

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Naci KARKIN

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ SÜRECİNDE
YEREL YÖNETİMLERİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ:
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEĞİ

Danışman

Yard. Doç. Dr. Erol ESEN

Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi

Antalya, 2007

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Naci KARKIN

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ SÜRECİNDE
YEREL YÖNETİMLERİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ:
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEĞİ

Danışman

Yard. Doç. Dr. Erol ESEN

Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Antalya, 2007

İÇİNDEKİLER

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
ÖNSÖZ	xiv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	8
İKİNCİ BÖLÜM	79
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	120
SONUÇ VE ÖNERİLER	247
KAYNAKLAR	259
EKLER	280
ÖZGEÇMİŞ	286

Birinci Bölüm

KAMU HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: SAĞLIK KAMU HİZMETLERİNİN YERELLEŞMESİ

1.1. GENEL OLARAK HİZMET VE KAMU HİZMETİ	8
1.1.1. Hizmet ve Mal Kavramları	11
1.1.2. Kamu Hizmeti Kuramı	12
1.1.2.1. Kamu Hizmeti Kuramını Etkileyen Çağdaş Gelişmeler	18
1.2. Sağlık Hizmetleri	28
1.2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Tanımı	28
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Üretimi ve Sunumu	33
1.2.3. Sağlık Hizmetleri Bağlamında Aktör – Faktör İlişkisi ve Etkileşimler	34
1.2.4. Hizmetlerin Yerelleşmesi ve Yerelleşme Biçimleri	36
1.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi	41
1.2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinin Olumlu ve Olumsuz Etkileri	42
1.2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinin Amaçları	49
1.2.5.2.1. Hakkaniyet (<i>Equity</i>)	51
1.2.5.2.2. Katılım	53
1.2.5.2.3. Hesap Verebilirlik	53
1.2.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesini Güçleştirebilecek Engeller	54
1.2.5.3.1. Anayasal ve Yasal Engeller	56
1.2.5.3.2. Personelin Bürokratik Direnci	57
1.2.5.3.3. Personelin Uyum Sorunu	59
1.2.5.3.4. Örgütsel Kapasite	60
1.2.5.4. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinde Ortak ve Farklı Dinamikler	61
1.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Küresel Uygulama ve Deneyimler	66
1.2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Güney Amerika Deneyimi	70
1.2.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Afrika Deneyimi	74
1.2.6.3. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Asya Deneyimi	75
1.2.6.4. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Avrupa Deneyimi	76

İkinci Bölüm

TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİ VE YERELLEŞME SÜRECİ

2.1. TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİ	79
2.1.1. Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Değişim ve Dönüşüm Süreci	84
2.1.1.1. Türkiye Cumhuriyeti Dönemi Sağlık Hizmetleri ve Siyasaları	84
2.1.1.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları	94
2.1.1.2.1. Siyaset Kaynaklı Sorunlar	96
2.1.1.2.2. Örgüt Kaynaklı Sorunlar	97
2.1.1.2.3. Finansman Kaynaklı Sorunlar	97
2.1.1.2.4. Hizmetlerin Üretimi ve Sunumu Kaynaklı Sorunlar	98
2.1.2. Sağlık Reformları	99
2.1.2.1. Sağlık Reformlarına Ortam Hazırlayan Koşul ve Nedenler	99
2.1.2.1.1. İdeoloji Kökenli Değişim ve Dönüşümler	99
2.1.2.1.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Sorunu	99
2.1.2.1.3. Mali Kaynak Sorunu	100
2.1.2.2. Türk Sağlık Reformuna ilişkin Çalışma ve Projeler	100
2.1.2.2.1. Sağlık Reformuna ilişkin Çalışmalar	101
2.1.2.2.2. Sağlık Reformuna ilişkin Projeler	103
2.1.2.2.2.1. Birinci Sağlık Projesi	103
2.1.2.2.2.2. İkinci Sağlık Projesi	104
2.1.2.2.2.3. Temel Sağlık Hizmetleri Projesi	104
2.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Yerel Yönetimler	104
2.1.3.1. Türk Sağlık Hizmetleri ve Yerel Dönüşüm Süreci	104
2.1.3.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Bağlamında İdeoloji ve Teknik Benzeşmesi	110
2.1.4. Büyükşehir Belediyeleri'nde Sağlık Hizmetleri	114
2.1.4.1. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele	116
2.1.4.2. Sağlık Kurumları Açma ve Yönetme	116

Üçüncü Bölüm

SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERELLEŞMESİ SÜRECİNDE YEREL YÖNETİMLERİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEĞİ ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER	120
3.1.1. Araştırmanın Konusu	120
3.1.2. Araştırmanın Önemi	121
3.1.3. Araştırmanın Amaçları	121
3.1.3.1. Kamu Hizmeti ve Sağlık Hizmeti Sunma Yöntemlerinin Yerelleşmesine İlişkin Kuramsal Çalışma ve Gelişmelerin Aktarılması	121
3.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Bağlamında Uluslararası Deneyimler Hakkında Bilgi Verilmesi	122
3.1.3.3. Türk Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Bağlamında Kuramsal Altyapı, Geçmiş – Mevcut Uygulama ve Sorunların Sunulması	122
3.1.3.4. Uygulama Alanı Olarak Büyükşehir Belediyelerinin Seçilmesi	122
3.1.3.5. Uygulanabilir Siyasa Önerilerinin Geliştirilmesi	122
3.1.4. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi	123
3.1.5. Araştırmanın Hipotezleri	123
3.1.5.1. Hipotez 1 (H_1)	123
3.1.5.2. Hipotez 2 (H_2)	124
3.1.5.3. Hipotez 3 (H_3)	124
3.1.5.4. Hipotez 4 (H_4)	124
3.1.5.5. Hipotez 5 (H_5)	125
3.1.6. Araştırmanın Değişkenleri	126
3.1.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	126
3.1.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni	126
3.1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	126
3.1.8. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	127
3.1.9. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Veri Analizi Yöntemi	129
3.2. ALAN ARAŞTIRMA SONUÇLARININ ANALİZ VE YORUMLARI	132
3.2.1. Büyükşehir Belediye Meclis üyeleri ile Demografik Bilgiler	132
3.2.1.1. Cinsiyet	132
3.2.1.2. Görev Yeri	132
3.2.1.3. Siyasal Parti	133
3.2.1.4. Üyelik Süresi	133
3.2.1.5. Yaş	134
3.2.1.6. Eğitim	134
3.2.1.7. Meslek Türleri	135
3.2.1.8. Çalışma Alanı	136
3.2.2. Meclis Üyelerine Göre Türkiye'nin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli Üç Sorun Alanı	137
3.2.2.1. İşsizlik sorununa meclis üyelerinin bakışı	138
3.2.2.2. Meclis üyelerinin sosyal ve ekonomik eşitsizliğe bakışı	139
3.2.2.2.1. Coğrafi bölge ve sosyo-ekonomik eşitsizliğe bakış arasındaki ilişki	141

3.2.2.3. Meclis üyelerinin bürokrasinin hantallığı/verimsizliğine bakışı	142
3.2.3. Meclis Üyelerine Göre Yerel Yönetimlerin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli İki Sorun Alanı	144
3.2.3.1. Meclis üyelerinin mali kaynak yetersizliğine bakışı	145
3.2.3.2. Meclis üyelerinin personelin nicel/nitel yetersizliğine bakışı	145
3.2.4. Sağlık Hizmetleri Temel Yetki ve Sorumlulukları – İlgili Yönetimsel Düzey	150
3.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Kamu Yönetimine İlişkin Olumsuz Bakış Açısı	151
3.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Olası Engeller	153
3.2.7. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Olası Gerekçeler	154
3.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – En Önemli Beklenti	157
3.2.9. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – En Önemli Yarar	158
3.2.10. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesine İlişkin Beklentiler	159
3.2.11. Yerel Şartların Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Etkileri	173
3.2.12. Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretimi	187
3.2.13. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Sağlık Çalışanlarının Genel Durumu	194
3.2.14. Sağlık Hizmetlerinin Tekrar Merkezileşme Olasılığı	195
3.2.15. Sağlık Hizmetlerinin Merkezileşmesinin Olası Gerekçeleri	198
3.2.16. Tutum ve Beklenti Ölçekleri	199
3.2.16.1. “Sağlık hizmeti özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir”	199
3.2.16.2. “Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde, özel firmaların deneyiminin olup olmaması son derece önemlidir”	203
3.2.16.3. “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, yeterli ve uygun sağlık personelinin istihdam edilmesini kolaylaştırır”	204
3.2.16.4. “Sağlık hizmetlerinin devri, bölgeler arası hizmet kalitesini daha da derinleştirir”	204
3.2.16.5. “Devirden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir”	208
3.2.16.6. “Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur”	210
3.2.16.7. “Yerel koşulların farklı olması, sağlık hizmetlerine erişimde bölgelerarası eşitsizliğe sebep olur”	214
3.2.16.8. “İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır”	216
3.2.16.9. “Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler”	218
3.2.16.10. “Büyükşehir ve alt kademe belediyelerin aralarındaki sorumluluk alanı açıkça belirtilmelidir”	225
3.2.16.11. “Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur”	226
3.2.16.12. “Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır”	228
3.2.16.13. “Halkın sağlık hizmetlere ilişkin karar alma sürecine katılımı için gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmalıdır”	231
3.2.16.14. “Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi sağlanmalı ve kalite ön plana çıkarılmalıdır”	232
3.2.16.15. “Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetlerde performans ve memnuniyeti ölçebilecek sistemler geliştirilmelidir”	233

3.3. ALAN ARAŞTIRMASININ SONUÇLARI VE UYGULANABİLİR SİYASA ÖNERİLERİ	234
3.3.1. Meclis Üyelerinin Makro ve Mikro Sorunlara Bakışı	234
3.3.2. Meclis Üyelerinin Sağlık Hizmet Yerelleşmesi Süreç, Engel, Gerekçe, Aktör ve Sonuçlarına Bakışı	236
3.3.3. Meclis Üyelerinin Sağlık Hizmet Yerelleşmesine İlişkin Tutum ve Beklentileri	243
SONUÇ VE ÖNERİLER	247
KAYNAKLAR	259
EKLER	280

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1: Hizmetlerin Özellikleri	11
Tablo 2: Farklı Bilimsel Disiplinlerin Güven Açığına İlişkin Bakış Açılıarı	26
Tablo 3: Yerelleşme Biçimleri	40
Tablo 4: Bazı Ülkelerde Sağlık Reformları ve Sonuçları	67
Tablo 5: Avrupa Ülkelerinde Yerel Yönetimlerin Sundukları Sağlık Hizmetleri	78
Tablo 6: Türk Sağlık Sektörü Aktörlerine Genel bir Bakış	80
Tablo 7: Alan Araştırması için Öngörülen Örneklem Sayıları	128
Tablo 8: Alan Araştırması için Gerekli Sayıların Dağılımı	129
Tablo 9: Alan Araştırması Sonunda Gerçekleşen Meclis Üyesi Sayılarının Dağılımı	129
Tablo 10: Meclis Üyelerinin Cinsiyet Dağılımı	132
Tablo 11: Meclis Üyelerinin Görev Yer Dağılımı	132
Tablo 12: Meclis Üyelerinin Temsil Ettikleri Siyasal Parti Dağılımı	133
Tablo 13: Meclis Üyelerinin Üyelik Süre Dağılımı	133
Tablo 14: Meclis Üyelerinin Yaş Grubu Dağılımı	134
Tablo 15: Meclis Üyelerinin Eğitim Durumu Dağılımı	134
Tablo 16: Meclis Üyelerinin Meslek Durumu Dağılımı	135
Tablo 17: Meclis Üyelerinin Çalışma Alanı Dağılımı	136
Tablo 18: “İşsizlik” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı	138
Tablo 19: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) İşsizlik Olgusuna Bakışı	138
Tablo 20: Sosyal ve Ekonomik Eşitsizlikle İlgili Soruya Verilen Cevapların Dağılımı	139
Tablo 21: Siyasal Partilerin (AKP – CHP – DTP) Sosyo-Ekonomik Eşitsizliğe Bakışı	140
Tablo 22: Coğrafi Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Eşitsizliğe Bakışı	141
Tablo 23: Bürokrasinin Hantallığı/Verimsizliği Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı	142
Tablo 24: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) Bürokrasinin Hantallığı/Verimsizliği Olgusuna Bakışı	143
Tablo 25: Mali Kaynakların Yeterliliğine İlişkin Soruya Verilen Cevapların Dağılımı	145
Tablo 26: Personelin Nicel/Nitel Yetersizliğine İlişkin Soruya Verilen Cevapların Dağılımı	145
Tablo 27: Coğrafi Bölgelerin Yetişmiş Personelin Sayı ve Kalite Olarak Yetersizliği/Eksikliğine Bakışı	147
Tablo 28: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) Yetişmiş Personelin Sayı ve Kalite Olarak Yetersizliği/Eksikliğine Bakışı	149
Tablo 29: Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Yetki ve Sorumlulukların İlgili Yönetmelik Düzeye Göre Dağılımları	150
Tablo 30: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ile Kamu Yönetimine İlişkin Olumsuz Bakış Açısı Arasındaki İlişkiye Verilen Cevapların Dağılımı	151
Tablo 31: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimler Tarafından Sunumunun Kamu Yönetimine İlişkin Olumsuz Bakış Açısını Nasıl Etkileyeceğine İlişkin Bakışı	152

Tablo 32: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesine İlişkin Olası Engellerin Dağılımı	153
Tablo 33: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinde Olası Gerekçelerin Dağılımı	154
Tablo 34: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecindeki En Önemli Gerekçelere Bakışı	155
Tablo 35: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sonucunda Olası Beklentilerin Dağılımı	157
Tablo 36: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Ortaya Çıkarabileceği Olası Yararların Dağılımı	158
Tablo 37: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Kamu Yararı Arasındaki İlişkiye Bakış	160
Tablo 38: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kırtasiyecilik/Bürokrasi Arasındaki İlişkiye Bakış	161
Tablo 39: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kırtasiyecilik/Bürokrasi Arasındaki İlişkiye Bakışı	161
Tablo 40: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Vatandaşların Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Bakış	162
Tablo 41: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Vatandaş Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Bakışı	163
Tablo 42: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Personelinin Uygar Tavrı Arasındaki İlişkiye Bakış	164
Tablo 43: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Personelinin Uygar Tavrı Arasındaki İlişkiye Bakışı	164
Tablo 44: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Kalitesi Arasındaki İlişkiye Bakış	165
Tablo 45: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişkiye Bakışı	165
Tablo 46: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Maliyeti Arasındaki İlişkiye Bakış	166
Tablo 47: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Maliyeti Arasındaki İlişkiye Bakışı	167
Tablo 48: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Maliyeti Arasındaki İlişkiye Bakışı	169
Tablo 49: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Verimliliği Arasındaki İlişkiye Bakış	170
Tablo 50: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Verimliliği Arasındaki İlişkiye Bakışı	170
Tablo 51: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Sunumunda Hızlılık Arasındaki İlişkiye Bakış	171
Tablo 52: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Sunumundaki Hızlılık Arasındaki İlişkiye Bakışı	172
Tablo 53: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlere Erişimde Bölgelerarası Uçurum Arasındaki İlişkiye Bakış	172
Tablo 54: Mali ve Ekonomik Yetersizliğin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi	174
Tablo 55: Personelin Nicel/Nitel Yetersizliğinin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi	174

Tablo 56: Yerel Kayırmacılığın Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi	175
Tablo 57: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kayırmacılık Arasındaki İlişkiye Bakışı	176
Tablo 58: Siyasal Parti Üyelerinin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kayırmacılık Arasındaki İlişkiye Bakışı	178
Tablo 59: Yönetimler arası (Merkez ve Yerel) Görüş Farklılığının Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerindeki Olası Etkisi	179
Tablo 60: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Merkez/Yerel Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakışı	180
Tablo 61: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Merkez/Yerel Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakışı	182
Tablo 62: Yerel Yönetimlerin İç Görüş Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi	283
Tablo 63: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Yönetim İç Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakışı	184
Tablo 64: Siyasal Konum Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Yönetimlerin İç Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakış	186
Tablo 65: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Hangi Aktör Tarafından Üretilmesi Gereği Sorununa Bakış	187
Tablo 66: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Hangi Aktör Tarafından Üretilmesi Gereği Sorununa Bakışı	188
Tablo 67: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Hangi Aktör Tarafından Üretilmesi Gereği Sorununa Bakışı	190
Tablo 68: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretilmesinde Yerel Yönetimlerin İşlevi Ne Olmalıdır Sorununa Bakış	191
Tablo 69: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretilmesinde Sivil Toplum Örgütlerinin İşlevi Ne Olmalıdır Sorununa Bakış	192
Tablo 70: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretilmesinde Özel Sektör Örgütlerinin İşlevi Ne Olmalıdır Sorununa Bakış	193
Tablo 71: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Sağlık Çalışanlarının Genel Durumu Üzerine Olası Etkilerine Bakış	194
Tablo 72: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştikten Sonra Tekrar Merkezileşme Olasılığına Bakış	195
Tablo 73: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştikten Sonra Tekrar Merkezileşme Olasılığına Bakışı	196
Tablo 74: Sağlık Hizmetlerinin Merkezileşmesinin Olası Gerekçelerinin Neler Olabileceğine Bakış	198
Tablo 75: Güçlü Firmaların Tekel Oluşturabilirliği Savına Bakış	199
Tablo 76: Coğrafi Bölgelerin “Güçlü Firmaların Tekel Oluşturabilirliği” Savına Bakışı	200
Tablo 77: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) “Güçlü Firmaların Tekel Oluşturabilirliği” Savına Bakışı	202
Tablo 78: “Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Sürecinde, Özel Firmaların Deneyiminin Olup Olmaması Son Derece Önemlidir” Savına Bakış	203
Tablo 79: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Sağlık Personeli İstihdamını Kolaylaştırabileceği Savına Bakış	204

Tablo 80: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Bölgelerarası Hizmet Kalitesini Derinleştirebileceği Savına Bakış	204
Tablo 81: Coğrafi Bölgelerin “Sağlık Hizmetlerinin Devri, Bölgelerarası Hizmet Kalitesini Derinleştirir” Savına Bakışı	205
Tablo 82: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) “Sağlık Hizmetlerinin Devri, Bölgelerarası Hizmet Kalitesini Derinleştirir” Savına Bakışı	207
Tablo 83: “Devirden Beklenen Amaç Gerçekleşmezse, Sağlık Hizmetlerinin Tekrar Merkezi Yönetim Tarafından Üretilmesi Söz Konusu Olabilir” Savına Bakış	208
Tablo 84: İktidar ve Muhalefetin “Devirden Beklenen Amaç Gerçekleşmezse, Sağlık Hizmetlerinin Tekrar Merkezi Yönetim Tarafından Üretilmesi Söz Konusu Olabilir” Savına Bakışı	209
Tablo 85: “Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimlere Devri, Bölgeler Arasında Ödenek Dağılımında Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakış	210
Tablo 86: Coğrafi Bölgelerin “Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimlere Devri, Bölgeler Arasında Ödenek Dağılımında Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakışı	211
Tablo 87: İktidar ve Muhalefetin “Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimlere Devri, Bölgeler Arasında Ödenek Dağılımında Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakışı	213
Tablo 88: “Yerel Koşulların Farklı Olması, Sağlık Hizmetlerine Erişimde Bölgelerarası Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakış	214
Tablo 89: İktidar ve Muhalefetin “Yerel Koşulların Farklı Olması, Sağlık Hizmetlerine Erişimde Bölgelerarası Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakışı	215
Tablo 90: “İlgili Devri Planlama ve Düzenleme Aşamasında, Hükümet, Sağlık Sektörünün Görüşlerini Dikkate Almamıştır” Savına Bakış	216
Tablo 91: İktidar ve Muhalefetin “İlgili Devri Planlama ve Düzenleme Aşamasında, Hükümet, Sağlık Sektörünün Görüşlerini Dikkate Almamıştır” Savına Bakışı	217
Tablo 92: “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakış	218
Tablo 93: Coğrafi Bölgelerin “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakışı	219
Tablo 94: İktidar ve Muhalefetin “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakışı	221
Tablo 95: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakışı	222
Tablo 96: Siyasal Görüşlerin (Merkezin Sağı – Merkezin Solu) “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmet Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakışı	224
Tablo 97: “Büyükşehir ve Alt Kademe Belediyelerin Aralarındaki Sorumluluk Alanı Açıkça Belirtilmelidir” Savına Bakış	225

Tablo 98: “Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi, Uluslararası Geçerliliği Olan Partiler Üstü Bir Konudur” Savına Bakış	226
Tablo 99: Coğrafi Bölgelerin “Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi, Uluslararası Geçerliliği Olan Partiler Üstü Bir Konudur” Savına Bakış	227
Tablo 100: “Sağlık Hizmetlerinin Üretilmesinde Rekabet Ortamı Oluşturulmalıdır” Savına Bakış	228
Tablo 101: Siyasal Görüşlerin (Merkezin Sağı – Merkezin Solu) “Sağlık Hizmetlerinin Üretilmesinde Rekabet Ortamı Oluşturulmalıdır” Savına Bakışı	229
Tablo 102: İktidar ve Muhalefetin “Sağlık Hizmetlerinin Üretilmesinde Rekabet Ortamı Oluşturulmalıdır” Savına Bakışı	230
Tablo 103: “Halkın Sağlık Hizmetlere İlişkin Karar Alma Sürecine Katılımı İçin Gerekli Altyapı ve Olanaklar Sağlanmalıdır” Savına Bakış	231
Tablo 104: “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi Sağlanmalı ve Kalite Ön Plana Çıkarılmalıdır” Savına Bakış	232
Tablo 105: “Sağlık Çalışanlarının Sundukları Hizmetlerde Performans ve Memnuniyeti Ölçebilecek Sistemler Geliştirilmelidir” Savına Bakış	233
Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli 1	81
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli 2	82
Şekil 3: Türk Sağlık Reformları	100
Şema 1: Sağlık Hizmetleri	30
Şema 2: İl Sağlık Sistemi	81

KISALTMALAR LİSTESİ

%	Yüzde Değeri
A.B.D	Amerika Birleşik Devletleri
a.g.e	Adı Geçen Eser
AB	Avrupa Birliği
AİD	Amme İdaresi Dergisi
AİP	<i>Article in Press</i> , Yayın Aşamasında
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
AYM.	Anayasa Mahkemesi
BM	Birleşmiş Milletler
CHP	Cumhuriyet Halk Partisi
DB	Dünya Bankası
DoH	<i>Department of Health</i> , Sağlık Bakanlığı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
DTP	Demokratik Toplum Partisi
E.S.	Esas Sayısı
f	Frekans Değeri
K.S.	Karar Sayısı
KAYFOR	Kamu Yönetimi Forumu
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KYTKT	Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı
NHS	Ulusal Sağlık Sistemi
OECD	<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
RG.	Resmi Gazete
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STÖ	Sivil Toplum Örgütü
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TESEV	Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etütler Vakfı
TODAİE	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
TTB	Türk Tabipler Birliği
TUSİAD	Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
UIÖ	Uluslararası İş Örgütü
UPF	Uluslararası Para Fonu

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ SÜRECİNDE YEREL YÖNETİMLERİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ: BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEĞİ

ÖZET

Bu çalışma, temel olarak, kamu hizmeti kuramını ve en önemli kamu hizmetleri arasında yer alan sağlık hizmetlerini, kamu yönetimi çerçevesinde ele almayı, ayrıca, sağlık hizmetlerine yönelik yerelleşme çabalarını, yönetim bilimi bağlamında irdelemeyi amaçlamaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde, genel olarak kamu hizmeti kuramı ve bu kuramın dönüşümü irdelenmektedir. Bu bölümde, öncelikle, hizmet ve mal kavramlarına ilişkin açılımlara yer verilmektedir. Daha sonra, kamu hizmeti kavramı değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, kamu hizmeti kuramını etkileyen çağdaş gelişmelerin anlatılmasını, bu hizmetlere ilişkin kuramsal açılım ve tartışmalar takip etmektedir. Çalışmanın birinci bölümünde, ayrıca, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları da kuramsal bağlamda irdelenmektedir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde yerelleşme süreci, yerelleşme türleri, yerelleşmenin olumlu ve olumsuz etkileri, yerelleşme sürecine ilişkin dinamikler belirtilmektedir. Yerelleşme uygulamalarına yönelik olası engel ve direnç noktalarından söz edildikten sonra, sağlık hizmet yerelleşmesinin ortaya çıkarabileceği güçsüz, zayıf ve olumsuz yönler irdelenmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmet yerelleşmesine ilişkin küresel deneyimler de ayrıca değerlendirilmektedir.

