toplumun sosyal ihtiyaçlarını gideren çeşitli mal ve hizmet üretmekte ve bunları kamu hizmetleri biçiminde sunmaktadır. Geniş anlamda kamusal mal ve hizmetler kavramı, başta tam kamusal mallar (savunma, güvenlik, adalet) olmak üzere; yarı kamusal mallar (yüksek öğrenim, devlet hastaneleri); özel mallar ve Birleşmiş Milletler Örgütü'nün üye ülkelere sundukları eğitim, sağlık, tarımsal yardım gibi çok sayıda mal ve hizmeti içermektedir. Ancak, günümüzde devletin giderek artan fonksiyonlarına bağlı olarak, kamusal mal kavramı, yarı kamusal ve özel malları da içerecek biçimde kullanılmaktadır. Böyle bir yaklaşıma göre, piyasa mekanizmasının etkisizliği nedeniyle; örneğin devletin bebeklere bedava olarak sağladığı süt de bir tür kamusal (publicness) niteliği kazanmıştır. Bu nedenle, Musgrave, kamusal malları, “sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmetler biçiminde tanımlamaktadır” (Şener, 2008: 49-50)

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlarlar. Bu tür mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir. Ayrıca bedelini ödemeyenler için hizmetin (özel) faydasından dışlanması da söz konusudur. Bu mallar, bölünebilme ve fiyatlandırılabilme özellikleri nedeniyle özel mala benzerken, bazen birlikte tüketim olanağı vermesi ve sosyal fayda yaymaları nedeniyle kamusal nitelik de taşırlar. Ancak tüm sağlık hizmetleri aynı özellikleri gösterdiklerini söyleyemeyiz. Örneğin, doğrudan hastalarla ilgili olmayan önleyici veya koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal

mallar içinde yer alır. Çünkü bu mal ve hizmetler toplumun tamamına sunulur. Ödeme yapmayanlar bu hizmetten dışlanamaz. Faydası bulunmadığı için de fiyatlanamaz ve pazarlanamaz. Bu tür hizmetlerde kamu kesimi üretici olmak zorundadır. Sağlık piyasaları içinde üretimi yapılan mal ve hizmetlerin bir bölümü saf kamusal mal niteliği taşıırken (koruyucu ve önleyici hizmetler) bir bölümü yarı kamusal mal niteliği taşırlar (tedavi edici hizmetler) (Mutlu ve Işık, 2005: 47)

2.2.2. DIŞSALLIKLAR

Dışsallıklar, çok genel olarak bir ekonomik birimin üretim ve / veya tüketim faaliyeti sonucunda, başka birimlerin fayda ve / veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Burada üretici ve tüketicilerin diğer üretici ve tüketicilere sağlamış oldukları fayda ve zararlar tamamen piyasa dışıdır. Dış fayda ve kayıpların pazarlanamama niteliği önemlidir. Bu durum, özel faydası yanı sıra sosyal faydası olan mal ve hizmetlerin piyasada eksik üretilmesi; özel maliyeti yanı sıra, sosyal maliyeti olan mal ve hizmetlerin ise aşırı üretilmesi, dolayısıyla optimum kaynak dağılımının gerçekleşmemesi sonucunu doğurmakta ve kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik yapılan çalışmalar dışsallığa bir örnektir. Bireyler, çocuk felci, grip gibi bulaşıcı hastalığa yakalandıkları zaman sadece kendileri için tehlike yaratmakla kalmazlar, aynı zamanda akrabaları, aileleri, arkadaşları, komşuları ve ilişkide buldukları herkes için hastalık riskini yükseltirler. Bireylerin bu hastalıklardan korunması için önlemler alındığında sadece kendileri bir fayda elde etmekle kalmaz, aynı zamanda etrafındakilere ve yukarıda açıklanan kişi ve gruplara da fayda sağlarlar. (Mutlu ve Işık, 2005: 49)

2.2.3. İKAME EDİLMEZLİK

Sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı konamaz ve ikame edilemez.(Saltık, 1995: 38)

2.2.4. ERTELENEMEZ OLUŞU

Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet üretilmektedir, sağlık durumu bozulan ya da sağlık durumundan şüphelenen kişiler her an sağlık hizmeti almak için başvurabilir. Bu başvuruyu geri çevirmek bilimsel, hukuksal ve etik bakımdan olanaklı değildir. Hastanın tedavisi için gerekli işlemler zaman yitirmeksizin gerçekleştirilir.

2.2.5. BELİRSİZLİK VE ÖNGÖRÜLEMEZLİK

Sağlık hizmetinin özelliklerinden biri de belirsizlik ve öngörülemezliktir. Özellikle kazalarla (iş kazası, trafik kazası, ev kazası, deprem gibi.) ilgili olarak gerekecek hizmetlere kimin ne zaman gereksinim duyacağı önceden öngörülemez. Elbette bu özellik kazalarla sınırlı değildir. Birçok hastalık için de aynı özellik geçerlidir.

Örneğin, bulaşıcı hastalılar, sağlık hizmeti talep ve tüketiminde patlamaya yol açarken ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemleri sınırlayan bir etken olabilir. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzensiz ve kesintisiz olmaktan çok öngörülemez niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamamaktadır. Örneğin, gıda maddeleri gereksinimi yeterli gelire karşılanabilir. Buna karşın, sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak tek başına belirleyici bir etken değildir. Çok iyi gelire sahip bir birey, farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir. (Aktan, Işık 2007: 11)

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini incelediğimiz zaman, hem birey hem de toplum için oldukça önemli bir yere sahip olduğunu görüyoruz. Yerine başka bir hizmeti ikame edilemiyor, önceden tahmin edilemeyen hastalıklar çıkabiliyor, ertelenemeyecek kadar önemli bir hizmet gerektiriyor. Bu özelliklerinden dolayı devletlerin sağlık hizmetine ayrı bir önem ve yer vermesi gerekiyor.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Dünyaya genel olarak baktığımız zaman, sağlık hizmeti verme gayretleri genellikle iki başlık altında toplanıyor. Bunlardan biri, sağlık hizmetlerini bir kamu sorumluluğu olarak kabul eden sistem, düşüncedir. Bu düşünceye göre, sağlık hizmetlerinin özellikle kamu aracılığı ile sunulması, yürütülmesi gerektiği benimseniyor. Diğer sistem ise, sağlık hizmetlerinin bir kişi sorumluluğu olarak kabul edildiği sistemdir. Bu sistemde hizmetleri özel girişimciler eliyle yürütülmeye çalışılır. Dünyada bu iki sistemi çok net sınırlarıyla uygulayan ülkeler olduğu gibi, bu iki sistemin karması bir yapıya sahip ülkelerde vardır. Doğu Avrupa, İsveç gibi ülkeler kamu sistemini benimserken, Amerika Birleşik Devletleri, özel girişimciliği benimsemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu iki sistemin karması bir tercih yapıyorlar.(Akdur, 1990: 155)

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu iki yöntem ve bunlar dışında uygulanan diğer yöntemleri şu şekilde sayabiliriz: (Aktan, Işık, 2007: 15-17)

- **Sağlık hizmetlerinin doğrudan piyasa üretici birimlerince (özel sağlık kurumları ve özel hastaneler tarafından) sunumu:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı ile piyasada faaliyet gösteren teşebbüsler tarafından sunulmaktadır. Özel teşebbüs sunduğu bu hizmetleri bir bedel karşılığında tüketiciye sunar ve bu bedeli ödeyemeyen tüketiciler bu hizmetten yararlanamaz. Bu bedel sosyal güvenlik kurumları veya özel sigorta aracılığı ile de olabilir.
- **Sağlık hizmetlerinin doğrudan devlet tarafından vergilerle finanse edilerek sunumu:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri bizzat devlet (merkezi yönetim ya da yerel yönetimlere bağlı sağlık ocakları, poliklinik ve hastaneler) tarafından sunulur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamen vergilerle karşılanır.

- **Sağlık hizmetlerinin merkezi devlet tarafından bir fiyat karşılığında sunulması yöntemi:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri merkezi yönetim içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından sunulmaktadır. Hizmetten yararlananlar, yararlandıkları hizmetin karşılığını kendileri öderler.
- **Sağlık hizmetlerinin merkezi idare tarafından verilen yetki çerçevesinde yerel yönetimler tarafından sunumu:** Bu yöntemde merkezi idare bazı mal ve hizmetlerin sunumunu yerel yönetimlere bırakmaktadır. Yerel yönetimler sağlık hizmetlerinin finansmanını ya merkezi idareden yapılan yardımlarla finanse etmekte veya yerel hizmetlerden yararlanan kimselerden alınan harçlarla ve konulan vergilerle karşılamaktadır.
- **İhale yönetimi ile sunum:** Bu yöntemde devlet (merkezi devlet ya da yerel yönetim) sağlık hizmetlerinin sunumu için özel bir firma ile sözleşme yapmaktadır. Devlet, özel firmaya sağlık hizmetlerinin tüketicilere sunulması karşılığında bir para ödemektedir. Örneğin, temiz su sağlanması hizmetini devlet, doğrudan kendisi yapmak yerine ihale sözleşmesi ile özel sektöre devredebilir.
- **Sübvansiyon yöntemi ile sunum:** Bu yöntemde devlet sağlık hizmetini bizzat kendisi sunmak yerine özel sektöre sübvansiyon vererek mal ve hizmetin özel firmalar tarafından sunulmasını sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde, sübvansiyonlar direkt, karşılıksız nakit sübvansiyonları olabileceği gibi, aynı sübvansiyonlar, vergi sübvansiyonları ve garanti sübvansiyonları şeklinde olabilir. Örneğin, devletin sağlık sektörünü desteklemek için sağlık hizmet üreticilerini teşvik etmesi yanında aynı ve/veya nakdi sübvansiyonlar sağlaması da buna örnek sayılabilir.

- **Sağlık hizmetlerinin kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar tarafından sunumu:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı gütmeyen bazı özel ve kamusal kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Vakıflar, dini organizasyonlar, azınlık grupları ve hayırsever kuruluşların bu konudaki faaliyetleri örnek olarak verilebilir.
- **“Yap-İşlet-Sahip Ol” veya “Yap-İşlet-Devret” Yöntemi:** Bu yöntemde, devlet bir kısım sağlık hizmetlerini bir sözleşme ile özel kesime devretmektedir. Özel kesim veya yabancı yatırımcı, devlet desteği ile sağlık hizmetlerini sağlayacak-üretecek bir işletmeyi kurmakta, belirli bir süre işletmekte ve daha sonra da sahip olmakta veya devlete bırakmaktadır. Bu yöntem ile devlet bizzat kendisi bir faaliyeti üstlenmemekte, özellikle yabancı yatırımcıları ve yerli firmaları teşvik edici bir rol oynayarak bunların faaliyette bulunmalarını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında kullanılan yöntemler yukarıda saydığımız gibidir. Her ülke kendi şartlarına ve yapısına uygun olarak bu yöntemlerden birini ve birkaçını uygulamaktadırlar.

Bazı Avrupa ülkelerinde yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili görev ve yetkileri incelendiğinde gerek illerin gerekse belediyelerin değişik derecelerde sağlık hizmetiyle ilgili görev ve sorumluluklarının olduğu görülür. Bunlar, ülkelere göre aşağıda tablo şeklinde verilmiştir.

Tablo3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Bazı Ülkelerin Görev Dağılımı

ÜLKE	Yerel Örgüt	Görev ve Sorumluluk
Belçika	Belediye + İl yönetimi	Hastane ve doğum evlerinin açılması ve işletilmesi, sağlık, kamu hijyeni, koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı hizmetleri
Danimarka	Bölge yönetimi Bölge + Yerel yönetim Yerel yönetim	Hastane hizmetleri Genel sağlık hizmetleri Çevre sağlığı hizmetleri
Finlandiya	Belediyeler	Hastane, kişisel ve çevre sağlığı hizmetleri
Fransa	Belediye İl yönetimi	Bazı acil yardım hizmetleri Tıbbi denetim, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ana ve çocuğun korunması
Hollanda	Belediye Merkezi yönetim+Belediye Merkezi + İl + Belediye	Hastane ve bakım evlerinin kurulması ve işletilmesi. Kişisel Sağlık hizmetleri Çevre Sağlığı hizmetleri
İspanya	Belediye	Çevre Sağlığı hizmetleri, il sağlık kurumlarının hizmetlerinin yönetimine katılma
İsveç	Belediye İl yönetimi	Çevre sağlığı ile kronik hastalık evleri Hastane hizmetleri

İsviçre	Belediye	-Cenevre Kantonu'nda Çevre sağlığı hizmetleri -Neuchatel Kantonunda hastane, kişisel sağlık hizmetlerinin yönetimi ve çevre sağlığı hizmetleri
Lüksemburg	Merkezi yönetim + Belediye	Çevre Sağlığı hizmetleri, hastane ve huzur evleri yapmak ve işletmek
Norveç	İl yönetimi Belediye Belediye kontrolünde özel şirketler	Hastane hizmetleri İlk yardım ve poliklinik hizmetleri Çevre sağlığı hizmetleri
Portekiz	Belediye	Sağlık merkezleri kurmak ve işletmek

Kaynak: Uz, 1999: 108-109; Yıldırım, 2011: 354-450

Tabloda da gördüğümüz gibi birçok ülkede sağlık hizmetleri merkezi yönetim ve yerel yönetim tarafından beraber karşılanmaktadır. Bazı ülkelerde merkezi yönetim daha önemli bir rol üstlenmişken, bazılarında yerel yönetimler de önemli bir yere sahip olmaktadır. Tabloda yer alan bazı ülkeleri aşağıda inceleyelim.

Fransa, günümüzde uyguladığı sosyal güvenlik sistemini, genel sağlık sigortasını da içerir şekilde 4 Ekim 1945 yılında oluşturmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki süreçte, politika önceliğini savaştan yıpranarak çıkan ülkeyi yeniden inşa edebilme şeklinde saptayan Fransa, sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla da önce çalışanlar ile ailelerinin, ilerleyen süreçte ise tüm toplumun sosyo-ekonomik güvencesini sağlayabilmeyi amaç edinmiştir. Bu bağlamda 1945 yılında genel sağlık sigortası sadece işçiler ile ailelerini kapsarken, 1961 yılına gelindiğinde çiftçiler genel sağlık sigortası bünyesine alınmış, 1966 yılında ise tarım dışı serbest meslek faaliyeti ifa eden bireyler sistem kapsamına dâhil edilmiştir. Günümüzde Fransız sağlık sigortası

sistemi toplam nüfusun % 95'ini kapsamakta ve üç ayrı alt daldan oluşmaktadır. Bunlardan ilki, genel düzen olarak tanımlanmakta olup, ticaret ve sanayi dalında çalışan işçiler ile aileleri bu başlık altında sağlık sigortası bünyesine alınmaktadır. İkinci sağlık sigortası uygulaması, tarım sektöründe çalışan bireyleri kapsamakta ve “tarım düzeni” olarak anılmaktadır. Üçüncü ve son sağlık sigortası uygulaması ise tarım dışı sektörlerde çalışan işçiler ile serbest meslek erbaplarını sağlık sigortası kapsamına alan sigorta fonudur. (Sandier, Paris ve Polton, 2004: 5-8).

Tüm Fransız nüfusu, zorunlu sağlık sigortasına tabidir. Hastanın hekim seçme özgürlüğü vardır. Yani hekimler serbest çalışır. Hasta hekime vizite ücreti öder, sonra sigortadan geri alır. Hastanelerin büyük bir bölümü kamu hastanesidir. Finansman, çalışan ve işveren primiyle sağlanır. Açık devlet tarafından karşılanır. İlaç giderleri için hasta katılımında bulunmaktadır. (Tokat, 2004: 21)

Fransa'da sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sağlık politikalarının belirlenmesinden devlet, zorunlu hastalık sigortası kasaları ve il düzeyindeki kuruluşlar sorumludur. Devlet, himayecilik görevini, merkeze, bölgelere ve vilayetlere bağlı hizmet birimleriyle yerine getirmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı, kamu sağlığıyla ilgilenen Sağlık Genel Müdürlüğü, Hastaneler ve Tedavi Organizasyonu Müdürlüğü olmak üzere, iki büyük müdürlüğün dışında devlet çok sayıda komite ve ajans kurmuş ve bazı önemli yetkiler buralara bırakılmıştır. Bu komite ve ajanslara örnek olarak, Ulusal Sağlık Nöbeti Enstitüsü, Fransız Sağlık Ürünleri için Sağlık Güvenliği Ajansı, Fransız Besin Sağlık Güvenliği Ajansı, Çevre Sağlık Güvenliği Ajansı vb gösterilebilir. Hizmet sunumunu kamu ve özel sektör birlikte yerine getirmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri serbest çalışan hekimler, dış hekimleri ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından verilmektedir. Hizmetlerin verildiği kuruluşlar yerel yönetimler tarafından yönetilen dispanserler ve hastanelerdir.(Türk, 2007: 162-166)

İsveç'te 1967 yılından beri tek bir sağlık sigortası mevcuttur ve tüm nüfusu kapsar. Hastaneler çok büyük ölçüde devlet hastanesi şeklindedir. Kamu hastanelerinde hasta ilk muayene ücreti dışında herhangi bir ödemede bulunmaz. Finansmanı vergi

yoluyla, yani devlet tarafından yapılır. Özel hastanelerde, hasta yine muayene ücreti öder, geriye kalan kısmı ise Sigorta Kurumu ödemektedir (Tokat, 2004: 21).