İkinci bölümde, Türk sağlık hizmetleri derinlemesine irdelenmektedir. Türk sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, bu süreçte ortaya çıkmış değişik siyasalar, Türk sağlık hizmetlerinin temel sorun alanları, sağlık reformuna uygun ortam hazırlayan sebep ve gerekçeler, sağlık yerelleşmesi sürecinden önce gerçekleştirilmiş reform ve projeler aktarılmaktadır. Türk sağlık hizmetlerinde yerelleşme süreci ve yerel yönetimler konusu olabildiğince ayrıntılı bir şekilde işlenmektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, sağlık hizmet yerelleşmesine yönelik yerel seçilmişlerin tutum ve beklentilerinin, bir alan araştırması yoluyla tespitine yer verilmektedir. İlgili alan araştırması sonucunda ortaya çıkan veriler istatistiksel olarak analiz edilmekte ve yorumlanmakta, sonuçta, Türk sağlık yerelleşmesinin başarılı biçimde gerçekleştirilmesine yardımcı olabilmek amacıyla uygulanabilir siyasa önerileri sunulmaktadır.

**THE ATTITUDES AND EXPECTATIONS OF LOCAL
ADMINISTRATIONS IN THE PROCESS OF TRANSFORMATION
OF HEALTH SERVICES: THE CASE OF METROPOLITAN
MUNICIPALITIES**

ABSTRACT

In this dissertation, it is basically aimed to handle with the public service theory and healthcare services which are among the most crucial public services in the contexts of public administration together with those decentralization efforts toward healthcare services by taking the point view of administration science.

In the first chapter of the dissertation, the theory of public service and the transformation of this term are generally examined. In this chapter, firstly, those discussions on service and goods dichotomy are delivered. Then, public service conceptualization is evaluated. The historical, economical and administrative dimensions of public service are detailed. The contemporary developments affecting the public service notion are studied aligning with the theoretical openings and discussions thereunto.

In the first chapter of the dissertation, besides, health and health care concepts are dealt with a special reference to the theory. Then, some other related issues as what is health care decentralization and how to be realized, types of decentralization, positive and negative effects of decentralization and dynamics regarding the decentralization matters are deployed. The possible obstacles and resistances driven to decentralization are studied aligned with the possible weaknesses and negative ways which could be among the results of so-called decentralization policy. The international examples of healthcare decentralization are scrutinized as much measure as the dissertation allows.

In the second chapter, Turkish health services are dealt with as deep as possible. The historical evolution of Turkish healthcare services, those different policies emerged meantime, basic problematic areas of Turkish health care, those reasons and justifications for the rationale of reforms, those projects and plans before the decentralization inclination and the present situation of decentralization are deeply analyzed.

In the third chapter of the dissertation, the expectations and attitudes of local-elected politicians are investigated with the help of an area research. The data taking shape after the so-called area research are statistically analyzed and explicated. On the upshot, there lay some applicable policy proposals having the aim to help the Turkish healthcare decentralization be successful.

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında, geliştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında her zaman yardımını ve desteğini gördüğüm, son derece yoğun geçen çalışmalarını arasında ne zaman gitsem bana zaman ayıran saygıdeğer danışman hocam Yard. Doç. Dr. Erol ESEN başta olmak üzere, çalışmaya, kurgulama ve sınır çizme süreci başta olmak üzere yorum ve uyarıları ile çok büyük destek sağlayan, ayrıca, çalışma süresince her aşamada katkı sağlayarak bana güvenen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ali ÖZTEKİN'e ve bana olan güveniyle çalışmayı bitirmemde katkı ve desteğini sunan benim için son derece değerli hocam Prof. Dr. Ferda ERDEM'e öncelikle teşekkür etmeyi görev bilirim. Ayrıca, tez savunma jüri üyeleri olarak çalışmam son derece olumlu katkılar sağlayan Sayın Prof. Dr. İnan ÖZER'e ve çalışmamı özenli bir akademisyen titizliğiyle, yol gösterici, öğretici bir biçimde okuyarak, son derece önemli açılımlar sağlayan Sayın Yard. Doç. Dr. Birsen NACAR'a şükran ve minnetlerimi sunmak isterim.

Çalışmanın alan araştırmasına yönelik kısmının başlangıcında teknik açılım sağlayan, alan araştırmasının ve analizlerinin sonuçlandırılmasında ise, ivme sağlayan ve herhangi bir sorunun olduğunda olabildiğince çabuk yardımcı olan Yard. Doç. Dr. Andım Oben BALCE'ye özel bir teşekkür etmem gerekir.

Çalışma süresince yeterince vakit ayıramadığım aile üyelerimden, babam Derviş KARKIN, annem Tefide KARKIN, kardeşlerim, Merve, Mesude ve Hatice KARKIN, eşim Zehra KARKIN, kızım Feyzanur KARKIN ve oğlum Ali Sefa KARKIN'dan öncelikle özür diler, sonra da, çalışmaya ve bana sağladıkları ve gösterdikleri maddi ve manevi destek için ömür boyu sürecek minnet ve şükran duygularımı kabul etmelerini istirham ederim.

Naci KARKIN

GİRİŞ

Bu çalışma, evrensel düzlemde en önemli kamu hizmetleri arasında yer alan sağlık hizmetlerine yönelik yerleşme çabalarını bir bütün olarak irdelemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, öncelikle, hizmet, kamu hizmeti, sağlık hizmetleri ve yerleşmeye dönük kuramsal açılımlar ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri bağlamında, yerleşmenin, salt bir siyasal araç mı olduğu yoksa içsel dinamiklerin zorunlu kıldığı bir dönüşümü mü simgelediğinin incelenmesi çalışmanın temel tezini şekillendirmektedir. Sonuç itibariyle, bu çalışma, sağlık hizmetlerinin yerleşmesine yönelik çabaları, ilgili çabaların arka planında yatan ideolojik, teknik ve pragmatist izdüşümleri temel alarak tartışmaya çalışmaktadır. Sözü edilen çerçevede, öncelikle hizmet ve kamu hizmeti kavramları irdelenmektedir.

Kamu hizmetinin kolayca tanımlanamadığı ve konuyla ilgili tüm taraflar tarafından kabul edilebilir, açık bir tanımının olmadığı konusunda fikir birliği olduğu için, kamu hizmetine ilişkin kavramsal tanımların, soyut, genelleştirilmiş veya duruma koşut oluşturulması söz konusudur. Buradan, kamu hizmeti tanımının ve kamu hizmetlerinin yerine getirilme biçimlerinin, zaman, yer ve şartlara göre farklılaşabildiği sonucuna varılabilir. Kamu hizmetlerine yönelik işlev alanının genişlemesi ve değişmesi bağlamında, kamu hizmeti tanımının daha iyi anlaşılabilmesi için şekli, organik ve maddi yönlerden değişik açılımlar geliştirilmiş, ayrıca, kamu hizmetine ilişkin değişik sınıflandırmalar yapılmıştır. Yine de, kamu hizmeti alanında benzer açılımlar sağlayan veya ortak noktalara işaret eden bazı özellikler bulunduğu görülmektedir. Bu özellikler arasında, kamu hizmetlerinin sürekli ve düzenli olması, bedelsiz olması, etkin olması, eşit biçimde dağıtılması ve değişime uyum sağlaması sayılabilir.

Türkiye'nin de yer aldığı Kıta Avrupası geleneği içerisinde çok önemli ve geniş bir alan oluşturmasına rağmen, kamu hizmeti kuramı, özellikle Anglo – Sakson geleneğinin liberalizm akımlarına sürekli maruz kalmaktadır. Bu bağlamda, değişen dünya düzeni içerisinde, devlet reformları adı altında, yönetimlerin üzerinde sürekli düzenleme yaptıkları alanın, kamu hizmeti alanı olduğu gözükmektedir. Kamu hizmeti alanının sürekli reforma tabi tutulmasının en önemli gerekçesi, soyut olan devlet kavramının, kamu hizmetlerinde görünen yansması ile somutlaşmasından kaynaklanmaktadır. Buradan, kamu hizmeti reformu demenin, aslında devlet reformu demek olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, tarihsel gelişimi içerisinde, çoğunlukla merkezi yönetim tarafından üretilen kamu hizmetleri, liberalizmin yükselme dönemlerine koşut biçimde

değişik tartışmalara konu edilmektedir. Bu tartışmaların günümüz bağlamında en önde yer alanı, yerelleş(tir)me¹ olarak gözükmektedir.

Kamu hizmeti kuramının kavramsal açılımı sorunsal olduğu gibi, gelişim evreleri de oldukça sorunlu geçmiştir. 20. yy.'ın ilk ve son dönemleri itibariyle, kamu hizmeti alanı, ilişkili olduğu bilim dalları bağlamında, temel sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. Hatta sözü edilen dönemlerde kamu hizmeti kavramının, kriz kavramıyla birlikte anılması gerektiğini savunanlar bulunmaktadır. Özellikle, kapitalizmin, *Büyük Buhran*'dan sonra 1970'li yıllarda yoğun bir biçimde yaşadığı ikinci büyük krizi, öncelikle, Anglo – Sakson geleneğe sahip ülkelerde, daha sonra, uluslararası kuruluşların da yardımıyla, tüm kürede, kamu hizmetleri özelinde, yönetsel ve toplumsal alanda gerçekleştirilmesi önerilen neo – liberalizm kaynaklı uygulamaları gündeme taşımıştır. Sözü edilen sürecin yardımıyla, 1980'li yıllarla birlikte, kamu kesiminin genişlemesine karşı çıkan ve ulus – devlet(*ler*)in küçültülerek daha etkin ve verimli hale getirilmesini savunan söylemlerin gittikçe yoğunlaştığı gözlemlenmektedir.

Aslında, yönetime ilişkin arayışın ve yönetimde değişim ve dönüşüme duyulan ihtiyacın altındaki nedenler, salt metodolojik anlamda reform çabalarından değil, aynı zamanda bir anlayış, algılayış ve ontolojik dönüşüm ihtiyacından da kaynaklanmaktadır. Kamu yönetiminde reforma ilişkin arayışlar, uluslararası alanda sürekli olarak güncelliğini koruyan bir konudur. Bu arayışların günümüz bağlamında önem kazanmasının temelinde, küresel düzlemde tek kutupluluğun, zıt kutupluluğun yerini alması süreci yatmaktadır. Küresel düzlemde, yakın döneme kadar geçerliliğini koruyan siyasal, ekonomik ve yönetsel zıt kutupluluk yerini, kapitalizm ve liberalizmin göreceli üstünlüğüne ve tek kutupluluğuna bıraktığı noktadan itibaren, ulus – devlet çerçevesinde kabul gördüğü düşünülen yol ve yöntemler, değişmek durumunda kalmıştır.

Yönetimler evrensel düzeyde, neo – liberal ekseninde gerçekleşen değişim ve dönüşümlere, ayakta kalma ve meşruiyet koruma gerekçesiyle, kendini uyarlamak zorunda bırakılmıştır. Bu bağlamda, küreselleşme, yerelleşme, özelleşme gibi olguların ve kuramsal alanda ortaya çıkan kimlik krizlerinin yol açtığı hızlı ve köklü gelişmeler karşısında, kamu yönetiminde ve kamu hizmetlerinde, değişim ve dönüşüm arayışlarının hız kazanması söz konusudur. Ortaya çıkan yeni olgu, olay ve kuramların, kamu

¹ Bazı ülkelerde gerçekleştirilen yerelleşme çabalarının kavramsal bağlamda “*yerelleştirme*” olarak isimlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü Türkiye'nin de içerisinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde, alttan üste doğru iletilen talepler çerçevesinde şekillenen bir *yerelleşme* sürecinden değil; üstten alta doğru lütuf şeklinde inen *yerelleştirme* sürecinden söz etmek gerekmektedir. Konuya ilişkin olarak, Çevik (2004, s. 49), Türkiye'deki modernleşmeye dönük çabaların “*modernleştirme*” çerçevesinde irdelenebileceğini, çünkü bu çabaların yönetici seçkinlerce yukarıdan aşağıya doğru gerçekleştirilmeye çalışıldığını aktarmaktadır. Yine de, ilgili alanyazından uzaklaşmamak adına, bu çalışmada, yerelleştirme yerine, “*yerelleşme*” terimi kullanılacaktır.

yönetimlerini, kapasite ve yetenek bağlamında değişime hazırlıksız yakalaması sonucunda, yönetsel alanda yeni arayışların ortaya çıkma süreci hızlanmıştır. Bu bağlamda, küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan gelişmeler, kamu yönetiminde kullanılmakta olan yol, yöntem ve uygulamaların tekrar gözden geçirilmesini sonuç vermektedir. Sonuçta ortaya çıkabilecek yenilenmiş karar mekanizmalarının, uygulama ve üretim araçları geliştirilmesi sürecinde önemli katkılar sağlayabileceği yönündeki görüş, kamusal alana ilişkin küreselleşme bağlamında ortaya çıkan reformcu savları desteklemektedir.

Yönetsel alana ilişkin uluslararası etkileşimlere ivme kazandıran bazı etkenler de bulunmaktadır. Bunlardan birisi, artan ülkelerarası diyalog sürecinin, uygulamaların değiş – tokuşunu (*politika transferi*) hızlandırmasıdır. Diğeri, bazı uluslararası örgütlerin, gelişmekte olan ülkelere yönelik, kimi zaman pasif kimi zaman aktif yaptırımlarıdır. Politika transferinin teşvik edilmesi ve uluslararası örgütlerin yaptırımları sonucunda, evrensel düzeyde benzeşen politika ve uygulamalar söz konusudur. Elbette, sağlık alanı da yukarıda sözü edilen siyasa ve uygulama benzeşmesinden uzak kalamamıştır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri, kamu hizmeti kuramına yönelik tartışmalardan oldukça yüksek düzeyde pay almaktadır.

Sağlık ve sağlık hizmetleri, kuramsal ve uygulamalı alanların kesişim noktasında yer alan yansımacı bir özelliğe sahip olduğu için, hem tanımlanma gücü çökmekte, hem de bu alanlarda yaşanan değişim ve dönüşüm çabalarından doğrudan etkilenmektedir. Sağlık alanının böyle bir kesişim noktasında yer alması, sonuçta, sağlık kavramının özüne ilişkin soru ve sorunları da karmaşıklarıştırmakta, benzer bir kesişim noktasında yer alan kamu hizmeti kavramında olduğu gibi, üzerinde herkesin, her zaman uzlaşabileceği bir sağlık kavramından söz edilmesini oldukça zorlaştırmaktadır.

Kamu hizmetlerinin bütün türleri aynı anda birçok alanı doğrudan veya dolaylı olarak kapsayabilir. En önemli kamu hizmetleri arasında olan sağlık hizmetleri de, birçok alanı doğrudan veya dolaylı biçimde ilgilendirmektedir. Bu durum, sağlık alanında yönetimler tarafından atılan veya atılması gereken adımların başarılmasına ek bir zorluk getirmektedir. Çünkü sağlık alanına ilişkin her uygulama, konuyla ilgili kuramsal ve uygulamalı bilimler tarafından tartışma konusu yapılabilmektedir. Böyle bir tartışma ortamının ortaya çıkmasını, sağlık hizmetlerinin özgül yapısıyla ilişkilendirmek mümkündür. Uluslararası alanyazında kabul gördüğü şekliyle “*bedensel, ruhsal, fiziksel ve zihinsel yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanan “*sağlık*” kavramı, bir hizmet alanı olarak irdelendiğinde, diğer mal ve hizmetlerden farklılaşmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri, bir hizmet alanı olarak, diğer hizmetler gibi aynı anda, hem üretime hem de

tüketime konu olmasının yanında, diğer hizmet alanlarından farklı olarak, sağlık hizmetlerinin, özellikle tedavi edici hizmetler bağlamında, yüksek maliyet içermesi söz konusudur. Ayrıca, kullanıcıların üretim ve tüketim sürecine doğrudan katılmaları ve bireyler için en önemli olgular olan yaşam ve ölüm gibi boyutları aynı anda kapsamaması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin hangi koşullarda üretilip sunulacağı konusunda, kuramsal ve uygulamalı bilimlerde, farklılaşan veya çelişen görüşlerin ortaya çıkması her zaman için söz konusudur. Yine de, sağlık hizmetlerinin sunumu üzerine başlayan yeniden yapılandırma tartışmaları, her ülkenin siyasal ve yönetsel biçimine bağlı olarak şekillenmiştir.

Çalışmanın ana eksenlerinden birini oluşturan yerelleşme ve hizmetlerin yerelleşmesi, sağlık hizmetleri temel alınarak irdelenmektedir. Çalışmada, yerelleşme nedenleri ve yerelleşme türleri irdelenmekte, ülkeden ülkeye değişen birçok ekonomik ve siyasal güdüleyicileri bulunan yerelleşme biçimindeki farklılıklar sorgulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, uluslararası arenada yaygınlık kazanan bir süreç olarak dikkat çekmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetlerin salt medikal boyutu olan hizmetler değil, içerdiği dışsallıklar yoluyla hem kamusal hem de toplumsal açılım taşıyan hizmet alanlarıdır. Dolayısıyla, sağlık alanına ilişkin bir çözüm yolu olarak düşünülen yerelleşme uygulamalarının, tüm boyutlarıyla incelenmesi, ayrıca içerisinde bulunan siyasal ve yönetsel sistemin temel dinamikleriyle uyumlu hale gelecek biçimde tasarlanmasında yarar görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine dönük sürecin tasarım ve uygulaması, tek başına gerçekleşen veya gerçekleşikten sonra biten süreç bir olarak algılanmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin gerçek anlamını kazanabilmesi için, zaman içerisinde ortaya çıkabilecek değişim ve dönüşümleri de içselleştirebilecek yeniden yorumlama ve geliştirme anlayışı, ilgili yerelleşme sürecinin en başında öngörülmelidir.

Merkezi yönetimler, kamu hizmetlerinde yerelleşmeyi değişik dinamikler çerçevesinde uygulamaya çalışmaktadır. Çünkü yerelleşme, kapsamlı bir süreç olup, farklı dinamiklerce yönlendirilebilir. Merkezileşme çabalarında olduğu gibi, yerelleşme çabaları da bir ekonomik kalkınma stratejisi aracı olabileceği gibi, yeni bir demokratikleşme² hamlesi biçiminde de ortaya çıkabilir. Yerelleşme, mali açıdan, kamu harcamalarına etkinlik kazandırmaya yönelik amaç güdebilir. Ayrıca, siyasal alanın etkisini ekonomik alanda azaltmaya yönelik amaç taşıyabilir. Hizmet boyutunda ele alınırsa, yerelleşme, kalite yükseltme amacının yanı sıra, etkinlik, verimlilik, şeffaflık

² Parlak (2005, s. 17), yerelleşmenin, temsili demokrasi çerçevesinde yaşanan krizin aşılması bağlamında, yerel demokrasilerin geliştirilmesi ve yöneten – yönetilen ikileminde, yönetilenlerin lehine yeni bir denge kurulmasına hizmet edebileceği kanısındadır.

gibi modern hizmet anlayış ilkelerini de içerebilir. Sonuçta, yerelleşme uygulamalarının yukarıda sayılan kimi amaçları da içeren geniş bir olumlu yönü en azından kuramsal olarak bulunsa da, yerelleşme uygulamalarından salt olumlu sonuçlar alınacağı beklemek rasyonel bir davranış olmayacaktır. Yerelleşmenin nasıl uygulanacağı, çözülmesi gereken bir sorun alanı olarak beklerken, diğer ülkelerin uyguladıkları yerelleşme politikalarını ve sonuçlarını dikkatle incelemek, bir diğer sorun alanı olarak önemini korumaktadır³.

II. Dünya Savaşı sonrası, sosyal refah devleti anlayışının yaygınlık kazanmasıyla, sağlık alanı, önemli bir kamu hizmeti alanı olarak merkezi yönetimin sorumluluğu altında örgütlenmiştir. Sosyal refah devleti uygulaması ile sağlık hizmetlerinin yanında diğer kamu hizmetlerinin de genel bütçe üzerinden finanse edilmesi, bütçeler üzerinde artan oranlı bir yük meydana getirmiştir. Bu bağlamda ortaya çıkan yeniden yapılandırma ihtiyacı, yeni yol ve yöntemlere ihtiyaç duymuştur. Yerelleşme sürecinin merkezi yönetimin bütçe yükünün hafiflemesi bağlamında önemli bir işlevsellik sunduğu görülmektedir. Ancak, yerelleşmenin “*yetki devri*” anlamına gelen ve ilgili görev ve sorumlulukların merkezi yönetim birimleri dışında yer alan yerel yönetim birimlerine devri, her zaman söz konusu olmayabilir. Bunun dışında, merkezi yönetimin taşra uzantılarının (*yetki genişliği*) yanı sıra, merkezi ve yerel yönetim birimleri dışında kalan başka aktörlere devir de (*delegasyon*) söz konusu olabilir. Ayrıca, yerelleşmenin bir türü olarak “*özelleştirme*” sürecinden de söz edilebilir.

Çalışmanın ilk bölümü özetlenecek olursa, bu bölümde, kamu hizmeti kuramı irdelenmektedir. Bu bölümde, öncelikle, hizmet ve mal kavramları arasındaki farklılaşma irdelenmektedir. Şekli, organik ve maddi açılardan tanımlanan kamu hizmetini, bu kuramı etkileyen ve dönüştüren çağdaş gelişmeler takip etmektedir. Bu bölümde, temel olarak, kamu hizmeti kuramının, kuramsal ve uluslararası gelişmeler karşısında aldığı, biçim ve özün incelenmesi söz konusudur.

Birinci bölümde, sağlık hizmetleri, ikinci ana başlık olarak yer almaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetleri tanımını, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumuna ilişkin kuramsal tartışma izlemektedir. Sağlık alanında yer alan aktör ve faktörlerarası etkileşimlerden sonra, yerelleşmenin ve sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin kuramsal altyapısı verilmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin ortaya çıkarabileceği olumlu ve olumsuz etkileri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi amaçları

³ Sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumuna ilişkin genel ve özel çerçevenin çizilmesi, ülkelerin tarihsel, ekonomik, mali, yönetsel, siyasal sistemlerine koşut olduğu için, genel bir siyasa değişimi bağlamında, bu hizmetlerin yerelleşmesi konusu da, yerel yönetimlerin ilgili yönetsel sistem içindeki konumlarından ayrık değerlendirilemez. Bu gerçekten hareketle, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi olgusu, ancak değişik yönleri olan analizler sonucu karar verilebilecek son derece duyarlı bir alan olarak öne çıkmaktadır.

izlemekte, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine engel oluşturabileceği düşünölen olgular ve bu hizmetlerin yerelleşmesine temel oluşturan ortak ve farklı dinamiklerin verilmesi, daha sonraki sırayı almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi çerçevesinde, ortaya çıkmış deneyimler bağlamında, G. Amerika, Afrika, Avrupa ve Asya kıtalarından verilen örnekler, Türk sağlık hizmetlerinden önceki yerini almaktadır.

Türk sağlık hizmetlerinin irdelendiği ikinci bölümde, öncelikle, sağlık sistemimizin tarihsel değişim ve dönüşüm süreci irdelenmektedir. Bu çerçevede, Cumhuriyetin ilan edilmesinden önceki ve sonraki dönemlerde ortaya çıkmış sağlık hizmetleri ve siyasetleri tartışılmaktadır. Türk sağlık hizmetlerinin kronolojik çerçevede karşılaştığı sorunsal alanların incelenmesini, bu sorunları çözmek bağlamında gündeme gelen sağlık reformlarının koşul ve nedenleri ile bu reformlara ilişkin çaba ve projelerin anlatılması izlenmektedir. Sağlık hizmetleri ve yerel yönetimler arasındaki ilişkinin aktarılmasından sonra, Büyükşehir belediyeleri özelinde, sağlık hizmetlerinin aldığı yol ve uygulamalar ikinci bölümün son kısmını oluşturmaktadır.