İsveç'te sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu bölgesel temele dayanmaktadır ve ağırlıklı olarak kamusal sorumluluk altındadır. Ulusal bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde organize edilmiştir. İsveç sağlık sisteminin en belirgin özelliği, 23 Eyalet konseyinin ve 3 büyük belediyenin bölgeleri ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin planlanması, finansmanı ve sunumunda merkezi role sahip olmalarıdır. Ayakta bakım hizmetlerinin neredeyse tamamı Eyalet Konseyleri'nin vergileri yoluyla finanse edilmekte ve Eyalet Konseyinin mülkiyetindeki hastaneler tarafından sunulmaktadır. Merkezi hükümetin sağlık hizmetleri alanında rolü rehberlik ve genel çerçeveyi belirlemekle sınırlıdır. (Jabukowski ve Buse: 1998)

İsveç halk sağlığı politikası, İsveç halk sağlığının en önemli belirleyicilerini içeren onbir hedef üzerine dayanmaktadır. Bu hedefleri sayacak olursak; Toplumun katılımı ve etkisi, Ekonomik ve sosyal güvenlik, Çocuklukta güvenli ve elverişli şartların sağlanması, Sağlıklı iş yaşamı, Sağlıklı ve güvenli çevre ve ürünler, Sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım aracılığı ile sağlık düzeyini yükseltmek, Bulaşıcı hastalıklara karşı etkili koruma, Güvenli cinsel yaşam ve üreme sağlığı, Fiziksel aktivite artırılması, Ürün güvenliği, Tütün ve alkolün kullanımının azaltılmasıdır. (Karakoç: 2012)

İsveç, vergi esasına dayalı sağlık hizmet sistemine iyi bir örnektir. Hizmetlerin finansman ve örgütlenme sorumluluğu bölgesel düzeyde demokratik olarak seçilmiş bölge meclislerine verilmiştir. Bu meclisler, bazı gelirlerini hükümet ödeneklerinden ve ulusal sosyal sigorta sisteminden elde etmekle birlikte gelir vergisinden pay alma hakkına da sahiptirler. Ayrıca, bölge konseyleri kendi bölgelerinde sağlık hizmeti sunumunu geniş biçimde düzenleme yetkisine de sahiptir. Birçok sağlık hizmeti faaliyeti ve hemen hemen bütün hastaneler bölge meclislerine aittir ve bu kuruluşlar tarafından işletilmektedir. İsveç'te sağlık hizmetlerinin genel yapısının üç temel özelliği vardır. Birincisi, karar alma yetkisi yerel yönetimlere, yani bölge meclislerine devredilmiştir. İkincisi, her bölge meclisi, kendi bölgesinde sağlık hizmetleri sunumunda tekele sahiptir. Üçüncüsü, meclisler kendi tesislerini

işletmektedirler. Bu nedenle mali ve hizmet sunumu için gerekli olan sorumluluğa da sahiptirler. (Dünya Sağlık Örgütü, 1998: 46)

Kapsayıcı bir sağlık sistemi uygulayan İtalya, sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla tüm vatandaşlarına ücretsiz olarak, ulusal, bölgesel ve yerel seviyede hizmet veren sağlık kuruluşları aracılığıyla sunmaktadır. İtalya kamu kaynağı esaslı bu sosyal sağlık güvenliği sistemine halkın %93'ünü kapsayan primli sosyal sağlık sigortası sisteminden geçmiştir. İtalya sağlık sistemi içinde hizmet veren kuruluşlar arasında Sağlık Bakanlığı, ulusal düzeyde hizmetlerin sunulmasında en etkili rolü oynamaktadır. Birincil sağlık hizmetleri, kişi sayısına göre ödeme yapılan, devlette sözleşme yaparak çalışan bağımlı veya bağımsız uzman hekimler, pratisyenler ve çocuk uzmanları tarafından sağlanmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri, kamu veya özel sektöre ait hastaneler tarafından verilmektedir. (Sargutan,2006: 176)

İtalya'da Ulusal Sağlık Sigortası bulunmaktadır. Bunun kuruluş amacı, sağlık hizmetlerini planlamak, tedavide eşitliği sağlamak, kamusal önlemleri almak, yerelleşme ile demokratikleşmeyi sağlamak ve genel gelirler içinde sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaktır. Ulusal Sigorta Sistemi, kazanca dayanan bölgesel vergiler, merkezi toplanan genel vergiler ve cepten ödemelerle finanse edilmektedir. Merkezi hükümet Ulusal Sigorta Fonunda toplanan vergileri nüfusa göre yerel yönetimlere dağıtmaktadır. Bölgeler ve özerk yönetime sahip eyaletler sağlık hizmetlerinin planlanmasından, finansından, izlenmesinden ve denetlenmesinden sorumludurlar.(Ateş, 2011: 93)

İtalya sağlık bakanlığının görevlerine baktığımız zaman önümüze çıkan temel noktaları şu şekilde sayabiliriz. Genel politika ve koordinasyon sağlanması, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sağlanması, hayvan hastalıklarının teşhisi, tedavisi ve önlenmesi, ülke genelindeki politika ve programın izlenmesi ile bölgesel olarak sağlık programını izlemek ve koordinasyon sağlamak, sağlık alanında bilimsel çalışmalar yapmak. İnsan sağlığı çevre ile bağlantılıdır, sağlık kuruluşları üzerinde kontrol ve denetim yapmaktadır. Hijyen ve sağlık düzenlemelerine uyum, teknik standartlar rehberi hazırlama, gıda üretimi de buna dahil edilmektedir. Sağlık hizmeti

sunan birimlerin düzenlemeleri, ulusal sağlık personelinin hukuki durumu, maliye bakanlığıyla uyumu, veterinerlik politikaları, mesleki hastalıklar, bölgesel sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesi ve hizmet sunan birimlere temel hizmetler konusunda referans olmaktır.(İtalya Sağlık Bakanlığı, 2012)

Fransa sağlık sunumunda daha merkeziyetçi bir yapısı ile karşımıza çıkmasına rağmen, sosyal yardım ve sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerin merkezi idare ile görev paylaşımında buldukları da olmaktadır. Fransa'da yerel idareler genel olarak bazı acil yardım hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve çocukların korunmasına yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır. İsveç ve İtalya'da merkez ile yerel arasında iş bölümü daha belirgin olarak karşımıza çıkmaktadır. İsveç'te yerel yönetimler çevre sağlığı, kronik hastalıklar ve hastane hizmetleri vermektedir. İtalya'da bölge yönetimleri ve belediyeler sağlık hizmetleri, hastaneler ve sosyal hizmetler alanında yetkilere sahiptir.

2.4. ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI

2.4.1. İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRİSİ

İnsan hakları evrensel bildirisinin 25. maddesinde sağlık hakkı tanımlanmaktadır. Bu maddeye göre (1) Herkesin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli, toplumsal hizmetler dâhil olmak üzere, sağlık ve gönencini güvence altına alacak, uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak öteki durumlarda güvenliğe hakkı vardır. (2) Analık ve çocukluk özel bir özen ve yardım görmek hakkına sahiptir. Bütün çocuklar evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı toplumsal korunmadan yararlanırlar.(İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948)

2.4.2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ANAYASASI

Anayasa'nın temel ilkelerini içeren bölümünde, Dünya Sağlık Örgütü'nün amacı "Tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmalar" şeklinde ifade edilerek bu amacı gerçekleştirmek için Örgüt'ün işlevleri sıralanmıştır. Bu işlevlerin birincisi, uluslararası sağlık çalışmalarının yönetimi ve eşgüdümüdür, ikincisi, Birleşmiş Milletler, İhtisas Kuruluşlar, hükümetlere bağlı sağlık yönetimleri, mesleki gruplar ve uygun görülen diğer örgütler ile etkin ilişkiler kurmak ve devam ettirmektir. Bir diğer işlevi ise aynı zamanda uluslararası kuruluşların önemli bir ilkesi olan ülkelerin iç işlerine karışmamaktır.(Sağlık Bakanlığı, 1997: 9)

2.4.3. AVRUPA SOSYAL ŞARTI

Avrupa sosyal şartının 11. Maddesinde sağlığın korunması hakkı düzenlenmiştir. Bu madde kapsamında, sözleşmeyi kabul eden taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra, sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak; Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak; Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıklar olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler. 13. maddede sağlık ve sosyal yardım hakkı düzenlenmiştir. Bu madde kapsamında, yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı, böyle bir yardım görenlerin, bu nedenle siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi; Herkesin, kişisel veya ailevi mahrumiyet halini önlemek, gidermek ya da hafifletmek için gerekebilecek öneri ve kişisel yardımları uygun kamusal ya da özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı taahhüt ederler hükmü yer almaktadır.(Avrupa Sosyal Şartı, 1965)

2.4.4. ULUSLARARASI ÇALIŞMA ÖRGÜTÜ ANAYASASI

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Anayasasının başlangıcında “işçilerin genel ve mesleki hastalıklara ve iş kazalarına karşı korunmaları” hükmü yer almaktadır. Örgüt Anayasasında yer alan bu hakların sağlanması için çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Toplumsal güvenlik hakkına ilişkin bu faaliyetlerin en önemlisi 1952 yılında kabul edilmiş olan Toplumsal Güvenliğin En Az Düzeyine İlişkin 102 Sayılı Sözleşmedir. Birden fazla bölümden oluşan sözleşmenin bölümlerinden her biri toplumsal güvenliğin ayrı bir dalını kapsamıştır. Ele alınan risk ve durumlar şunlardır: hastalık halinde sağlık yardımı, hastalık halinde tazminat, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalıkları, analık, sakatlık, ölüm ve aile yardımlarıdır. (Şakar, 1998: 18–20).

2.4.5. EKONOMİK, TOPLUMSAL VE KÜLTÜREL HAKLAR ULUSLARARASI SÖZLEŞMESİ

Sözleşmenin 9.maddesinde sosyal güvenlik hakkı düzenlenmişken, 12.maddesinde sağlık hakkı yer almıştır. Bu maddeye göre: “Bu sözleşmeye taraf devletler herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanır. Bu sözleşmeye taraf devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler şunlardır. Ölüm doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için önlemler alınması; çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi; salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi; hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli olan önemleri içerir” hükümleri yer almaktadır. (Ekonomik Toplumsal Kültürel Haklar Sözleşmesi, 1976)

2.4.6. ALMA- ATA KONFERANSI

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) yürütme kurulunun kararı ve Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nin daveti üzerine, Temel Sağlık Hizmetleri ile ilgili konferans Kazak Cumhuriyeti'nin başkenti

Alma-Ata'da 6–12 Eylül 1978 tarihleri arasında yapıldı. Konferansın amaçları arasında, bütün ülkelerde temel sağlık hizmeti fikrini geliştirmek, milli sağlık sistem ve hizmetlerinin geniş çerçevesi içinde, temel sağlığın geliştirilmesi ile ilgili deneme ve bilgi alışverişi yapmak, temel sağlığın ilgilendirdiği ve bu hizmetlerce daha iyi duruma getirilebileceği sürece, Dünyada halen mevcut olan tüm sağlık ve sağlık hizmetleri durumlarını değerlendirmek, temel sağlığın geliştirilmesine yönelik öneriler ele alınmıştır. Alma-Ata'da yapılan Temel Sağlık hizmetleri konulu Uluslararası Konferans sonrası, aşağıda önemli maddeleri belirtilen Alma-Ata bildirisi yayınlamıştır. (Öztek, 1992: 61)

(1) Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal birliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bununda mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının Dünya çapında en önemli bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeğini vurgulanmıştır.

(2) Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler ve özellikle sosyal ve ekonomik alanlarda bir varlık gösterememiş ülkeler arasında en yüksek derecesine ulaşması, bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir.

(3) Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan ülkelerle, gelişmiş ülkelerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

(4) Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevidir.

(5) Hükümetler kendi halkının sağlığından sorumlu olup bu sorumluluklarını sadece uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemler alma suretiyle yerine getiriler. Hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve önümüzdeki yıllarda oluşacak tüm dünya toplumlarının varacakları ana sosyal hedef tüm dünya insanları sağlık durumlarını, kendilerine sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşama götürme olanaklarını verecek 2000 yılı sağlık durumuna kavuşmalarını sağlamak olmalıdır. İşte temel sağlık hizmeti, kalkınmanın bir parçası olarak, öyle bir hedefi eşitlik ruhu içinde, elde etmenin yoluna açılan kapının anahtarını oluşturur.

Uluslararası belgeleri incelediğimiz zaman, sağlıktan hak olarak bahsetmeleri, herkes için ulaşılabilir ve eşit bir sağlık hizmeti sunulması ve herkesin daha iyi bir yaşam hakkına sahip olmalarının gerekliliğini, bunları sağlamakta kamuya önemli rol ve görevlerin düştüğünü belirtmelerini bu belgelerin ortak özelliği olarak sayabiliriz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YAŞANAN DEĞİŞİMLER

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

3.1.1. 1920- 1960 Arası Dönem

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile birlikte gerçekleşmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile **Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâletini** kurarak, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Sağlık Bakanlığı’nı kuran yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti’nin ilk sağlık bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında yerleşmiş köklü bir örgüt ve alt yapı ve toplumun gereksinimlere yanıt verecek yasal düzenlemeler yoktu. Her şeyin yeniden kurulması gerekiyordu. Bu yüzden, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söyleyebiliriz. Adnan Adıvar’dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Refik Saydam, sağlık hizmetlerinin alt yapısının kuruluşunda önemli çalışmalar yapmış ve bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur. Bu dönemde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kaydırılmıştır. (Akdur, 2006: 24).

Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklarla savaşa büyük önem verilmiş, hasta tedavi hizmetleri öncelikli ve asli hükümet görevi olarak kabul edilmiş, bu konuda daha çok yerel yönetimlere (belediyelere) önem verilmiştir. (Sargutan, 2006: 211-212)

1920 de kurulan sağlık bakanlığında birçok alanda düzenlemeler yapılmıştır. O dönemin koşulları göz önüne alındığında bu düzenlemelerin yapılmasındaki amaç; Savaş sonarı sorunların üzülmesi, nitelik ve nicelik açısından sağlık personelinin desteklenmesi, merkezden köylere doğru bir yapılanma tesisi, koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaktır. (Sağlık Bakanlığı, 2007: 97)

1930 yılında ıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanunu halen yürürlüktedir.1930 yılında çıkarılan 1580 ve 1593 sayılı yasaların belediyelere verdiği görevleri şu başlıklar altında toparlayabiliriz. evre sağlığı görevleri, Tedavi edici sağlık tesisleri kurmak ve yönetmek görevleri, sosyal yardım görevleridir. (Tekeli, 2011: 84)

Cumhuriyet ilan edildiğinde, ülkede 86 hastane faaliyet göstermekteydi. Bu hastanelerde bulunan yatakların yarısı belediye ve özel idarelere ait hastanelerde; üçte biri özel ve yabancı azınlık hastanelerinde; kalanı ise yalnızca üç tane olan devlet hastanelerinde bulunmaktaydı.

Tablo4. 1923 Yılı Hastane Sayıları

Kurum Türü	Kurum Sayısı
Devlet Hastanesi	3
Belediye Hastanesi	6
Özel İdare Hastanesi	45
Özel Yabancı Azınlık Hastanesi	32
Toplam	86

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2009

1946 yılında sağlık sisteminde planlı bir döneme girilmesi arzu edilmiştir. Ancak sağlıkta planlı gelişim süreci yaşanamamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri gibi tedavi edici sağlık hizmetlerinin de merkezi yönetim tarafından sağlanması düşünülmüştür. 1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti bir yandan sağlık merkezlerini tüm yurda yaymaya çalışırken, öte yandan 1954 yılında 6134 sayılı yasa ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler (SSK, MSB, niversite hastaneleri hariç)

tek elde toplamış ve tamamen merkezi hükümet görevi sorumluluğu hale getirmiştir. (Akdur, 2006: 28).

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, ilk önemli girişim; Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” olmuştur. Bu planın ana hatları şunlardır: (Sargutan, 2006: 213)

Koruyucu hekimlik örgütü kurmak, köylerde sağlık örgütü kurmak, ihtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek, hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek, tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurmak, sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmaktır.

Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da yine bu dönemde başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler de yine bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 98).

3.1.2. 1960-1980 Arası Dönem

1960 ihtilalinden sonra sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dahil olmak üzere, tüm sektörler yeniden düzenlenmiş planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa kabul edilmiştir. Bu yasaya göre, “ *Finansman devlet bütçesinden karşılanacaktır. Hastalar bakım için ücret ödemeyecektir. Temel örgüt, sağlık ocakları ve hastanelerden oluşacaktır. Sağlık kuruluşları tek elden yönetilecek ve her bir birim birbirini destekleyecek ve tamamlayacaktır.*” (Turan, 2004: 6)

1961 anayasası ile aynı yıl çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun dönemin sosyal devlet anlayışına uygun olarak, sağlık hizmetlerinin eşitlikçi bir anlayışla yaygınlaştırılmasını hedeflemiştir. Yasanın en önemli özelliği ulusal bir sağlık hizmeti sistemini kurgulamış olmasıdır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık politikaları sosyalleştirme hedefleri doğrultusunda belirlenmiştir.(Kartal, 2009: 34)

Bu dönemin önemli bir özelliği de kalkınma planlarının hayata geçmiş olmasıdır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planlarının uygulanma zamanları bu döneme rastlamaktadır. Bu kalkınma planlarında sağlık alanı ile ilgili olan kısımları aşağıda incelenmiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967): 1.BYKP’de sağlık kamu hizmetleri arasında ele alınıp düzenlenmiştir. Ana ilke olarak halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi benimsenmiştir. Buna paralel olarak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi önemli bir ilke olarak planda yer almıştır. Ayrıca evde ve ayakta bakım yapılması, toplum hekimliğine önem verilmesi gibi ilkelere yer verilerek halkın hizmete kolay erişebilmesi sağlanmak istenmiştir. Hizmetin sunulması bakımından kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, özel sektörün hastane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması ilkelerine yer verilmiştir. Bu planda hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline getirilmesinin araştırılması, yerli ilaç sanayinin teşviki ilkeleri de bulunmaktadır. (I. BYKP, 1963)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972): Toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, hastalara eşit tıbbi bakım, halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanması, sağlık personeli eğitim ve istihdamında kuruluşlar arasında standardizasyon sağlanması, tedavi ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması planın ilkeleri arasında yer almaktadır. II. BYKP’de sağlık eğitimine önem verilmiş, halkın

sağlık eğitiminin sağlanması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde özel sektöre önem atfedilerek, teşvik edilmesi benimsenmiştir. (II.BYKP).

Önceki planda yer alan sağlık sigortası konusunda bu kez daha açık olarak, genel sağlık hizmetinin kurulmasına kademeli olarak geçilmesi ilkesine yer verilmiş ve genel sağlık sigortasının kurulması düşüncesi ilk kez ortaya konulmuştur. Önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacaktır. II. BYKP’de hedefler belirlenmemiş, ilkeler kısmında temel olarak ele alınan sağlık hizmetlerinin tüm yurda eşit olarak dağıtılması düşüncesi gerçekleştirilememiştir. Mevcut kaynakların dağılımındaki eşitsizlikler artarak devam etmiş ve hizmetler büyükşehirlerde yoğunluk göstermiştir. (II.BYKP).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977): Plana göre sağlık sektörünün ana sorunları, hizmetin bütünleştirilmesi, yaygınlaştırmada alt gelir gruplarına öncelik verilmesi, kentleşme ve sanayileşmeyle bağdaşacak bir sistem seçimidir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin rasyonel, koruyucu hizmetlerin etkin kullanımı ile sağlık hizmetlerinin herkesin yararlanacağı bir yaygınlığa kavuşturulması isteği, kısaca 1963’te başlatılan hizmetin sosyalleştirilmesi hedefi, planın en önemli ilkelerinden biridir. (III.BYKP).

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1984): IV. BYKP’nın sağlık ile ilgili bölümünde daha evvel hedeflenen sosyalleştirme seviyesinin yakalanamadığı tespiti yapılarak başlanmaktadır. Bu planın temel ilkesi, sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmektir. Bunu gerçekleştirmek için;

- (1) Tam süre çalışma yasasına etkinlik kazandırılacaktır.
- (2) Sosyalleştirme programına ağırlık verilecek, bu kapsamda ana sağlığı ile ilgili programlar geliştirilecek ve bu amaçlar doğrultusunda köy ebelerinin işlevleri geliştirilecektir.
- (3) İlaçlar üzerinde denetim arttırılacaktır.

(4) Dengeli beslenme açısından eşit hizmet verebilmek için üretimi teşvik edici ve özendirici tedbirler alınacaktır.

(5) Sağlık personeli yetiştiren okulların toplum sağlığı konularına ağırlık vermesi sağlanacaktır.

IV. BYKP'nın sağlık konusundaki hedefleri ise şunlardır:

Sosyalleştirmenin plan döneminde bütün yurtda uygulanabilmesi, genel amaçlı ve doğum evi yatak sayılarını arttırmak, bölgeler arası dengeyi sağlamak, yatak niteliklerini arttırmak ve mevcudun verimli çalışmasını sağlamak. Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenlemeler yapılacak, sosyalleştirme ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalanların sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanacaktır. Teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerin alınması, kullanılması ve sağlık sisteminde kullanılmasında standartlaşmaya gidilecek ve bunların kamu eliyle yeterli sayı ve standartta üretimi sağlanacaktır. (IV. BYKK)

3.1.3. 1980'den Günümüze

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde dönüşüm, 1982 Anayasası ile başlamıştır. Bu Anayasa'da Cumhuriyet tarihinde ilk defa, devletin sağlık ile ilgili görevlerini özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü yer almıştır. Bu değişiklikle, devletin sağlık alanındaki sorumluluğu düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştüğü görülmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında devletin payının azaltılması ve özel sektörün desteklenmesi amacına yönelik ilk önemli kararlar, Milli Güvenlik Kurulu yönetimi tarafından yine bu dönemde alınmıştır. Aynı zamanda, 1981 yılı sonunda alınan Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş ve 1983 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. Ayrıca, bu dönemde finansmanı halktan alınacak ek primlerle sağlanacak Genel Sağlık Sigortası ile ilgili çalışmalar da başlatılmış ancak tamamlanamamıştır. (Soyer, 2003: 306).

Beşinci, Altıncı, Yedinci, Sekizinci ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planları bu dönemde hazırlanmıştır. Bu kalkınma planlarındaki sağlık hizmetleri ile ilgili olan kısımları da bu bölümde inceleyebiliriz.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985- 1989): 1985–1989 yılları arasında kapsayan V.BYKP’de başlayarak sağlık konusunda ayrıntılı düzenlemeler terk edilmiş ve planlarda sadece hedeflere, ilke ve politikalara yer verilmeye başlanmıştır. Tüm ülke çapında sosyalleştirme 1984 yılı itibariyle tamamlanmış olup bu kez hizmetlerde verimliliğin artırılması ve mevzuatın güncelleştirilmesi hedeflenmiştir.