Türk sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerelleşme sürecinden önce, siyasal, yasal veya yönetsel engel alanlarının, ayrıca, diğer ölkelerde gerçekleştirilmiş uygulamaların ortaya çıkardığı zorlukların ve olumsuzlukların dikkate alınmasında yarar görölmüştür. Bu gerçekten hareketle, çalışmada, Türkiye'deki yerel yönetimlerin konumu, başta anayasal statüleri olmak üzere genel olarak tartışılmaktadır. Ayrıca, 2004 – 2005 yıllarında gerçekleştirilen kamu reformları çerçevesinde yerel yönetimlerin değişen konumları tartışılmakta ve sağlık hizmetleri konusundaki yenilenmiş görev ve sorumlulukları incelenmektedir. Bu açıdan bakılırsa, çalışma, diğer amaçlarının yanında, Türk sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerelleşme uygulamalarının öncesinde, eleştirel açıdan bilimsel yargılarda bulunarak katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Üçüncü bölüm, çalışmanın en özgün kısmını oluşturan alan araştırmasına ayrılmıştır. Bu bölümde, öncelikle, araştırmaya ilişkin genel bilgiler verilmektedir. Bu bilgiler bağlamında, araştırmanın konusu, önemi, amaçları, alanı – yeri – yöntemi, hipotezleri, değişkenleri, sınırlılıkları, evren ve örnekleme ile araştırmada kullanılan ölçek ve veri analiz yöntemleri yer almaktadır.

Araştırmanın konusunu, temel olarak, sağlık hizmetlerinin, Büyükşehir belediyeleri özelinde, yerel yönetimler tarafından nasıl yerine getirileceğinin incelenmesi oluşturmaktadır. Büyükşehir belediyelerinin ana karar organını Büyükşehir belediye meclisleri oluşturduğu için, yerel meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin görüş, tutum ve önerileri son derece önemli kabul edilmiştir. Bu bağlamda, araştırmanın evren ve örneklemini Büyükşehir belediye meclis üyeleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın amacını, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin yerel yönetimler özelinde, nasıl bir kurumsallaşma göstereceğine ilişkin bilimsel temelli bir bakış açısı geliştirilmesi oluşturmaktadır. Araştırmanın temel hipotezleri ise, beş ana başlık altında toplanmıştır. Araştırmada, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin bakışları, bağımlı değişkeni; eğitim, cinsiyet, yaş, hizmet süresi, bölge ve partiler de bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Her araştırmada olduğu gibi bu çalışma çerçevesinde gerçekleştirilen araştırmanın da bazı sınırlılıkları bulunmaktadır.

İlgili araştırma çerçevesinde ortaya çıkan sonuçların analiz ve yorumlarına da üçüncü bölümde yer verilmektedir. Özellikle, Büyükşehir belediye meclis üyeleri olarak, deneklerin; demografik özellikleri, makro ve mikro sorunlara bakışı, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde olası engel, gerekçe, aktör ve sonuçlara bakışı, meclis üyelerinin tutum ve beklentileri bağlamında ortaya çıkan uygulanabilir siyasa önerileri, üçüncü bölümün sonuç kısmını oluşturmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: SAĞLIK KAMU HİZMETLERİNİN YERELLEŞMESİ

1.1. Genel Olarak Hizmet ve Kamu Hizmeti

Kamu hizmetinin kolayca tanımlanamadığı veya herkesçe kabul edilebilir açık bir tanımının olmadığı konusunda fikir birliği olduğu için⁴, alanyazında daha çok, soyut, genelleştirilmiş ve duruma koşut tanımlarla karşılaşmaktadır⁵. Bir hizmetin, kamu hizmeti olarak tanımlanabilmesi, ilgili hizmetin niteliği ile birlikte, dönem, konjonktür ve ilgili toplumsal yapı çerçevesinde siyasal, sosyal ve ekonomik faktörler doğrultusunda ortaya çıkan siyasal iradeye bağlı olması (Uluğ, 2004, s. 3) net bir tanımın yapılabirliğini güçleştirmektedir. Kamu hizmeti kavramını tanımlamak, her yerde ve her zaman geçerli olabilecek tanım geliştirmek demek olmadığı için, geliştirilecek her tanım, zorunlu olarak tarihsel ve mekânsal koşutluk içerecek, bu da, genel geçer bir tanımın olabirliğini güçleştirecektir⁶ (Karahanoğulları, 2001, s.8). Kamu hizmeti kavramına ilişkin değişik tanımlamalar yer almaktadır. Bir tanıma göre, örneğin, kamu hizmeti, toplumsal yaşamın sürdürülebilmesi noktasında vazgeçilmez olan ihtiyaçların karşılanabilmesi işlevinin, özel alana ait kurallardan belirli ölçülerde etkilenilmeyerek, devlet tarafından üstlenilmesi biçiminde tanımlanmaktadır (Karahanoğulları, 2001, s.6). Kamu hizmeti tanımlarında, sadece devlet ve yönetime referans verilmesi, kamu hizmetlerinin bilinen en geleneksel⁷ yanına vurgu yapmak biçiminde algılanmalıdır. Çünkü konuya ilişkin yeni gelişmelerin dikkate alınması, kamu hizmetinin yerine

⁴ Onar (1966, s.14), kamu hizmeti kavramının açık olmadığını belirtmektedir. Anayasa Mahkemesi'ne göre de, kamu hizmeti kavramının belirsizliği konusunda görüş birliği bulunmaktadır (*Değişik kanunlara ek madde eklenmesine ilişkin 22.2.1994 günlü, 3974 sayılı yasa hakkında*, AYM., 09.12.1994, E.S. 1994/43, K.S. 1994/42-2, R.G. 24.01.1995, S.22181, s.21; ayrıca, *3996 sayılı kanuna ilişkin iptal davasında*, AYM. 28.06.1995, E.S. 1994/71, K.S. 1995/23, R.G. 20.03.1996, S. 22586, s.48-49). Okutan (1996, s.4) ise, kamu hizmeti kavramının üzerinde uzlaşılan bir görünümünden uzak olduğu görüşündedir. Ona göre, kamu hizmeti kavramının önemi, tanımlanmaya ilişkin belirsizlikten güç almaktadır.

⁵ Tanınmış Fransız kamu hukukçusu D. Truchet'e göre, hiç kimse kamu hizmeti için tartışmasız bir tanım verememiş, yasama bunu dert edinmemiş, yargıç, arzu etmemiş, doktrin ise, başaramamıştır (Karahanoğulları, 2004, s. 8; Gülan, 1988, s.147; Uler, 1998, s.252; Tan, 1991, s.234). Okutan (1996, s.5) sözü edilen saptamanın, Türkiye bağlamında, yasa koyucu açısından geçerli olabileceğini, yargı ve öğretinin, kamu hizmeti kavramını tanımlamaya çalıştığını savunmaktadır. Uler (1998, s.252) de yargının, kamu hizmeti kavramını önüne gelen somut olay bağlamında tanımladığını, öğretinin de tanımlayabileceğini belirtmektedir. Gülan (1988, s.147) ise, kamu hizmeti tanımı, yeri ve değeri hakkında öğretide bir uzlaşma oluşmadığını belirtmektedir.

⁶ Yine de, kamu hizmetinin bir takım somut öğelerle ilişkisinin bulunduğu gerçeği, tanımlanma sürecinde dikkate alınmaktadır.

⁷ Klasik idare hukukunda kabul edildiği üzere, herhangi bir işlevin kamu hizmeti olarak tanımlanabilmesinin temel ölçütü, devletin (*veya bir kamu tüzel kişisinin*) ilgili görev veya işlevi (*kamu yararı oluşturması gerekçesiyle*) kamu hizmeti olarak kabul etmesidir (Ulusoy, 1998, s.29). Ulusoy'un (1998, s.29) Mescheriakoff'a (1991, s.100) gönderme yaptığı üzere, 1930'lu yıllarda büyük tartışmalara konu olan "*virtüel kamu hizmeti*", bu noktada bir istisna kabul edilmektedir.

getirilmesi bağlamında, bir bütün olarak, sadece devlete değil, özel sektöre ve sivil toplum kuruluşlarına da, sınırları iyi tanımlanmış ölçüler içerisinde, gönderme yapmayı gerektirmektedir⁸. Kamusal nitelikli tüm hizmetlerin görülmesini, sadece yönetimden bekleme yönündeki anlayışın terk edilmesi, bazı hizmetlerin gönüllü örgütler gibi yönetim dışı aktörlerce de yerine getirilebilmesi, devletin, kamu hizmeti sunma işlevinin yanında, hizmet sunumunu kolaylaştıran işlevi üzerinde de durması gereği konuya ilişkin alanyazında yerini almaya başlamıştır (Sezer, 2000, s.1).

Kamu hizmeti, doğası gereği devlet, yönetim, mal veya hizmet vb. gibi olgu ve süreçlerle etkileşim halindedir. Dolayısıyla, kamu hizmeti kavramının ayrıntılarına geçmeden önce, ilişkili tanımların ve bu tanımların geçirdikleri dönüşüm süreçlerinin verilmeye çalışılması, daha sonra bu kavramlarla kamu hizmetinin etkileşim noktalarının ortaya konması, çalışma açısından önemli görülmektedir.

Bilindiği üzere, küreselleşme⁹ akımı, ulus – devleti zayıflatıcı süreçleri beraberinde getirmiştir (ayrıca, Demirel, 2006, s.106). Bununla birlikte, küreselleşme, ülkelere, yeni küresel ortamda koruyucu politikalarını ve kurumlarını, daha rekabetçi ve etkin yöntemlerle değiştirme ihtiyacını da hissettirmektedir. “*Devlet Reformu*” ya da “*Kamu Yönetimi Reformu*” olarak da adlandırılan kamu yönetiminin yeniden yapılanmasının, bu bağlamda, ülke gündemlerinin ana maddelerinden birini oluşturduğu aktarılmaktadır (Bilgin, 2005, s.29). Dolayısıyla, öncelikle devlet ve yönetim kavramların irdelenmesi gereklidir.

Devlet kurumunun, diğer sosyal kurumlar içinde yer almasına rağmen, tarihsel bağlamda anlam kazanan yasal meşru güç kullanabilme yeteneğine sahip olması, diğer sosyal kurumlar üzerinde düzenleme ve denetleme yapma gücünü sonuç vermektedir. Bütün toplumsal kurumların tepesinde devlet kurumunun yer aldığı dikkate alınırsa, devletin nasıl tanımlandığı, kamu hizmetinin ve ilişkili olan diğer kavramların bütünsel açıdan tanımlanabilmesi bağlamında önem kazanmaktadır.

⁸ 1999 yılında 57. Hükümet döneminde 4446 sayılı yasa ile Anayasa'nın 47. maddesinde gerçekleştirilen bir değişiklik ile herhangi bir hizmetin “*kamu hizmeti*” olabilmesi için, ilgili hizmetin bütünüyle kamu tarafından yapılması bir koşul olmaktan çıkarılmıştır (Uluğ, 2004, s.3). Bu bağlamda, Gözler (2002, s. 326-354), 3 Ekim 2001 yılında Anayasa'da yapılan değişikliklerle, Anayasa'nın 13. maddesinden genel sınırlama sebeplerinin (*genel ahlak, genel sağlık, kamu düzeni, kamu yararı vb.*) kaldırılmasıyla, artık, kamu hizmeti kurulamayacağı (*kamu hizmeti kurulmasının, özel teşebbüsü sınırlayacağı ve özel teşebbüsünün sınırlanamamasının 48. madde koruması altında olması çerçevesinde*) iddiasındadır. Anayasa Mahkemesi, 3974 sayılı kanunun Anayasa'nın değişik maddelerine aykırılık savıyla iptal edilmesine ilişkin başvuruda, konuya ilişkin olarak şöyle demektedir: “*Çağdaş kamu hizmeti kavramına giren hizmetler yalnızca devlet etkinlikleri ile sınırlandırılmaz.*”, AYM., 09.12.1994, E.S. 1994/43, K.S. 1994/42-2, R.G. 24.01.1995, S.22181, s.21–22

⁹ Küreselleşme kavramıyla anlatılmak istenen olgu, olay ve süreçler, aslında, birkaç yüzyıldır gelişim halindedir. Yalnız, küreselleşmeye ilişkin mevcut tartışmaların ana odak noktası, daha yakın dönemlerde ortaya çıkmıştır (Robertson, 1999, s. 21).

“Devlet nedir?” sorusunun yüzyıllardan beri siyasal düşünür ve sosyal bilimcilerin cevabını aradıkları, ancak üzerinde henüz bir anlaşma sağlayamadıkları dikkate alınır, devlet olgusunun, değişik bakış açılarına göre, çok çeşitli tanımları olabilen bir sosyal olgu ve kavramı temsil ettiği görülmektedir¹⁰ (Kapani, 2000, s.33-34). Yine de, devletin, siyasal kuruluşların en geniş, en gelişmiş, en iyi örgütlenmiş, en kapsayıcı olanı ve aynı zamanda irili ufaklı birçok kurum ve kuruluşu içine alan kurumlar kurumu olarak nitelendirildiği görülmektedir (Kapani, 2000, s.35-43; Öztekin, 2003, s.25). Devlet, sistem kuramından hareketle, sosyolojik bir sistem olarak tanımlanmakta ve sistematik mantık kurallarının devlet sistemi için de geçerli olduğu belirtilmektedir (Bayar, 2005, s.2). Bayar’a göre, sistem kuramı bağlamında, devletin her bir organı, diğerleri ile uyum içinde çalışmalı, birbirlerinden aldıkları girdileri işlemeli, geliştirmeli, çıktılarını oluşturmalı ve son ürünü, yani kamu yararını, en olası verim ve etkinlikte üretmelidir.

Devlet kurumunun en önemli işlevi veya erki olan yönetimin ise, “devletin yasama ve yürütme erklerinin saptadığı siyasal yönde ve hukuksal çerçevede içerisinde, toplumun düzenli ve uygarca yaşamasını sağlamak veya sürdürmek için kamu gücü ve yöntemleri kullanılarak doğrudan, devamlı ve uyumlu biçimde kamusal işlevlerin yürütülmesi” biçiminde tanımlandığı aktarılmaktadır (Sezer, 2000, s.5). Yönetimin hem bir örgütü hem de örgütün işlevlerini kapsamı çerçevesinde¹¹, yönetim, “belirli bir amacın gerçekleştirilmesi için kurulan örgüt veya ilgili amaca ulaşmak için yürütülen planlı insan işlevi” olarak da tanımlanmaktadır (Gözler, 2005, s.6).

Genel olarak, kamu hizmeti, özel olarak ise, sağlık hizmeti, hizmet genel kategorisinin bir alt dalını oluşturdukları için, hizmet ve mal kavramları arasındaki farklılaşma, kamu hizmeti ve sağlık hizmetinin daha iyi anlaşılmasında yararlı bir işlevsellik sunmaktadır. Dolayısıyla, devlet ve yönetim kavramlarının yanında, mal ve hizmet kavramları da, özellikle kendi içindeki farklılaşmaları bağlamında, tanımlanmalıdır.

¹⁰ Bir başka görüşe göre devlet tanımı, “İnsanlar arasındaki ilişkileri düzenleyen ve bu ilişkilerin normlara uygun olarak yürütmesini sağlayan, anlaşmazlıkları çözümleyen, kamusal mal ve hizmetleri üreten ve egemen meşru gücü temsil eden bir üst kurum” biçiminde geliştirilmektedir (Eryılmaz, 2006, s.2).

¹¹ Konuya yönetim bilimi bağlamında bakan Öztekin, yönetimi, iki veya daha çok sayıda bireyin bir amaç gerçekleştirmek amacıyla bir araya gelmesi süreci olarak tanımlamaktadır. Yazara göre, yönetim sürecinde, planlama, örgütlenme, yöneltme, eşgüdüm ve denetim işlevleri etkin olarak bulunmalı ve sürekli bir biçimde işletilmelidir (2002, s. 15-16).

1.1.1. Hizmet ve Mal Kavramları

Mal kavramının, “*dar anlamda, birtakım fiziksel ve kimyasal özellikleri içerisinde taşıyan somut ürün biçiminde*” tanımlandığı aktarılırken (Saran, 2001, s.104–105), hizmet kavramı ise, “*bazı uzmanlaşmış becerilerin (bilgi ve yetenek), eylem, süreç ve performans yoluyla başka bir varlığın çıkarı veya varlığın kendi çıkarı (self – servis) için uygulanması*” olarak tanımlanmaktadır¹² (Vargo ve Lusch, 2004, s.326).

Konuya ilişkin sınırların net çizilebilirliği sorunsal olsa da, hizmetlerin alanyazında paylaşılan dört önemli özelliği olduğu görülmektedir¹³. Walsh’a göre (1991, s.506-507), hizmetleri mallardan farklılaştıran önemli noktalar arasında, hizmetlerin soyut olması, elle tutulamaması, dayanıksız olması, üretim ve tüketimlerinin eş zamanlı olma zorunluluğu, türdeş olmama ve ölçülemez (ayrıca, Kristiansen ve Santoso, 2006, s.253) olması bu bağlamda öne çıkmaktadır. Bu konuda önemli açılımlar sağlayan Lovelock ve Gummesson (2004, s.21-22; ayrıca, Lian ve Laing, 2004, s.249), hizmetlerin dört önemli özelliğinin, elle tutulamazlık, türdeş olmama, ayrılmazlık, dayanıksızlık olduğunu belirtmekte ve bu özelliklerin alanyazında artık yerleşmiş olduğunu göstermek bağlamında, konuya ilişkin lisans düzeyindeki ders kitaplarından örnekler getirmektedir (Tablo 1). Ayrıca, Murgatroyd ve Morgan’a (1994, s.9) gönderme yapıldığı üzere, hizmetleri mallardan ayıran önemli bir diğer nokta, hizmetlerin, önce satış anlaşmasına konu olması, daha sonra üretilmesi veya tüketilmesinin söz konusu olmasıdır (Saran, 2001, s.105).

Tablo 1: Hizmetlerin Özellikleri

	Hizmetlerin Özellikleri
Kerin vd. (2003, s.323)	Hizmetlerin kendine özgü dört özelliği vardır: Elle tutulamazlık, tutarsızlık, ayrılmazlık, depolanamazlık
Kotler (2003, s.446)	Hizmetlerin dört temel özelliği vardır ki, pazarlama programlarının tasarımını etkilemektedir: Elle dokunulamazlık, ayrılmazlık, değişebilirlik ve dayanıksızlık
Pride ve Ferrell (2003, s.325)	Hizmetlerin temel altı özelliği vardır: Elle dokunulmazlık, üretim ve tüketimin ayrılmazlığı, dayanıksızlık, türdeş olmama, müşteri temelli ilişki ve tüketiciyle bağlantı
Solomon ve Stuart (2003)	Bizim sahip olduklarımızı veya bedenlerimizi etkilesin ya da etkilemesin, bütün hizmetler dört özelliği paylaşır: Elle dokunulmazlık, dayanıksızlık, ayrılmazlık ve değişkenlik

Kaynak: Lovelock ve Gummesson, 2004, s.22

¹² Mal ve hizmet arasındaki ayrımın verilmesi, çalışma noktasında son derece işlevseldir. Gummesson (2000, s.121)’a gönderme yapılarak ifade edildiği üzere: “*Genel olarak söylemek gerekirse, hizmetlerin ve malların ne olduklarını bilmiyoruz*” (Vargo ve Lusch, 2004, s.325).

¹³ Hizmetlere ilişkin özellikler, daha geniş bir açılımla, aşağıdaki biçimde betimlenmektedir:
 § Kullanıcıların hizmetlerin üretim ve sunum sürecine doğrudan katılmaları ve etki etmeleri,
 § Hizmetlerin soyut, görülemez, hissedilemez, dokunulamaz veya tadılamaz olması,
 § Hizmetlerin depolanamaması, dolayısıyla, üretim ve tüketimlerinin eşzamanlı gerçekleşmesi,
 § Hizmetlerin değişken performans çerçevesinde üretilebilmesi, dolayısıyla, hizmetlere ilişkin performans ölçümünün güç olması,
 § Hizmetlerin, mallara göre, görece emek yoğun olması, kalite ve standartlaşmasına ilişkin farklılaşma olasılığı, ayrıca, bu farklılaşmanın hizmetlerin dayanıksız olma özelliğinden de kaynaklanabileceğinin söz konusu olması (Özkara, 1999, s.101).

Çalışmanın ana ayağını oluşturan sağlık hizmetleri de, bu bağlamda, bir hizmet türü olarak, mallardan ayrılmaktadır. Örneğin, elle tutulmazlık, ayrılmazlık, türdeş olmama, dayanıksızlık, acil karakter taşıma, başka mal ve hizmetlerle ikame edilememe (ayrıca bkz., Yıldız, 1996, s.84), düzensiz talep, tüketicilerin bilgi yetersizliği gibi özelliklere sahip olması, stok edilemezlik, bölünemezlik, değişebilirlik ve beklenti ve sonuç arasındaki uyumsuzluk sağlık hizmetlerinin mallardan farklılaşmasını beraberinde getirmektedir (Tengilimoğlu, 2003, s.190-192).

Ancak, hizmetler, sadece mallarla karşılaştırılmaları bağlamında değil, kendi içlerinde de farklılaşma gösterebilir. Örneğin, elle tutulamazlık (*soyutluk*) özelliği dikkate alınrsa, sağlık hizmetlerinin, hizmetler içinde en ileri soyut tür olduğunu belirtmek gerekir. Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak öngörülemezlik ve belirsizlik özellikleri¹⁴ oldukça üst düzeydedir. Sağlık hizmetlerini satın almadan önce deneme olasılığı olmadığı gibi, satın alındıktan sonra da, diğerlerinin satın aldığı veya daha önce satın alınan sağlık hizmetleri ile karşılaştırılma yapılamayabilir. En üst oranda kişisel kullanıma konu olması, sağlık hizmetlerinin, satın alınan önceki hizmetlerin veya satın alınan diğer hizmetlerin kullanım sonuçlarıyla objektif biçimde karşılaştırılma olasılığını oldukça sınırlamaktadır (Tengilimoğlu, 2003, s.192). Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik değerlendirmeler kesin olamayacağı gibi, aynı konu veya aynı hizmet hakkındaki değerlendirme, sağlık hizmetlerini üreten sağlık çalışanları ve bu hizmetleri tüketen hastalara göre farklılaşabilir (Kristiansen ve Santoso, 2006, s.253).

1.1.2. Kamu Hizmeti Kuramı

Ulusal alanyazında kamu hizmeti, değişik bakış açıları çerçevesinde şekillenmektedir. Dolayısıyla, yasalarda, öğretilerde ve yargı kararlarında değişik anlamlara gelecek biçimde kullanılan kamu hizmeti kavramlarıyla karşılaşılmaktadır (Sezer, 2000, s.6). Anayasa metni temel alınrsa, örneğin, farklı kamu hizmeti tanımlamaları ile karşılaşılabileceği belirtilmektedir (Sezer, 2000, s.6-7). Örneğin, Madde 47¹⁵'de “teşebbüs” bağlamında ele alınan kamu hizmeti, Madde 70’de “*kamu kuruluşları*” anlamında kullanılırken, Madde 128’de “*iş, uğraş, işlev*” anlamına gelecek biçimde kullanılması söz konusudur. O zaman, anayasada, yargısal kararlarda ve öğretilerde yer alan ifadelerin kendi içsel bütünlüğüyle birlikte, kamu hizmeti kavramı ile veya bu kavramın

¹⁴ Sağlık hizmetinin en temel özelliğinin belirsizlik ve öngörülemezlik olduğunu ifade eden Şenatalar (2003, s.25), ne zaman ortaya çıkacağı bilinmeyen kazalar ve hastalıklar için gerekli olacak hizmetlerin önceden öngörülmesinin olanaklı olmadığını belirtmektedir. Yazara göre, sağlık sorunları karşısında başvuru tetkik ve tedavide her zaman bir belirsizlik ve kesin öngörülemezlik söz konusudur. Bu bağlamda, tedavinin ne kadar süreceği ve sonuçta, başarılı olup olmayacağı kesinlikle bilinemez. Dolayısıyla, sağlık hizmetinin yol açacağı maliyetlerin belirsiz ve öngörülemez olması söz konusudur.

¹⁵ Anayasa'nın 47. maddesi konuya ilişkin olarak şöyle demektedir: “*Kamu hizmeti niteliği taşıyan özel teşebbüsler, kamu yararının zorunlu kıldığı hallerde devletleştirilebilir.*”

türevleri ile anlatılmak istenen olgunun, içerisinde bulunulan şartlara bakılarak tanımlanması gereğine vurgu yapılabilir. Bununla birlikte, kamu hizmetinin, biri organik (*teşkilat*) ve diğeri de maddi (*faaliyet*) olarak iki temel üzerinde şekillenmesi söz konusudur (Sezer, 2000, s.7).