V.BYKP’nın temel ilkesi, sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak ve genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ve her yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamayı amaçlamıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili ve yaygın olmasını sağlamak ve bu amaç için araç-gereç eksikliklerinin tamamlanması; çocuk ölümlerinin azaltılması için ilgili kuruluşlarla iş birliği ve dayanışma sağlanması; hastanelerin daha rasyonel ve verimli çalışmasının sağlanması, rehabilite edici hizmetlerin kapasite ve nitelik olarak yükseltilmesi; tıbbi cihazların kullanımı, bakımı, onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için okullara müfredat konulması; bütün kuruluşların sağlık hizmeti için teşkilatlanması yerine mevcudun aktif hale getirilmesinin sağlanması planının diğer ilkeleri arasında sayılmaktadır. (V. BYKP)

Önceki planlarda yer almayan bir düzenlemede bu planın ilkeleri arasında sayılmıştır: Özel sağlık kurumlarının ve hastanelerin teşvik edilmesi. Dünyada etkisini gittikçe artıran özelleştirmeci eğilimler ülkemizde de etkisini göstermiş ve V. BYKP’de şu şekilde ifade edilmiştir “... Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir. Kamu kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılarak, mevcut sağlık kurumlarından faydalanılması esas olacak, bu yönden

gerekli düzenlemeler yapılacak, sağlık sigortasına geçiş dönemi içinde ele alınacaktır.” Bu yeni düzenleme ile sağlık hizmetlerindeki ağırlık kamudan özel sektöre kaydırılmak ve devreye özel sağlık sigortaları sokulmak istenmektedir.(V. BYKP)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990- 1994): Bundan önceki beş yıllık kalkınma planıyla başlayan, planlarda sağlığa az yer ayırma VI. BYKP’de devam etmiştir. Temel ilkeler, hedefler ve yürütülecek politika genel ifadelerle düzenlenmiş ayrıntıya girilmemiştir. Bu tutumda devletin sağlık alanından yavaş yavaş elini çekmeye başladığını ve özel sektörün bu boşluğu doldurmasının hedeflendiği düşünülebilir. VI. BYKP’nin temel ilkesi, sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak için sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmaktır. Bu planda koruyucu sağlık hizmetleri uzun aradan sonra bir kez daha gündeme getirilmiş ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması ilke olarak kabul edilmiştir.

1990’lardan itibaren piyasa yönelimli sağlık anlayışının özü hiç değiştirilmeden “sağlık reformu” çalışmaları başlatılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortası’na geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel konular olmuştur. Ayrıca yine bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi ve genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin yetkili kılınması bu reformun temel noktalarından olmuştur. (Soyer, 2003: 312-313).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996- 2000): Bundan önceki planlarda yer alan sağlık sigortası uygulamaları VII. BYKP’de yer almıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda kamu kesiminin ağırlığı bu plan döneminde de devam etmektedir. Sağlık

hizmetlerinden yararlanan nüfusun tüm ülke çapına yayılması planın öne çıkan hedeflerindedir. Bu çerçevede yürürlüğe konulan yeşil kart uygulamasında meydana gelen aksaklıkların giderilmesi düşüncesine planda yer verilmiştir. VII. BYKP’de sağlık hizmetlerinde sigorta uygulamasından yararlanılmasına ve özelleştirme uygulaması hayata geçirilerek hizmet kapasitesi uygun sağlık kurumlarından özelleştirmeye başlanılmasına yer verilmiş ve bu yönde hukuki ve kurumsal düzenlemeler yapılması kararlaştırılmıştır. Bu kanuni düzenlemeler arasında Kamu Sağlığı Kanunu, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu bulunmaktadır. (VII BYKP)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001- 2005): Sağlık personel sayısı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılması ihtiyacı önemli bir konu olmaya devam etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilmemiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleri ile birlikte yaygın ve sürekli ve etkili kullanılması sağlanamamıştır, hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. VIII. BYKP’de önceki plan döneminde gerçekleştirilmesi düşünülen aile hekimliği uygulamasına geçilemediği, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamadığı, hastanelerin idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamadığı ve işletmecilik anlayışının sağlanamadığı belirtilmektedir.

VIII. BYKP’de sağlık hizmetlerinin, eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturulacağı bahsedilmişken, emeklilik ve sağlık sigortası hesapları ve hizmetlerinin birbirinden ayrıcalığı, sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine çalışılacağı belirtilmektedir. Bunun yolunun sağlık sigortası olacağı ve genel sağlık sigortasının da bu yönde hizmet vereceği açıklanmaktadır. Planda ilke olarak sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sağlanması kabul edilmiştir. Yine kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmetleri kapasitesinin geliştirilmesi, semt polikliniği uygulanmasının yeniden yapılandırılması, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından yararlanılması ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ilke olarak

kabul edilerek sosyal bir hak olan sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına bırakılacağı izlenimini vermektedir.(VIII BYKP)

1990'lı yıllar, Türk sağlık sistemine ilişkin politika belirleme sürecinde bir dönüm noktası olarak değerlendirilmektir. Gerek Türk sağlık sisteminin içerisinde bulunduğu sıkıntılar, gerekse değişen ve gittikçe dinamikleşen uluslararası tartışma ve gelişmeler, Türk sağlık sistemine ilişkin reform adımlarını gündeme getirmiştir. Bu anlayış değişikliğinin ilk yansımalarından birini Sağlık Bakanlığı'nın 1990 yılında yayınladığı "2000 Yılında Herkese Sağlık: Ulusal Sağlık Politikası" isimli çalışma sergilemektedir. İlgili doküman çerçevesinde, temel olarak sağlıkta eşitsizliği azaltmak, halkın katılımını sağlamak, sağlık eğitimini geliştirmek, temel sağlık bakımı çerçevesinde sektörler arası etkileşimi artırmak gerçekleştirilmesi amaçlanan hedefler arasında yer almaktadır. Sözü edilen reform çalışması çerçevesinde, sağlık alanında hem örgütsel hem de finansal düzenleme yapılması öngörülmektedir. (Tatar ve Diğerleri, 1997: 228)

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007- 2013): Dokuzuncu Kalkınma Planı Türkiye'nin uzun vadeli sosyo-iktisadi hedeflerini yansıtacak şekilde hazırlanmıştır. Özellikle Avrupa Birliği'ne tam üyelik müzakerelerinin devam ettiği bir süreçte hazırlanan bu plan, birliğin çok yıllık bütçeleme sistemi ile paralel yedi yılı kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. 2007- 2013 yıllarını kapsayan uzun vadeli strateji dikkate alınarak Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın vizyonu "istikrar içerisinde büyüyen, gelirini daha adil paylasan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, Avrupa Birliği'ne üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" şeklinde belirlenmiştir.

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda 2007-2013 yılları arasında sağlık sisteminin daha etkin ve rasyonel hale gelebilmesi için yapılması planlanan uygulamalara yer verilmiştir. Bu bağlamda planda, sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay bir hale getirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının giderileceği ve ülke genelinde genel dağılımlarının dengeli bir hale getirileceği belirtilmiştir. Ayrıca vatandaşların sağlık hizmetlerine kolayca erişimini sağlayabilmek için genel sağlık sigortası

sisteminin hayata geçirileceği ifade edilmiştir. Planda, birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere tüm basamaklarda sağlık hizmetleri kalitesinin, geliştirilen altyapı ve nitelikli personel ile yükseltileceği ve bu şekilde uluslararası standartlara ulaşılabileceği belirtilmiştir. Bu plan döneminde hizmet kalitesinin artırılması, sağlık kuruluşlarının daha verimli işletilebilmeleri amacıyla hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir statüye kavuşturulacağı ifade edilmiştir.(IX BYKP)

Devletin sosyal ve ekonomik hayattaki rolünün küçülmesi, özelleşme, verimlilik gibi kavramlar sadece üretim sektörlerini değil, sağlık ve eğitim gibi sosyal sektörleri de içine almaktadır. Bu durum, gelişmiş ülkelerde gönüllü olarak ve bir ihtiyaca cevap olarak ortaya çıkmış, gelişmekte olan ülkelerde ise Dünya Bankası, IMF gibi uluslararası kuruluşlar itici güç rolünü oynamıştır. Bu kuruluşlarca benimsenen ve finansal güçlük içindeki ülkelere sağlanan kredilerin önemli bir şartı olan ‘Yapısal Uyum Programları’, temel olarak her alanda kamunun rolünün azaltılması, özel sektörün teşvik edilmesi ilkesini benimsemiştir. Dünya Bankası ilk kez bu dönemden sonra sağlık sektörüne doğrudan müdahale etmeye başlamış ve bu müdahale, sektöre sağladığı kredilerle ‘sağlık reformu’ sürecinin Türkiye’nin de aralarında bulunduğu birçok gelişmekte olan ülke tarafından benimsenmesi ile sonuçlanmıştır.(Tatar, 2007: 416)

58. hükümet acil eylem planı kapsamında, etkin, kaliteli, yurt düzeyine dengeli dağılımı olan bir sağlık sistemi oluşturma ile temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme gibi mükerrer temel hedefler belirlenmiştir. 58. Hükümet Acil Eylem Planı Sağlık Politikası Öncelikleri; sağlık bakanlığı yeniden yapılandırılacak, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılacak tek bir çatı altında toplanacak, genel sağlık sigortası sistemi kurulacak, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek, koruyucu hekimlik yaygınlaşacak, özel sektörün sağlık alanında yatırım yapması özendirilecek. (58. Hükümet Acil Eylem Planı)

Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için

vazgeçilmezdir. Hükümetimiz, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında görmektedir. Sağlık hizmetleri bütünsel bir anlayışla ele alınacak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidilecektir.(59. Hükümet Programı)

Kalkınma planları ve hükümet programlarında yapılması öngörülen sağlık ile ilgili düzenlemeler Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya geçilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programına baktığımız, programın üç temel ayağı bulunuyor. Bunlar aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özertleştirilmesidir. Aile hekimliği anlayışı, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetmeksizin birlikte incelenmesi gerektiği görüşünden hareketle geliştirilmiş bir sağlık hizmeti anlayışı ya da biçimidir. Bu modelde, aile hekimi bütün aile bireylerini tanır, ailenin yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını yakından bilir. Ailenin bütün bireyleri aynı kurumdan ya da hekimden koruyucu ve tedavi hizmeti görürler. Bu hekim, genellikle bir pratisyen hekim ya da genel pratisyen gibi çalışan bir uzman hekimdir.(Öztek, 2006: 2)

Aile hekimliği ilk kez 1996 yılında devletin resmi kayıtlarına girmiştir. 1996 yılında yayınlanan 7. Beş yıllık kalkınma planında, aile hekimliği hakkında kanunun çıkarılması ve aile hekimliği hizmet birimlerinin geliştirilmesi gerektiğinden söz edilmektedir. 2000 yılında yayınlanan 8. Beş yıllık planda ise “kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmeti kapasitesi geliştirilecek, semt polikliniği uygulaması yeniden başlatılacak, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından yararlanılacak ve aile hekimliğine geçilecek” denilerek sağlıkta özelleştirme ve aile hekimliğinde devletin kararlı olduğu net bir biçimde ifade edilmiştir. 1980’de başlayan, 1990’larda hızlanan sağlıkta özelleştirme süreci 2000’li yıllarda önemli bir mesafe kat etmiştir ve sonuçta 2005 yılında “Düzce Aile Hekimliği” uygulamasıyla önemli bir aşamaya gelinmiştir. (Yılmaz, 2008: 5). Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve

28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK” ile Aile Hekimliği Kanunu olarak düzenlenmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2012)

Sağlıkta Dönüşüm Programının bir diğer önemli ayağını, Genel Sağlık Sigortası oluşturmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31 Mayıs 2006 günü TBMM’de kabul edilmişti. Anayasa Mahkemesi Kanun’un bazı maddelerini iptal etti. Bunun üzerine yürürlük tarihi önce 1 Temmuz 2007’ye, sonra 1 Ocak 2008’e ertelendi. Ancak, ilk başta sadece 4/a (işçi), 4/b (Bağ-Kur-kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan) kapsamında sigortalı olanlar, isteğe bağlı sigortalılar, emekli, dul ve yetim aylığı alanlar Genel Sağlık Sigortası kapsamına girmiş, daha sonra da 15/01/2010 tarihinde 4/c (memur) kapsamında sigortalı olanlar Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştı. 5510 sayılı Kanunun 106. maddesi son fıkrası uyarınca 01/01/2012 tarihinde, 3816 sayılı Kanun yürürlükten kalkacak ve yeşil kart uygulaması sona ererek herkes genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası sisteminin özelliği, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrılarak, sistemin sağlık hizmeti satın alınması mantığı çerçevesinde kurulmasıdır. Genel Sağlık Sigortası sisteminin en temel özelliği, sağlık hizmetlerini yurttaşlık hakkı olarak gören ve bu çerçevede hizmeti genel bütçeden finanse ederek tüm yurttaşlara ücretsiz olarak sunan kapsayıcı bir sistemden farklı olarak, prim ödeyenlerin belirli standart sağlık hizmetlerinden yararlandığı, prim ödeyemeyecek durumda olan yoksul kesimlerin bu standart hizmetlerden yararlanabilmesi için sosyal yardım mekanizmalarının öngörüldüğü, sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde bulunanların da özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruluşlarına yöneltildiği bir model ortaya çıkmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık birimlerinin kurumsal örgütlenmesini, idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilecek olan sağlık işletmelerinin rekabeti prensibine dayandırmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin bazıları kendi kendilerini yönetecek bir statüye kavuşacak ve bu hastaneler kendi bütçelerini

hazırlayacak, kendi personelini istihdam edecektir. Özerkleşme aşamasını, özelleştirme aşamasının izleyeceği yönünde yoğun eleştiriler almaktadır.

1990'larda 'Sağlık Reformu Projesi' ve 2002'den itibaren 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi' adı altında yürütülen projeler Türkiye'de liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edebiliriz. 1980 sonrası iktidara gelen bütün hükümetlerin yapmaya çalıştıkları; devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamak, özel sektörü boşalan bu alana dahil etmek için teşvikler vermek, hizmet finansmanında ise primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası'nı hayata geçirmeye çalışmak olmuştur. Yapılan bu düzenlemelerle Türkiye'deki sağlık sektörünün liberalleşmesi süreci tamamlanmak istenmektedir.

3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖRGÜTLENMESİ

Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı, sağlık politikalarının belirlenmesinden ve sağlık hizmetlerinin planlamasından sorumlu kuruluşlardır. Kalkınma Bakanlığı'nın rolü, daha çok genel politikaların belirlenmesidir. Diğer sektörlerle beraber sağlık sektörü için belirlenen amaçlar, ilkeler ve politikalar, Beş Yıllık Kalkınma Planlarında yer alır. Sağlık Bakanlığı, bu öngörülere göre sağlık hizmetlerini planlar, gerekli faaliyetleri yürütür ve koordine eder. Bu haliyle Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikalarının geliştirilip uygulanmasından sorumlu önde gelen kuruluştur.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunan birimler, birinci basamakta sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastanesi poliklinikleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, özel muayenehaneler ve farklı büyüklükte diğer kamu dispanserleri ile vakıf poliklinikleridir. Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamakta yataklı tedavi hizmeti Sağlık Bakanlığı, özel kesim, Milli Savunma Bakanlığı, üniversitelere, diğer kamu kesimi tarafından verilmektedir.

3.2.1. SAĞLIK BAKANLIĞI

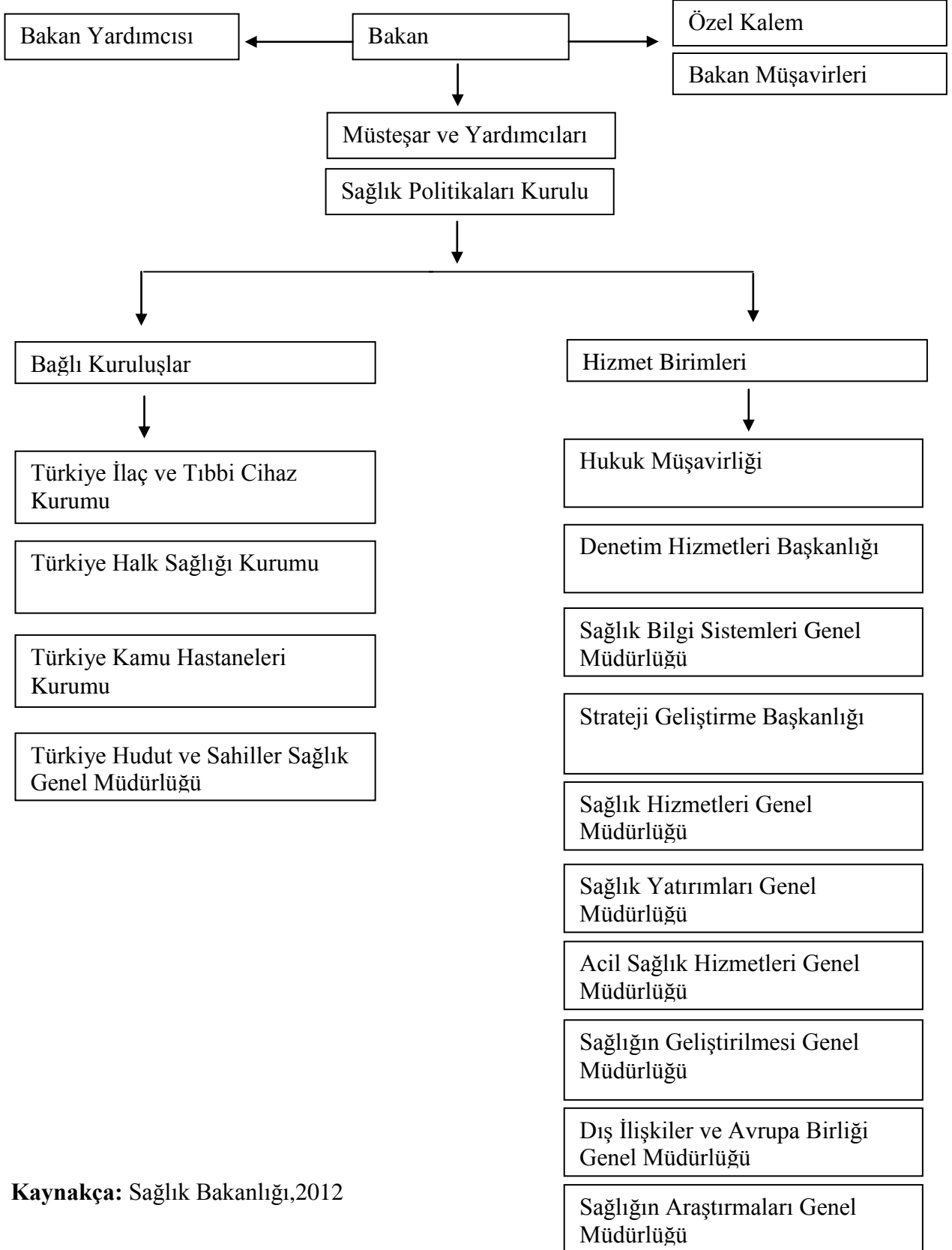
Sağlık hizmetlerini halka ulaştırılmakla beraber, sağlık politikalarının geliştirilip uygulanması ve koordine edilmesinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, aynı zamanda, tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünü yerine getiren kurumdur. Sağlık Bakanlığı, bu hizmetleri yürütecek şekilde merkez ve il düzeyinde örgütlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve ülke sathına yayılmış çok sayıda sağlık ocağı yanında, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren devlet hastaneleri ve özel dal hastaneleri bulunmaktadır. Sağlık örgütlenmesinin en uçtaki hizmet birimi, sağlık evidir. 2.000–2.500 nüfusa hizmet vermek üzere oluşturulan sağlık evlerinde bir ebe görev yapar. Ebe, bağlı olduğu sağlık ocağı hekiminin denetimi altında, koruyucu sağlık hizmetleriyle ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri verir. Sağlık ocakları, kırsal alanda 5–10 bin, kentsel alanda 30–50 bin nüfusa hizmet edecek şekilde kurulur. Sağlık ocaklarında, bulunduğu yerleşim yerine (şehir, ilçe merkezi, köy) göre değişen sayıda olmak üzere hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebeden oluşan bir sağlık ekibi görev yapar. (Sağlık Bakanlığı, 2012)

Sağlık ocakları yanında, bazı özel nüfus gruplarına ve hastalıklara yönelik olarak kurulmuş birinci basamak sağlık kuruluşları da mevcuttur. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, il ve büyük ilçe merkezlerinde mevcut olup, toplum sağlığı açısından öncelikli gruplar olan anne ve çocukların sağlığına yönelik olarak hizmet verir. Ayrıca, verem savaş dispanseri gibi hastalık merkezli birinci basamak sağlık kuruluşları da mevcuttur.