Anayasa Mahkemesi, konuya ilişkin bir kararında, kamu hizmetinin:

“Kamu hizmeti; devlet ya da diğer kamu tüzel kişilikleri tarafından veya bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı¹⁶ ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinlikler” şeklinde tanımlandığını belirtmektedir¹⁷

Kamu hizmetlerini tanımlamaya çalışan bir görüşe göre, kamu hizmetleri, karşılanamaması durumunda toplumsal hayatı felce uğratabilecek işlevler¹⁸dir (Kaymak, 2002, s.66). alanyazında yer alan bir diğer görüşe göre, kamu tüzel kişisi veya onun denetimi altında bir özel kişi tarafından yürütülen (*organik şart*) kamu yararı amacına yönelik (*maddi şart*) işlevler de kamu hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Gözler, 2005, s.200-202). Dolayısıyla, belirtilen bu tanımda, herhangi bir işlevin kamu hizmeti olabilmesi için, organik ve maddi şartları taşıması gereği açık biçimde belirtilmektedir.

Konuya ilişkin bir başka görüş, kamu hizmeti kavramının iki farklı açıdan ele alınabileceği belirtilmektedir. Öncelikle, kamu hizmeti, devletin sahip olduğu iktidarın ve bu iktidarın kamu adına hareket etmesinin meşruluk ölçütüdür. Devletin meşru güç kullanma yetisine sahip tek kurum olduğu dikkate alınır, bu ölçüt, devlet adına kamusal yetki kullananların kamu hizmeti bağlamında yerine getirdikleri ödev ve işlevlerden sayılan emir verebilme, yasak koyma, haklardan mahrum etme veya faydalandırmalarının

¹⁶ Kamu yararı, alanyazında yine tanımlanması zor bir kavram olarak yerini almaktadır. Konuya ilişkin olarak Öztekin, kamu hukuku ve kamu yönetimi yazarlarının kamu hizmeti ve kamu yararı kavramları konusunda görüş birliği içinde olmadıklarını belirtmektedir (Öztekin, 2002, s.189). Bilgin’e (1995, s.174) göre, kamu yararı, kamu hizmetlerinin kişi ya da grup çıkarlarının daha üzerinde olan kamuya yönelik bir biçimde gerçekleştirildiğini gösteren bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir (akt. Saran, 2001, s. 107). Akıllıoğlu (1991, s.3) ise, kamu yararını, herhangi bir işleve kamu işlevi niteliği kazandıran, yerine getirilen işlevlerin ve görülen hizmetlerin kamu hukukuna uygun olduğunu gösteren önemli bir ölçüt olarak değerlendirmektedir. Gülan (1988, s.149), kamu yararını, kamu hizmetinin bir ögesi değil, sonucu olarak değerlendirmektedir. Anayasa Mahkemesi, değişik kararlarında kamu yararı kavramının tanımlanabilmesini kolaylaştırıcı çeşitli ölçütler geliştirmektedir. Örneğin, 29.5.1988 gün ve 3475 sayılı kanunla getirilen kimi değişikliklerin iptali istemi bağlamında açılan davada, yüksek mahkeme, kamu yararını tanımlarken, *“Kamu yararının gerektirdiği düzenlemeleri yapmak, çareleri düşünüp önlemleri almak, yasa koyucunun en doğal hakkı ve görevidir. Yeter ki, düzenlemeler yapılırken doğrudan doğruya amaçlanan hizmetin gerekleri göz önünde tutulmuş, istenen nitelik ve kısıtlamalarla hizmet arasında gerçeklere uygun nesnel ve zorunlu bir neden-sonuç bağı kurulmuş olabilsin”* ifadesini kullanmaktadır (AYM., 31.12.1992, E.S. 1992/40, K.S. 1992/55, R.G., 24.04.1993, s.14)

¹⁷ 3974 sayılı kanunun, Anayasa’nın değişik maddelerine aykırılık savıyla yapılan başvuruya ilişkin kararında, AYM., 09.12.1994, E.1994/43, K.1994/42-2, R.G. 24.01.1995, S.22181, s.21.

¹⁸ Kamu hizmetlerinde ortaya çıkabilecek kısa veya uzun süreli aksama veya kesintinin nelere yol açabileceği, küresel boyutta en güçlü devlet olarak kabul edilen Amerika Birleşik Devletleri’nin bazı eyaletlerinde önemli bir yıkıma sebep olan *“Katrina Kasırgası”* ile çok net olarak izlenmiştir. Bu doğal afet, kamu hizmetlerinin süreklilik veya düzenliliğine ilişkin ortaya çıkabilecek en ufak kesintinin veya yokluğun ne anlama gelebileceğini gözler önüne sermiştir. Sonuçta, ilgili eyaletlerde, güvenlik, emniyet, adalet, sağlık gibi kamu hizmetlerinin geçici bir süre dahi olsa sağlanamamasının, kamusal yaşamı nasıl felce uğrattığı gözden uzak tutulmamalıdır.

bir göstergesi olarak, bu işlev ve ödevlerin mutlaka kamu yararını sağlanmaya yönelik olmasını gerekli kılmaktadır (Ulusoy, 1998, s.21). Elbette, belirtilen birinci ölçütün, sadece meşru yönetimlere ait olduğunda kuşku yoktur. Aksi halde, kamu hizmetlerini yerine getirebilmek için gerektiğinde zor kullanma gücünü de kullanabilecek olan devletin meşruiyeti, sorgulanmaya açık bir biçim alacaktır.

Sözü edilen konu bağlamında belirtilen diğer ölçüt ise, kamu hizmetlerinin, bir yönetim tekniği veya müdahale aracı olarak söz konusu olmasıdır. Sözü edilen ikinci ölçüt temel alınarak bakıldığı zaman, kamu hizmetlerinin tarihsel gelişim içerisinde, içinde bulunulan dönemlerin gerektirdiği siyasal, ekonomik ve sosyal kaygılara göre sürekli değişim, dönüşüm, hatta sarsıntılar¹⁹ geçirdiği ifade edilmektedir (Ulusoy, 1998, s. 21–22). Aslında, yerli ve yabancı alanyazında yer alan kamu hizmetlerine ve bu hizmetlerin yerine getirilmesi sürecine ilişkin kaygı, tartışma veya eleştiriler, temelde, bu bakış açısından hareket etmektedir.

Kamu hizmeti kapsamının belirlenmesine ilişkin sorunsalın, kaçınılmaz biçimde, kamu yönetimi üzerinden hareketle, devletin rolüyle ilişkisi olduğu belirten Uluğ (2004, s.4), kapsam belirleme sürecinin, siyasal, sosyal ve ekonomik konjonktürün yanında, başta anayasa olmak üzere, toplumsal dinamiklerin ve uluslararası etkileşimin dikkate alınması gereğini ön plana çıkardığını ifade etmektedir (Uluğ, 2004, s.4). Elbette, sözü edilen etkileşimlerin boyut ve yönünün de irdelenmesi gereği kuşkusuzdur.

Devletin işlev ve ödevlerinin artması paralelinde, kamu hizmetlerinin alanı genişlemiş, dolayısıyla, kamu hizmetlerinin kapsamının daha iyi çizilebilmesi için şekli, organik ve maddi yönlerden değişik açılımların yapılması söz konusu olmuştur (Onar, 1966, s.33). Şekli açıdan kamu hizmeti, giderilmesinde kamu yararı bulunan bir toplumsal gereksinmeyi karşılamak amacıyla, kamu tüzel kişileri veya onların sıkı gözetim ve denetimi altında, özel girişim tarafından özel hukuksal rejim içinde yürütülen işlevler olarak tanımlanırken, organik tanımlama, örgütsel bir açılımı (*idareyi*) olmazsa olmaz bir şart olarak gerektirmektedir. Maddi açıdan kamu hizmetinin ise, giderilmesinde

¹⁹ Kamu hizmetine ilişkin değişim, dönüşüm, hatta sarsıntı olarak da tanımlanabilecek süreçlere örnek olarak, endüstriyel ve ticari kamu hizmetlerine ilke olarak özel hukukun uygulanabileceğinin kabul edilmesi, kamu hizmetlerinin özel kişilerce de yürütülebileceğinin kabul edilmesi ve kamu hizmeti anlayışında organik yaklaşımdan işlevsel yaklaşıma kayılması gösterilebilir (Ulusoy, 1998, s.22). Yalnız, kamu hizmetine ilişkin olarak kullanılan değişim, dönüşüm, kriz, sarsıntı, daralma, genişleme vb. kavramları kullanırken, ilgili noktaların, kamu hizmetinin gerçek doğasına ilişkin noktalar olarak anlaşılması gerekir. Karahanoğulları (2001, s.1) nın da belirttiği gibi, 20. yüzyılın başında kamu hizmetleri, zorunlu ve konjonktürel olarak “genişlemek” zorunda kaldığı gibi, gene aynı yüzyılın son çeyreğinde de zorunlu olarak “daralmak” zorunda kalmıştır. Dolayısıyla, önceki genişleme nasıl gerçekleşmek zorundaysa, son zamanlardaki daralma da öyle değerlendirilmelidir. Yalnız, bu süreçlerin arkasındaki ideolojik açılımlar (*niye yapıldığından çok, nasıl yapıldığı*) her zaman eleştiri ve değerlendirilmeye açıktır.

kamu yararı bulunan, toplumsal bir gereksinmeyi karşılayan bir işlev olarak tanımlanması alanyazında kabul görmektedir.

Kamu hizmetine ilişkin unsurları, kamu hizmetinin alanyazında kullanılan yaygın tanımına bakarak çıkarmak mümkündür. Sözü edilen unsurlar, hangi işlevlerin kamu hizmeti kavramının sınırları içerisinde yer aldığına yönelik tespitleri kolaylaştırmaktadır.

Kamu hizmetini açıklayan yaygın tanıma göre, kamu hizmeti:

“Genelin ihtiyaçlarını sağlamak ve genelin çıkarlarını korumak için kamu gücüne ve uzmanlığına dayanan bir örgütle genele karşı yapılan sürekli ve düzenli hizmetlerdir” (Onar, 1966, s.13)²⁰.

Buradan hareketle, kamu hizmetinin temel unsurları (Onar, 1966, s.14):

§ Kamu tüzelkişileri tarafından veya bunların gözetimi ve denetimi altında veya bunların katılımıyla kurulan ve işleyen bir girişim olması,

§ Kolektif ihtiyaçları karşılamak ve tatmin etmek ve kamu yararı sağlamak için kurulmuş olması,

§ Genele sunulmuş olması,

§ Sürekli ve düzenli bir şekilde işlemesi biçiminde belirlemektedir

Kamu hizmeti adıyla gerçekleştirilen herhangi bir işlevin bu çerçevede değerlendirilebilmesinin temel şartı, ilgili işlevin mutlaka kamu tüzel kişileri tarafından veya onun yakın denetimi ve gözetimi altında yapılması gerekmektedir. Elbette, kamu tüzel kişilerinin her işlevinin, mutlaka kamu hizmeti sayılmayacağına ilişkin bir fikir birliği de bulunmaktadır. Bu noktada geçerli olan ölçüt²¹, Anayasa Mahkemesi'nin ilgili kararında da belirtildiği üzere, ilgili hizmeti kuranların iradesidir (Sezer, 2000, s. 9).

Kamu hizmeti tanımı, içeriği veya çerçevesi, zaman içerisinde farklılaşmaya, değişime veya dönüşüme uğrayabilir. Ancak, bu çerçevede ne değişirse değişsin, değişmeyecek olanların başında, kamu hizmetlerindeki düzenin ve devamın sürekliliği gelmektedir. Süreklilik ve düzenlilik, kamu hizmetlerinin ara verilmeden, kesintisiz bir şekilde yerine getirilmesi olarak anlaşılmalıdır. Kamu hizmetlerinin sürekli ve düzenli olması zorunluluğu, ilgili hizmetlerde geçici süreli bile olsa, ortaya çıkabilecek kesinti veya düzensizliğin çok önemli zararlar veya sıkıntılar içermesi bağlamında derin bir anlam kazanmaktadır.

²⁰ Aslında, ilgili kaynakta tanım dönemin diliyle şöyle ifade edilmektedir: “...Umumun ihtiyaçlarını sağlamak ve umumun istifadesini korumak için amme kudretine ve ihtisasa dayanan bir teşkilatla umuma karşı yapılan daimi ve muntazam hizmetlerdir”. Bu bağlamda, eski kaynaklardan alıntılar günümüz diline uyarlanarak aktarılacaktır.

²¹ 3996 sayılı kanuna ilişkin iptal davasında, AYM. 28.06.1995, E.S. 1994/71, K.S. 1995/23, R.G. 20.03.1996, S. 22586, s.48-49, ayrıca Anayasa Mahkemesi, Sağlık ve Toplumsal Yardım Sandığı Kanun'unda değişiklik yapılmasına ilişkin kanunun iptal davasına ilişkin bir başka kararında şöyle demektedir: “Anayasal kurallara uygun olmak koşulu ile kamusal ihtiyaçların gerekli kıldığı hallerde, yasama organı, herhangi bir alanı yasal statü içine alarak bir kamu hizmeti tesis edebilir.” AYM, 28.11.1985, E.S. 1985/7, K.S. 1985/22, RG. 21.01.1986, S.18995, s.42.

Kamu hizmetlerinde görülen yerelleşme eğilimleri²² de, kamu hizmetlerinin sürekli ve düzenli olmasına bazı açılardan katkı sağlayabilir. Kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi, kamu hizmetlerinin yerel taleplere uyum sağlamasına yönelik talepleri karşılama olanağını beraberinde getirmektedir. Yerel taleplere uygun bir kamu hizmeti anlayışı, üye olmayı amaçladığımız Avrupa Birliği (AB) yapılanmasında “*Sübsidiyarite*” olarak adlandırılan kavramla uyumluluk göstermektedir. Ayrıca, kamu hizmetlerinin görülüş biçimlerine ilişkin uluslararası uygulamalar (*Washington Konsensüsü olarak bilinen Uluslararası Para Fonu (UPF-IMF), Dünya Bankası (DB-WB) ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ-WTO)*)’nün bu konudaki baskıları önemlidir²³) dikkate alınır, bu eğilimin yerelleşme²⁴ yönünde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, kamu hizmetlerinin önemi özellikleri arasında yer alan süreklilik ve düzenlilik bağlamında, kamu hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerelleşme uygulamaları, sonuçta, içsel dinamiklerin ve dışsal zorlamaların kesişim noktasında yer almaktadır. Çerçevesinin iyi çizilmesi koşuluyla²⁵, bazı kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi, kamu hizmetlerinde sağlanması gereken süreklilik açısından gerekli gözükmemektedir. Yalnız, M. Tatar’a göre (1993, s.137), yerelleşme yönündeki talep ve çabalar, zaman içerisinde değişen önem ve boyutlarda gündeme gelmesi veya gündemden düşmesi nedeniyle bir sarkaca benzemektedir.

Kamu hizmetlerine ilişkin farklılaşmış birçok sınıflandırmanın yapıldığı görülmektedir (Pektaş, 1997, s.9). Böyle bir farklılaşmanın, kamu hizmetlerinin kendi içsel doğasından çok, kamu hizmeti kavramının çoğu sosyal bilimin ilgi alanına

²² Kamu hizmetlerinde yerelleşmeye dönük uygulamaların gerçek gerekçesinin uluslararası kurumların baskısı olduğunu kabul eden Homedes & Ugalde’ye göre (2005, s.86) yerelleşmenin asıl amacı, ulusal dış borç ödeme merkezine, bütçe yükünü hafifletmek suretiyle, kolaylık sağlanmasıdır. Dolayısıyla, yazarlara göre, yerelleşmeyle, sadece yetki ve sorumluluklar devredilmekte, merkezden yerele kaynak aktarımı öngörülmemektedir. Bu bağlamda, yerelleşmenin, ilgili kamu hizmetinin yürütülmesine yarardan çok zarar verebilmesi olasılığı, sürekli göz önünde bulundurulmalıdır. Zaten, kamu yönetiminde reform konusunda bir araştırma raporu yayınlayan TÜSİAD’a göre de (2002, s. 27), vatandaşlar düzeyinde, yerelleşme lehinde güçlü bir destek söz konusu değildir. İlgili rapor sonuçlarına göre, merkezi yönetimin bazı sorumluluklarının yerel yönetimlere devredilmesinin kamunun daha iyi işlemesine katkıda bulunacağı görüşü, fazla destek görmemektedir. Buna karşılık, merkezi yönetimin belediyeleri bugünkünden daha sıkı biçimde denetlemesi gerektiği görüşüne, yüzde 68’i bulan bir çoğunluk, tam destek vermektedir. Yalnız, konuya ilişkin olarak, yerel yönetimlerin üst düzey sorumlularının görüşleri alındığı zaman, durum farklılaşmaktadır. Eren’in (2001, s.244) araştırmasında, belediye ve Büyükşehir belediyelerinin üst düzey seçilmiş ve atanmışları, yerelleşmeye % 86,1’lik (99 kişi) bir oranla destek vermektedir.

²³ Saltık’a göre (2003, s. 22) zaman içerisinde *Washington Konsensüsü* olarak adlandırılan DTÖ, DB ve UPF, sağlık hizmetleri özelinde ve kamu hizmetleri genelinde, Birleşmiş Milletler (BM-UN), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) ve Uluslararası İş Örgütü (UIÖ-ILO) gibi daha eşitlikçi ve sosyal kabul edilebilecek uluslararası kuruluşları etkisiz veya devre dışı bırakmıştır.

²⁴ Belek’e göre (2001, s. 306) yerelleşme, Dünya Bankası tarafından çevre ülkelere dayatılan yapısal uyum programlarının temel bileşenlerinden birini oluşturmaktadır.

²⁵ Uygun çerçevenin iyi çizilmesiyle anlatılmak istenen, hangi hizmetlerin yerel düzeyde yerel birimler tarafından, hangi hizmetlerin yerel düzeyde merkezi yönetim tarafından görülmesi gereğine ilişkin örgütsel, kuramsal ve kurumsal bir ölçütün gerekliliğidir. Bilindiği üzere, Türk kamu hizmetleri bağlamında bu ölçüt, Anayasa’da “*mahalli müşterek ihtiyaç*” kavramıyla çerçevelenmektedir.

girmesinden, dolayısıyla, tanımlamaya ilişkin zorluğun, sınıflamaya ilişkin bir çeşitlenme ile aşılabilme ihtiyacından kaynaklandığı savlanabilir. Ayrıca, her hangi bir kavram, farklı isimler altında da olsa, değişik disiplinler açısından işlevsel bulunuyorsa, ilgili kavramın içeriğini anlamaya yönelik çabaların, sözü edilen disiplinlerin kendilerine özgü bakış açılarını dikkate almak durumunda olması (Karahanoğulları, 2001, s.11) gerçeği dikkate alınırsa, kamu hizmeti kavramının, farklı isimlendirme ve kavramsallaştırmalar altında, değişik disiplinler tarafından, kendi yol ve yöntemleri kullanılarak irdelenmesi (Karahanoğulları, 2001, s.11) dikkat çekicidir. Bu bağlamda, siyaset bilimi, kamu hizmeti kavramını, “*devletin işlevleri veya görevleri*” biçiminde kullanırken, maliye ve ekonomi bilimleri, kamu hizmetini, “*kamu kesimi*”, “*kamu malı*” biçiminde değerlendirerek kendi alanlarında incelemektedir (Karahanoğulları, 2001, s.11).

Kamu hizmetine ilişkin “*iktisadi nesnellik olarak kamu hizmeti*”, “*devletin işlevleri/görevleri olarak kamu hizmeti*” ve “*devletin özgül buluşu olarak kamu hizmeti*” olarak üç temel yaklaşım olduğu belirtilmektedir (Karahanoğulları, 2001, s.11–55). Konuya ilişkin daha ayrıntılı bir sınıflamanın, temel olarak üç farklı şekilde olduğu belirtilmektedir. Buna göre, kamu hizmetleri “*yönetmelik, ekonomik, sosyal, bilimsel, teknik ve kültürel kamu hizmetleri*” olarak sınıflanabileceği gibi, “*salt kamusal, karma kamusal ve erdemli kamusal hizmetler*” olarak da tanımlanabilir. Üçüncü sınıflama ise, (*ulusal ve yerel düzlemler ayırımına giderek*) “*tam kamusal mal ve hizmetler*” ve “*yarı (karma) kamusal hizmetler*” biçiminde ortaya çıkmaktadır (Pektaş, 1997, s.9–10).

İlişkili olunan disiplinlerin bakış açılarının da dikkate alınması gereği, salt kavram ya da tanımlar için değil, anabilim ve bilim dalları için de geçerlidir. Örneğin, kamu yönetimi disiplininin yansımacı²⁶ (*reflexive*) bir özelliğe sahip olduğu belirtilmektedir (Şaylan 2000, s.2). Bir bilim dalının yansımacı özelliğe sahip olması, diğer bilim dallarının kesişim noktasında bulunmasını, dolayısıyla, hem ilişkili olduğu bilim dallarındaki gelişmelerin de dikkatle takip edilmesi zorunlu olmakta hem de kesişim alanında yer aldığı bilim dallarındaki gelişmelerden etkilenmektedir.

Kamu hizmetinin nasıl tanımlandığı, içinde bulunulan şartlara ve zamana göre farklı olacağı ve kamu hizmetlerinin yerine getirilme biçimlerinin ülkeye ve zamana göre değişebileceği bilinmektedir. Biçimsel veya özsel bir farklılaşmaya rağmen, tüm kamu

²⁶ Yansımacı (*reflexive*) özelliğe sahip olma, ilgili bilim dalının çevresinde ortaya çıkan ve gelişen bütün olay ve olgulara tepki verebilmesi ve bu durumları açıklayıcı kuramları içselleştirebilmesi anlamını taşımaktadır. Dolayısıyla, normatif ve pozitif bilimler, kendi içlerinde bu durumlara ilişkin kuram geliştirmekte yetersiz kalırlarsa, hiç kuşkusuz ilişkili oldukları diğer bilim dallarından faydalanabilmektedir. Yansımacı bir özellik taşımak, dolayısıyla, bütün bilimlerin taşıdığı (*taşınması gerektiği*) bir özellik olarak düşünülebilir. Yine de, ara bilim (*kesişim noktasında olan*) dalları bu anlamda daha yoğundur ve ortaya çıkan özel ve genel durumlara uygun, açıklayıcı bilgileri ilişkili olduğu diğer bilim dalları ve kuramların yardımıyla gerçekleştirebilirler.

hizmetlerinde benzer olan veya ortak taşınması gereken birtakım özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler arasında, kamu hizmetlerinin sürekli ve düzenli olması, bedelsiz olması, etkin olması, eşit biçimde dağıtılması ve değişime uyum sağlaması gereği sayılabilir. Kamu hizmetlerinin bir anlamda özellikleri sayılabilecek ilkeleri bağlamında, kamu yararı ilkesi, nicelik (*fırsat ve yaygınlık eşitliği*) ve nitelik (*süreç ve boyuta ilişkin tatmin*) ilkesinden de söz edilmektedir (Uluğ, 2004, s. 4). Son dönemlerde, küresel düzlemde ortaya çıkan bazı gelişmelerin etkisiyle özellikle, kamu yönetimi alan yazınında yeni kavramların da kamu hizmeti bağlamında tartışılmakta olduğu da gözlenmektedir. Bu kavramlardan “*şeffaflık*”, “*katılımcılık*”, “*hesap verilebilirlik*”, “*etkililik*”, “*hızlılık*”, “*etkenlik*” vb. ön plana çıkmaktadır (Bilgin, 1995, s.172 – 190; Sezer, 2000, s.15; Sezer ve Karkın, 2002, s.209 – 226; Millar ve McKevitt, 2000, s.285).

Elbette, yukarıda sayılan kavramlar, doğrudan kamu hizmetine ilişkin olmasalar da, sonuçta, bu kavramlara ilişkin tartışmaların kamu hizmeti kuramını ve uygulamasını etkilemesi kaçınılmazdır. Ayrıca, alanyazında kamu hizmetlerinin temel nesnesi olarak öne çıkan “*vatandaş*” kavramı da artık doğası gereği, özel sektöre ait olan “*müşteri*” kavramıyla birlikte tartışılmaktadır (ayrıca, Al, 2002, s. 14). Bu bağlamdaki tartışmaları olumlu algılayarak, kamu hizmetlerinin olası nesnesi olarak kullanılması önerilen “*müşteri*” kavramının “*vatandaş*” kavramıyla birlikte kullanılması veya onun yerine yer alması durumunda; daha fazla kalite, saygı, önem vb. gibi unsurları öngören bir yaklaşım şekillenmektedir. Bunun yanında, bu tartışmaları olumsuz algılayıp, bu kavramları kamusal alana taşınmanın ve kamusal alanda uygulamaya çalışmanın, özünde kamu yönetimini ve kamu hizmetlerini krize sokacağını savunan görüş de yerini korumaktadır.

1.1.2.1. Kamu Hizmeti Kuramını Etkileyen Çağdaş Gelişmeler

Kamu hizmeti, 20.^{yy.}'in ilk ve son çeyreklerinde ortaya çıkan temel sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. İlgili çeyreklerde kamu hizmeti kavramı “*kriz*” kavramıyla birlikte anılmaktadır (Karahanoğulları, 2001, s.1). Özellikle, kapitalizmin, Büyük Buhran'dan (1929) sonra yaşadığı ikinci büyük krizi²⁷, 1970'li yıllarla birlikte, öncelikle, ABD, İngiltere, Y. Zelanda ve Avustralya gibi Anglo – Sakson geleneğe sahip ülkelerde, daha sonra dünyanın değişik ülkelerinde, hükümet kuran liberal sağ görüşlü siyasal partiler vasıtasıyla, yönetsel ve toplumsal alanda yapmayı öngördükleri ve/veya yaptıkları uygulamaları gündeme taşımaya başlamıştır. Bu partilerin siyasal programları doğrultusunda hazırlanan neo – liberal içerikli düzenleme ve uygulamalar, süreç

²⁷ Patnaik'e (1996) gönderme yapıldığı üzere, kapitalizmin büyüme dinamiği bir türlü sona ermemekte ve kapitalizm, geçirdiği krizleri, durgunlukları sürekli olarak atlatabilmektedir. Kapitalizmin böyle bir yeteneği olmasının gerçek sebebi, Patnaik'e göre, dışa açık bir çevrenin varlığıdır. Bu sayede, kapitalizm, esneklik ve sağlamlık kazanmaktadır (Kazgan, 2002, s.139)

içerisinde, devletlerin resmi politikaları haline gelmiştir (Cohn, 1997, s.586-587). Böyle bir sürecin yardımıyla, 1980’li yıllarla birlikte, kamu kesiminin genişlemesine karşı çıkan ve ulus-devlet(ler)in küçültülerek daha etkin ve verimli hale getirilmesini veya yerleşmenin güçlendirilmesini savunan söylemlerin yoğunlaştığı²⁸ gözlemlenmektedir. Sonuçta, küresel düzlemde bütün yönetimler, kamu hizmetlerinin iyileştirilebilmesi noktasında bazı reform(lar) gerçekleştirmek amacıyla yoğun çaba harcamaya yönelmişlerdir. Yaklaşık 20 yılı aşkın bir süredir bütün kürede, değişik boyut ve kapsamlarda, kamu yönetimi reformları gündemdedir. Bu reformların önemli bir çoğunluğu, özel sektör yönetimine içkin bazı yol ve yöntemlerin kamu yönetiminde de kullanılabileceğine (Tekinkuş ve Tatoğlu, 2000, s. 2) ilişkin olarak kuramsal ve ideolojik yeni açılımlar sunduğunu savlayan “*Yeni Kamu İşletmeciliği*” yaklaşımıyla ilişki halinde olduğu aktarılmaktadır (Boyne, 2003, s. 367).

Kamu yönetiminde yeniden yapılanmanın gündeme gelmesinde, birçok faktörün etkili olduğuna ilişkin bir aktarma yapan Bilgin (2005, s. 31), bu faktörler arasında, bireylerin artan beklenti ve gereksinimlerini, bürokrasinin siyasallaşmasını, kamu yönetiminin değer ve saygınlığını yitirmesini, yönetimde yolsuzluk, israf, kırtasiyecilik vb. eğilimleri, bürokrasinin değişen koşullara uyum sağlayamamasını aktarmaktadır. Kamu yönetim reformlarının paylaştıkları noktalar arasında ise:

- § Kamu kesiminin işlev alanının daraltılması, devletin, “*üreten*” işlevinden sıyrılarak; “*denetleyen*”, “*dağıtan*” ve “*arabulucu olmaya*” yönelen işlevleri üstlenmesi gereği (Denhardt, 1999),
- § Vatandaş odaklı yönetsel anlayış,
- § Katılımcılığın sağlanabilmesi,
- § Saydamlığın sağlanabilmesi,
- § Hesap verme²⁹ zorunluluğunun yönetsel ve siyasal hayata hâkim olması,
- § Etkili ve verimli yönetim anlayışının, kırtasiyecilik ve israfın yerini alması,

²⁸ Böyle bir yoğunlaşmanın liberalizmle bağlantısına ilişkin olarak, liberal düşüncenin gelişimi içinde, yerel demokrasi savunucularının, yerel yönetimlerin, merkezi yönetime göre daha etkin hizmet sunabileceğini savladıkları aktarılmaktadır (Erençin, 2002, s. 28). Yazara göre, bir hizmet, özel sektör tarafından sağlanamıyorsa, yerel yönetimler en iyi alternatiftir çünkü merkezi yönetim, özgürlükler üzerinde sürekli bir tehdit oluşturmaktadır. Daha önceki dönemlerde ise, tam tersi bir durumdan söz edilmektedir. Ulus – devletin ortaya çıkış sürecine ilişkin gerekliliklerden birine gönderme yapıldığı üzere, ulus – devlet yapılanmasından önce yer alan, yerel veya feodal güçlerin varlığı, pazar olgusunun gelişmesi noktasında önemli bir engelleyici konumundadır. Sağlıklı bir pazar yapılanması için kural birliği, istikrar ve kararlılık gerekmektedir ki, bu durum, diğer tarihsel zorunlulukların yanında, ulus – devletlerin ortaya çıkması için önemli bir teşvik olmuştur (Al, 2002, s. 33-34). Buradan hareketle, yerleşme veya merkezileşme sürecinin güç kazanması veya güç kaybetmesi içsel dinamiklerle kısmen açıklanabilir. Temel olan, dışsal veya çevresel dinamiklerdir.

²⁹ Mutlu’nun aktardığına göre, hesap verilebilirlik temel olarak,

Ü Seçmen – Seçilmiş arasındaki ilişkide,

Ü Seçilmiş – Atanmış arasındaki ilişkide,

Ü Atanmış – Seçmen arasındaki ilişkide olmak üzere, üç ilişkide de bulunmalıdır.

§ Yerinden yönetim ve esnekliğin ön plana çıkarılabilmesi vb. sayılabilir (Bilgin, 2005, 31),.

Kamu yönetimi alanının akademik anlamda en temel çalışmalarından biri olarak kabul edilen³⁰ 1887 yılındaki Woodrow Wilson'un ünlü “*Yönetimin İncelenmesi – Study of Administration*” makalesiyle birlikte, alanın, kimlik krizlerinin etkisini sürekli olarak bünyesinde barındırdığı alanyazında sıklıkla tartışılmaktadır³¹. Yönetim alanı için çok önemli olduğu kabul edilen bu ünlü makale³², aslında, yönetim disiplini içerisinde bir dönem önemli bir yer işgal eden siyaset – yönetim sorunsalının çözülmesi³³ amacını gütmüştür. Dolayısıyla, kamu yönetimi disiplininin, bir anlamda kuruluş itibariyle yansımacı bir yapıda olması ve diğer disiplinlerle zorunlu bir kesişim alanında bulunması sebebiyle, eğer ilgili makale disiplin açısından akademik bir başlangıç olarak kabul edilirse, disiplin içerisindeki gerilimlerle ve kimlik krizleriyle başlangıçtan itibaren uğraşmaktadır. Diğer bir açıdan, disiplinin gelişmesinde böyle bir durumun etkisi de yadsınmaz. Disiplinin yaşadığı belirtilen kimlik krizi, salt kamu yönetimi disiplininin diğer disiplinlerle etkileşim içerisinde olmasından kaynaklanmamakta, bu duruma, kaynağını alan disiplin içindeki diğer gerilimler de etki etmektedir. Dolayısıyla,

³⁰ Alanyazında böyle bir tarih olup olmadığı ve bu tarihin disiplinin akademik anlamda kuruluş yılı olarak kabul edilip edilemeyeceğine ilişkin tartışmalar halen devam etmektedir.

³¹ Kimlik krizine ilişkin çalışmalar için bkz. Leblebici, Doğan Nadi, “Disiplin ve Uygulama Açısından Kamu Yönetiminin Kimlik Krizine Yeni bir Bakış”, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, C.25, N.1, 2001, ss. 15-24; Özer, M. Akif, “Kamu Yönetiminde Kimlik Bunalımı Üzerine Değerlendirmeler”, Sayıştay Dergisi, S.61, 2006, ss. 3-22; Şaylan, Gencay, “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, Amme İdaresi Dergisi, S. 33, N. 2, 2000, ss. 1-21; Sargut, Selami, “Kamu Örgütleri Kuramını Arıyor: Kuramsal Bir Yaklaşım”, 21. Yüzyılda Nasıl Bir Kamu Yönetimi Sempozyumu, TODAİE, Ankara, 1997; Üstüner, Yılmaz, M. “In Search of an Identity: Considerations on The Theory and The Discipline of Public Administration”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, ODTÜ, Ankara, 1992; Üstüner, Y., “Kamu Yönetimi Disiplininde Kimlik Bunalımı”, Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyum Bildirileri I, TODAİE, Ankara, 1995, ss. 59-69; Şaylan, G., “Bağımsız Bir Disiplin Olarak Kamu Yönetimi: Yeni Paradigma Arayışları”, Amme İdaresi Dergisi, S. 29, N. 3, 1995, ss. 3-16; Güler, B. A., “Nesnesini Arayan Disiplin: Kamu Yönetimi”, Amme İdaresi Dergisi, S. 28, N.3, 1994, ss. 19-29.

³² Bu makalenin ortaya çıkmasında en büyük etken, 19.^{yy} ve 20.^{yy} başlarında etkili olan ve “*yağma sistemi*” adı verilen, kamusal hizmetlere girişte partizan uygulamaları içeren, iktidardaki parti yönetimden gidince, ilgili parti tarafından kamu hizmetine bütün kamu görevlilerinin de görevden ayrılmasını, dolayısıyla, tüm kamu görevlilerinin değişmesini içeren sistemin, siyasal alanla yönetsel alanın birbiriyle aynı tutulmasının bir sonucu olarak kabul edilmesidir. Bununla birlikte, siyasal alanın yönetsel alandan elinin çekmesi gerektiği sıkça vurgulanmış ve alanyazında ilk defa Woodrow Wilson'un “*Yönetimin İncelenmesi*” ismini taşıyan makalesiyle, ilgili durum akademik anlamda eleştirilmiştir. Bu makalede yer alan “*The study of administration is a study of business*” cümlesi, kamu yönetimiyle işletme yönetimi arasında önemli bir tartışmaya sebep olmuş ve her iki disiplin de, disiplinlerinin önemini bu makaleye gönderme yaparak belirtmeye başlamışlardır (makale için bkz. Woodrow Wilson, “*İdare'nin İncelenmesi*”, Woodrow Wilson: Seçme Parçalar, (Çev.) Nermin Abadan, Ankara, Siyasal İlimler Türk Derneği, 1962, ss. 53–73).

³³ Makale içerisinde yer alan bu amaç, aslında, evrensel değil, yerel dürtülerle ortaya çıkmış olan ihtiyaçlara cevap vermek amacıyla ön planda tutmaktadır. Bu bağlamda, evrensellik – yerellik sorunsalının Birleşik Devletler kaynaklı birçok açılımda yer aldığını iddia etmek olanaklıdır. Sosyal, sportif, ekonomik, yönetsel alanlarında ortaya çıkan herhangi bir yerel olguyu, evrenselmiş gibi algılayıp, böyle göstermenin kuzey Amerikan geleneğinde yer alan bir sorun olduğu iddia edilebilir. Sadece kendi geleneklerinde olan, belki bazı Anglo-Sakson ülkelerinin de paylaştığı veya etkileri altında olan ülkelere yaydıkları sportif müsabakalarının finalini (*Amerikan futbolu, beysbol vb.*) bile “*Dünya Şampiyonası*” olarak zorlamanın anlaşılır bir tarafı yoktur.

çalışmanın bu kısmında, disiplin içinde yer alan gerilimlere ve kimlik krizlerine kısaca değinilecektir.³⁴

Uluslararası düzlemde ortaya çıkan küreselleşme, yerelleşme, yönetim gibi gelişmelerin ve kuramsal alanda ortaya çıkan kimlik krizlerinin³⁵ kamu yönetiminde değişim arayışları üzerindeki etkileri, küçümsenemeyecek öneme sahiptir³⁶. Küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan türev gelişmeler, kamu yönetiminde kullanılmakta olan yol, yöntem ve uygulamaların tekrar gözden geçirilerek uluslararası alanda ortaya çıkmış olan yeni dinamik süreç ve arayışlara uygun hale getirilmesini sonuç vermiştir³⁷. Bu durum, yeni karar mekanizmaları, uygulama ve üretim araçları geliştirilmesi sürecinde, alana önemli katkılar sağlayabilir.

Küresel düzlemde, yakın döneme kadar geçerliliğini koruyan siyasal, ekonomik ve yönetsel zıt kutupluluk yerini, kapitalizm ve liberalizmin görece üstünlüğüne ve tek kutupluluğuna bıraktığı noktadan itibaren, ulus devlet içerisinde bağlayıcı olduğu düşünülen yol ve yöntemler, kendilerini uluslararası oluşuma eklemek durumunda kalmıştır. Dolayısıyla, ortaya çıkan gelişmelerden, temelde kamu yönetiminin, özelden de kamu hizmeti sunum biçimlerinin etkilenmemesini beklemek akılcı değildir.

Sözü edilen olgu ve olaylar, kamu yönetimini kapasite ve yetenek bağlamında değişime hazırlıksız yakalamasıyla birleşince, yeni arayışların ortaya çıkma süreci hızlanmıştır. Uluslararası alandaki etkileşimleri destekleyen iki etkenden birincisi, ülkeler arası diyalog artışının yardımıyla, başarılı kabul edilen uygulamaların değiş – tokuşu³⁸ (*politika transferi*) dur. İkinci olarak, uluslararası örgütlerin (*UPF, BM, DB gibi*) gelişmekte olan ülkelere yönelik, kimi zaman pasif, kimi zaman aktif olan

³⁴ Sosyal bilimlerde paradigmlar, doğa bilimlerinde olduğu gibi, yeni bir paradigmanın ortaya çıkması, bir öncekinin geçersizliğinin ortaya çıkarılmasıyla oluşmaz. Sosyal bilimlerde, tüm paradigmlar, aynı anda yaşayabilir ve bir sonraki, bir öncekini tamamıyla reddetmek durumunda değildir, tam aksini söyleyebilir veya yeni açılımlar sunabilir. Hatta sosyal bilimlerde, uzun süre gönderme yapılmayan herhangi bir paradigma bile, uzun zaman sonra yeniden işlerlik kazanabilir.

³⁵ Kamu yönetimi disiplini kuramcıları, kamu yönetimi disiplininin doğuşu ile birlikte içerisinde bazı kimlik bunalımlarının ve kimlik krizlerinin bulunduğunu savunmaktadır. Kamu yönetiminin bir ara bilim oluşu ve zorunlu olarak yansımacı (*reflexive*) özellikler içermesi sebebiyle, konuya ilişkin kuramcılar, disiplinin gelişmesi sırasında birtakım sorunsalların ve soruların sürekli olarak sorulduğunu ama tam anlamıyla cevaplanamadıklarını, ancak ilişkili başka bilimsel disiplinlerin tanım ve kavramsallaştırmalarına yapılacak gönderimlerle cevaplanabildiklerini gözlemlemişlerdir. Bu bağlamda, kamu yönetimi alanına ilişkin araştırmaların ve ilgi alanlarının başında gelen devlet yönetimi, yönetim aygıtları, işlevleri ve yöntemleri sürekli olarak değişme ve gelişme göstermek durumundadır.

³⁶ Yönetim, değişen koşullara kendini uyarlamak zorunda olduğu gerçeği dikkate alınırca, yaşanan çok hızlı ve köklü gelişmeler karşısında, kamu yönetiminde ve kamu hizmetlerinde, değişim arayışlarının hız kazanması, anlaşılır bir gelişme olarak gözükmemektedir (Yılmaz, 2001, s.1 – 2).

³⁷ Ökmen'e göre (2005, s. 39), küreselleşme süreci ile birlikte ulus – devlet kavramının temel taşları arasında olan, egemenlik, meşruiyet, temsiliyet, ulus gibi kavramlar tartışmaya açık bir hal almıştır.

³⁸ “*Why There is No Science of Public Administration*” isimli çalışmada kamu yönetiminin bilim mi yoksa sanat mı olduğunu irdeleyen Fukuyama, kamu yönetiminin bilim olması halinde, gelişmekte olan ülkelere transfer edilmesinin olanaklı olduğunu, sanat olması geçerli bir argümana, o zaman ülkelerarası değiş – tokuşun sorunlu olacağını ileri sürmektedir. Bu bağlamda, yazar, kamu yönetiminin bir bilimden çok, sanat olduğu görüşünü benimsemektedir (2004, 189-201).

yaptırımlarıdır. UPF, DTÖ ve DB gibi uluslararası kurumların³⁹, özellikle sağlık hizmetlerine ilişkin reformların, uluslararası düzeyde yaygınlaştırma işlevini gördükleri belirtilmektedir (Iriart vd., 2001, s. 1244). Örneğin, Latin Amerika’da yer alan devletlerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında, uluslararası kurumların ve donör ülkelerin baskısı sonucunda temel yapısal değişikliklere gitmek zorunda kaldığı, bu yapısal değişikliklerin, üreten – satın alan ayrımını ve özelleştirmeyi gerekli bir zorunluluk şekline soktuğu ifade edilmektedir (De Vos vd., 2006, s. 1604). Yazarlara göre (2006, s. 1604), Latin Amerika’da gerçekleştirilen sağlık hizmet reformları, bölge insanının ihtiyacını yansıtmaktan çok, Kuzey Amerika kökenli şirketler başta olmak üzere, dış güçlerin çıkarlarını yansıtmaktadır.

Yönetimsel açıdan ortaya çıkan değişim ve dönüşüm çabaları, genel hatlarıyla, iki bölüme ayrılabilir. Birincisi, devletin toplumun bütün kesimlerindeki rolünün yeniden tanımlanmasına yönelik çalışmaları (Uluğ, 2004, s.5), diğeri de, yönetimde yapılacak reformları (*ya da Uluğ’un anlatımıyla, anılan rol değişiminin nasıl gerçekleştirileceğini*) içermektedir (ayrıca, Yılmaz, 2001, s.9). Birinci çaba, daha çok ontolojik ve yapısal bir değişikliği zorunlu kılarken, ikinci çaba daha çok metodolojik ve yönetsel bir değişikliği içermektedir. Buradan hareketle, devletin rolünün yeniden tanımlanmasına ilişkin çabaların, ilgili yönetsel sistemde daha köklü dönüşüm ve değişiklikleri beraberinde getirmesi beklenebilir. Bu bağlamda, yönetim reformuyla kastedilen, yönetimin geleneksel veya mevcut yapısının çok fazla değiştirilmeyerek, yönetimin içsel ve dışsal etkinliğini ve verimliliğini artıracak yeni yol ve yöntemlerin oluşturulmaya çalışılmasıdır.

Her ülkenin kendi yerel koşulları gereği, değişim çabalarının birbirlerinden farklılaşması anlaşılırdır. Yine de, küresel ölçekte ortaya çıkan bu reform çabalarının ortak⁴⁰ veya ayrılan yönlerinin, bazı genellemeler altında bir araya getirilmesi mümkündür (Yılmaz, 2001, s.1). Doğrudan yönetimde ve sonuçları itibariyle kamu hizmetlerinin sunumunda değişim arayışlarına yol açan nedenler arasında, öncelikle, “üç açık” diye tanımlanabilen bütçe, performans ve güven açığı aktarılmaktadır (Yılmaz, 2001, s.3). Uluğ (2004, s.1–2) ise, çalışmasında, kamu yönetimi alanında değişimi

³⁹ Sağlık sektöründe reform hareketlerini değişim doğrultusunda tetikleyen dış unsurlar arasında başta gelenin, uluslararası kuruluşlar olduğunu belirten Altay (2007, s.41), özellikle Dünya Bankası’nın 1980’lerin sonlarından itibaren konuya ilişkin hazırladığı rapor, doküman ve bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını, piyasa ekonomisi çerçevesinde yönlendirdiğini ifade etmektedir. Yazara göre, DB’nin bu çabaları, istikrar tedbirleri kapsamında gelişmekte olan ülkelerin ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla yeniden yapılandırılmaları için çaba harcayan UPF tarafından da desteklenmektedir.

⁴⁰ Etiler ve Yavuz’a göre (2004, s.285), 1990’lı yılların başından itibaren dünyada pek çok ülkenin sağlık sistemlerinde reform yapılmaktadır. Bu reformların en dikkat çeken özelliği ise, küçük ayrıntılar hariç, sosyal, siyasal veya kültürel bağlamda farklılaşan ülkeler için ortak bir yönelimin söz konusu olmasıdır.

gerektiren en önemli sebepler arasında bütçe ve performans açığını (ayrıca, Duggett, 2002, s.2) göstermektedir.

20^{yy}: son çeyreğinde, bir bütün olarak kamusal alanın ve kamu hizmetlerinin sunumuna ilişkin anlayış ve uygulama yöntemlerinin değişmesinde önemli bir rol oynayan olgular arasında, kaynağını kapitalizmin 1929 yılındaki ağır küresel krizine çözüm olarak önerilen reçetelerin birinden alan⁴¹ ve özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra ivme kazanan sosyal devlet anlayışı⁴² ve küresel alanda birçok ülkede kamusal harcamalara bütçeden ayrılan payın gittikçe artırılması gelmektedir. Bu çoğalış ve artışla birlikte kamu kesiminin genişlemesi daha da hız kazanmıştır. Kamusal alanda ortaya çıkan bütçe açıkları, kamu yönetim düzeninin, reformlar yardımıyla değiştirilmesi sürecinde başat nedenler arasında değerlendirilmektedir (Uluğ, 2004, s.1).

Devletten beklenen işlevlerin çeşitlenmesi ve artması, devletin bazı alanlarda doğrudan üretime girmek, bazı sektörleri desteklemek veya mali ve ekonomik yardım yapmak, piyasayı ve toplumu ilgilendiren bazı alanlarda düzenleme yapmak gibi bütçe üzerine doğrudan yük getiren veya bütçeye gelir olarak geri dönüşü kolay olmayan işlevlere girişmek durumunda bırakabilir. Kamusal alana ilişkin devlet işlevlerinde doğal artış ve çoğalma eğilimleri, yeni gelir kaynaklarıyla desteklenemez ve bütçeden kamu hizmetleri için ayrılan paylar da kötü yönetilirse, mali sistemin zaman zaman çok fazla açık vermek zorunda kalması söz konusu olabilir. Açıkların finansmanı için tekrar

⁴¹ 1920 yılında Tokyo Borsası'nın düşmeye başlamasıyla ortaya çıkan ve 1929 yılında oldukça dramatik boyutlara ulaşan küresel buhranı açıklamak için birçok kuram geliştirilmiştir. Bunların içinde İngiliz iktisatçı Keynes'in kuramı evrensel kabul görerek ülkeler tarafından uygulanmaya konulmuştur. Fakat 70'li yıllara gelindiği zaman, bu anlayışın bir sonucu olan sosyal ve refah devleti anlayışı, kısaca "bütçe krizi" olarak isimlendirilen başka bir sıkıntıya yol açmıştır. Bu bağlamda, sosyal refah anlayışı, kaynağını Anglo – Sakson kültürden alan daha liberal politikalarla değişmek zorunda kalmıştır. Keynes'in önerdiği politikalar özünde, tasarrufların ekonomiye kazandırılmasını, devletin toplumsal hayatta doğrudan talep oluşturmasını ve özel kesime bırakılınca aksayan ekonomik sirkülasyonun doğrudan devlet tarafından çalıştırılmasını içermektedir.