3.2.1.1. SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ ÖRGÜTLEMESİ

Sağlık Bakanlığı'nın örgüt şemasına baktığımız zaman, Bağlı Kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu ve Hizmet birimleri olmak üzere üç ana başlıktan oluşmaktadır. Bunlardan Bağlı kuruluşların içerisinde, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması



Kaynakça: Sağlık Bakanlığı,2012

Hizmet birimlerinde ise, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Bakanlık politikaları ve faaliyetleri ile ilgili olarak, gerek merkez teşkilatı birimleri arasında ve gerekse bakanlık dışı kuruluşlar ile bakanlık birimleri arasında eşgüdümü sağlamakla yükümlüdür.

Bakanlık politika ve faaliyetlerini uygulamaktan sorumlu ana hizmet birimleri, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'dür. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü ise yardımcı ve destek hizmet birimleridir.(Sağlık Bakanlığı, 2012)

Sağlık bakanlığının örgüt yapısını incelediğimiz zaman, görev ve yetkilerin çok büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında toplandığını görüyoruz. Hizmet sunumuna baktığımız zaman, Sağlık Bakanlığı uzun yıllardır, koruyucu ve önleyici hizmetler yerine, daha maliyetli olan tedavi edici sağlık hizmetlerine yoğunlaşmıştır. Bu sebeple, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olması gereken sağlık ocakları daha arka planda kalmış ve ilerleme kaydedememiştir. İstanbul, Ankara, İzmir vb gibi büyükşehirler dışındaki hastanelerin çoğunda malzeme ve ekipman eksikliği olması nedeniyle büyükşehirlerde sağlık hizmeti talepleri daha fazla olmaktadır. İleri teknoloji gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların dağılımında bölgesel dağılıma gerekli özenin gösterilmeyişi, ileri teknoloji isteyen cihazların büyükşehirlerde plansız bir şekilde çoğalması, bu hizmetleri talep edenleri büyükşehirlere yöneltmekte ve buradaki hastanelerde önemli yığılmalar yaşanmaktadır. Birçok ameliyat için aylar sonrasına randevular verilmektedir.

3.2.1.2. SAĞLIK BAKANLIĞI İL ÖRGÜTLEMESİ

İllerde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve kamu sağlığı ile ilgili çalışmaların eşgüdümünden sorumlu idari birim, sağlık müdürlüğüdür. İl sağlık müdürlükleri genel olarak, Bakanlık merkez teşkilatında yer alan birimlere paralel bir şekil de örgütlenmiştir. İl örgütlenmesinde, sağlık müdürlüğündeki idari birimlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmeti ile birinci ve ikinci basamak tedavi hizmeti sunan birimler

yer alır. Tolum sağlığı merkezi, Verem Savaş Dispanseri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Merkezi, Sağlık Evi, il örgütlenmesi içinde yer almaktadır. İlçe sağlık birimlerine baktığımız zaman, Toplum Sağlığı Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, Sağlık Evi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri yer almaktadır.(Sağlık Bakanlığı, 2011 Faaliyet Raporu)

Diğer yandan birinci basamak sağlık kuruluşları ile bağlantılı şekilde çalışan yataklı tedavi kurumları, ikinci basamak sağlık hizmeti sunarlar. Bunlar hemen her il merkezi ve büyük ilçelerde bulunan devlet hastaneleri, bazı il merkezlerinde bulunan doğum ve çocuk bakımevleri ile özel dal hastanelerdir.

3.3. TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERİN YAPISI

Türkiye'de faaliyet gösteren hastaneleri dört başlık altında toplayabiliriz. Bunlar, sağlık bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren hastaneler, üniversiteler bünyesinde bulunan hastaneler, özel sektöre ait faaliyet gösteren hastaneler ve diğerleri olarak sayabiliriz. Diğerleri olarak bahsedilen hastanelerin içinde, MSB'ye bağlı olan 42 hastane, belediye, il özel idaresinde bağlı olan hastaneler ifade edilmektedir. Sağlık bakanlığı bu şekilde ifade etmesine rağmen, benim konumla ilgili olmasından dolayı ben belediye hastanelerini ayrı olarak sınıflandırarak tablo haline getirdim. (Sağlık İstatistikleri yılığı, 2010-2011)

Türkiye'de son on yılın hastane sayıları ve hastanelere müracaat edenlerin sayıları aşağıdaki tablo ve grafiklerde görüldüğü gibidir.

Tablo5. 2002 Yılı Hastane Sayıları

KURULUŞUN ADI	Hastane Sayısı
Sağlık Bakanlığı	774
Üniversite	50
Özel	271
Belediye	10
Diğer	51
TOPLAM	1.156

Kaynak, Sağlık Bakanlığı 2010 yılı istatistiği, 28.10.2003 tarihli resmi gazete

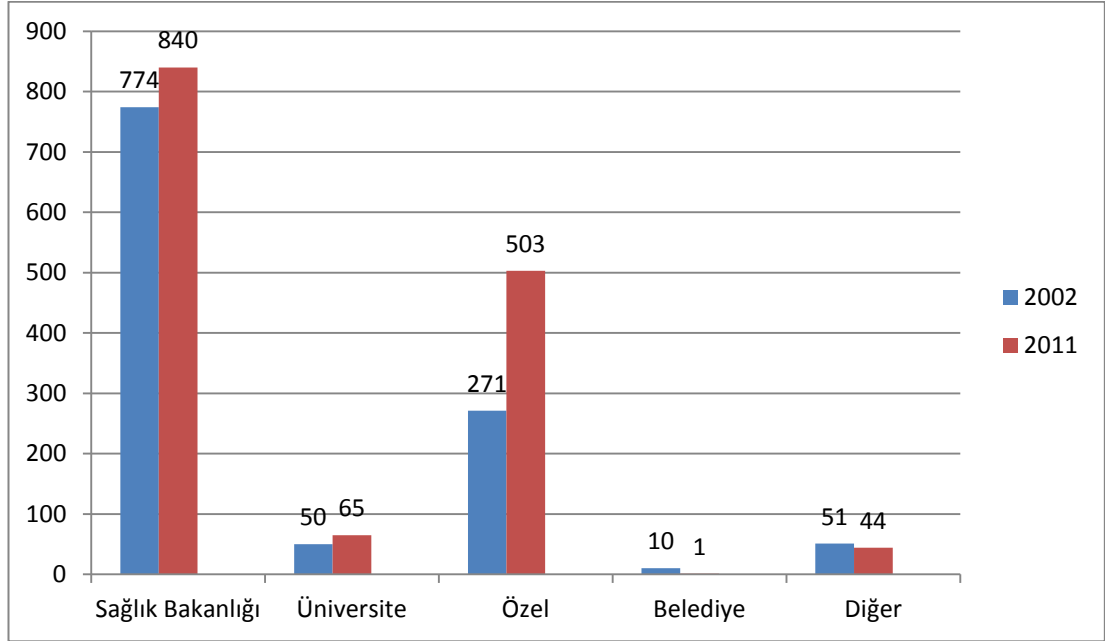
Tablo 6. 2011 Yılı Hastane Sayıları

KURULUŞUN ADI	Hastane Sayısı
Sağlık Bakanlığı	840
Üniversite	65
Özel	503
Diğer	44
Belediye ²	1
TOPLAM	1.453

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2011 yılı istatistiği

² Eşrefpaşa Belediye Hastanesi

Grafik1. Hastane Sayıları (2002-2011)



Son on yıldaki hastane sayılarındaki değişime baktığımız zaman çok önemli sonuçları karşımıza çıkarmaktadır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığına ait hastane sayısı 774, özel hastane sayısı 271, belediye ait hastane sayısı ise 10 tanedir. 2011 yılına geldiğimiz zaman ise, sağlık bakanlığına ait hastane sayısı 840'a, özel hastane sayısı 503'e yükselirken, belediyeye ait hastane sayısı 1'e gerilemiştir. Sağlık bakanlığına bağlı hastane sayısı 2002 yılında 774 iken, 2011 yılında 840'a yükselmiştir, yani 10 yılda % 8 artmıştır. Özel hastane sayısı ise 2002 yılında 271 iken, 2011 yılında 503'e yükselmiştir. Son 10 yılda % 85 artmıştır. Bu rakamlar, bize sağlık sektöründe son yıllarda yaşanan özel sektörün artışını oldukça açık bir şekilde göstermektedir.

Özel hastanelerin geldiği durumu, ÖHSAD başkanının yapmış olduğu açıklama gayet güzel özetlemektedir. “ Özel kuruluşlar olarak biz, bundan 5-6 yıl önce Türkiye'deki sağlık hizmetinin %8'ini karşılıyorduk. Bugün gelinen noktada, 400'ün üzerinde özel hastane, 1800 SGK anlaşmalı kurum, 200 bine yakın çalışan, 19 bin 500'ü uzman, 21 bin doktor ile İstanbul'da %50'nin üzerine çıkmış, Türkiye'de %30'u bulmuş bir kesimi temsil ediyoruz.”. (Çetiner, 2009'dan aktaran, Karakaş, Yılmaz, 2011: 94)

Özel hastane sayılarındaki bu artışın sebebi, hem kalkınma planlarında hem 58.59. Hükümet programlarında da dile getirilen sağlık hizmetlerinde gerekirse özel sektörle işbirliği yapma vurgusunun bir sonucu olarak görebiliriz. Böylece sağlığın piyasaya bırakılma sürecinin hızlandığını ve devlet sağlık hizmetleri sunumunda el çekmeye başladığını söyleyebiliriz.

Cumhuriyetin ilk yıllarından 1950’li yıllara kadar yerel yönetimler özellikle il özel idareleri sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir yere sahipti. İlk kurulduğunda yerel idarelere ait olup, daha sonraları sağlık bakanlığına, üniversitelere veya başka kurumlara devredilen hastanelerden bazılarını şu şekilde sayabiliriz.

Eskişehir devlet hastanesi 1915 - 1924 arası Belediye Millet Hastanesi olarak kullanılmıştır. 1920 yılında Belediye binaya 3.kat ilavesi yapmış, hastane 1924’de Memleket Hastanesi adıyla Eskişehir Özel Muhasebesi’ne (Bugünkü adıyla İl Özel İdare Müdürlüğü) devredilmiştir. 1953 yılından itibaren Devlet Hastanesi adı altında hizmet vermeye başlamıştır.(Eskişehir Devlet Hastanesi, 2012). Bilecik Devlet Hastanesi 1930 yılında “Memleket Hastanesi” adıyla, özel idare tarafından 15 yataklı olarak kurulmuştur. 1954 yılında tüm mal varlığı ile birlikte Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. (Bilecik Devlet Hastanesi, 2012)

İstanbul Darülaceze hastanesi 31 Ocak 1896 tarihinde 2. Abdülhamit zamanında açılmıştır. 3 Ekim 1912 tarihinde Şehremaneti Sıhhiye Müdüriyetine bağlanmıştır. 16 Ekim 1998’de İçişleri bakanlığına, 31 Ağustos 2007 tarihinde Başbakanlığa ve son olarak 08.07.2011 tarihinde 27988 nolu Resmi Gazete’de yayınlanan Başbakanlık Genelgesi ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlanmıştır.(Darülaceze Hastanesi, 2012). Zührevi Hastalıklar hastanesi, 1908 yılında İstanbul Emniyet Müdürlüğüne bağlı olarak Beyoğlu Kuledibinde Emrazı Zührevi hastanesi olarak kurulmuştur. 1918 yılında Hasköy’e nakledilmiştir. Hasköyden Cankurtaran’a nakledilmiş ve belediyeye bağlı olarak 1982 yılına kadar çalışmış ve yine aynı sene yapılan bir protokol ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.(Deri Tenasul Hastanesi, 2012)

Beyoğlu Hastanesi, 6. Belediye dairesine bağılı olmak ve yönetimi rahibelere teslim edilmek üzere ilk belediye hastanesi birimi olarak kurulmuştur. Zamanın İstanbul Valisi ve Belediye Reisi olan Dr. Lütfi Kırdar zamanında Beyoğlu Zükür Hastanesinin yoğun faaliyeti ve çevre ihtiyacına yeterince cevap verememesi üzerine 1948 yılında hastanenin gelişmesi için Kuledibi'ndeki İngiliz hastanesi diye anılan binaya 102 yataklı olarak nakledilmiştir. İsmi Belediye Beyoğlu Hastanesi olmuştur. Beyoğlu Hastanesi 1983 yılında İstanbul Belediye başkanlığı ile yapılan protokol ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. 270 kadro yataklı hastanenin ismi Aralık 1998'de İstanbul Beyoğlu Eğitim Ve Araştırma Hastanesi olmuştur. Daha sonra diğer eğitim hastaneleri gibi ismi değiştirilerek Mart 2001 tarihinde Prof. Dr. N. Reşat Belger İstanbul Beyoğlu Göz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi olmuştur.(Beyoğlu Göz Hastanesi, 2012)

İnşaatı 1550 yılında tamamlanan Haseki Sultan Darüşşifası'nın hastanenin yönetimi Mart 1880'de Şehremaneti'ne (belediye) geçti. Hastane, 1908'de, II. Meşrutiyet'in ilanından sonra belediyeye bağılı olarak kurulan, Müessesat-ı Hayriye-i Sıhhiyye Müdüriyeti'ne bağlandı. 1918'de çıkan bir yangın tarihi darüşşifa binasını yeniden harabeye çevirdi. Dönemin Vali ve Belediye Başkanı Lütfi Kırdar'ın gayretleriyle 1946'da onarıma alındı, 1948 yılında yeniden faaliyete geçirildi. Cumhuriyetin ilk yıllarında hastanenin adı Türkiye Cumhuriyeti İstanbul Şehremaneti Haseki Nisa Hastanesi adıyla hizmet verdi. 1994 yılında imzalanan protokolle Sağlık Bakanlığı'na devredilen Haseki Hastanesi eğitim hastanesine dönüştürüldü. 1998 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını alarak faaliyetlerini sürdürdü. (Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, 2012)

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 1893 tarihinde kurulmuştur. 1933'te İstanbul Belediyesi'ne devredilmiştir. Zeynep Kamil Hastanesinin yönetimi ve işletimi 1982'de yapılan bir anlaşma ile İstanbul Belediyesi tarafından Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.(Zeynep Kamil Hastanesi, 2012)

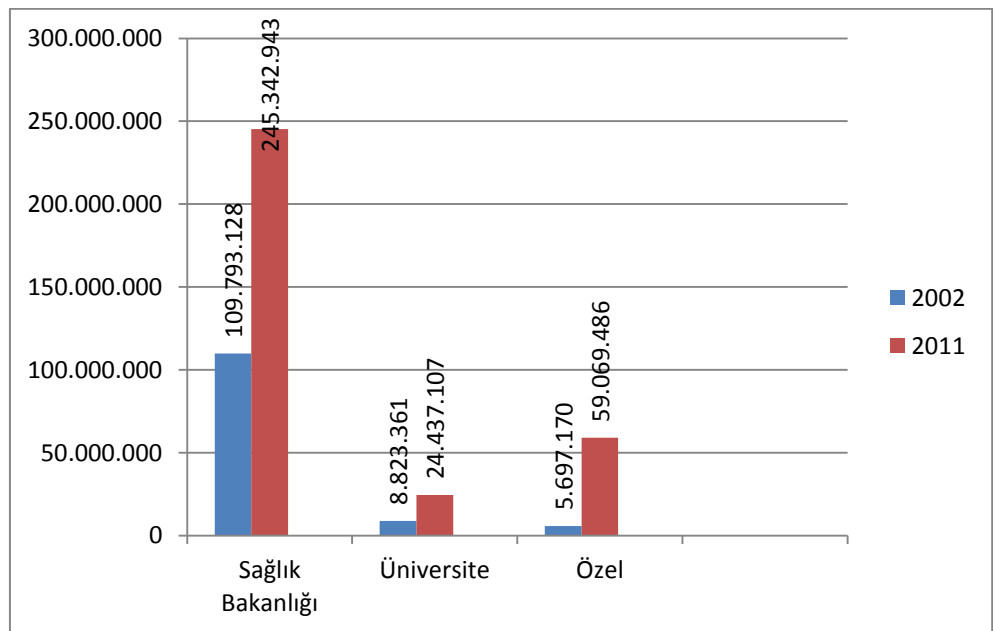
Hastane sayıları ve yerel yönetimlere ait hastanelerden sağlık bakanlığına devredilen hastanelere verdiğimiz örneklerden sonra, şimdi de hastane müracaat sayılarında meydana gelen değişiklikleri tablo ve grafik yardımı ile incelemeye çalışalım.

Tablo7. Yıllara göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı

Hastaneler	2002	2007	2009	2011
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	209.630.370	228.279.139	254.342.943
Üniversite	8.823.361	15.025.079	19.364.865	24.437.107
Özel	5.697.170	24.485.650	47.618.186	59.069.486
Toplam	124.313.659	249.141.099	295.262.190	337.849.536

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı 2011 yılı İstatistik Yıllığı

Grafik.2. Hastane Müracaat Sayıları



Yukarıda hastane sayıları ile yapmış olduğumuz değerlendirmenin, aynısını hasta müracaat sayıları içinde yaptığımız zaman benzer şekilde sonuçlarla karşılaşıyoruz. 2002 yılında Sağlık Bakanlığına başvuran hasta sayısı, 109.793.128'dir. 2011 yılına geldiğimiz zaman bu sayı 245.342.943 sayısına ulaşmaktadır. Özel hastanelere başvuru sayısı ise 2002 yılında 5.697.170 iken, 2011 yılında bu sayı 59.069.486 rakamına ulaşmıştır. Bu rakamları incelediğimiz zaman, sağlık bakanlığına başvurular 10 yılda, % 123 artmış bulunmaktadır. Fakat özel hastanelere başvurulara baktığımız zaman, bu artış son 10 yılda, % 936 olarak gerçekleşmiştir. Özel hastanelere başvuru sayısı, sağlık bakanlığına göre neredeyse 8 kat artmıştır. Hastane sayılarında olduğu gibi, hasta müracaat sayılarında da karşımıza çıkan sonuçlar, sağlık sektöründeki piyasalaşmanın ne kadar hızlı ve ne kadar büyük bir artış olduğunu bizlere göstermektedir.

Hastanelere ilişkin verdiğimiz sayısal verilerden sonra, 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu inceleyebiliriz. Hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması sağlıkta dönüşüm programının önemli bir yere sahiptir. Hastanelerin özerk bir yapıya sahip olması sadece bugünün değil neredeyse son 30 yıldır Türkiye'nin gündemine gelmektedir.

Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile yapılmak istenmiş ancak Anayasa mahkemesinin 1988 yılında iptal ettiği hükümler nedeniyle uygulanamamıştır. 2007 yılında Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı hazırlanmıştır. Kanunun gerekçelerine baktığımız zaman, küreselleşmeye, dünyada yaşanan hızlı değişime, yönetim anlayışında gelişmelere değinerek bunların düzenlemeler yapılmasına sebep olduğu ifade edilmektedir. Merkezi idare ile yerel idare arasında dengeli olmayan görev dağılımının, merkezi idarenin üzerinde yük getirerek asıl işlevlerini (stratejik liderlik, politika belirleme), yerine getirmesinde olumsuz yönde bir etkiye sebep olduğuna değinilmektedir. (TBMM, 2007)

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun hükmünde Kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun kurulması

gerçekleşmiştir. 29. Maddenin 1. Fıkrasında “*Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur*” denilerek kamu hastaneleri kurumunun görev ve faaliyet alanı tanımlanmıştır.

Yapılan düzenlemenin en temel amacı, kamu hastanelerinin devlet bütçesinden finanse edilmesine son vermektir. Birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu birliğin ürettiği hizmetlerden elde ettiği gelir gösterilmektedir. Bu gelirlerde hizmet karşılığında Genel Sağlık Sigortası ve özel sigortalar ile hastalardan alınacak kişisel ödemelerden oluşmaktadır. Kamu hastane birlikleri sadece il düzeyinde kurulacaktır.

Hastane sayılarını ve hastanelere müracaat sayılarını verirken, sağlık hizmetlerinde özel sektörün payının hızla arttığını belirtmiştim. Bundan daha vahim bir durumu mevcut devlet hastanelerinin özel sektör mantığı ile hareket edecek hale getirilmesi olduğunu söylemek sanırım abartı olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini anlatırken, kamusallık özelliğine vurgu yaparak, sağlığın bir kamu hizmeti sayılması gerektiğini anlattım. Ancak geline noktada sağlığın kamusallık özelliğinden gittikçe uzaklaşmaya başladığını söyleyebilirim.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE YEREL YÖNETİMLER

4.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE YEREL YÖNETİMLER

Sağlık alanında yerinden yönetim olgusu ilk olarak 1978 yılında Alma Ata'da gerçekleştirilen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda gündeme gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü de, temel sağlık hizmetlerinin sunumu için en uygun model olarak küçük, bölge temelli sağlık sistemleri önerisinde bulunmuştur. Bunlara ek olarak, Dünya Bankası'nın 1993'te yayınlamış olduğu Dünya Kalkınma Raporu, yerinden yönetimi ana reform stratejisi olarak sunmuştur. (Balcı, 2005: 9).

Böylece, devlet merkezli yönetimin giderek diğer politik aktörlere açılmasını, kamu politikalarının ortaklaşa bir anlayışla ilgili aktörlerle birlikte oluşturulması anlayışını pekiştirmektedir. Bu doğrultuda, yeni paradigma yerel yönetimlerin enerjilerinden daha fazla yararlanmayı öngörmektedir. Bunların yanı sıra, devletin ağırlıklı rolünün bu süreç içerisinde yol göstericilik olduğu da vurgulanmaktadır. Devletler artık güvenlikten eğitime, sağlıktan sosyal yardıma, tarımdan ulaşımaya birçok değişik kamu hizmeti alanını giderek daha fazla ölçüde özel sektöre, sivil toplum örgütlerine ve yerel yönetimlere açmaktadırlar. (Balcı, 2005: 16).

Yerinden yönetim, birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektörü reformunun ana konusu olmuş, hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların gereksinimlere göre daha etkin tahsisini, toplumun önceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç sayılmıştır. Bilişim alanındaki hızlı gelişmeler yerinden yönetimin teknik açıdan uygulanabilirliğini arttırmaya yardımcı olmuştur. (Dünya Sağlık Örgütü, 1998: 43).

Türkiye'ye bakacak olursak, 3.7.2005 kabul tarihli 5393 sayılı kanun 1580 sayılı Belediye Kanunu'nun yerini almıştır. Bu kanunun 14. maddesi “belediyenin görev ve sorumlulukları”, 15. Maddesi ise “belediyenin yetki ve imtiyazları” başlığını taşımaktadır. 14. maddede öncelikle, yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla, belediyenin temel görev alanları (1. Fıkranın a bendi) ve sonra isteğe bağlı olarak girebileceği görev alanları (1. fıkranın b bendi) sayılmaktadır. Bunların ayrıntıları birinci bölümde incelendiği için burada ayrıca sayılmayacaktır.

Belediyelerin bünyesinde sağlık işlerinden sorumlu birimler, Sağlık İşleri Müdürlüğü, Çevre Müdürlüğü, Temizlik İşleri Müdürlüğü ve Zabıta Müdürlüğü'dür. Bu dört müdürlük çevre ve sağlık konusunda doğrudan yetkili olması gereken birimlerdir. Belediyelerin sağlık hizmetini yerine getirebilmesi için bu dört birim arasında sürekli eş güdüm olmalıdır. Ancak 5393 sayılı kanunun 48. maddesine göre sağlık, çevre ve temizlik işleri müdürlüğü kurulması zorunlu birimler olmaktan çıkarılmıştır. Yeni düzenlemeye göre bunlar, belediye meclisinin kararına bağlı olarak kurulabilecektir. Sadece zabıta müdürlüğü kurulması zorunlu birim olarak sayılmıştır. Böylece sağlık hizmetini yerine getirmekle görevli birimler kaldırılmış, yeniden kurulmaları ise belediye meclisinin kararına bırakılmıştır. Belediyelere mevcut kanun, tüzük ve yönetmeliklerde sağlıkla ilgili pek çok görev verilmişken, ilgili müdürlüklerin kurulmalarının belediye meclisinin kararına bırakılması anlamlı değildir. Bu düzenlemenin arkasında yatan neden ise, sağlıkla ilgili belediyelere verilmesi gereken hizmetlerin özel sektöre devredileceğidir.(Sayan, 2007: 125)

Yerel yönetimler sağlık ve sosyal hizmet faaliyetlerini yerine getirirken 5393 ve 5216 sayılı kanunların yanında farklı kanun ve yönetmeliklere dayanarak da hizmetlerini yerine getirmektedirler. Bunlar arasında; 2828 Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun, 5199 sayılı Hayvanları Koruma Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 5378 Sayılı Özürlüler ve bazı Kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılması hakkında kanun, 5395 çocuk koruma kanunu, 1593 umumi hıfzıssıhha kanunu, Ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik, Evde bakım hizmetleri

sunumu hakkında yönetmelik, 26261 Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği'ni sayabiliriz. (İBB, Faaliyet Raporu,2011)

4.2. YEREL YÖNETİMLERİN SAĞLIK HİZMETLERİ UYUĞLAMALARINDAN ÖRNEKLER

4.2.1. İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ

Türkiye nüfusunun yaklaşık beşte birini barındıran İstanbul, Türkiye'nin ekonomik ve sosyal gelişiminin merkezi haline gelmiştir. 1950'lerden itibaren yaşanan hızlı kentleşme sürecinde artan göç ve şehrin kontrolsüz, parçalı ve dağınık bir şekilde büyümesinin beraberinde getirdiği kentin özgün doğal ve tarihi yapısının zarar görmesi, ulaşım ve çevre altyapısının yetersiz kalması, kaçak yapılaşma ve yetersiz sosyal hizmetler gibi sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. İstanbul ve yakın etkileşim içerisinde olduğu çevre iller; kentleşme oranının, nüfus ve nüfus yoğunluğunun en yüksek olduğu iller arasında olup, büyük oranda göç almaya devam etmektedir.

TÜİK tarafından düzenlenen nüfus ve demografi verilerine göre 2011 yılında İstanbul'un nüfusu 13.624.240 olup, erkek nüfus 6.845.981, kadın nüfus 6.778.259'dur. (TÜİK, 2011: 7). Bölge nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında ise, %24,2'sinin 0-14 yaş aralığında, %70,4'ünün 15-64 yaş aralığında, %5,4'ünün ise 65 yaş ve üstünde olduğu, Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında genç ve çalışma çağındaki nüfus oranının biraz daha fazla olduğu görülmektedir. Nüfusun yaş yapısındaki değişimi, nüfusun genç/yaşlı olduğunu veya yaşlanma sürecinde olup olmadığını ortaya koyan göstergelerden biri olan medyan yaş ise Türkiye'de 28,8 iken İstanbul'da 29,5'tir. Türkiye genelinde %75,53 olan şehir nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı ise İstanbul'da %98'dir . İstanbul'un nüfus ve demografik yapısı 1950'lerden itibaren Türkiye genelinde yaşanan nüfus artışı, hızlı şehirleşme ve iç göçten önemli derecede etkilenmiştir. (İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul Bölge Planı, 2010)

Türkiye'deki toplam 1.276 hastanenin 201'i İstanbul sınırları içerisinde. Bu hastanelerin toplam yatak kapasitesi ise 32.412 olup, Türkiye'deki toplam hastane yatak kapasitesinin %17,5'ini oluşturmaktadır. (İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul Bölge Planı, 2010)

İstanbul ile ilgili verdiğimiz bilgilerden sonra, büyükşehir belediyesinin sağlık hizmetleri alanında ne gibi faaliyetler gösterdiğini incelemeye başlayabiliriz. İstanbul Büyükşehir Belediyesi, sağlıkta yaşam kalitesinin sürdürülebilir bir biçimde gelişmesine katkı sağlamak amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri sunmakta ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin olarak yürütülmesi için çalışmalar yaptığını belirtmektedir. İlaçlama ve laboratuvar muayeneleri gibi destek sağlık hizmetleri ve özellikle sahipsiz hayvanların rehabilitasyonu ile zoonoz hastalıklarla mücadele kapsamında yürütülen faaliyetler koruyucu sağlık alanındaki önemli çalışmalardır. Erken tanıyla tedavi edilebilir sağlık sorunlarını özgün tarama yöntemleriyle belirlemeyi ve bu konuda toplumu bilinçlendirmeyi hedefleyen kadın ve aile sağlığı hizmetleri yaygın ve etkin bir şekilde sürdürülmektedir. Acil sağlık hizmetleri kapsamında hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesine yönelik kurumun müdahale kapasitesi artırılmaya çalışılmakta ve verilen yaygın ilk yardım eğitimleri ile de toplum bilinçlendirilmektedir. (İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Stratejik Plan 2010-2014)

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde sağlık hizmetleri, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı bağlı olarak faaliyet gösteren altı müdürlük tarafından yerine getirilmektedir. Bu müdürlükler, Sosyal Hizmetler, İstanbul Darülaceze, Özürlüler, Sağlık ve Hıfzısıhha, Veteriner Hizmetleri, Gıda ve Kontrol Müdürlüklerinden oluşmaktadır. İBB tarafından verilen sağlık hizmetlerini ana başlıklar halinde sayacak olursak; Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmetleri, Kadın ve Aile Sağlığı Hizmetleri, Evde Sağlık Hizmetleri, Hıfzısıhha Laboratuvar Hizmetleri, Vektörlerle Mücadele/İlaçlama Hizmetleri, Yaşlılara Ve Özürlülere Yönelik Hizmetler, Veteriner Halk Sağlığı Hizmetleri ve İlk Yardım Hizmetleridir. (İstanbul Büyükşehir Belediyesi, 2012)

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin sağlık hizmetlerine yönelik faaliyetleri, Performans Programı, Faaliyet Raporu ve Stratejik Plan referans alınarak hazırlanmıştır.

Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmetleri Şehzadebaşı Tıp Merkezi, Darülaceze Tıp Merkezi, Tozkoparan Tıp Merkezi ve Kurum Tabiplikleri aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Tıp merkezlerinde uzman hekimler tarafından hizmet verilmektedir. Kadın ve Aile Sağlığı Hizmetleri ile kadın, erkek ve çocuklarda olabilecek bazı sağlık problemlerinin genellikle eğitim, erken tanı ve tedaviyle önlenebilir hastalıklar olması, koruyucu sağlık ve sağlık taraması hizmeti veren merkezlerin yaygın olarak bulunmaması, kadınların, eğitim verildiği takdirde, erken tanının önemini tüm aileye taşıyabilen bir konumda olması gerekçesiyle farkındalık oluşturma ve erken tanı amaçlı Kadın ve Aile Sağlığı Hizmetleri yürütülmektedir. Bu hizmetleri, beden ve ruh sağlığı farkındalık oluşturma eğitimleri, kemik risk taraması, meme kanseri taraması, rahim ağzı kanseri taraması, kalp damar hastalıkları risk taraması, kolon kanseri taraması, yetişkinler ve çocuklar için psikolojik danışmanlık hizmeti, sigarayı bıraktırma danışmanlığı olarak sayabiliriz. 34 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi, 10 Psikolojik Danışmanlık Merkezi ile 3 Görüntüleme Merkezi bulunmaktadır. Evde sağlık hizmetleri ile İstanbul'da yaşayıp, sosyal güvencesi olmayan; hasta, bakıma muhtaç, özürlü ve yaşlı insanlara ulaşılması hedeflenmektedir. Evde temel sağlık hizmetinin verilmesi; gerekenlere hastane hizmetlerinin sunulması; sosyal koşullarının düzeltilmesi ve böylece toplumun bedensel, zihinsel ve sosyal sağlığının korunması amaçlandığı ifade edilmektedir. Ayrıca kişinin hastalığı hakkında bilinçlendirilmesi, sağlığının daha iyi hale getirilmesi ya da belirli bir düzeyde tutulması, ev ortamında sağlık ve sosyal yönden destek olunması, hasta ve yakınlarının hastalıkları hakkında eğitimi hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetinin hastanın evine kadar götürülmesiyle hastanelerde meydana gelebilecek yığılmaların önlenmesi, hastanede yatış sürelerinin azaltılması, bu suretle tedavi maliyetlerinin düşürülmesi ve ülke ekonomisine katkıda bulunulması da öngörülmektedir. Hizmet aşamalarını, hasta bildirimini, sağlık ve sosyal ön değerlendirme, evde doktor muayenesi, evde bakım hizmetleri,(Hemşirelik bakımı, Fizyoterapi bakımı, Kişisel bakım, Psikolojik

danışmanlık hizmeti,) hastane hizmetleri, ilaç ve tıbbi malzeme temini, hastanede refakat hizmeti şeklinde sayılmaktadır.(Faaliyet Raporu, 2011)

Yaşlılara yönelik hizmetlerin önemli bir kısmı 151.000 m²'lik kapalı alanıyla hizmet veren ve Türkiye'nin en büyük huzur evi olan Kayışdağı Darülaceze Kampüsü'nde yürütülmektedir. Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi/Sanatçı Yaşam Evi, Dr. Beşir Akınal Huzurevi ve Yaşam Evleri de yaşlılara hizmet veren diğer kuruluşlardır. Bakacak kimsesi olmayan yaşlı, zihinsel engelli ve psikiyatrik tanımlı kişilerin yaşamlarını sağlıklı ve huzurlu devam ettirebilmeleri amacıyla Darülaceze Kampüsü hizmet vermektedir. Cinsiyetlerine ve sağlık durumlarına göre farklı sitelerde sürekli yahut sınırlı süreli olarak ikamet eden yaşlılar için barınma, beslenme, giyim, sağlık, eğitim ve sosyal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hizmetler verilmekte; sakinlerin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik birçok proje yürütülmektedir; Sosyal Hayata Adaptasyon Projesi, Darülaceze Dostluğu ve Gönüllülüğü Projesi, Hayat Okulu Projesi, Aktif Yaşlılık Projesi, Ergoterapi Mutluluk Projesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri, bu projelerden bazılarıdır.(İstanbul Darülaceze Müdürlüğü, 2012)

Hıfzıssıhha laboratuvarlarında, halk sağlığını tehdit eden durumlarda zamanında tüm tedbirleri almak ve güvenli su ve gıda tüketimini sağlamak amacıyla; Özel/resmi gıda, su ve kozmetik ürün gibi halk sağlığı ile ilgili numunelerin analizi, Su ve gıda güvenliği konusunda bilirkişilik/eğitim hizmetleri, İstanbul'un içme ve kullanma sularının kontrolüne yönelik İl Sağlık Müdürlüğü ve İSKİ ile ortaklaşa baraj, şebeke suyu ve deniz suyu analizleri, lisans/ön lisans ve teknik lise öğrencilerine staj eğitimi yapılmaktadır. Çevreye yönelik sunulan sağlık hizmetleri kapsamında, vektörlerle mücadele amacıyla, biyolojik ve kimyasal ajanların seçimi, Laboratuvar kurma çalışmaları, Üreme kaynaklarının tespiti, İlaç uygulama öncesi ve sonrası populasyon kontrolü, Kamu kurum ve kuruluşlarıyla eşgüdüm için iletişim sistemlerinin kurulması, halkı bilinçlendirme çalışmaları yapılmaktadır.(Faaliyet Raporu, 2011)

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, özürllere yönelik hizmetlerin temel amacı; kapasitelerini geliştirmek, yaşam koşullarını iyileştirmek, bağımsızlaşmalarına destek olmak, toplumsal gelişmelerden pay almalarını sağlamak, toplumsal üretime katkıda bulunmalarını sağlamak, bakım ve korunmaya ihtiyacı olan özürllerin özel ihtiyaçlarını karşılayarak yaşam kalitelerini yükseltmek olarak saymaktadır. Bunun için İstanbul Özürllüler Merkezi (İSÖM) de dahil olmak üzere toplam 23 merkezde ve 1 yaz kampı binasında çalışmalar yürütmektedir. İSÖM, İstanbul il sınırları içinde ikamet etmek kaydıyla, tam teşekküllü bir hastaneden % 40 veya üzeri vücut fonksiyon kaybı olduğunu bir sağlık kurulu raporuyla belgeleyen; görme, işitme-konuşma, ortopedik ve zihinsel özürllüler ile ruhsal-duygusal rahatsızlığı veya süreğen hastalığı olan bütün özürllülerle hizmet vermektedir. Özürllülerle yönelik verilen hizmetleri ana başlıklarıyla şu şekilde sıralayabiliriz, Tıbbi ve Sosyal Rehabilitasyon, Bilgilendirme, Yönlendirme ve Danışmanlık, Yasal Haklar Birimi, Psiko-Sosyal Servis, Tıbbi Yardımlar, Eğitim Hizmetleri, Sporla Rehabilitasyon (Hidroterapi, Hipoterapi (Atla Terapi), İstihdam Birimi, Yaz Kampı, Sosyal Organizasyonlar, Özürllü ve Kimsesiz Yaşlılara Ücretsiz Ulaşım Hizmeti.(Özürllüler Müdürlüğü, 2012)

Topluma yönelik yapılan koruyucu sağlık hizmetlerine katkıda bulunmak amacıyla; Hayvanlardan insanlara bulaşan hayvan hastalıkları (zoonozlar) ile mücadele çalışmaları, sahipsiz hayvanlara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri, sahipli hayvanlara yönelik tedavi hizmetleri, eğitim çalışmaları, hayvansal gıdaların ve genel gıda güvenliğinin temini amacı ile denetim hizmetleri, hayvan veya hayvansal gıdaların bulunduğu, üretildiği, işlendiği ve satıldığı iş yerlerinin ruhsatlandırma işlemlerinde bilirkişilik hizmetleri yapmaktadır.(Veteriner Müdürlüğü, 2012)

4.2.2. ŞİŞLİ BELEDİYESİ

Şişli İstanbul'un, Taksim kuzeyindeki bütün semtleri gibi, yeni bir yerleşmedir. Şehrin bu yöresinin 19.yy'nın ortalarında bile henüz yerleşme bölgesi olmadığı bilinmektedir. 19. yy'dan itibaren çeşitli binalar yapılmaya başlanmıştır. Feriköy'de

ilk bira üretim tesisinin kurulması ve Şişli'de Etfal Hastanesi'nin açılışı 1890'lara denk gelmektedir. Cumhuriyet' in kuruluşundan sonra Şişli, 1930'larda şehrin en seçkin semtlerinden biri durumundadır. Büyükdere caddesi üzerinde tek yapı eski tramvay garajıdır. Karşılı ise mezarlıktır. Halaskargazi caddesine paralel giden Abide-i Hürriyet Caddesi'nin batısında Bomonti Bira Fabrikası ve bahçesinin bulunduğu sırtlara doğru, semtin 1920'ler sonrasında hızla yapılaşan kesimleri yer almaktadır. Şişli semtinin önemli bir konut ve yerleşme bölgesi olarak gelişmesi 1960 hatta 1970'lere kadar sürmüştü, bu dönemden sonra ise semt, çevre semtlerle birlikte daha çok zengin çarşıların, pasajların, seçkin dükkanların, butiklerin, işyerlerinin, bankaların yer aldığı; ticaret, iş ve eğlence hayatının ağır bastığı bir yapı kazanmıştır. (Şişli Belediyesi, 2012)

Şişli ilçesinin nüfus bilgilerine baktığımız zaman, İstanbul genelinde önemli bir yere sahip olduğunu görmekteyiz. 31 Aralık 2011 Tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçlarına göre Şişli İlçesinin nüfusu 320.763 kişidir. Yerleşik Nüfusa Göre İstanbul'un %2.35 ine sahipken, sirkülasyon nüfusa göre %31,8'e denk gelmektedir. Şişli ilçesinin nüfus olarak İstanbul genelindeki yerine baktığımız zaman, yerleşik nüfus olarak oldukça az bir yere sahip olmasına rağmen, gün içindeki hareketliliğe bakıldığında durum değişmekte ve İstanbul'un üçte biri bu ilçede yer almaktadır.(Şişli Belediyesi, 2012)

Şişli belediyesinde sağlık hizmetleri Sağlık İşleri Müdürlüğü tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık İşleri Müdürlüğü tarafından sunulan hizmetleri şu şekilde sıralayabiliriz; Poliklinik hizmetleri (birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri), Sağlık raporları, Esnaf muayenesi ve portör taraması, İşyeri denetimi ve şikayetlerin takip edilmesi, Laboratuvar hizmetleri, Ambulans hizmetleri, Diyaliz hastalarını taşıma hizmeti, Cenaze hizmeti (defin ruhsatı,nakil ve nakli kabir), Halk sağlığı ve koruyucu hekimlik bilgilendirme toplantıları ve gezici tarama çalışmaları, Belediye personeline yönelik iş güvenliği hizmetleri, Gündüz çocuk bakım evleri, Toplum Merkezi, Alzheimer Gündüz Bakım Evi, Eczacılık ve ilaç denetim hizmetleri,