⁴² Kapitalist ülkelerde gelişen sosyal refah devleti uygulamaları, değişik dinamiklere bağlanabilir. Örneğin, 1870 yılındaki kapitalizmin büyük buhranlarından birine sebep olan vahşi kapitalizm uygulamalarının daha sonraki dönemlerde (*küreselleşme olgusunun küresel olarak hissedilmeye başladığı 80'li yılların sonu ve 90'lı yılların başına kadar*) kontrol altına alınması, sadece kapitalizmin içsel dinamikleriyle açıklanması mümkün değildir. Kontrol altına alma sürecinin değişik sebepleri arasında, Bolşevik devrimiyle başlayan ve II. Dünya Savaşı'ndan sonra hız kazanan sosyalizmin alternatif bir sistem olarak güç kazanması da gösterilebilir. Eğer, sosyalizm, alternatif bir rejim olarak güç kazanmasaydı, vahşi kapitalizmin önünü kesmek çok da olanaklı olamayabilirdi. Benzer şekilde, sosyal refah devletinin tersi bir sürecin örnekleri arasında gösterilen bazı neo – liberal uygulamaların (*özelleştirme, serbest ticari ve mali akımlar, MAI, kamu hizmetlerinin özel sektör yöntemleri ile sunulabilmesi, DTÖ' nün inanılmaz yetkilerle küresel ticareti düzenleme çabası vd.*) önce Anglo – Sakson ülkelerde, daha sonra da Kıta Avrupası'nı takip ederek diğer yerlerde hız kazanmasını, yine sadece tek bakış açısına ve bu bakış açısının kendi içsel dinamiklerine referans vererek açıklamak anlamlı değildir. Bu bağlamda, Mayo'nun da belirttiği üzere, bir sosyal sistemin ve kuramın yaşadığı değişim ve dönüşümlerin daha iyi anlaşılabilmesi, ancak ona eleştirel gözle bakanların yardımıyla ortaya konabilir. Siyasal sistem ve kuramları, ayrıca, bu kuram ve sistemlerin yaşadığı gelişme ve değişimleri, eleştiriler gözle bakmadan anlamak güçtür (Mayo, 1964, s. 236). Bu bağlamda, kapitalizmin ve liberalizmin "yeniden hız kazanma" olgusunun, 1990'lardan beri dünyanın tek kutuplu olmasıyla da yakın bir ilişkisi olduğu belirtilmelidir.

borçlanma yoluna gidilirse, devletin iç ve dış borçlanması daha fazla artarak, sistemin kendi kendini devam ettirebilme yeteneğini⁴³ azalacaktır (Yılmaz, 2001, s. 3). Böyle bir durumda, devletin küçülmesi önerileri bağlamında gelişen liberal görüşü destekleyen tartışmalar gittikçe şiddetlenecek, neo – liberal düzenlemelerin önü açılacak ve özelleştirme, yeniden yapılanma gibi liberal içerikli yöntemlerin uygulanmasına olanak sağlanacaktır⁴⁴. Kamu hizmetlerinin üretilmesinde, geleneksel kavramların açıklayıcı olamayacağı tezi kuramsal bağlamda güç kazanacaktır.

Kamusal alanın çok fazla büyümesi sonucunda oluşan bütçe açıkları, ayrıca, verimsizlik, yetersizlik gibi olgular, kamu hizmetlerinin üretim ve sunum yöntemlerini tekrar tartışma konusu yapmaktadır. Kamusal alanda ortaya çıkan olumsuz durumlar, genelde, kamu sektörünün performansı sonucunda olduğu yönünde yaygın bir kanıyla birleşince, bu sorunsalı “*performans açığı*” olarak yorumlamak yanlış olmayacaktır. Performans açığının kamunun işleyişinden ve yapısından kaynaklandığını savunan, dolayısıyla, yeniden yapılanmayı önerenlerin yanında, kamu kesimi ve özel kesim arasındaki doğal ve yapısal farklardan dolayı ortaya çıkan performans krizinin, aslında kamunun içsel doğasında olduğunu öne süren görüşler de bulunmaktadır (Yılmaz, 2001, s. 4).

Son yıllarda kamu yönetimi alanyazınında oluşan “*güven*” kavramına ilişkin çalışmaların yoğunluğu, güven kavramının yönetsel, siyasal ve sosyal alanda önemli bir tartışma alanının ortaya çıktığı savını güçlendirmektedir (Ateş, 2004, s.362). Kamu kurumlarına güvenin düşüklüğünün, temsili demokrasinin temel ayağını oluşturan siyasal meşruiyeti azaltacağı, dolayısıyla, hem siyasal hem de yönetsel alanın temel kurumu olan “*devleti*” çökerteceği tezi aktarılmaktadır (Ateş, 2004, s.362). Kamu kesiminin gereğinden fazla büyümesinin ve verimsiz çalışmasının, kamu hizmetlerinin verimli şekilde üretilmesini engellediğine, dolayısıyla, kamu yönetimine ve kamu hizmetlerini sunan birimlere karşı genel bir güvensizlik durumu ortaya çıkardığına ilişkin iddialar

⁴³ Böyle ülkelerin başında, henüz oluşma veya gelişme aşamasında olan siyasal ve ekonomik kültürlerinden dolayı gerekli dönüşümü henüz sağlayamamış üçüncü dünya ülkeleri gelmektedir.

⁴⁴ Yerelleşme sürecinde kamu hizmetlerine ait kaynakların kısılması, eğer, alternatif mekanizmalarla desteklenemezse, uzun dönemde ekonomik sistem için zararlı olabilir. Kamunun kısılan kaynaklarının yerini, özel sektörün yatırım ve sermayesi doldurmak durumundadır. Aksi durumda, azalan kaynaklar, kalite ve miktar azalmasını beraberinde getirecektir. Kötü yönetilen ve azalan kamu harcamaları, sosyal hizmet ve göstergelerde kötüleşmeye sebep olmaktadır (Guess ve Sitko, 2004, s.769). Latin Amerika’da gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinde, merkezden yerele kaynak aktarılmamakta, yerine, yerel kaynaklarla finanse yoluna gidilmektedir (Homedes ve Ugalde, 2005, s.86). Ancak, kamu hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin, merkezi yönetimden gelecek kamusal kaynaklarla devam ettirilmesi gerekmektedir. Aksi halde, bölgelerarası kaynak dengesizliği dikkate alınırca, sağlık hizmetleri özelinde, kamu hizmetlerinin yerelleşmesi tam bir başarısızlıkla sonuçlanabilir. Merkezden gelen kaynakların da gönderiliş amacına göre ve yerinde kullanılması gereği şüphesizdir.

alanyazında önemli bir yer tutmaktadır. Böyle bir güven kaybının bazı sebeplerinin ortaya konması bağlamında, siyasal ve yönetsel sistemde ortaya çıkan gelişmelerin rolüne gönderme yapmak gerekmektedir.

Örneğin, Keyman ve Üstüner (1995, s.39), sözü edilen konuya ilişkin olarak şöyle demektedir:

“...Küresel/ulusal/yemel etkileşim ekseninin liberal demokrasi üzerindeki ikinci boyutu ise, vatandaş kategorisinin temsil sorunuyla paralel oluşmuş temsili demokrasinin krize girmesidir. Bir taraftan geleneksel parti anlayışlarının temsiliyet işlevlerini yerine getirememesi sorunu ve bu anlamda parlamento ile toplum arasında bir kopuşun gündeme gelmesi iken, diğer taraftan da topluluk anlayışıyla hareket eden partilerin ortaya çıkması ya da güçlenmesidir...Çoğulcu toplumun yeniden üretiminin küresel/ulusal/yemel etkileşim ekseninde olması, liberal demokrasinin de işleyiş mekanizmasını temsili demokrasiden katılımcı demokrasiye itmektedir.”

Türk siyasal yaşamında siyasal parti ve politikacılarına ilişkin bir güvensizlik de söz konusudur. Siyasal parti ve siyasetçiler, halk düzeyinde ortaya çıkan bu güvensizliği haklı çıkarmak için ellerinden geleni yapmışlardır (Kongar, 1995, s.204). Türk siyasal yaşamında iktidarı amaçlayan parti ve programların, iktidarı elde ettikleri zaman halkın temsilcisi olma zorunluluğundan hareketle değil de, tekrar iktidarı elde etmeye yönelik politikalar üretmeleri söz konusudur. Özellikle, askeri müdahaleler öncesinde⁴⁵, siyasal aktörlerin bencil olmalarından ve kendi bireysel veya grupsal çıkarlarını bir kenara bırakmamaları ve diğer siyasal partilerle siyasal yaşamın devamı noktasında işbirliğine gitmemeleri önemlidir. Özellikle, 1980 müdahalesinden önce TBMM'nin Cumhurbaşkanı'nı dahi seçebilecek bir siyasal irade gösterememesi, bu açıdan özellikle dikkat çekicidir (Sağır ve Karkın, 2005, s.10). 22 Temmuz 2007'de gerçekleştirilen genel seçimler de, diğer gerekçelerin yanında, aslında, TBMM'nin 11. Cumhurbaşkanı seçememesinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, Türk siyasal hayatında yer alan siyasal kimlikler, özel çıkarları genel çıkarlara tercih etmede son derece başarılıdır. Halbuki halk açısından, demokratik kurumlara karşı oluşan güvensizlik, benzer durumu siyasal bir

⁴⁵ 2004 yılında gerçekleşmesine ramak kaldığı kabul edilen darbe girişim denemelerini veya 27 Nisan 2007'de yayınlanan Genelkurmay bildirisini, mevcut iktidarın bencilliğine, diğer siyasal parti ve aktörlerle arasında koyduğu mesafeye veya sayısal çoğunluktan hareket ederek siyasal diktatörlük yapmasına bağlamak, mevcut AKP iktidarını haklı çıkarabilecek diğer noktaların yanında, mümkündür. Hâlbuki askerlerin sözü edilen sürece yönelik aldığı veya almasının gerekli olduğu düşünülen pozisyon, herhangi bir siyasal parti tarafından kolaylıkla alınabilirdi. Bu durum, demokrasinin kurumsallaşmış olduğunun bir göstergesi olacaktır. Bu bağlamda, demokrasimiz açısından sorunsal veya paradoksal gözükten bir durum, bireylerin siyasal alana ilişkin görüşlerini, içinde buldukları veya ait oldukları resmi kurumlar aracılığıyla gündeme getirmeleridir. Siyasal araç ve yöntemler yardımıyla iktidara gelmiş bir siyasal anlayışa ilişkin muhalefet, ancak siyasal yöntemler ve araçlar yardımıyla yapılmalıdır. Siyasal açıdan sorumluluğu olmayan kamu kurumlarının veya kamu kurumu niteliğindeki kurum ve kuruluşların gölgesinde yapılan muhalefetin, demokrasiye zarar verdiği kabul edilmelidir. Siyasal iktidarın iş, işlev ve söylemlerini benimsemeyen muhalif görüşlerin mücadelelerini, resmi kurum ve kuruluşlar dışında, siyasal örgütlenmeler çerçevesinde yapmaları, siyasal etik açısından zorunlu ve önemlidir. Aksi durumda, hiçbir siyasal sorumluluk taşımayan bireylerin, kamu yararı gerekçesiyle, siyasal alana doğrudan veya dolaylı müdahalesinin, toplum yararına olduğu savı, siyasal açıdan geniş bir zeminde tartışılmalıdır. Bu bağlamda, siyasal açıdan, bireysel veya grupsal herhangi bir yararın, toplumsal yararlarla örtüşmesi olanaklıdır. Yalnız, böyle bir örtüşmenin, her zaman ve her yerde geçerli olmaması daha yüksek bir olasılıktır.

rejim türü olarak demokrasinin kendisi için getirmemektedir (Dahl, 2000, s.35–40). Bu noktada Dahl, sözü edilen sorunsalı açıklamak için verilecek yanıtların dağınık olduğu tespitini yaparak, şöyle demektedir:

“Demokrasi denildiği zaman hem ideal anlamda demokrasi hem de uygulamada olan form kastedilmektedir. Dolayısıyla, insanların yüksek oranlarda gösterdikleri destek bir ideal form olarak demokrasiye giderken, belirttikleri memnuniyetsizlikler ise, uygulamadaki demokrasi biçimlerine ve onun ortaya çıkardığı kurumlarına, eksikliklerine ve ideal formdan sapmasına gitmektedir (Dahl, 2000, s. 37)”

Özellikle gizlilik – kapalılık uygulamaları, yönetilen ve yönetici ayrımının zaman içerisinde kalıplaşmaya başlaması, kayırmacılık ve yolsuzluğun artması, rüşvetin kurumlaşması, bürokrasinin ve siyasal kimliklerin özel çıkarları maksimize etmeye çalışması ve bir bütün olarak temsili demokrasinin yaşamakta olduğu diğer krizler güven açığının büyümesini desteklemektedir (Sezer ve Karkın, 2002, s.209 – 226). Konuya ilişkin olarak, Ateş (2004, s.372–373), yapılan araştırmaların kamu kurumlarına karşı oluşan güven açığının, vatandaşların beklentileriyle kamu kurumlarının gösterdikleri performans arasındaki farka, ekonomik göstergelere, kitle iletişim araçlarının rolüne, siyasi skandal ve krizlere, sosyal sermaye ve kültürdeki değişimler gibi siyasal, yönetsel, ekonomik ve kültürel bir takım değişkenlere işaret ettiğini belirtmektedir.

İlgili çalışmasında Ateş, ayrıca, halkın bir bütün olarak yönetime karşı geliştirdiği güvensizliğe ilişkin farklı bilimsel disiplinlerin geliştirdikleri tanı, reaksiyon ve çözüm önerilerini bir tabloda özetlemektedir.

Tablo 2: Farklı Bilimsel Disiplinlerin Güven Açığına İlişkin Bakış Açıları

	Tanı	Tepki	Cözüm Önerisi
İşletme Yönetimi	Kurumların kötü performansı	Hizmeti satın almama, hizmetin niteliği konusunda ses yükseltme veya kabullenme	Kaliteli Hizmet
Kamu Yönetimi	Devletin ve ilgili yönetsel birimlerin aşırı yükü	Hizmeti kullanmama, hizmetin niteliği hakkında itiraz veya kabullenme	Halkın beklentilerinin yönetimi
Sosyoloji	Bireysel ve toplumsal güvensizlik	a. Bireysel açıdan: Hizmeti kullanmama, hizmetin niteliği konusunda itiraz veya kabullenme b. Toplumsal açıdan: Kuralsızlık (<i>anomi</i>) durumu	Sosyal sermayenin geliştirilmesi, kuralların yerleştirilmesi ve kimlik sorununun çözülmesi
Ekonomi	Patron – yanaşma ilişkisi	İşbirliği, dağılma	Katılımın artırılması

Kaynak: Ateş, 2004, s. 373

Kamusal alanda güven açığının aşılması için birtakım öneriler geliştirmiştir. Bu öneriler arasında, kamu kurumlarının ve hizmetlerinin performans ölçümü ekseninde örgütlenmeye gitmesi, sivil toplumun potansiyelinin harekete geçirilmesi, adalet sisteminde dönüşüm, bilişim ve iletişim teknolojilerinin kamu hizmeti sunumunda daha

yaygın kullanımı (ayrıca, Karkın, 2003), vatandaşların haklarının daha etkin korunması ve katılımcı yönetimin anlayışının yerleştirilmesi bulunmaktadır (Ateş, 2004, s.377–382).

Küresel süreçte yaşanan modern – sonrası önemli gelişmeler, kamu yönetiminde ve kamu hizmetlerinin üretilip sunulma sürecinde egemen olan gizli ve kapalı uygulamaların yerine, yönetilenlerin ve hizmeti alan bireylerin sözü edilen süreçlere daha fazla katılımını sağlayan (*yönetişim*), yönetimin işlem ve eylemlerinin vatandaşlar tarafından bilinebildiği şeffaf, hesap verebilir bir hizmet sunma anlayışının gelişmesi, ortaya çıkan güven bunalımının azaltılması sürecine katkı yapmaktadır. Performans açığının ve güven açığının ortaya çıkması ve ciddi boyutlara ulaşması sorunsalına ve çözüm önerilerine, kalkınma planları⁴⁶nda, hükümet programları⁴⁷nda, parti programlarında, yönetim sistemimiz için hazırlatılan raporlar⁴⁸da da yer verilmektedir.

⁴⁶ Türkiye'nin 2001 – 2005 yılları için öngördüğü 8. Beş Yıllık Kalkınma Planının (**Resmi Gazete**, 01.06.2000, Mükerrer Sayı, s.1 – 20) temel amaç ve stratejisinin belirtildiği bölümde, kamu yönetimimizin sorunlarının ve kavramsal düzeyde geliştirilen çözümlerinin ortaya konması, önemli bir yer tutmaktadır. Planın, Yüksek Planlama Kurulu tarafından belirlenen ve Bakanlar Kurulu kararı ile resmîyet kazanan strateji belgesinde kamu yönetimi sistemimiz değerlendirilmektedir. İlgili plana göre kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasında, öncelikle, kamu hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesi, görev ve teşkilat arasında dengenin sağlanması, hizmet etkinliğinin artırılması, kamu hizmetinde vatandaşların talep ve beklentilerini temel alan kaliteli mal ve hizmet sunumu, gerekli sayı ve nitelikte personelin istihdamı, katılımcılık ve halka dönük bir yönetim anlayışının yerleştirilmesi söz konusudur. İlgili plan, kamu yönetiminin performansının artırılması, yetki, işbölümü ve sorumlulukların açık bir şekilde tanımlanması, yetki devri ve esneklikle birlikte hesap verme sorumluluğunun ve yönetsel saydamlığın güçlendirilmesi, kamu yönetici ve çalışanlarının niteliklerinin geliştirilmesi ve kamu hizmetlerinin sunumunda bilgi teknolojilerinden yaygın bir şekilde yararlanılmasını sağlamayı diğer amaçlar arasında saymaktadır.

⁴⁷ 58. Hükümetin programında ise, konuya ilişkin olarak şöyle denilmektedir:

“...Uygulanan yanlış politikalar yüzünden...Ülkemiz, kamu yönetiminde hantal ve aşırı merkeziyetçi yapıdan, yolsuzluk ve siyasal çürümeden kurtulamamıştır...Hükümetimiz, ...sivil toplumun güçlenmesini ve "yönetişim" anlayışı içinde etkili bir kamuoyu denetimini kaçınılmaz görmektedir...Hükümetimiz, sivil toplum kuruluşlarının yönetime daha aktif katılımıyla temsili demokrasinin katılımcı demokrasiye doğru gelişmesine katkı sağlayacaktır...Hükümetimiz, yönetime katılıma engelleyen yasal ve idarî etkenleri kaldıracak...İş dünyası, sendikalar, meslek odaları, çiftçi örgütleri ve gönüllü kuruluşların sorunlarını, hizmet alanlarındaki kamu görevlileriyle birlikte çözmelerini kolaylaştırıcı mekanizmaları geliştirecektir...”

(Gül, Abdullah, 58. T.C. Hükümeti Programı, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Genel Kurul Tutanağı, 22. Dönem, 1. Yasama Yılı, 3. Birleşim, 23 Kasım 2002 Cumartesi).

Mevcut hükümet olan 59. Hükümetin programında da benzer ifadeler yer almaktadır. İlgili programa göre, kamu yönetimi sistemimizin, çağdaş bir yönetim anlayışına uygun bir yapıya kavuşturulması gerekmekte, bu kapsamda, merkeziyetçi ve hantal yapıların aşılması bakımından, katılımcı ve çoğulcu demokrasi ve yönetimde etkinlik ilkeleri doğrultusunda, ilgili hükümet döneminde kapsamlı bir yerel yönetim reformu gerçekleştirileceği ifade edilmektedir. Program, ulusal öncelikler ile yerel farklılıklar barıştırılarak kamu hizmetlerinin yerinden karşılanması temel ilke olacağını, merkezi yönetim tarafından yürütülmesi zorunlu olmayan hizmetlerin, kaynaklarıyla birlikte yerel yönetimlere devredileceğini iddia etmektedir. Yerel düzeyde demokratikleşmeye önem verileceğini, seçimlerle oluşan yerel organlar üzerindeki merkezi idarenin denetiminin, hukuka uygunluk denetimiyle sınırlandırılacağından söz eden program, yerel yönetim reformu çerçevesinde, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında görev, yetki ve kaynak paylaşımı, üniter devlet anlayışına dayalı olarak, etkinlik, verimlilik ve çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak yeniden belirleneceğini belirtmektedir. Programda öne çıkan bir diğer nokta da il özel idarelerine ilişkin olarak şöyledir: *“Ayrıca, ...il idareleri yeniden yapılandırılarak...Toplumsal denetim ve katılımın artırılması bakımından...Kırtasiyecilik, şekilcilik ve verimsizliğin azaltılması bakımından...Örgütsel büyüme ve hantallığın giderilmesi bakımından...kayırmacılığın ve yozlaşmanın önlenmesi bakımından...”* (Erdoğan, R. Tayyip, 59. T.C. Hükümeti Programı, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurul Tutanağı, 22. Dönem, 1. Yasama Yılı, 49. Birleşim, 18 Mart 2003 Salı).

⁴⁸ Uzun bir geçmişe sahip olan kamu yönetiminde yeniden yapılanma çabaları, kısaca şöyle sayılabilir (Başbakanlık, 2003:6):

§ 1930'lu yıllarda yapılan çalışmalar,

Dolayısıyla, sisteme olan güven krizi, yine sistem içindeki aygıtların performanslarının artırılması, şeffaflık, düzenleme, yönetim⁴⁹, hesap verebilme gibi önemli araçların geliştirilmesi ve en önemlisi yönetimin, işlevini, halkla olası en üst seviyede paylaşmasıyla aşılmaya çalışılmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetleri

1.2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Tanımı

Kamu hizmetlerinde yaşanan kavram tanımlama güçlüğü, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının tanımlanmasına ilişkin farklılaşma⁵⁰ bağlamında da geçerlidir (Tatar M., 1993, s.144). Alanyazında yer alan çoğu kaynak (Karadağ, 1999, s.3), genellikle, Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası'nın "*Başlangıç*" bölümüne gönderme yaparak sağlığı: "*Yalnızca, hastalık ve engel durumunun olmayışı değil; bedensel, ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*" biçiminde tanımlamaktadır. Bu çalışma, sağlık kavramının tanımlanmasında DSÖ'nün geliştirdiği bu tanımı benimsemektedir. Bu bağlamda, yukarıda tanımlanan sağlık kavramının bazı noktalardan açılması yararlıdır.

DSÖ'nün geliştirdiği sağlık tanımının, salt kişisel değil, aynı zamanda sosyal alanı da içermesi, dolayısıyla, sağlık alanının, zorunlu olarak sosyal alanı da içermesi

§ 1949 yılında hazırlanan "*Devlet Dairelerinin ve Müesseselerinin Rasyonel Çalışması*" konulu rapor,

§ 1951 yılında Dünya Bankası'nın desteğiyle hazırlanan "*Devlet Personeli Rejimi*" konulu rapor,

§ 1958 yılında TODAİE tarafından hazırlanan "*Türkiye'de Devlet Personeli Hakkında Rapor*",

§ 1960 sonrası DPT, TODAİE ve Devlet Personel Başkanlığı öncülüğünde yapılan araştırmalar,

§ DPT ve TODAİE tarafından 1962 yılında hazırlanan ve 1963 yılında Başbakanlığa sunulan, personel rejimi konusunda yoğunlaşan "*Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi*" (MEHTAP),

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

§ 1972 yılında yapılan "*İdarenin Yeniden Düzenlenmesi: İlkeler ve Öneriler*" adlı rapor ile 1980'li yılların başında gerçekleştirilen araştırma ve uygulamalar,

§ 6. Plan hazırlıkları kapsamında, 1988 yılında TODAİE tarafından yürütülen ve 1991 yılında yayınlanan, ilk kez AB'ye uyumu ve vatandaş odaklı olmayı gündeme getiren "*Kamu Yönetimi Araştırması*" (KAYA), Projesi,

§ 8. Plan kapsamında 2001 yılında ülkemizde saydamlığın artırılması ve etkin yönetimin geliştirilmesi amacıyla bir "*Yönlendirme Komitesi ve Çalışma Grubu*" kurulması ve bu kapsamda hazırlanarak, Ocak 2002'de Bakanlar Kurulu'na sunulan Eylem Planı.

⁴⁹Mevcut 59. Hükümetin gerçekleştirmeye çalıştığı siyasal programın, görünürde yönetim çerçevesinde gerçekleşmekte olduğu kabul edilebilir. Çünkü Göymen'den (2000, s.7) aktarıldığına göre yönetim, siyasal ve ekonomik güç ve yetkilerin tüm toplumda daha yaygınlaştırılmaya çalışılan bir biçimde dağılımını öngörmektedir. Göymen'e göre (2000, s.7) bu yeni yetki ve güç dağılımı sürecinde, ihtiyaç ve önceliklerinin farkında olan, karar alıp, eylemde bulunabilen, toplumsal grupları yönlendirebilen kapasiteye sahip toplumsal aktörlerin ağırlıklı rolü olmalı; yönetsel birimler ise, kendileri yapmaktan çok toplumsal aktörleri yapabilir kılmak noktasında gerekli önlemleri almalıdır (Haktankaçmaz, 2004, s.46). Mevcut iktidar tarafından Türk kamu yönetimine ilişkin yasal metin ve tasarımlarda yönetimi çağrıştıran birçok ifadeyle karşılaşmak söz konusudur.

⁵⁰Tatar ve Tatar (1998, s.11), kolay gibi gözükmesine rağmen, üzerinde herkesin fikir birliği oluşturabildiği bir sağlık tanımının ortaya çıkamadığını belirtmektedir. Seedhouse'a (1986, s.7) gönderme yapılarak, sağlık tanımının, herkese göre farklı anlam taşıyabileceği, bunun da, tanımlanma sürecine ilişkin bazı güçlükler sebebiyle ifade edilmektedir (Tatar ve Tatar, 1998, s.11). Buradan hareketle, genel bir kural olarak denilebilir ki, olay ve olgular yansımacı oldukları noktada, kavramsallaştırılma zorluğu çekebilir.

gereği dikkat çekicidir⁵¹ (Orhan, 1993, s.26). Günümüzde sağlık, sadece medikal bilimlerin ilgilendiği bir konu olmayıp, toplumsal bağlamda da değerlendirilmesi gereken bir alan oluşturmaktadır (Baloğlu, 2005, s. 145). Sağlık kavramsallaştırmasının sosyal alanı da içermesi gereği, medikal bakımın ikici⁵² (*dyadic*) bir özelliğe sahip olmasından kaynaklandığı gibi, sağlık hizmetleri denildiği zaman, koruyucu ve rehabilite edici hizmetlerin öncelikle anlaşılması gereği (Pala, 2007, s.3), sağlık hizmetlerinin toplumsal açılımını zorunlu kılmaktadır

Sağlık alanında önemli bir yayın olan “*The Lancet*”⁵³ dergisinde yaklaşık yirmi yıl boyunca (1978 – 1982 ve 1996 – 2000 yılları) yayımlanan makalelerin sağlığa ilişkin geliştirdikleri tanımlar kuramsal olarak irdelenmiştir (Alonso, 2004, s.239 – 244). Sözü edilen sürede ilgili yayında yer alan makalelerde sağlığın, bağımlı veya bağımsız değişken şeklinde kullanıldığı ve kuramsal bir tanımının geliştirildiği (*health*), sağlıklı olmanın salt bir koşul olarak öngörüldüğü, dolayısıyla özel bir kötüleşme durumunun görülmediği bir sürecin sağlıklı olmak biçiminde nitelendirildiği (*being healthy, having good health*) biçimde iki kısma ayrıldığı görülmektedir (Alonso, 2004, s.240 – 243). İlgili irdeleme sonucunda ulaşılan nokta, sözü edilen yirmi yıl boyunca geliştirilen sağlık tanımları dikkate alınır, belirgin ve farklılaşan bir değişikliğin gözükmemesidir (Alonso, 2004, s.243).

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin, Türk sağlık sistemi bağlamında nasıl kavramsallaştırıldığına bakıldığında, bu alanda çok önemli bir yasal altyapı sağlayan 224 sayılı yasanın “*Terimler*” ana başlığı altındaki ikinci maddesine gönderme yapmak gerekir. İlgili madde, sağlık kavramını;

“*Yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanmaktadır. Yine, aynı kanun çerçevesinde sağlık hizmetleri: “*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler*” şeklinde tanımlanmıştır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları tedavi etmek ve sakatlananları rehabilite etmek bağlamında yapılacak her açılımı kapsadığı ifade edilmektedir (Pala, 2007, s. 3-4). Daha geniş bir çerçeveden

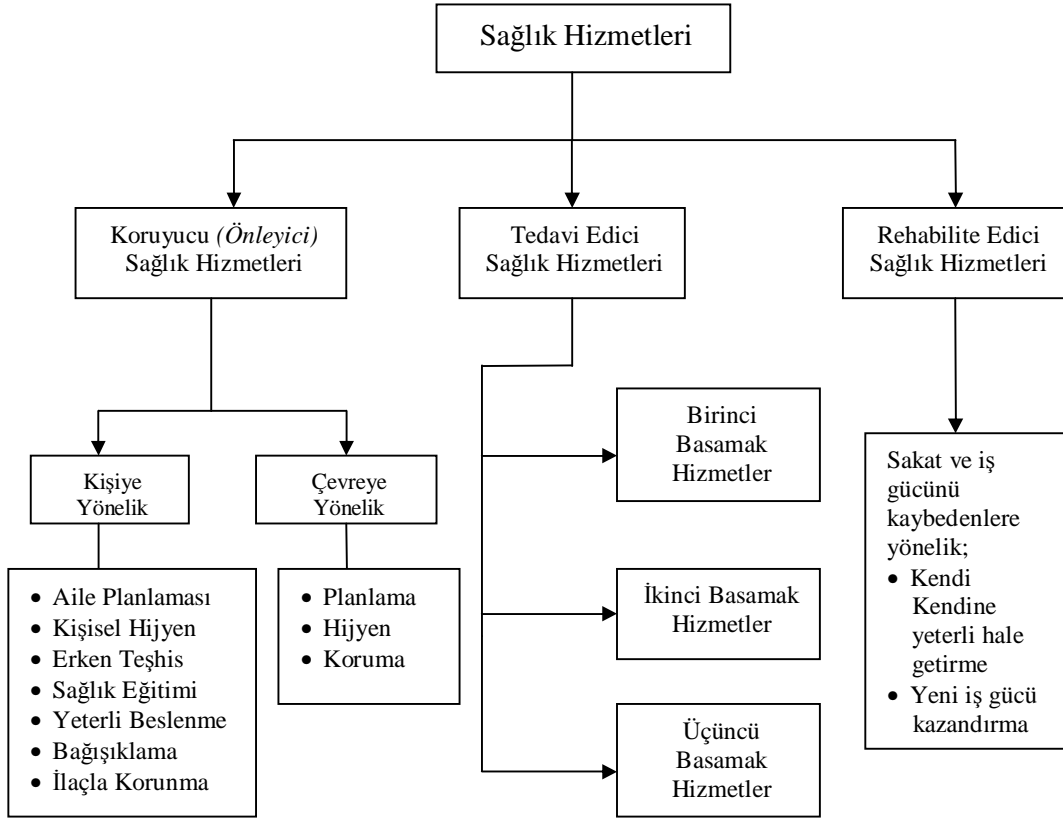
⁵¹ Sağlık alanında evrensel anayasa olarak kabul edilen DSÖ Anayasası'nın 1947 yılında kabul edildiği dikkate alınır, II. Dünya Savaşı sonrasında evrensel düzeyde, bir hak olarak sağlık açılımının aslında gerekli olduğu görülmektedir. Elbette, savaş sonrası dönemde, sosyalist sistemlerin sunduğu toplumsal kapsayıcılık, kapitalist ülkeleri bu bağlamda teşvik etmiştir (Pala, 2007, s. 4).

⁵² İkici (*dyadic*) özellik taşımak, bireylerin hasta veya sağlıklı olmasının, salt kendisini veya bakımını üstlenenleri değil, çevresini, belki, tüm toplumu ilgilendirmesiyle ifade edilebilir (Björkman, 1985, s.401).

⁵³ Dünya çapında dağıtımı olan ve sağlıkla ilgili her alandan gelen yayınları kabul etmesi bağlamında, *The Lancet*, oldukça önemli bir süreli yayındır.

bakıldığı zaman, sağlık hizmetleri; bireylerde hastalık, kaza veya sakatlık durumunun ortaya çıkmasını veya hastalıkların yayılmasını önleme amacı taşıyan birincil (*koruyucu/önleyici*) hizmetleri, hastalıkların ortaya çıkmasından sonra devreye giren ve birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak kendi içinde üçe ayrılan ikincil (*tedavi edici*⁵⁴) hizmetleri, koruyucu veya tedavi edici hizmetlere rağmen sakatlanan veya işgücünü kaybedenlere yönelik verilen üçüncül (*rehabilitate edici*) hizmetleri, kapsayan ve tüm ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca verilen hizmetlerin tamamı olarak tanımlanabilir (Uz, 1999, s.105; Orhan, 1993, s. 29-31). Çerçevesi çizilmeye çalışılan sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının şematik betimlenmesi aşağıdaki gibi sunulabilir.

Şema 1: Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Orhan, 1993, s. 31

Üç basamak olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin birinci basamağı, yaygın biçimde, koruyucu hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Koruyucu hizmet tanımının, önleyici hizmet tanımını içerisinde barındırdığı kabul edilebilir ama bunun bir zorlama

⁵⁴Bulutoğlu'na (1977, s.255) gönderme yapıldığı üzere, tedavi edici hizmetler, üç basamak biçiminde örgütlenmektedir (Karaelmas, 1994, s.8):

1. Polikliniklerde ayakta tedavi (*1. basamak tedavi hizmetler*),
2. Küçük hastane veya revirlerde kısa süreli tedavi (*2. basamak tedavi edici hizmetler*),
3. Büyük hastanelerde uzun süreli tedavi (*3. basamak tedavi edici hizmetler*).

olacağı gerekçesiyle, sağlık hizmetlerinin önleyici hizmet tanımı, koruyucu hizmetlerden farklılaştırılarak irdelenmesi önemli bir işlevsel sağlayacaktır.

Önleyici hizmetlere ilişkin alanyazın oldukça sınırlı olmakla birlikte, konuya ilişkin yerli ve yabancı yayınlar tarandığı zaman, bazı açılımlarla karşılaşılmaktadır. Örneğin, sağlığın niteliğini artırmaya yönelik tüm çabaların, önleyici hizmet kapsamında ele alındığı belirtilmektedir (Korkut, 2003, s. 441). Önleyici sağlık hizmetlerinin, sağlıklı yaşamayı tehdit eden etmenleri önlemek, dolayısıyla, hastalıklara karşı bağışıklık kazandırmak, sağlığın her türlü niteliğini daha da artırmak, bunun için sağlık konusunda bilinçlenmeyi sağlamak ve hastalıklardan korunmanın yollarını öğretmek gibi amaçları içerisinde barındırdığı ifade edilmektedir (Korkut, 2003, s. 442).

Önleyici hizmetler bağlamında ilk ivmenin 19. yy. da başlayan “*halk sağlığı hareketi*” ile atıldığı, 20. yüzyılda gerçekleştirilen yoğun ve kapsayıcı aşılama hareketinin, bu bağlamda, sözü edilen hizmetlere ilişkin ivmeyi daha da güçlendirdiği bilinmektedir. Bu dönem, devletin sağlık alanında birçok işlev üstlenmeye başlamasıyla örtüşmektedir. Sanayileşme süreciyle birlikte kentsel alanlarda artan kitleleşmenin, yönetimleri, sağlık hizmetlerini sürekli ve etkili bir biçimde sunma yönünde oldukça teşvik edici bir hareketlendirici olması söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sunum kapsamının genişletilmesi, salgın hastalıklarla mücadele, sağlık personeli yetiştirilmesi sürecinin hızlanması 19.yy. bağlamında gittikçe artan oranda hızlanan sanayileşmenin sonuçları arasında değerlendirilmelidir (Al, 2002, s. 36).

Evrensel bağlam dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetleri alanına ilişkin kronolojik gelişmenin de, 19. yüzyılda ortaya çıkan “*halk sağlığı hareketi*” ile ivme kazandığı görülmektedir⁵⁵. Halk sağlığına yönelik hizmetler (*koruyucu ve önleyici hizmetler*), bir bütün olarak, toplum sağlığını koruyan, devam ettiren ve yükselten hizmetlerin⁵⁶ tamamıdır (Orhan, 1993, s.28). Halk sağlığı hareketi ile yerel yönetimlerin sağlık alanında dönüştürücü özelliğinin ön plana çıktığı ifade edilmektedir (Hewitt, 2006, s. 1098). Bu bağlamda değerlendirilirse, 1970’li yıllara kadar, sağlık alanında önemli sayılabilecek kavramsal düzeyde bir farklılaşmanın olmadığı görülmektedir (Tatar ve Tatar, 1998, s.14). Yıldız’a göre, 1970’li yıllarla birlikte başlayan dönem, aynı zamanda, sağlık hizmetleri alanını inceleyen yayınların artmaya⁵⁷ başladığı dönemdir (Yıldız, 1996, s.83).

⁵⁵ Sağlık alanındaki gelişmelerin tarihsel bağlamda geniş bir aktarımı için bkz. Karadağ, 1999.

⁵⁶ Örneğin, temiz su sağlanması, atık suların ıslahı, gezinti alanları, ikametgâh düzenlemeleri vd. (Hewitt, 2006, s. 1098)

⁵⁷ Yazar, bu artışın arkasında olduğunu düşündüğü değişik gerekçeler aktarmaktadır. Ona göre (1996, s. 83):

§ II. Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık hizmetleri harcamasında artış,

§ Finansman kaynağı ne olursa olsun, bireylerin sağlık hizmetlerinden (*artan oranda*) faydalanmaya başlamaları,

Günümüzde ise, önleyici hizmetlerin kapsamı ve yöntemleri değişmek zorunda kalmıştır. Çünkü günümüzün sağlık politikalarının mücadele etmek zorunda olduğu sağlık sorunlarının genel karakteristiği, önceki dönemlerden farklılaşmaktadır. Sözü edilen sağlık sorunlarına örnek olması bağlamında kanser, diyabet, kronik kalp rahatsızlığı veya ruhsal sorunlar gösterilebilir ki, bunların kaynağında genetik faktörler kadar, modern yaşam tarzının bazı dayatmaları da bulunmaktadır. DSÖ'nün tahminlerine göre, sigara içme, obezite ve spor yapmama bağlamında fiziksel hareketsizlik önlenilse, kalp – damar rahatsızlıkları⁵⁸ ile diyabet önemli oranda azalacaktır (Hewitt, 2006, s. 1098-1099).

Buradan hareketle, yönetimlerin salt altyapı hazırlamakla veya yasa çıkarmakla, insanların sağlıklarına doğrudan etki eden kararlarına veya yaşam tarzlarına müdahale edebileceğini öngörmek işlevsel değildir. Yerine, modern önleyici sağlık hizmetlerinin bir gereği olarak, insanlara, kendileri ve aileleri için daha sağlıklı karar alabilecekleri ortamlar oluşturulmalıdır (Hewitt, 2006, s. 1098-1099). Genel bir kural olarak, bireylerin, kendilerinin sağlıkları için ne yaptığının, sağlık sisteminin ve sistemin neler yaptığından daha önemli ve belirleyici olduğunun farkında oldukları iddia edilebilir. Dolayısıyla, insanlar, yönetimden, yedikleri şey hakkında daha fazla bilgi vermesini, spor yapabilecekleri ortamlar sunmasını ve boş zamanlarını verimli geçirebilecekleri olanaklar sunmasını beklemektedir. Buradan, sağlık sistemlerinin genel karakterinin, tedavi yönelimli değil, önleme yönelimli olması gereği ortaya çıkmaktadır (Hewitt, 2006, s. 1099). Ayrıca, insanların da beklentilerinin aslında, bu yönde olduğu, dolayısıyla, bireylerin, yönetimin kendilerine bazı şeyleri dikte etmesinden hoşlanmadıkları ifade edilmektedir (Hewitt, 2006, s. 1098-1099) ki, böyle bir yaklaşımın, modern sonrası dönemin genel karakteriyle uyuşması dikkat çekmektedir.

Önleyici sağlık yaklaşımları daha ayrıntılı olarak irdelendiğinde, bu yaklaşımın temel, ikincil ve üçüncül önleyici hizmetler olarak üçe ayrıldığı, temel önleme çalışmalarının ise, diğerlerinden daha ön sırada geldiği görülmektedir. Sözü edilen ayrıma göre (Korkut, 2003, s. 442), temel önleyici hizmetler, toplumda sağlıkla ilgili bozuklukların ortaya çıkmasını engelleme, ortaya çıkmış bozuklukların tekrarlanmasını azaltmaya yönelik çabalaradır. Dolayısıyla, temel önlemeye dönük hizmetlerin hedef kitlesinin, henüz sağlığını kaybetmemiş bireyler olduğu belirtilmektedir. İkincil önleyici hizmetler, yeni ortaya çıkmış bozuklukların süre ve sayı olarak yayılımını engellemeyi amaçlamaktadır. Bu yüzden, ikinci basamakta ilk

§ Sağlık ekonomisi sisteminin genel piyasa sisteminden ayrılmış olması, sağlık alanındaki çalışmaların artış gerekçeleri arasında gösterilebilir.

⁵⁸ Düzenli sportif faaliyetler ile vücut arasındaki ilişkinin temel olarak dört ana başlıkta irdelendiğini ifade eden İkişler (2002, s. 10), bunların kardiyovasküler, hemodinamik, endokrinolojik ve metabolizmik etkiler olarak sıralanabileceğini belirtmektedir. Yazara göre, konuya ilişkin incelemelerin en yoğun olduğu alan ise, spor faaliyetlerinin kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileridir. Bu bağlamda yazar, çalışmasında spor faaliyetlerinin kalp – damar rahatsızlıklarını azalttığına ilişkin alan araştırması sonuçlarını sıralamaktadır.

adım, herhangi bir toplumsal veya kişisel sorun, ilk görüldüğünde atılır⁵⁹. Üçüncül önleyici hizmetler ise, herhangi bir sebepten dolayı önlenememiş olaylar sonucunda ortaya çıkan bozuklukları ve eksiklikleri olabildiğince azaltmayı amaçlamaktadır.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Üretimi ve Sunumu

Sağlık hizmetleri, sahip olduğu bazı özellikler nedeniyle, üretim ve sunum aşamasına ilişkin kuramsal bir farklılaşmayla karşı karşıyadır. Sözü edilen konuya ilişkin kendi içinde farklılaşan görüşler aktarılmaktadır (Yıldırım, 1999 (c), s.125–126). Yazarın aktardığına göre, sağlık hizmetlerinin, herhangi bir hizmet gibi piyasa koşullarında üretilip, tüketilebilmesi gerektiğini belirtenlerin yanında, sağlık hizmetlerinin herhangi bir mal veya hizmet gibi salt piyasa koşullarında üretilip tüketilmesinin olanaklı olmadığını belirtenler de bulunmaktadır. Çünkü yüksek maliyet içermesi, kullanıcıların, üretim ve tüketim sürecini aralıksız yaşamaları, ayrıca, bireyler için en önemli olgu olan yaşam ve ölümle doğrudan ilişkili özellik taşıması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin, herhangi bir mal veya hizmet grubundan ayrı tutularak değerlendirilmesini gerektirmektedir⁶⁰.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet gruplarından ayrı tutulması gerektiği yönündeki görüşü benimseyen Karaelmas'a göre (1994, s.30) sağlık hizmetleri, yarı kamusal hizmetler arasında yer alması noktasında bir pazar unsuru olarak değerlendirilse bile, piyasa şartlarında oluşacak fiyat düzeyi, sağlık hizmetlerine ilişkin gerçek değerlendirmeyi yapmaktan uzak olacaktır.

Sağlık hizmetleri, sadece kullanıcılara yarar sağlayan hizmetler gibi gözüke de, çoğu sağlık hizmetleri (*örn. koruyucu, önleyici, rehabilite edici ve kısmen, tedavi edici hizmetler*) bu hizmetleri kullanan birey(ler)in dışında da, dışsallık⁶¹ ve ikici özellik taşımalarından kaynaklanan olumlu veya olumsuz sonuçlar içerebilir (Yıldız, 1996, s. 81; Karaelmas, 1994, s. 7). Hatta son dönemler itibarıyla koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesi, sağlık hizmeti kullanıcılarının, her açıdan daha çok kaynak

⁵⁹ Öncelikle Asya ülkelerini, daha sonra tüm dünyayı ve ülkemizi tehdit altına alan SARS virüsü kaynaklı "Kuş Gribi" olarak isimlendirilen hastalığın, bu anlamda verilebilecek önemli bir örnek olduğu düşünülmektedir.

⁶⁰ Pala, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak tamamen piyasa kuralları çerçevesinde işletilemeyeceğine ilişkin olarak bazı gerekçeler sıralamaktadır. Yazara göre bu gerekçeler arasında, sağlık tüketiminin rastlantısal olması, ikame edilememesi, ertelenememesi, boyut ve kapsamı sağlık çalışmasının saptaması, çıktılarının paraya çevrilemezliği vb. bulunmaktadır (2007, s.14-16).

⁶¹ Sağlık hizmetlerinin ortaya çıkarabileceği olumlu ve olumsuz dışsallığa ilişkin olarak, sağlıklı bireylerin toplumsal faydasının oldukça yüksek olduğunu ifade eden Altay (2007, s.35-36), tersi durumda da, olası zararların boyut ve maliyetlerinin öngörülemeyeceğini vurgulamaktadır. Yazara göre, bu durum, toplumun sağlığını korumaya yönelik hizmetlerin kamu tarafından üretilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda, koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun merkezi yönetim olması gereği savunulmaktadır. Yazar, ayrıca, piyasa ekonomisinin, kamu tarafından üretilen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedariki süreçlerinde yardımcı olabileceği kanısındadır.

tüketmeyi gerektiren tedavi edici hizmetlere kayması sonucuna sebep olmuş, bu durum da, olumsuz dışsallığın bir sonucu olarak da değerlendirilebilecek olan ekonomik yapımızın gittikçe kötüleşmesi sürecini hızlandırmıştır (Erden, 2003, s.2). Benzer bir görüş savunması bağlamında, Karaelmas (1994, s.7) da, koruyucu hizmetlerin, çok önemli olduğunu, ayrıca, sağlıklı bir toplum olmanın da ön şartı olduğunu belirtmekte, tedavi edici hizmetlerle karşılaştırıldığı zaman, koruyucu hizmetlerin, ekonomik ve mali açıdan daha ucuz ve verimli olduğuna dikkat çekmektedir.

Sağlık hizmetlerini, herhangi bir mal veya hizmet grubundan farklılaştıran en önemli özelliklerinden birinin “*bilgi asimetrisi*”⁶² olduğunu belirten Yıldırım (1999 (c), s. 127), sağlık hizmetlerinin çok karmaşık yapıya sahip olduğuna, dolayısıyla, kullanıcıların, hizmetlere ilişkin ancak çok sınırlı düzeyde bilgiye erişebilmelerinin söz konusu olduğuna vurgu yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı bu özellikten dolayı, yazar, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden ayrı tutulması gerektiğini belirten görüşe destek vermektedir.

1.2.3. Sağlık Hizmetleri Bağlamında Aktör – Faktör İlişkisi ve Etkileşimler

Bireylerin ve bir bütün olarak toplumun sağlık durumu üzerinde etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında, bireyin ait olduğu toplumsal sınıf ve ilgili sınıfın içinde bulunduğu genel şartlar, finansman gücü, gelir durumu, cinsiyet, içinde bulunulan siyasal sistem tarafından uygulanan makro politikalar, ırksal ve gensel özellikler, kişisel ilişkiler, eğitim düzeyi, kişisel alışkanlıklar, kültür vb. bulunduğu aktarılmaktadır (Tatar ve Tatar, 1998, s. 20).