Veteriner klinik faaliyetleri, Sokak hayvanlarının kontrol altına alınması (kısırlaştırma, aşılama ve yerinde yaşatma), Hizmet içi eğitim (personelin mesleki eğitimi). (Faaliyet Raporu, 2011)

Poliklinik hizmetleri kapsamında; muayene, acil hizmetler (ambulans hizmeti), laboratuvar, röntgen ve diş polikliniği, ultrasonografi ve hemşirelik hizmetleri verilmektedir. Esnaf Muayenesi ve Portör Taraması kapsamında, halkın yiyip içtiği, eğlendiği, gezdiği vb. halka açık her türlü iş yerleri ile çalışanların kendi sağlığı açısından halka açık olan işyerlerinde (sıhhi ve gayri sıhhi) çalışan tüm personelin, koruyucu hekimlik ve halk sağlığı açısından kontrolleri yapılarak buradan çıkan sonuçlara göre çalışmalarına izin verilmektedir. Toplum merkezlerinde verilen hizmetler, Şişli belediyesi ile Şişli Halk Eğitim Müdürlüğü'nün işbirliği ile gerçekleştirilmektedir. Verilen hizmetler arasında İngilizce, Bilgisayar, Diksiyon, El Sanatları ve Aşçılık kursları bulunmaktadır. Uzm.Psikolog tarafından Çocuk, Aile Danışmanlığı ve çift terapisi hizmeti verilmektedir. Şiddet gören kadınlara psikolojik destek, çocuklara kreşlerde bakım ve tıp merkezlerinde sağlık hizmeti verilmektedir. İş bulma ve işe yerleştirmede destek olunmaktadır. Gerekli konularda konu uzmanları davet edilerek eğitim seminerleri düzenlenmektedir. (Faaliyet Raporu, 2011)

Kadınlara yönelik olarak verilen hizmetler arasında, hukuksal bilgilendirme ve baro aracılığıyla avukat tayini, psikolojik destek, bireysel terapi, psikiyatrik destek, gerektiğinde tıbbi destek, giysi yardımı, iş bulmaya ve meslek edinmeye dönük olarak yönlendirme, kültürel destek (toplucu sinema, tiyatro, konser, sergi gibi etkinliklere gitme), gerekli görülürse refakat (okuma yazma bilmediği ya da engelli, yaralı olduğu durumlarda, polisle birlikte can güvenliğinin olmadığı durumlarda, ağır depresyonda olması durumunda) gibi hizmetler bulunmaktadır. Çocuklara yönelik olarak verilen hizmetler ise, Psikolojik/pedagojik destek, terapi, giysi yardımı, okul desteği (okul değiştirme vb süreçlerdeki bürokratik destek, eğitim ihtiyaçlarını karşılayacak teknik destek), kültürel destek (tiyatro, sinemaya, konsere gitme, gönüllü bir grubun sürdürdüğü eğitim amaçlı animasyon gösterisi), çocuk kitaplığı, aşıları da içeren tıbbi destek, hizmetleri bulunmaktadır. (Şişli Belediyesi, 2012)

Veteriner Klinik Faaliyetleri Kapsamında, 5199 sayılı Hayvanları Koruma Kanunu uyarınca; Sahipsiz veya güçten düşmüş hayvanların en hızlı şekilde yerel yönetimlerce kurulan veya izin verilen hayvan bakımevlerine götürülmesi zorunludur. Bu hayvanların öncelikle söz konusu merkezlerde oluşturulacak müşahede yerlerinde tutulması sağlanır. Müşahede yerlerinde kısırlaştırılan, aşılanan ve rehabilite edilen hayvanların kaydedildikten sonra öncelikle alındıkları ortama bırakılmaları esastır. 5199 sayılı kanun gereği Veteriner İşleri Müdürlüğü bünyesindeki Kısırlaştırma ve Rehabilitasyon merkezinde kısırlaştırılan, aşılanan ve rehabilite edilen hayvanlar kayıt altına alındıktan sonra alındıkları ortama geri bırakılmıştır. (Veteriner İşleri Müdürlüğü, 2012)

4.2.3. BAYRAMPAŞA BELEDİYESİ

Bayrampaşa'nın tarihi geçmişine bakacak olursak, 1927 yılında Bulgaristan'ın Filibe şehrinden gelen birkaç göçmen ailesi Bayrampaşa'nın temelini atmıştır. Halen mevcut olan belediye binasının doğusuna düşen Numunebağ mevkiinde yerleşerek bağcılık ve hayvancılıkla uğraşmışlar, bundan dolayı beldeye "Sağmalcılar" ismi verilmiştir. 1950 sonrasında İstanbul'da başlayan imar faaliyetleri, endüstrileşme, arsa fiyatlarının yükselmiş olması, gecekonduların yıkımı gibi nedenlerle çevrede kırsal yerleşmelerde konut arsası talebi başlamıştır. Bayrampaşa bu kırsal özelliğini; İstanbul'da Aksaray mevkiinde, Vatan ve Millet Caddelerinde 1955'ten sonra yapımına başlanan istimlakler ve İstanbul Belediyesinin beldeyi sanayi bölgesi olarak tespit etmesi ile küçük atölye sahiplerinin ucuzluğu ve düzlüğü sebebiyle burayı tercih etmeleriyle kaybetmiş, bu tarihlerde büyük bir nüfus patlaması olmuştur. 1960 yılında ikinci bir nüfus patlaması olmuştur. Beldenin % 30-35'ini teşkil eden Trakya, Karadeniz, Orta Anadolu halkının yanı sıra Yugoslavya'dan gelen göçlerin yarattığı yeni konut ihtiyacı, ilk önce mevcut dokunun dolması, daha sonra da Muratpaşa, Kartaltepe, Yıldırım Mahallelerinin kurulmasını sağlamıştır. 1960 da 4000-5000 hane 1965 de 10.000 hane 1970 de 40.000 hane mevcuttur. 1970 nüfus sayımına göre, 124.085 olan Bayrampaşa nüfusu, 2010 yılı itibariyle 269.481 olmuştur. (Bayrampaşa Kaymakamlığı, 2012)

Bayrampaşa belediyesinin sağlık alanına yönelik hizmetlerini, performans programı ve faaliyet raporları esas alınarak incelenmiştir. Bayrampaşa Belediyesi sunmuş olduğu hizmetleri 8 başlık altında saymaktadır. Bu hizmetler, Poliklinik hizmetleri, Labaratuar Hizmetleri, Radyoloji Hizmetleri, Çevre Sağlığı Hizmetleri, Portör Muayane Hizmetleri, Hasta Nakil hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri, İdari işler olarak sınıflandırmaktadır.

Dahaliye bölümünde, genellikle iç hastalıklar teşhisi konulmakta ve tedavisi gerekli olanların ihtisas kliniğine sevk edildiği bölümdür. Bu bölümde bakılan hastalıklar, solunum sistemi, sindirim sistemi, romatizmal hastalıklar, böbrek hastalıklarını teşhis etme gibi hastalıklara bakılmaktadır. Ultrason ünitesinde, Tüm batın, üst batın, alt batın, obstetfik, böbrek, kalça çıkıkları, apandist gibi hizmetleri verilemektedir. Ayrıca film çekimleri olarak, yemek borusu filmi, akciğer, tüm kemik yapı filmleri, (el, ayak, göz, diz, burun) film çekimleri yapılmaktadır. Ayrıca sağlık raporları da verilmektedir. 193 adet ultrason çekimi, 990 adet direk film çekimi ve 9240 adet sağlık raporu verilmiştir. 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 126. ve 127. maddelerindeki hükümlerle, gıda üretim yerleri ve sıhhi müesseselerde çalışanların bulaşıcı hastalık taşıyıcılığı yönünden sıhhi rapor alma mecburiyeti getirilmiş ve bu sıhhi muayenenin de belediye veya hükümet tabipleri tarafından yapılacağı belirtilmiştir. Bu kapsamda 2011 yılında 3955 portör muayenesi yapılmıştır. (Faaliyet Raporu, 2011)

Bayrampaşa Belediyesi 2005 yılından itibaren, Bayrampaşa ve dışındaki tüm engellilere, tıbbi, sosyal, özel eğitim alanlarında hizmet vermektedirler. Engelliler ve yakınları her türlü sorunlarını çözümü için merkezlere başvurmakta, başvurular uzman personel tarafından değerlendirilip çözüme kavuşturulmaktadır. Tüm hizmetlerden engelli ve yakınları özür derecesine ve sosyal güvencesine bakılmaksızın ücretsiz olarak veriliyor. Merkeze gelmekte güçlük çeken engelli ve felçli hastalara, mevcut 2 adet asansörlü araçla ücretsiz ulaşım hizmeti sağlanmakta ve günlük olarak 25 hasta bu hizmetlerden faydalanmaktadır. Bu hizmetler verilirken temel amaçlarını şu şekilde sıralamaktadırlar, yaşam koşullarını iyileştirmek, bağımsızlaşmalarına destek olmak, toplumsal gelişmelerde aktif rol almalarını

sağlamak, toplumsal yaşamın daha fazla içerisinde yer almasını sağlamak, sağlık koşullarını iyileştirmek olarak saymaktadırlar. Veteriner hizmetleri kapsamında muayane, operasyon ve mikroçip uygulamaları gerçekleştirilmektedir.(Faaliyet Raporu, 2011)

4.3.BELEDİYELERİN SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLERİ İLE YAPILAN MÜLAKAT

Sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerin vermiş olduğu hizmetler yukarıda anlatıldı. Bu hizmetleri veren birimlerin başında olan kişilerin görüşlerinin önemli olduğunu ve çalışmada katkıda bulunacağını düşünerek birimlerin müdürleri ile yüz yüze açık uçlu sorulardan oluşan mülakatlar yapılmıştır. Bu görüşmeler kapsamında İstanbul Büyükşehir Belediyesinden, Sağlık ve Hıfzısıhha müdürü, Ömer Akçağıl ile Bayrampaşa Belediyesinden Kenan Kır ile Şişli Belediyesinden, müdür yardımcısı Ahmet Mete Aker ile görüşülmüştür. Soruların tekrar etmemesi için önce soruyu sonrada üç belediye yöneticisinin cevapları alt alta verilecektir.

Size belediyeler sağlık hizmetlerinde ne ifade ediyor? Nasıl bir boşluğu dolduruyor?

Kenan KIR (Bayrampaşa Belediyesi) : İşin doğrusu sağlık bakanlığının sağlıkta dönüşüm programından önce, belediyenin sağlık hizmetleri çok şeyi ifade ediyordu. Malumunuz, SGK'nın kurulması ve insanların sağlık hizmetlerine devlet hastanelerinde, sağlık ocaklarında ve fakültelerde muayene olma hakkı kazandıktan sonra bu çok rahatladı ama ondan öncesinde insanların 36 belki de 40 milyon insanın SSK-Bağkur'lu olduğunu düşünürsek sağlık hizmeti veren hastanelerin yetersizliğinden ötürü, insanlar sağlık hizmeti almakta oldukça sıkıntı çekiyorlardı. Dolayısıyla ücret ödemek suretiyle birinci ya da ikinci basamaktan hizmetleri alıyorlardı. Bu dönemde yani birinci ve ikinci basamaklarda özellikle sosyal sigortalara bağlı vatandaşlarımızın bu kısıtlı imkanlardan ötürü hizmet alamadığı dönemde bizler belediyeler olarak ciddi hizmet verdiğimizizi düşünüyorum. Biz

Bayrampaşa belediyesi olarak yakın dönem aile hekimliği kavramı daha oluşmadan, bu kanun çıkmadan önce 7 pratisyen, 4 uzman hekim olarak hizmet vermekteydik. O kadar büyük bir yoğunluk vardı ki arkadaşlarımızdan bir tanesi gelmediği zaman yoğunluk ciddi anlamda hissediliyordu ve artık hastaları kısıtlamak zorunda kalıyorduk, dolayısıyla bu noktada ciddi bir hizmet verdiğimizizi düşünüyorum. Bayrampaşa belediye sınırları içinde sağlık bakanlığına bağlı iki tane sağlık ocağı vardı. Tabii bu da 300.000 e yakın nüfusa sahip olan ilçede birinci derece sağlık hizmetleri bakımından yetersizdi dolayısıyla, belediyemiz 7 pratisyen ve 4 uzman hekimle toplamda 35 e yakın personelle hizmet veriyordu. Böylece ne kadar büyük bir boşluğu doldurduğu da ortadadır.

Ömer Akçağlı (İstanbul Büyükşehir Belediyesi) : Sağlık bakanlığının sunduğu sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetini vatandaş talep eder. Belediyenin sunduğu sağlık hizmetlerinde ise sağlık sorunlarını tespit ederek belediye vatandaşa gider. Evde sağlık hizmeti böyle bir durum. Koruyucu sağlık hizmeti de böyledir. Rahim ağzı kanser ve meme kanseri için vatandaşa gidilir. Vatandaş merkezlere çağrılarak tedavi edilir. Belediyelerin sağlık hizmetleri, sorunların daha fazla olduğu alanlarda yoğunlaşıyor.

Ahmet Mete Aker (Şişli Belediyesi) : Belediyelerdeki sağlık hizmetleri günümüzde, belediyeleri yöneten ekiplerin belirlediği vizyon, taşıdığı misyon ve kararlaştırdıkları stratejik plan doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı'nın ürettiği hizmetlere paralel veya eksik kaldığı hizmetleri yerine getirmek adına çalışmalarını sürdürüyor.(5393 ve 5216 sayılı kanunlarda tanımlanan “belediyeler her türlü sağlık hizmeti yapar’a göre)

Belediyeler mevcut haliyle yeterince geniş bir sağlık hizmet sunumu yapabiliyor mu?

Kenan Kır: Öncelikle tam gün yasasıyla ve aile hekimliği sisteminin gelmesiyle birlikte sağlıkta dönüşüm programı uygulamaya konmuştur. Bununla birlikte ciddi bir sıkıntı yaşadık. Bir boşluk yaşadık. Bizlerde “kurum hekimlikleri kapanıyor mu”

düşüncesi hasıl oldu. Bizim fiziki şartlarımızın iyileştirilmesine yönelik projelerimiz vardı. Dolayısıyla, performans programına bunları da koymuştuk fakat maalesef geri çekmek zorunda kaldık. Sağlık hizmetleri sunumunda son birkaç yıldır bazı sorunlar yaşıyoruz tabii bunun bir de öncesi var. Yatırım yapacak mıyız? Ne olacak? Sağlık bakanlığı kapanışımızı verecek mi? şeklinde ciddi endişeler hasıl oldu. Örneğin bizim Bağkur, Emekli Sandığı ve SSK karnelerine ilaç yazma hakkımız var. Bu ilaçları yazdığımızda SGK ödüyor. Eğer bu hakkı elimizde alarak bu süreci tıkarlarsa bizi %80 oranında bitirmiş olurlar.

İbrahim Halil Güzel: Şu an böyle bir durum söz konusu mu?

Kenan Kır: Hayır şuan böyle bir durum yok. Aslında kurmak istediği sistemle çelişen bir durumdur. Çünkü sağlık bakanlığı tüm sağlık hizmetlerini kendi bünyesinde toplamak istiyor, fakat malumunuz aile hekimliğinde hasta sayısı çok fazla olduğundan halkın mağdur olmaması için mevcut belediyelerdeki kurum hekimlerinin yazmış olduğu reçeteleri şimdilik ödüyor. Fakat bu sistem ilerde tam olarak oturduğu zaman sağlık bakanlığı bu hakkı alır mı onu bilemiyorum. Eğer bu hak alınırsa kurum hekimliklerinin halka vermiş olduğu hizmet biter.

Ömer Akçağıl: Önemli bir soru. Sağlık bakanlığının, aile hekimliği sistemini getirmesi tüm sağlık taramalarını bünyesinde toplaması gibi çalışmalar sonucunda belediyelere oldukça dar alanlar kaldı. Belediyeler koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmında var bu kısmında görev alırken de yine taramaları sağlık bakanlığının çıkardığı kanunlar gereği yapmamız gerekiyor. Binamız istihdamımız yine sağlık bakanlığının çıkardığı kanunlar gereğince olmak zorunda. Sağlık bakanlığı tüm hizmetleri kendi bünyesinde toplamak istediği için biz personel bulamıyoruz çünkü tüm personel sağlık bakanlığının hizmetinde. Özellikle Aile hekimliğine geçiş personel açısından bize sıkıntı yarattı. Bizde çalışan hekimler aile hekimliğine geçince sistemde bir daralma oldu. Aile hekimliği ciddi anlamda uygulandığında birçok sıkıntıyı çözecek ve büyükşehrin hizmetleriyle entegre olabilecek en önemli basamaktır. Çünkü bir aile hekimi mahallesine en yakın insandır. Belediyenin en küçük birimi mahalledir aile hekimi o mahalledeki hastayı bildiği zaman bakanlıkla

ya da bizle koordine olacak ya da bir bayanı belediyenin kuruluşlarına yönlendirerek tarama yaptıracak. Arkadaşlarımız aile hekimliklerini gezerek onlara irtibat numaraları ve broşür bıraktılar fakat aile hekimliklerinin iş yükü fazla olduğu için bu hizmet şuan tam anlamıyla yapılamamakta.

Ahmet Mete Aker: Mevcut haliyle yeterince geniş bir sağlık hizmeti sunduğunu düşünmüyorum.

Belediyenin sağlık hizmetleri sunumunda öncesiyle bugünü karşılaştırdığımız zaman nasıl bir değişiklik olduğunu söyleyebilirsiniz?

Kenan Kır: Sağlık bakanlığının sağlıkta dönüşüm programından önce oldukça önemli bir etkiye sahip olduğunu düşünüyorum. Aile hekimliğine geçiş belediyeleri olumsuz etkilemiştir.

Ömer Akçağal: Sağlık bakanlığının politikaları sonucunda belediyelerin sağlık hizmetleri girişimsel sağlık dediğimiz muayene tetkik ve tedaviden uzaklaşarak, koruyucu sağlık dediğimiz daha çok evde bakım hastalarına ulaşarak takip ve psikolojik destek vererek ya da tarama grubu olarak sağlık bakanlığının eksik olduğu alanları doldurmak için kendimizi yeni sisteme yönlendiriyoruz.

Ahmet Mete Aker: Şişli Belediyesi Sağlık Müdürlüğü çalışması örneğini verirsek; 1998 yılında Şişli ilçesinde 28 mahallede sadece bir tane Sağlık Bakanlığı'na ait Sağlık Ocağı vardı ve burada genellikle hastaları devamlı kullandığı ilaçların reçetelenmesi yapılıyordu. Belediyemiz öncelikli olarak sağlık hizmetini alamayan, sosyal güvencesi olmayan veya ekonomik olarak en az gelir grubuna mensup vatandaşların yoğunlukta olduğu mahallelerden başlayarak Belediye Sağlık Merkezlerini (kolay ulaşılabilen lokasyonlu) kurdu. Kadrolarında Aile hekimi, Pratisyen hekim, Diş hekimi, yardımcı sağlık personeliyle, laboratuvar desteğinde Koruyucu hekimlik başta olmak üzere, muayene-tedavi edici sağlık hizmeti verilmeye başlandı.(Müracaat edenlere sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın insana değer veren , ücretsiz). 2010 yılına gelindiğinde, 12 adet Sağlık

Merkezimiz, 1 Tıp Merkezimiz olmuştur. Sağlık Bakanlığa ait Sağlık Ocağı sayısı 6 olmuştur(hizmet yine aynı seviyede). Haziran 2010 da Aile Hekimliği uygulamasına geçildiği için 5 adet birimimiz vatandaşın hizmetinin aksamaması için Belediye Meclis kararıyla Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne kullanım için devredilmiştir, Tıp merkezlerimizin sayısı 3'e çıkarılıp Uzman Hekimlerimizle kadrosu güçlendirilerek hizmete devam edilmektedir.

Belediyelerin sağlık hizmetleri sunumunda gördüğünüz en büyük eksiklik nedir?

Kenan Kır: Tabii ki yatırımdır. Buna ek olarak personeli de ekleyebiliriz. Buna yalnızca kendi açımızdan bakmamak lazım. Sağlık bakanlığının politikası bağlamında bakmak lazım. Bir devlet hastanesinin nitelikli personeliyle hemen yanı başındaki belediyenin kendi bütçesiyle oluşmuş kurum doktorlarının aynı hizmeti vermesi çok mantıklı değil. Burada kuvvetlerin eş düşümü olmalıdır belli bir hedefe ortak hareket etmeleri gerekir. Aynı hizmeti iki farklı kurumun rekabet edercesine vermesinin anlamı yok.

Ömer Akçağul: Eksiklik olarak değerlendirmeyeceğim. Yapamadığımız hizmetler olarak değerlendireceğim. Örneğin sağlık taramasını yapıp meme kanseri teşhisi koyduğunuz hastanıza ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veremiyorsunuz. İnsanların sosyal güvenceleriyle hastanelerden fazlasıyla yararlandığı bir ortamda belediyelerin hastane açmasına gerek yok. Belediyelerin daha çok koruyucu ve destek sağlığı noktasında hizmet vermeliler.

Ahmet Mete Aker: En büyük eksikliğin kadro yetersizliği olduğunu düşünüyorum.

Sizce belediyeler hangi sağlık hizmetlerini yürütmelidir? (koruyucu önleyici, tedavi edici, rehabilitasyon)

Kenan Kır: Koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerinin her zaman önündedir. Bir hastalık oluşmadan önce oluşacakmış gibi önlemini almak önemlidir.

Örneğin aşılarda koruyucu sağlık hizmetidir. Bizim portföy hizmetlerimizin temelinde de koruyucu sağlık hizmetleri vardır. Halkı bilgilendirmek koruyucu sağlık hizmetidir. Belediyelerin koruyucu sağlık hizmeti konusunda öncülük etmesi gerekir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde sağlık bakanlığının hizmetlerinde sınır olmadığı için belediyenin bu anlamda hizmet vermesini gerekli bulmuyorum.

Ömer Akçağal: Koruyucu sağlık hizmetlerini vermeliler.

Ahmet Mete Aker: Koruyucu sağlık hizmetlerini vermesi gerektiğini düşünüyorum.

Sağlık bakanlığının bu hizmetleri belediyelere devretmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Kenan Kır: Bundan bahsedilebilir. Ben bunu şiddetle savunuyorum. Ben de belediyede sağlık hizmeti veren bir hekim olarak hastaları daha iyi tanıyorum ve belediye olarak bu hizmetin verilmesinin daha iyi olacağını düşünüyorum. Yerel yönetimler bazı hizmetleri sağlık bakanlığından devraldığı zamana tüm hizmetleri kendi bünyesinde topladığı zaman çok daha nitelikli bir sağlık hizmeti sunulmuş olur. Sağlık bakanlığının ve belediyelerin aynı hizmetleri vererek rekabet etmesi yerine bir yetki devri yapması çok daha anlamlı olur. Bu durumda merkezi yönetimler bakanlık düzeyinde denetim yapar yerel yönetimler ise sağlık hizmetlerini sunar. Bu çok anlamlıdır. O zaman ciddi projeler gerçekleştirilir. Ben bu şekilde verilen sağlık hizmetlerinin daha doğru olacağını düşünüyorum. Bu kapsamda farklı projeler de geliştirilebilir. Kanunla belediyelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi açması sağlanmıştır. Birçok belediye fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi açtı. Bayrampaşa belediyesinin de fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır. Önemli olan yetki devridir. Sağlık hizmetinin yerel yönetimlere devredilmesinde fayda vardır.

Ömer Akçağal: Ben belediyelerin sağlık hizmetlerini yürütmeye çok başarılı olacağını düşünüyorum. Çünkü belediyeler çok çabuk halka ulaşır ve çok hızlı hareket eder.

Ahmet Mete Aker: Burada da en önemlisi fizibilite çalışmasıdır, işin olabilirliği ve verimliliği açısından en akılcı olanıdır. Bu çalışma, bize öncelikle, üretmeyi planladığımız işe talep olup olmadığından, kullanılacak mali kaynak miktarı ve personel istihdamına kadar net bilgi verir, yanlış yatırım yapılmasına engel olur. Ülke ölçeğinde üretilecek faaliyetin(hizmet) hangi kurum ya da kuruluşlar tarafından gerçekleştirileceği ile ilgili görev ve sorumlulukların açıkça belirtildiği yasal düzenlemeler hiçbir boşluk, tereddüt, yetki-otorite kararsızlığına neden olmayacak şekilde düzenlenmelidir.

Belediye sağlık hizmetlerinin halka yeterince tanıtıldığını düşünüyor musunuz?

Kenan Kır: Bizim hizmetlerimizin çoğundan halk haberdar. Uzun süredir bu hizmeti verdiğimiz için halk haberdar. İstanbul'un tüm ilçeleri içinde birçok sağlık hizmeti açısından çoğunlukla ilk olmuşuzdur. Halkımıza bunu anlattığımızı düşünüyorum. Hizmetlerimizden haberdar olmayan vatandaşlarımızın olduğunu pek zannetmiyorum.

Ömer Akçağıl: Geçmiş zamanda çok iyi tanıtılıyordu fakat son birkaç yıldır sağlık bakanlığının etkisinden dolayı çok fazla tanıtılmıyor. Kendimize bir yol belirledik ve bu yolda ilerliyoruz. Fakat kendi çapında tanıtımlar seminer broşürle ya da köprülere astığımız afişlerle devam ediyor.

Ahmet Mete Aker: Şişli Belediyesi için yeterince tanıtılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ile yaşadığımız sorunlar var mı? Varsa en çok hangi konularda sorun yaşıyorsunuz?

Kenan Kır: Şuana kadar sağlık bakanlığıyla ciddi bir sorunumuz olmadı. Yaptığımız tahlil ve laboratuvar tetkiklerinden ücret alıyoruz. Bu tahlillerin ücretlerinin sağlık bakanlığı tarafından kurumumuza ödenmesini istedik. Böylece vatandaşlardan ücret almayacaktık. Fakat kanunen döner sermaye oluşturma yetkimiz olmadığı için bakanlık bize bu konuda gerekli ruhsatı vermiyor. Bu yetkiyi

vermediği için de ödeme yapmıyor. Eğer bu olsaydı kendilerine oldukça yardımcı olacaktık. Bunun dışında bir sorunumuz yok. Sosyal Güvenlik Kurumu reçetelerini yazıyoruz ve sağlık bakanlığı bunları karşılıyor.

Ömer Akçağıl: Sağlık bakanlığıyla yaşadığımız çok fazla sorun yok fakat yeni açtığımız bir tıp merkezine ruhsat alırken sorun yaşadık. Bunun dışında ciddi bir sorunumuz olmadı.

Ahmet Mete Aker: Yaşadığımız bir sorun bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi yönetim ile yerel yönetim bakımından değerlendirdiğinizde merkezin ve yerel idarelerinin yeri konumu nasıl olmalıdır?

Kenan Kır: Merkezi yönetim denetlemede etkin olmalı. Yerel yönetimlere yetki devri yapılarak daha etkin olması sağlanmalı. Vatandaş sağlık hizmetindeki problemi il sağlık müdürlüğü ya da bakanlığa bildiriyor. Bakanlık bunları tespit edecek. İllere bildirecek. İl devlet hastanesine bildirecek. Bu bir prosedürdür. Eğer yetki belediyelerde olsaydı devlet hastanesindeki en ufak sorun derhal belediyeye bildirilerek çözüme kavuşurdu. Çünkü olayın bir de siyasi boyutu olacaktı. En ufak bir sorun daha olsa direkt belediye başkanına ve riyasetimize bildirilerek çözüme kavuşacaktı.

Ömer Akçağıl: Merkezi idare genel sağlık politikasını ve temel ilkeleri belirlemeli uygulamayı yerel yönetimlere bırakmalıdır. Özellikle metropol kabul ettiğimiz İstanbul gibi şehirlerde bu şekilde olmalıdır.

Ahmet Mete Aker: Bir plan dahilinde görev dağılımı yapılmalıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunda yerel idarelerin merkezi idareye göre, daha düşük maliyetlerle ve sorunlara daha hızlı çözüm sunabileceğini düşünüyor musunuz?

Kenan Kır: Evet düşürülebileceğini düşünüyorum fakat yükseleceğini zannetmiyorum.

Ömer Akçağıl: Bu, yapılacak eyleme göre değişir. Bakanlığın tüm ülkede uygulayamadığı bir çalışmayı yerel yönetimler daha hızlı yapabilir. Örneğin, İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde hasta uygulamasına 2002 yılında başladı fakat sağlık bakanlığı bu uygulamayı tüm Türkiye de 2009 yılında başlatabilmiştir. Kadın sağlığı merkezleri de böyledir. İBB bu çalışmaya 2003'te başlamıştır fakat tüm Türkiye de sağlık bakanlığının başlatması uzun bir süre almıştır. Güçlü belediyeler sağlık bakanlığının yaptığı hizmetin dışında daha fazla hizmeti hızlı bir şekilde halka ulaştırabilir. Maliyet olarak hesaplandığında verdiğimiz hizmetlerin maliyetinin sağlık bakanlığından fazla olduğunu düşünmüyorum.

Ahmet Mete Aker: Yerel yönetimlerin alan hakimiyeti daha iyi olabilir, liyakatli kişiler tarafından işletilirse.

Merkezi idareden sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili bir yetki devri olması durumunda belediyelerin bunun altından kalkabileceğini düşünüyor musunuz?

Kenan Kır: Evet fevkalade altından kalkabileceğini düşünüyorum. Zaten bu yetki devri mevcut kadrolarla ve bütçesiyle birlikte geleceği için çok da iyi bir şekilde bu yetki devrinin altından kalkabileceğini düşünüyorum.

Ömer Akçağıl: Sistemin tek elden yönetilmesi her zaman önemlidir ancak spesifik hastaneler dediğimiz kanser hastaneleri yanık tedavi merkezi gibi hastanelerin sağlık bakanlığına bağlı olup devlet hastanelerinin belediyelere bağlı olmasından bahsedilebilir.

Ahmet Mete Aker: Liyakatli kişiler tarafından işletilirse altından kalkabileceğini düşünüyorum.

Diğer ülke belediyelerinin sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili yerinde inceleme yapma imkanınız oldu mu ?

Kenan Kır: Olmadı. Fakat bu konuda bilgi sahibi olmak isterim.

Ömer Akçağal: Üç ülkeyi gördüm. İngiltere, Finlandiya ve İtalya. Şunu söyleyebilirim ki gördüğüm ülkelerde belediyelerin sağlık hizmetleri sunumları ülkemize göre çok baskın.

Ahmet Mete Aker: Hayır.

Hizmetlerinizden daha çok hangi kesimler faydalanmaktadır?

Kenan Kır: Bayrampaşa belediyesinde daha çok işçi kısmı olduğu için sağlık hizmetlerimizden daha çok orta ve alt grup faydalanmaktadır. Fakat genel olarak herkese tüm gelir gruplarına hizmetlerimizi sunmaktayız.

Ömer Akçağal: Bizim hizmetlerimiz dezavantajlı gruplara yöneliktir. Daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmasına rağmen belli bir ekonomik düzeyin altında olan kişiler hizmetimizden faydalanıyor.

Ahmet Mete Aker: Özel sağlık sigortası olanlar bile faydalanıyor, müşteri memnuniyetini sağlayabilerseniz herkes müracaat eder.

Bunların dışında eklemek istediğiniz farklı bir konu var mı?

Kenan Kır: Tam gün yasasından dolayı bir kaos ortamı var şu anda, tam gün yasasından dolayı üniversite hastanelerindeki hocalarımızda ve devlet hastanesindeki doktorlarımızda bir direnç var. Toplumda doktorlar en üst entelektüel seviyeyi

oluşturan gruplardan biridir. Bence bakanlık ya da merkezi hükümet tüm doktorları karşısına almak yerine uzlaşma yoluna gitmelidir. Tabiileri temsil eden odasının her ne kadar siyasi olarak farklı bir siyasi angajmanı olsa da onlarla diyalog içersine girmesi ve o diyalogu koparmaması gerekir. Çünkü odamız gerçekten çok güzel hizmetler ve çalışmalar bu güne kadar yapmıştır. Özellikle iş sağlığı ve güvenliği hakkında yapmıştır. Doktorların haklarının korunması konusunda da önemli çalışmalar yapmıştır. Hükümet farklı siyasi angajmanlardan dolayı farklı davranmış olabilir fakat ben onların da gönlünün alınması gerektiğini düşünüyorum. Sonuçta verilecek olan hizmet halka verilecek hizmettir. Önemli olan da budur. Bu nedenle onlarla iş birliği yapılması gerekir. Hocaların mutlaka görüşlerinin alınması gerekir fakat bu pek yapılmıyor ve muhalefet ediliyor bu doğru değil. “doktorun elini hastanın cebinden çekeceğiz” mantığı, tüm doktorlarımızı kırmıştır. Çok fazla risk alan ve yoğun çalışan meslek grubuna biraz daha farklı davranılması gerekir. Tüm dünyada bu böyledir. Türkiye’de de böyledir. Her ne kadar sağlık hizmeti alanında halk açısından önem taşıyan kararlar alınmış olsa da doktorların itibarının en fazla zedelendiği dönem de maalesef yine bu dönem olmuştur. Artık kimse doktor olmak istememektedir. Doktorlar doktorluk yapmak istememektedir. Doktorlar kendi çocuklarının doktor olmasını çok fazla istememektedir. Bu hoş bir durum değil. Bana günde 50 hastaya bakma zorunluluğu getirebilirsiniz fakat hastaya gülümseme zorunluluğu getiremezsiniz. Bizim işimizde her zaman fedakarlık vardır. Doktorları kırmamak lazım. Onların gönlünü almak lazım. Ben buna inanıyorum. Başbakanımız doktorlara “senin ne farkın var öğretmenden, mühendisten” dedikten 3 ay sonra hastalanarak ciddi bir operasyon geçirmiştir. Bu operasyonu gerçekleştiren doktor tam gün yasası sebebiyle çalıştığı hastaneden istifa ederek bir özel hastanede çalışmaya devam eden bir doktordur. Başbakan hastalandığında, orada müdahale hakkı olmamasına rağmen, başbakan için eski çalıştığı hastanede operasyon yapmıştır. Sayın başbakanımıza acil şifalar diliyoruz ancak bu konuda biraz muzdaribiz işin doğrusu. Doktorluk biraz kırılğan bir meslektir. Bu nedenle kırgınız.

Ömer Akçağıl: İstanbul büyükşehir belediyesi bir belediyenin yapabileceği sağlık hizmetlerini en üst noktada yapan bir kurumdur. İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nin gücüyle ilçe belediyelerin, farklı illerin belediyelerin gücü aynı değil bu nedenle

bizim yaptığımız hizmetleri diğer belediyelerin yapması mümkün değil. Sağlık Bakanlığının giremediği, eksik gördüğümüz alanlarda daha çok hizmet yapmaya ve bu hizmetlerle diğer belediyelere örnek olmaya çalışıyoruz. Bakanlık bize daha fazla yetki verdiğinde hizmetlerimizin daha iyi olacağı kanaatindeyim.

Ahmet Mete Aker: Eklemek istediğimi farklı bir konu bulunmamaktadır.

4.4. BELEDİYELERİN SUNMUŞ OLDUĞU SAĞLIK HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yukarıda incelediğimiz üç belediyenin faaliyet alanlarına baktığımız zaman, karşımıza çıkan tablo, sağlık hizmetleri alanında birinci basamak tedavi hizmetlerinin ağırlıklı olarak verildiği görülmektedir. Gerek İstanbul Büyükşehir Belediyesi, gerek incelediğim diğer iki ilçe belediyesinde poliklinik hizmetlerinin önemli bir yer tuttuğunu görüyoruz. Hem İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde hem de Bayrampaşa ve Şişli belediyelerinde dezavantajlı gruplara dönük sağlık hizmetlerine ağırlık verildiği, çocuk, yaşlı, özürlü gibi bakıma daha çok ilgisi olan gruplara yönelik özel çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Özellikle İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından verilen sağlık hizmetlerinde, kadınlara yönelik verilen sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetlerinin ön plana çıkmaktadır. Zaten belediyelerin stratejik planlarına baktığımız zamanda koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine dönük hedeflerin daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bunların dışında genelde ilçe belediyelerinde de görüldüğü üzere, çevreye yönelik sağlık hizmetleri ile ilgili önlem ve kontroller yapılmaktadır. Şüphesiz belediyelerin bu hizmetleri vermesi son derece önemlidir. Burada göz önünde tutulması gereken bir husus taleplerin ne kadarının karşılandığıdır. Aynı durum ilçe belediyeleri içinde geçerlidir.

Sağlık işleri müdürlüleri ile yapılan görüşmede sorulara verilen cevaplar genelde ortaktı. 1-) Belediyelerin mevcut haliyle sunmuş olduğu sağlık hizmetinin düne göre azaldığı ve daraldığı üç yöneticinin de ifade ettiği bir konuydu. 2-) Kadro yetersizliği ve yatırımların istenilen düzeyde olmayışı yine benzer cevapları verdikleri bir

konuydu. 3-) Belediyelerin hangi hizmetlerin sunması gerektiği sorusuna da, koruyucu sağlık hizmetleri cevabı verilmiştir. 4-) Yerel yönetimlere bir yetki devri olması durumunda, belediyelerin bu durumun altından kalkıp kalkamayacağı sorusuna, üç yöneticide olumlu cevap vererek gerekli planlamanın iyi yapılması koşulu ile belediyelerin bu hizmeti rahatlıkla verebileceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca belediyelerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin genellikle, Sağlık Bakanlığının eksik kaldığı, giremediği hizmetleri vererek, sağlık bakanlığına örnek olunduğu daha sonra bu hizmetlerin ülke geneline yayıldığını belirtmişlerdir.

SONUÇ

Sağlık, doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olması sebebiyle, bu hizmetlerinin tüm halka eşit, tarafsız ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması gerekir. Sağlıklı olmak bireylerin kendileri için olduğu kadar toplumun geneli için de önemli bir konudur. Herkes sağlıklı yaşama hakkına sahiptir. Dolayısıyla, sağlık sektörünün temelinde hiçbir ekonomi değerlendirme yöntemiyle ölçülemeyecek olan insan hayatı yer almaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetine ulaşmak açısından kimse dezavantajlı olmamalıdır.

Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından nasıl sunulması gerektiği sürekli tartışılan bir konudur. Bazı mal ve hizmetler doğaları gereği, sahip olduğu özelliklerden dolayı serbest piyasaya bırakılamaması gerekmektedir. Merkez, sağlık politikalarının ulusal bir politika olması nedeniyle bir takım yetkileri elinde tutmak istemektedir. Tüm sağlık sistemlerinde hem yerel hem de merkezi unsurlara ihtiyaç vardır; esas konu nasıl bir denge kurulması gerektiği, bir ülkenin hangi yönde hareket etmesi gerektiği, mevcut dengeyi değiştirmek için o ülkenin elinde ne gibi araçların bulunduğudır.

Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetlerinde öncelik sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine verilmiştir. Türkiye'nin ilk Sağlık Bakanlarından olan Refik Saydam'ın benimsediği ilkelerde de sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin temel görevli ve yetkili olması, Bakanlığın sadece politika belirleme, plan yapma, hedefler saptama ve yerel yönetimlere örneklik etme görevlerini yürütmesi başlıca unsurlardır. 1923 yılı hastane sayılarına baktığımız zaman, mevcut hastanelerin neredeyse üçte ikisinin yerel yönetimlere ait olduğunu görüyoruz. 86 olan toplam hastane sayısının, 51 tanesi belediye ve il özel idarelerine aittir. Fakat Sağlık Bakanlığı, hastanelerin belirli standartlara kavuşup hizmetlerin tek elden yürütülmesinin daha olumlu olacağını ileri sürerek 1950'li yıllardan itibaren, özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi ile sağlık politikalarında dönüşüm başlamıştır. İl Özel İdarelerine ait hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri sunumunda yerelden merkeze doğru bir eğilim olduğunu görüyoruz.

İlerleyen yıllarda da sağlık alanına gerekli yatırımların yapılmayışı ve eksik oluşu yüzünden devletin bu hizmetleri sunmakta yetersiz kaldığı görüşü ileri sürülmeye başlanmıştır. 1980 sonrasında Türkiye sağlık sektöründe uygulanan politikalarda genel eğilim, sektörde piyasa koşulları ve kurallarının egemen kılınmasını sağlamaya yönelik olmuştur. Son on yıldaki hastane rakamlarına ve hastane müracaat sayılarına baktığımız zaman bu durumu gayet açık bir şekilde görüyoruz. 2002 yılında sağlık bakanlığına bağlı olan hastane sayısı ile 2011 yılındaki hastane sayısına bakılınca %8'lik bir artış olduğunu görüyoruz. Ancak aynı karşılaştırmayı özel hastaneler için yaptığımızda 2002 ile 2011 arasındaki hastane artış sayısı %85 olmaktadır. Hastane müracaat sayılarında da benzer durum söz konusudur. Sağlık bakanlığına bağlı hastanelere başvuru sayısı %123 artarken, özel hastanelere başvuru sayısı %936 artmıştır. Bu rakamlar bize sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının gittikçe azaldığını göstermektedir.

Sağlık hizmetleri piyasa şartlarına bırakılmayacak kadar ayrı bir öneme sahiptir, merkezin sıkıntı yaşadığı, yetişemediği alanlarda piyasaya bırakmaktansa yerele yetki verilmesinin daha olumlu sonuçlar doğuracağını düşünüyorum. Belediye kanununda “sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir” hükmü yer alıyor. Böylece belediyelerin sağlık hizmetlerin sunmasında kanunen bir sorun yok ancak uygulamada sorunlar yaşanıyor. Yaptığım mülakatta üç belediyenin sağlık yöneticisinin de belirttiği gibi önlerini görmekte sorunlar yaşadıkları için bu alanda ileriye dönük yatırım yapmaya çekiniyorlar, sağlık hizmetlerinin sunumunda belediyelerin istenilen seviyede olmadığını, yetki verilmesi durumunda hizmet sunumunda bir aksama olmayıp olumlu sonuçlar doğuracağını belirtmişlerdir. Ayrıca belediyelerin sağlık hizmetlerindeki yerini, rolünü değerlendirirken, üç yöneticide geçmişte önemli bir boşluğu doldurduğunu, günümüzde ise sağlık bakanlığının politikalarından dolayı istenilen seviyede sağlık hizmeti sunamadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok ülkede yerel yönetimler önemli bir yere sahiptir. İkinci bölümde Tablo 3'te görüldüğü gibi Belçika, Finlandiya, Hollanda, İtalya, İsveç daha birçok ülkede sağlık hizmetleri sunumunda yerel idareler önemli bir yere sahiptir.

Dünya bankası yerel idarelerin sağlık hizmeti sunumunda olumlu yanlarını maddeler halinde saymıştır.(Dünya Bankası, 2006'dan aktaran Ekici, Topaca, 2007: 54)

- Yerel ihtiyaçlara ve tercihlere daha uygun, birleştirilmiş ve akılcı bir sağlık hizmeti verilmesi.
- Sağlık programlarının daha iyi bir biçimde uygulanabilmesi.
- Hedef kitlenin daha iyi bilindiği için, hizmet sunumunda çakışmaların azalması.
- Hizmet sunumunda kırsal ve kentsel alanlar arasında bulunan eşitsizliklerin azalması.
- Genel olarak yukarıdan programlanan ve parası gönderilen programlardan ziyade hedeflenen programlara para aktarılarak maliyetlerin sınırlandırılması

İyi bir biçimde şekillendirilen yerinden yönetim sistemi merkez ile yerel arasındaki yetki ve sorumluluklar ile mali kaynakların düzgün dağılımı için oldukça önemli bir konudur. Yerinden yönetim her zaman merkezin rolünün zayıfladığı anlamına gelmiyor. Bazı görevler ulusal bir bakış açısı gerektirdiğinden merkezden daha iyi yerine getirilebilmektedir. Fakat sağlık hizmetleri gibi bölgesel, yerel olarak sunulabilecek hizmetlerin yerel seviyede verilebilir. Ancak buradaki ayrımın rol ve sorumlulukların iyi belirlenmesi gerekmektedir. Buradaki önemli olan nokta, hangi sağlık hizmetlerinin yerele devredileceği, hangi sağlık hizmetlerinin devredilmeyeceğidir. Ülke halkının tümünü ilgilendiren hizmetler merkezi idare tarafından vermeye devam edilmelidir. Ülke çapında yürütülen aşılama çalışmaları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ilaçların kontrolü gibi hizmetleri örnek olarak sayabiliriz. Yerinden yönetime devir süreci başlamadan önce kapsamlı bir araştırma yapılarak ihtiyacın hedeflerin iyi belirlenmesi ve yasal zemininde tamamlanması yerinde olacaktır. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri sunumunda beklenene cevap verebilmesi için, yeterli mali kaynağın da mutlaka sağlanması gerekmektedir. Aksi takdirde hizmetlerin sunumunda istenilen şekilde sağlanamayabilir.

Türkiye’de sağlık sisteminde yeni düzenlemeler, reformlar yapılırken, bütün ülkeler için geçerli olduğu kadar bizim ülkemiz için de sağlık hizmetinin ülke genelinde eşit, adaletli, halkın beklentisine uygun şekilde sunulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri ve kamusal olma özelliğinin göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlığın piyasada alınıp satılan diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak, bir hak olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

- Akdur, Recep: **Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve AB de Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu**, Ankara Üniversitesi, Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi, No:25, Ankara 2006
- Akdur, Recep: **Sağlık Politikasında Yeni Arayışlar**, Sosyal Demokrat İdeoloji, Tüses Yayınları, 1990, İstanbul
- Aktan, Coşkun Can
Saran, Ulvi,
Işık A, Kadir: **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Aura Kitapları, 2007
- Aktel, Mehmet,
Memişoğlu, Dilek: **“Yerel Yönetim Reformlarının Başarısızlık Nedenleri”, Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar - I**, Editörler: Hüseyin Özgür, Muhammet Kösecik, Nobel Yayınevi, Ankara, 2005.
- Alıcı, Orhan Veli: **“Türkiye’de Belediye Reformu ve Yaşanan Değişiklikler”**
Çağdaş Yerel Yönetimler, C.16, S.4, Ekim 2007,
- Arıkboğa, Erbay: **“Büyükşehirlerde Kararları Kim Alıyor? Büyükşehir Belediye Meclislerinde Temsil Sorunu ve Çözüm Önerileri”, Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, C. 16, S. 1, Ocak, 2007
- Ateş, Metin: **Sağlık Sistemleri**, Gerekli Kitap, 2011

Avrupa Sosyal Şartı: Avrupa Sosyal Şartı,2011 (Çevrimiçi)
<http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/source/turkce/4.1.3/AVRUPA%20SOSYAL%20%C5%9EARTI.pdf> **Erişim tarihi:**
15.11.2011

Balcı, Asım : **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, Nobel Basımevi, Ankara, 2005

Başbakanlık: DevletTeşkilatı,2012,(Çevrimiçi)
<http://dtvt.basbakanlik.gov.tr/AnaSayfa.aspx>
Erişim Tarihi: 19.12.2012

Bayrampaşa
Belediyesi: **Faaliyet Raporu, 2011**

Bayrampaşa
Kaymakamlığı: Bayrampaşa Tarihsel Gelişimi, 2012, (Çevrimiçi)
<http://www.bayrampasa.gov.tr/sayfa.aspx?tur=altsayfa&ad=TarihselGelisim&id=46>
Erişim Tarihi: 07.06.2012

Beyoğlu Göz
Hastanesi : Beyoğlu Göz Hastanesi Tarihçesi, 2012, (Çevrimiçi)
<http://www.beyoglugoz.gov.tr/index.php?mode=kurumsal&part=tarihce>
Erişim Tarihi: 14.04.2012

Bilecik Devlet
Hastanesi : Bilecik Devlet Hastanesi Tarihçesi, (Çevrimiçi)
<http://www.bilecikdh.gov.tr/?sayfa=tarihce>, **Erişim Tarihi:**
14.04.2012

Bulutoğlu, Kenan: **Kamu Ekonomisine Giriş**, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 2003

Darülaceze

Müessesesi: Darülaceze Hastanesi Tarihçesi, 2012, (Çevrimiçi)
<http://www.darulaceze.gov.tr/bpi.asp?caid=368&cid=603>,
Erişim Tarihi: 18.04.2012

Deri ve Tenasul

Hastanesi: Deri Tenasül Hastanesi Tarihçesi, (Çevrimiçi)
<http://www.deritenasul.gov.tr/hakkimizda.html>, **Erişim Tarihi:** 17.04.2012

EKİCİ, Birol,

Toker M. Cem : “Avrupa’da ve Ülkemizde Yerel Yönetimlerin Denetimi ve Etkinliği”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, Ankara: TODAİE Yayınları, C. 14, S. 1, Ocak, 2005.

Ekonomik Toplumsal

Kültürel Haklar

Sözleşmesi: Ekonomik Toplumsal Haklar Sözleşmesi, (Çevrimiçi)
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf> , **Erişim Tarihi:** 16.11.2011

Erençin, Arif: “Belediye Görevleri Üzerine Bir İnceleme”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, C:15, S:1, Ocak, 2006

Eryılmaz, Bilal: **Kamu Yönetimi**, Nadir Kitap, İstanbul, 2006

Eryılmaz, Bilal : “Belediyelerde Demokrasi Geleneği ve Değişim İhtiyacı”
Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, C 11, S 3, Temmuz, 2002

Eskişehir Devlet

Hastanesi: Eskişehir Devlet Hastanesi Tarihçesi, 2012,(Çevrimiçi)
http://www.eskisehirsaglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=149&Itemid=60 , Erişim tarihi:
15.05.2012

Güler, Birgül
Ayman:

Türkiye'nin Yönetimi, İmge yayınevi, 2010

Günday, Metin:

İdare Hukuku, İmaj Yayıncılık, Ankara, 2004

Görmez, Kemal:

Yerel Demokrasi ve Türk Belediyeciliği, Vadi Yayınları,
2.Baskı, Ankara, 1997.

Haseki Eğitim ve
Araştırma

Hastanesi: Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Tarihçesi,2012,(Çevrimiçi)
<http://www.hasekihastanesi.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 19.06.2012

İnsan Hakları

Evrensel Bildirgesi: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 2012, (Çevrimiçi)
http://www.ihd.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=156:insan-haklari-evrensel-beyannames&catid=37,
Erişim tarihi: 12.11.2011

İstanbul Büyükşehir

Belediyesi : **Faaliyet Raporu 2011, Stratejik Plan 2010-2014**

İstanbul Büyükşehir

Belediyesi: Darülaceze Müdürlüğü,(Çevrimiçi) <http://www.ibb.gov.tr/tr-TR/Kurumsal/Birimler/DarulacezeMudurlugu/Pages/AnaSayfa.aspx> Erişim Tarihi: 15.03.2012

Özrlüer Müdürlüğü, (Çevrimiçi), <http://www.ibb.gov.tr/tr-TR/Kurumsal/Birimler/OzurlulerMudurlugu/Pages/AnaSayfa.aspx> Erişim Tarihi: 15.03.2012

İstanbul Kalkınma

Ajansı: **İstanbul Bölge Planı, 2010**

İtalya Sağlık

Bakanlığı: İtalya Sağlık Hizmetleri, 2012, (Çevrimiçi)

<http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinisteroEnglish.jsp?label=fin> Erişim tarihi: 01.05.2012

Jakubowski E ve

Buse R : Health Care System in the EU Comperative Study' den aktaran Yıldırım, H, Hüseyin, Yıldırım Türkan, **Avrupa Birliğı Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Sağlık- Sen, 2011

Kalkınma Bakanlığı: **I,II,III....IX. Beş Yıllık Kalkınma Planları**, (Çevrimiçi), <http://www.dpt.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC3712B3AA8761DC70455EDD505C91856E7FE60BFD028C293D> Erişim Tarihi: 15.05.2012

- Karakaş, Gültekin
Derya, Yılmaz,
Yusufi Ferimah: “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi: Özel Hastane Sektörünün İnşa Süreci”, **Toplum ve Hekim**, C 26, S 2, 2011
- Karakoç, İmdat: **Halk Sağlığı Alanında İsveç ve Çek Cumhuriyeti Hakkında BilgiNotu,(Çevrimiçi)** ,
<http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/17081/arastirma---halk-sagligi-alaninda-isvec-ve-cek-cumh---a-.html>, Erişim Tarihi: 10.04.2012
- Kartal, Filiz: “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü”, **Amme İdaresi Dergisi**, 2009, C 42, S 2
- Keleş, Ruşen: **Yerinden Yönetim Siyaset**, Cem Yayınevi İstanbul, 2011
- Mutlu, Ayşegül
Işık, A. Kadir: **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005
- Oktay, Tarkan: “Yerel Yönetim reformunun İl Özel İdarelerine Etkileri: Kocaeli Örneği”, **Çağdaş Yerel Yönetimler**, C. 19, S. 3, 2010
- Ortaylı, İlber: **Türkiye İdare Tarihi**, TODAİE Yayını, No:180, Doğan Basımevi, Ankara,1979
- Ortaylı, İlber: **Tanzimat Devrinde Osmanlı Mahalli İdareleri(1840-1880)**, Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara,2000
- Özel, Mehmet: “Yerel Yönetimleri Geliştirme Açısından Devlet, Yerel Yönetim ve Küreselleşme Kavramları Üzerine”, **Türk İdare Dergisi**, Yıl:75, S.441, 2003

- Öztek, Zafer: **Temel Sağlık Hizmetleri**, Hacettepe Sağlık Vakfı, Ankara, 1992
- Öztek, Zafer: Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği, **Toplum Hekimliği Bülteni**, C 25, S 2, 2006, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Resmi Gazete: Hastane Sayıları, 2012, (Çevrimiçi)
<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/10/20031028m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/10/20031028m1.htm>,
Erişim Tarihi: 04.05.2012
- Sağlık Bakanlığı: **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, Ankara2007
- Sağlık Bakanlığı: **Sağlıkta Dönüşüm**; Ankara; 2003.
- Sağlık Bakanlığı: **2011 Yılı Faaliyet Raporu**
Sağlık Bakanlığı: TeşkilatŞeması,(Çevrimiçi)
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>, **Erişim Tarihi:** 06.06.2012
- Sağlık Bakanlığı: 2009 Hastane Sayıları’dan aktaran Aslıhan Büyüksavaş, **Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları Ve Çözüm Önerileri: Isparta Ve Antalya Örneği**, Yüksek Lisans Tezi, 2010
- Sağlık Bakanlığı: **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**, 2010-2011
- Sağlık Bakanlığı: **Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü**, Ankara, 2011

- Sağlık Bakanlığı: **Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara,1998
- Sağlık Bakanlığı: **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri**, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1997
- Saltık, Ahmet: Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, **Toplum ve Hekim**, C 10, S 68, Temmuz-Ağustos, 1995
- Sargutan, A.
Erdal: **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006
- Sayan, İpek Özkal: “Belediye ve Sağlık Hizmetleri”, **Mülkiye Dergisi**, S 254, Bahar, 2007
- Simone Sandier,
Valérie Paris,
Dominique Polton: “Health Care Systems in Transition: France. European Observatory on Health Systems and Policies”,2004(Çevrimiçi)
<http://eprints.lse.ac.uk/7832/> Erişim Tarihi: 25.03.2012
- Sobacı, M Zahit: “Yeniden Yapılanma Sürecinde İl Özel İdarelerinin Dünü, Bugünü ve Geleceği Üzerine Değerlendirmeler”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, C.14, S.4, Ekim 2005
- Soyer, Ata: **1980’den Günümüze Sağlık Politikaları**, *Praksis*, Sayı: 9, Kış-Bahar, 2003
- Şakar, Müjdat: **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, İstanbul: Beta yayınları,1998

- Şener, Orhan: **Kamu Ekonomisi**, 2008, Beta, İstanbul
- Şinik, Bilal: **Türkiye'nin Yönetim Yapısı ve Kamu Personeli**, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2012
- Şişli Belediyesi: **2010-2014 Stratejik Plan, 2011 Faaliyet Raporu**
- Şişli Belediyesi: Şişli Tarihçesi, (Çevrimiçi),
<http://www.sislibelediyesi.com/site/pager.asp?ID=43>, Erişim Tarihi: 14.03.2012
- Şişli Belediyesi: Veteriner İşleri Müdürlüğü,(Çevrimiçi)
<http://www.sislibelediyesi.com/site/frame.asp?pg=veteriner/index.htm>, Erişim Tarihi: 15.03.2012
- Tabak, Ruhi Selçuk: **Sağlık Eğitim**, Ankara, Samgür, 2000
- Tatar, Fahrettin
- Tatar, Mehtap
- Şahin, İsmet: “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’deki Uygulamaları”, **Amme İdaresi Dergisi**, C. 30, S. 3, 1997
- Tatar, Mehtap: Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış; “**Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**” (Ed: Coşkun Can Aktan; Ulvi Saran) içinde; sf: 397-434; İstanbul; Aura Kitapları; 2007
- Tekeli, İlhan: **Belediyecilik Yazıları** (1976-1991), IULA Yerel Yönetim Dünyası,1998

Tekeli, İlhan: **Cumhuriyetin Belediyecilik Öyküsü**, Tarih Vakfı Yurt Yayınları İstanbul, 2011

Türkiye Ortadoğu

Amme İdaresi

Teşkilatı: **Türkiye Cumhuriyeti Devlet Teşkilatı Rehberi**, 2012,(Çevrimiçi)

<http://dtr.todaie.gov.tr//index.php?c=home&a=search>

Erişim Tarihi: 18.12.2012

TOKAT, Mehmet: **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Yayını, Yayın No: 403. Eskişehir,2004

Topaca, Ercan

Ekici, Birol: “Sağlık Sisteminde Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmetlerinin İl Özel İdareleri ve Belediyeler Tarafından Sunulması”, **Çağdaş Yerel Yönetimler**, C 16, S 3, 2007

Torlak, S Evinç

Sezer, Yasin: “Büyükşehir Belediye Reformu Üzerine Bir Değerlendirme”, **Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar - I**, Editörler: Hüseyin Özgür, Muhammet Kösecik, Nobel Yayınevi, Ankara, 2005

Turan, Nurcan:

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunları; Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004

- Türk, Meral: Fransa Sağlık sistemi, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.22,S.3,Ankara, 2007
- Türkiye Büyük Millet Meclisi: **Kamu Hastaneleri Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı**, 2007, (Çevrimiçi)
<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf> Erişim Tarihi: 23.10.2012
- Hükümet Programları**, 2012, (Çevrimiçi)
http://www.tbmm.gov.tr/kutuphane/e_kaynaklar_kutuphane_hukumetler.html Erişim Tarihi: 15.02.2012
- Türkiye İstatistik Kurumu: **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları**, Ankara, 2011
- Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği: Büyükşehir Belediye Yasa Değişikliği Üzerine Basın Açıklaması,(Çevrimiçi)
http://www.zmo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=19188&ti_pi=3&sube=7 Erişim Tarihi: 01.12.2012
- Ulusoy, Ahmet
- Tekin, Akdemir: **Mahalli İdareler**, Seçkin Yayınları, 5.Baskı, Ankara, 2007

- Uz, M. Hulki : “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, **Amme İdaresi Dergisi**, TODAİE, C. 32, S. 1, 1999
- Ünal, Feyzullah: Tanzimat’tan Cumhuriyete Türkiye’de Yerel Yönetimlerin Yasal ve Yapısal Dönüşümü, Dumlupınar Üniversitesi, **Sosyal Bilimler Dergisi**, S 30, 2011
- Varol, Muharrem: “Yerel Temsilden Katılıma: Kuram ve Gerçeklik” **Yerel Yönetimler Sempozyumu Bildirileri**, TODAİE Yayınları,2000
- Yıldırım, Hasan
Hüseyin
- Yıldırım, Türkan: **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, İmaj Yayınevi, 2011, Ankara
- Yıldırım, Turan: **Türkiye’nin İdari Teşkilatı**, Alkım Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul, 1999.
- Yılmaz, Bülent
Nazım: “Aile Hekimliği Sağlıkta Geriye Gidişin Öyküsü”, Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı, **Eskişehir Tabip Odası Bülteni**, 2008
- Zeynep Kamil
Kadın ve Çocuk
Hastalıkları
Hastanesi: Zeynep Kamil Hastanesi Tarihçesi, (Çevrimiçi)
<http://www.zeynepkamil.gov.tr/>, **Erişim Tarihi:** 18.05.2012