Sağlık alanında birçok aktör bulunmasına rağmen, bu alanda en etkili aktör olarak devlet⁶³, öne çıkmaktadır. Devletin egemenlik hakkından kaynaklanan yetkileriyle, bütün mal ve hizmetlere ilişkin süreç ve piyasaları düzenlediği, gerektiğinde, mal ve hizmetleri kullanıcılara sunan veya piyasadan beklenen işlevleri yerine getiren özelliği de dikkate alındığı zaman, devletin, sağlık alanında en önemli aktör olduğu görülmektedir (Gündüz,

⁶² Böyle bir gerekçenin sebebini söyle açmak gerekir: Bir mal ya da hizmete ilişkin yoğun bir bilgi asimetrisi varsa (*sıkı bir rekabet, denetleme ve düzenleme dahi söz konusu olsa*), pazar mekanizmasının genel kurallarının işletilmesi, son derece duyarlı olunması gereken bir alan oluşturacaktır. Bilgi asimetrisinin yoğun olduğu bir alanda pazar mekanizmasının genel kuralları işletilirse, toplumsal uyumun sağlanamaması bağlamında, son derece tehlikeli olabilecek bir eşitsizlik ve hakkaniyetsizlik durumu ortaya çıkabilir. Buradan hareketle, sağlık hizmetlerinin olumlu veya olumsuz dışsallık, ikici özellik, bilgi asimetrisi vb. unsurları taşıdığı dikkate alınır, bu hizmetlerin tümünden bölünebilmesi, dolayısıyla, pazarlanabilmesi veya tamamen piyasa aktörlerine bırakılması veya piyasa dinamiklerince yönlendirilmesi, son derece sorunsal gözükmektedir.

⁶³ Bu bağlamda, devletin, sağlık hizmetleri alanında, hastaneler ve diğer sağlık kurumları aracılığı ile hizmet sunan, piyasadan sağlık mal ve hizmetleri talep eden ve bir bütün olarak sağlık hizmetleri alanını düzenleyen işlevleri önemlidir. Ayrıca, devletin sağlık hizmet ve mallarına ilişkin bütün alanı yönlendirmesinin yanı sıra, uygulamakta olduğu yönetsel, sosyal ve ekonomik siyasalar ile toplumsal sağlık üretim alanı üzerinde en büyük etkiye sahip olması da, ayrıca önemlidir (Gündüz, 2005, s. 93).

2005, s.93). Bu bağlamda, örneğin, bazı gelişmiş ülkelerin yaşadıkları deneyimlerin, etkili, verimli ve karşılanabilir sağlık hizmetlerinin oluşmasında devlet müdahalesinin gerekli olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (Bloom, 2001, s.220). 20. yüzyıl boyunca, yöreler ve bireylerarası hakkaniyet⁶⁴ sağlama amacı veya pazar aktörlerinin mal ve hizmet sağlamada başarısız olmaları gibi gerekçelerin, devleti, ya sağlık siyasalarının ve hizmetlerinin merkezine koyduğunu ya da devletin, sağlık hizmetlerinin gerek finansmanında gerekse üretiminde yer alması sonucunu doğurduğu ileri sürülmektedir (Liu vd., 2005, s.1). Fritzen (*AiP*, 2006), kısmen pazar aktörlerinin genel anlamda başarısızlığı, gerçek sorumlusu kim olursa olsun, kısmen de tedavi edici hizmetlere ilişkin olası başarısızlığın ortaya çıkarabileceği toplumsal hoşnutsuzluktan çekindiği için, devletin, sağlık alanında, özellikle tedavi edici hizmetler ayağında, önemli bir rol üstlendiğini ifade etmektedir.

Sağlık alanında devletin neden önemli bir aktör olduğuna ilişkin sistematik bir aktarma yapılmaktadır. İlgili aktarıma göre, devletin sağlık alanında birincil öneme sahip bir rol oynamasının sebepleri şöyle sıralanmaktadır (Orhaner, 2006, s. 2):

§ Sağlık hizmetlerinin üretiminin salt kişisel faydaya değil, toplumsal faydaya da neden olması,

§ Sağlık hizmetlerine ilişkin talebin optimum düzeyde belirlenebilmesinin, devletin sağlık alanında birinci dereceden rol üstlenmesini zorunlu kılması,

§ Özel sektörün bütün girişimlerinin, sağlık hizmetlerine yönelik toplam talebi karşılamaya yetmemesi,

§ Özel sektörün kâr güdüsü ile hareket etmesinin, sağlık yatırımlarının ülke düzeyine homojen dağılımına yönelik engel oluşturma olasılığı (ayrıca, McGregor, 2001, s. 87),

§ Sağlık hizmetlerinin bölünemezlik kuralının, özellikle koruyucu hizmetlerde, ülke çapında örgütlenme ve mücadeleyi beraberinde getirmesi.

Devlet müdahalesinin yüksek oranlarda başarısızlık üretebileceği de dikkate alınmalıdır. Sağlık ve sosyal alanlarda piyasa kaynaklı yetersizlikler sebebiyle yaşanan sorunlara devletin doğrudan müdahalesi, çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlanabileceği gibi, artan yolsuzluklarla da sonuçlanabilir (Top, 2004, s. 75). Dominik Cumhuriyeti'nin sağlık siyasalarını analiz eden bir çalışmada, La Forgia vd. (2004, s. 173), devletin, verimsiz ve düşük kalitede sunulan sağlık hizmetlerine, kamusal finansman yoluyla

⁶⁴ Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak hakkaniyet tanımı, basamaklı bir yaklaşım öngörerek, şu şekilde tanımlanmaktadır: Öncelikle, eşit ihtiyacı olanların hizmetlere eşit düzeyde erişebilmeleri, ayrıca, eşit ihtiyacı olanların hizmetlerden eşit yararlanmaları ve herkese eşit nitelikte sağlık hizmeti sunulması gerekmektedir (Ergör ve Öztekin, 1996, s.8).

müdahalesinin ve özel sektör sağlık kuruluşlarına yönelik sağladığı sübvansiyonların, sağlık sistemini daha da kötüleştirdiğine dikkat çekmektedir. Sözü edilen devlet müdahalesi, sağlık hizmetlerine ilişkin talebi artırmış olsa da, arz ve talep kaynaklı genişleme sebebiyle piyasada görülen bu durum, yeterince düzenlenemeyen bir alan oluşturmuş, sonuçta, maddi gücü olmayan bireylerin, sosyal güvenlik ve sağlık sisteminden dışlanması sonucunu vermiştir. Dolayısıyla, bu bağlamda gerçekleştirilen kamusal müdahale, artırmaması gerektiği halde, özel harcamaları artırmış, fakat böyle bir artış, sağlık hizmetlerinin kalitesinin de artmasına yol açmamıştır.

Sağlık sisteminin ve hizmetlerinin sürdürülebilir olması, toplumsal yaşamın devam ettirilmesi noktasında yaşamsal öneme sahiptir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilir olması noktasında, değişen koşullara uyum sağlayabilmesi için gerekli kapasite ve esnekliğe sahip olması, ihtiyaç duyulan hizmetin gerektiği zaman ve düzeyde sunulabilmesi, toplumun tamamını kapsayacak üretim ve finansman yöntemlerine sahip olması gerekir (Şahin ve Top, 2002, s.4).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, sağlık sisteminin, değişim ve dönüşümlere uyum sağlama işlevine örnek olması çerçevesinde önemli bir örnektir. Onun için, yerelleşme kavramının ve uygulamalarının derinlemesine analiz edilmesi gereği bu noktada öne çıkmaktadır.

1.2.4. Hizmetlerin Yerelleşmesi ve Yerelleşme Biçimleri

Bir bütün olarak kamu yönetimlerinde gerçekleştirilmeye çalışılan reform süreçlerinin önemli bir ayağını, kamu hizmetlerine ilişkin reform süreci oluşturmaktadır. Kamu hizmetlerine ilişkin reform süreçleri arasında değerlendirilebilecek olan yerelleşme⁶⁵ de bütün ülkelerde⁶⁶ gündemde sürekli tutulan bir konudur.

Yerelleşme olgusu, kamu yönetimine ilişkin alanyazında üzerinde görüş bildirilen, tartışılan, eleştirilen veya desteklenen süreçler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri özelinde, yerelleşmenin uygun bir siyasa adımı olup olmadığını analiz etmenin çok karmaşık bir ödev olduğunu ifade edilmektedir. Çünkü bir tarafta, sağlık hizmetlerinde, hizmetlerin homojen dağılılabirliği bağlamında merkezleşmeyi meşrulaştıran adalet ilkesi⁶⁷ varken, diğer tarafta, büyük veya küçük

⁶⁵ Küresel konjonktürün etkilerinin birçok alanda gözlemlenebilirliği dikkate alındığında, yerelleşmenin önemli ve yaygın bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Örneğin, sağlık alanına ilişkin olarak, DSÖ ve UNICEF tarafından organize edilerek, 1978 yılında Alma-Ata'da (*Almatı*) gerçekleştirilen, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 134 ülke temsilcisinin yer aldığı toplantıda imzalanan bildirmede sağlık sistemi için, dolaylı da olsa, yerelleşme önerisi getirilmektedir (Tatar, M., 1993, s.137; Black ve Gruen, 2005, s. 169).

⁶⁶ Belek, yerelleşmenin, ortaya çıkış tarihi ve kendisinden beklenenler bağlamında, merkez ve çevre ülkeleri açısından farklılaştığını belirtmektedir (2001, s. 306).

⁶⁷ Costa – Font ve Rico, yerelleşmenin bir alt formu olan yetki devrinin, özellikle, bölgelerarası uyum bağlamında sürekli sorgulandığını ifade etmektedir (2006, s. 1).

ölçek farkı bağlamında yerelleşmeyi meşrulaştıran refah kazanımları söz konusudur(Cantarero, 2005, s. 963).

Yerelleşmenin tanımlanabilirliği sorunsalına ilişkin olarak değişik tanımların benzeşen yönleri bir araya getirilirse, yerelleşmenin, çeşitli yönetsel süreçler bağlamında, merkezi otoriteden daha aşağıdaki eşiklerde bulunan yerel yönetsel otoritelere⁶⁸ yetki, kaynak ve sorumluluk devrini içerdiği görülmektedir. Bu bağlamda, yerelleşme, öncelikle, coğrafi ve örgütsel bağlamda, merkezi yönetimin sağladığı yetki ve güç birleşimi (*authority concentration*) yerine, güç dağılımı (*authority dispersion*) öngörmektedir (Peckham vd., 2005, s. 221). Bu bağlamda, yerelleşmenin, devletin veya kamu hizmetlerinin yenileşmesi biçiminde algılanmaması gerektiği belirtilmektedir (Mosca, 2006, s.118). Yerelleşme süreci, yönetsel düzlemde, her aktörün rolünün yeniden, daha iyi biçimde tanımlanması şeklinde, yönetsel işlevlerin yerel yönetimlere devredilmesini anlatmaktadır. Aksi halde, yerelleşme sürecinde, merkezi ve yerel aktörlerin rollerine ilişkin son derece ciddi bir karmaşa⁶⁹ belirebilir.

Bir bütün olarak değerlendirilirse yerelleşme süreci, geleneksel olarak merkezde toplanmış yürütmeye ilişkin işlevlerin, alt yönetsel birimlerle paylaşılmasını veya ilgili işlevlerin daha aşağıya doğru devredilmesini içerdiği için, evrensel dönemde yaygınlaştırılmaya çalışılan demokratikleşme süreciyle de bağlantılı olmak durumundadır (Acartürk ve Özgür, 2004, s. 144; Bossert, 2003, s.1). Zaten, Peckham vd. (2005, s. 222) de yerelleşmenin iki aşamalı olduğunu; ilk aşamanın, merkezi kamu yönetimini yeniden yapılanması çerçevesinde, yönetsel süreci; diğer aşamanın da, demokratikleşme⁷⁰, katılım, hakkaniyet vb. argümanların gerçekleştirilebilirliği çerçevesinde, siyasal süreci içerdiğini aktarmaktadır. Yerelleşmeye ilişkin benzer bir diğer önemli ayırım, Devas (1997, s.352–353) tarafından yapılmıştır. Ona göre, bir tarafta yoğun olarak batılı demokrasilerde görülen siyasal yerelleşme, diğer tarafta ise, yönetsel yerelleşme yer almaktadır. Yerelleşmeye ilişkin asıl tanımın, batılı demokrasilerde görülen siyasal

⁶⁸ Yerel yönetimlerin kuruluş amaçlarını, Eren (1987, s.122), yöre halkının kendi ihtiyaçlarının görülmesine aktif olarak katılarak, hizmetlere ilişkin başarının artması ve devletin yükünün azaltılması olarak tanımlamaktadır (Uz,1999, s.103). Uz (1999, 103) ise, merkezi yönetimin giderek güçlendiğini, dolayısıyla, yerel yönetimlere ayrılan alanın daraldığını, sonuçta da, kuramsal açıdan önemli bir yerel yönetim birimi olan il özel idarelerinin, örneğin, gittikçe işlevsizleştiğini belirtmektedir. Yapıcı (1997, s.1) ise, yerli alanyazında da paylaşılan önemli bir noktayı işaret ederek, ilgili işlevsizleştirme sürecinin, yerel yönetimlerin belediyelerle eşanlı biçiminde kullanılması sonucunu doğurduğunu belirtmektedir (Uz, 1999, s.103).

⁶⁹ Örneğin, Ukrayna'nın gerçekleştirmeye çalıştığı sağlık reformu sürecinde, sağlık kuruluşlarının yatak kapasitelerine ilişkin bir azaltma sonucunda beklenen başarı gerçekleşmemiş, bu bağlamda atılan adımlar sonucu, ihtiyaç fazlası personel devre dışı bırakılmamış ve artan kaynaklar, yeni alanlara kaydırılmamıştır (Guess ve Sitko, 2004, s.769).

⁷⁰ Bu bağlamda belirtildiğine göre, 1999 genel seçiminden sonra Endonezya'da gerçekleştirilen yerelleşme çabaları, öncelikle, verimsiz ve yozlaşmış merkezi bürokrasiye karşı geliştirilen demokratikleşme çabaları çerçevesinde değerlendirilmelidir (Kristiansen ve Santoso, 2006, s.250).

yerelleşme olduğu belirtilerek, bu yerelleşme biçiminin, seçilmiş yerel yönetsel birimlere, yüksek oranda yerel özerklik içeren, yetki ve sorumluluk devri içerdiği vurgulanmaktadır (Devas, 1997, s.352). Yazara göre, yerelleşmenin bu biçimi, daha çok, hesap verilebilirlik, duyarlılık, yerel hizmetlere yakın olma gibi savlarla ilişkilidir.

Konuya ilişkin belirtilen yerelleşmenin ikinci biçimi olan yönetsel yerelleşme⁷¹, bir anlamda siyasal yerelleşmeye alternatif bir yapı veya siyasal yerelleşme için bir geçiş süreci sunmaktadır. Yerelleşmenin bu biçiminin daha çok özel sektörde kullanıldığı belirtilerek, yönetsel yerelleşmenin, maliyet veya kâra ilişkin her adımın sorumluluğunun, ilgili kurum içerisinde yer alan daha alt birimlere devredilmesi sürecini anlatmakta olduğu ifade edilmektedir⁷². Bu bağlamda sorumluluk alan birimler, doğal olarak, kendi içlerinde fayda maksimizasyonuna gitmek durumundadır ki, burada son amaç, örgüt tarafından belirlenen içsel çerçeve içerisinde en yüksek performansı sağlamaktır. Böyle bir yaklaşımın, pazar yapısının en yerelleşmiş unsurunu, yani, bireyin kendisini örgüt çıkarları için en üst düzeyde kullanmayı amaçladığı aktarılmaktadır (Devas, 1997, s.353).

Daha geniş bir çerçeveden bakan bir yaklaşıma göre, yerelleşme, dört ögenin yardımıyla oldukça netleşmektedir (Türkoğlu, 2004, s. 4). Bu ögeler;

§ Yerelleşmenin can alıcı noktasını oluşturan, karar verme yetkisinin (*özerklik*) aşağı doğru devri,

§ Alt seviyedeki liderliğin özerk biçimde işletilmesine rağmen sağlanabilen uyumluluk,

§ ...Amaçlarla araçlar arasındaki sorumluluğun bölüşümü...,

§ Yerelleşme kavramının tipik olarak "*demokrasi*", "*daha az kontrol*" ve "*katılım*" kavramları ile ilişkilendirilebilmesi şeklinde belirlemektedir.

Kuramsal bir perspektiften değerlendirildiğinde, yerelleşme kavramının, tek bir biçimi olan bir süreci anlatmamakta olduğu görülmektedir. Yerelleşme süreci, farklı bakış açıları tarafından şekillendirilen farklı biçimlere ayrılmaktadır.

Yerelleşme sürecinin ve bu sürecin olası etkilerinin tanımlanması bağlamında, klasik ve modern yaklaşım⁷³ ayırımına gidilmekte (Eryılmaz, 2006, s. 77), klasik anlamda

⁷¹ Siyasal yerelleşmeyle karşılaştırıldığı zaman, yönetsel yerelleşme, vatandaşlara karşı doğrudan ya da dolaylı bir sorumluluk içermemektedir. Yönetsel yerelleşmede her türlü dışsal sorumluluk, olması gerektiği gibi, en üst birimdedir. Dışarıya karşı asıl sorumlu olan üst birim gerekirse, içsel sorumluluk bağlamında, daha alt birimleri sorumlu tutabilir. Yönetsel yerelleşmenin gittikçe kamu sektöründe de tercih edilmeye başladığını belirten yazar, konuya ilişkin İngiliz yerel yönetimine gönderme yapmaktadır (Devas, 1997, s.353).

⁷² Belek'in aktardığına göre (2001, s. 306) yerelleşme, karar almaya ilişkin sorumluluğun örgüt içerisinde mümkün olan en alt seviyeye indirilmesidir.

⁷³ Bir başka çalışmasında, yazar, yerelleşmenin "*iç ve dış yerelleşme*" olarak iki biçimde irdelenebileceğini ifade etmektedir. Örgüt içinde, üst basamaklardan alt basamaklara doğru bir yetki devri, iç yerelleşme

yerelleşmenin, merkezi yönetimden yerel yönetimlere doğru yetki, görev ve kaynak aktarımını ifade ettiği belirtilmektedir⁷⁴ (ayrıca, Eryılmaz, 2002, s. 225). Modern anlamda yerelleşme ise, merkezi yönetimin işlevlerinin aktarılması olarak tanımlanmaktadır (ayrıca, Eryılmaz, 2002, s. 225). Klasik ve modern ayrım bağlamında ayrıştırılan yerelleşmenin, aslında, yönetsel ve siyasal yerelleşme ile oldukça örtüştüğü görülmektedir. Klasik yerelleşme, yönetsel yerelleşmeyle, modern yerelleşme ise, siyasal yerelleşme ile örtüşmektedir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin yerelleşme süreci, ana yaklaşımlar bağlamında, siyasal, yönetsel ve mali yaklaşımlar çerçevesinde irdelenmektedir (Saltman ve Bankauskaite, 2004, s. 2-10). Bir diğer açılım ise, yerelleşmenin, temelde, kamu yönetimi yaklaşımı, yerel mali yaklaşım, sosyal sermaye yaklaşımı, efendi – köle yaklaşımı biçiminde dört farklı analitik çerçeve içerisinde irdelenebileceğini belirtmektedir (Mosca, 2006, s.114; Bossert, 2003, s.2). Çalışma, kamu yönetimi alanında gerçekleştirildiği için, bu analitik çerçevelerden kamu yönetimi çerçevesi temel alınacaktır.

Kamu yönetimi analitik çerçevesi, kendi içinde dört kategoriye ayrılmakta ve bunlar, yetki genişliği, yetki devri, delegasyon ve özelleştirme⁷⁵ biçiminde sıralanmaktadır. (Rondinelli, 1983; Lakshminarayanan, 2003, s.96; Kolehmainen-Aitken, 2004, s.2; Mills, 1994; Bossert, 2003, s.3; Eryılmaz, 1997, s.27; Acartürk ve Özgür, 2004, s.146; Van Slyke, 2002; Tatar, M., 1993, s.138–144; Uz, 1999, s. 105–106; Mutlu, 2006, s. 32; McIntyre ve Klugman, 2003, s. 109).

Yetki, kaynak ve sorumluluk aktarımı, merkezi düzeyden merkezin yerel (*taşra*) uzantılarına doğru gerçekleştiriliyorsa, “*yetki genişliği*⁷⁶” veya “*yetki göçerimi*” (*deconcentration*) söz konusudur (Gül ve Özgür, 2004, s. 165). Eğer yetki, kaynak ve sorumluluk devrinin yönü, merkezi yönetimin hiyerarşik altı olmayan diğer yönetim birimlerine doğru ise “*yetki devri*” (*devolution*)⁷⁷ söz konusudur. Merkezi ve yerel

olarak tanımlanırken, mal – hizmet üretme sürecinde piyasa sistemine doğru bir yönelme ise, dış yerelleşme olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda, yazara göre, ihale veya sözleşme en önemli dış yerelleşme aracıdır (Eryılmaz, 2002, s. 226).

⁷⁴ Merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin özellikleri, üstün ve zayıf yönleri bağlamında karşılaştırılmaları için bkz. Öztekin, 2002, s.51-58.

⁷⁵ Yerelleşmenin ortaya çıkışına ilişkin olarak Belek (2001, s. 306), yerelleşmenin, maliyetlerin sınırlanması amacını önceleyen ve özelleştirmeye kadar uzanan politikaların bir parçası olduğunu belirtmektedir.

⁷⁶ Yetki genişliği, aslında, yerelleşmenin en zayıf biçimini oluşturmakla birlikte, 1970’lerden beri en çok tercih edilen yerelleşme türüdür (Mutlu, 2006, s. 33; Belek, 2001, s.308). Yetki genişliğinde, hizmetlerin finansmanına ilişkin kararlar, merkezi yönetim düzeyinde alınmaya devam edilmektedir, yerel düzeyde ise, hizmetin yürütülmesine ilişkin kararlar alınmaktadır (Mosca, 2006, s.114).

⁷⁷ Parry’e (1997, s.212) gönderme yapıldığı üzere (Gül ve Özgür, 2004, s. 165), yerelleşmenin olması gereken şekli, yetki devridir. Alanyazında, yönetsel açıdan yerelleşmenin en çok eleştirilen biçimi, yetki devridir. Çünkü yerelleşmenin bu türünde merkezi yönetim, yönetsel, siyasal ve mali sorumlulukları bir bütün olarak, yerel yönetimlere bırakmaktadır (Mosca, 2006, s.114). Gül ve Özgür “*Adem-i Merkezîyetçilik ve Merkezi Yönetim – Yerel Yönetim İlişkileri*” isimli çalışmalarında, “*delegation*” tanımının karşılığında,

yönetim birimleri dışında, yeni aktörlere doğru bir devir ise, “*delegasyon*” (*delegation*) olarak isimlendirilmektedir. Yerelleşme sürecine ilişkin bir diğer biçim ise, kendisini yaygın biçimde isimlendirildiği üzere “*özelleştirme*”⁷⁸ (*privatization*) şeklinde göstermektedir.

Bu noktada, örgüt kuramının temel bir sorunsalına gönderme yapan Fukuyama, karar alma ve otorite kurma süreçlerine ilişkin etkinliğin veya verimliliğin sağlanmasında, yetki devrini zorunlu görmesine karşın, yetki devrinin, aynı zamanda, kontrol ve denetime ilişkin sorunlara da sebep olduğunu belirtmektedir (2004, s.189-190). Benzer biçimde, yerelleşme uygulamaları da, özü itibarıyla, yetki devrini gerektirmesinin yanında, yetki devrinden kaynaklanan bazı sorunsalları bünyesinde barındırdığı ifade edilmelidir. Yerelleşme biçimleri, işlevsellik, olumluluk ve olumsuzluklar ekseninde ayrıştıran tabloya gönderme yapılarak ayrıntılandırılabilir.

Tablo 3: Yerelleşme Biçimleri

	Yerinden Yönetim Türü			
	Yetki Genişliği	Yetki Devri	Delegasyon	Özelleştirme
İşlevsel Tanım	Yönetimsel yerinden yönetim	Siyasal yerinden yönetim	Belirli işlevlerin bir komisyon veya işletmeye devri	İşlevlerin yönetim dışı, özel veya sivil toplum kurumlarına devri
Beklenen Olumluluk	Biraz yerel özerklik, merkez üzerindeki baskının hafiflemesi	Yerel konulara duyarlılık, hizmetlerin daha iyi eşgüdümü	İşlevlerin yönetiminde daha fazla esneklik, biraz siyasi bağımsızlık	Daha fazla esneklik veya siyasi bağımsızlık
Beklenen Olumsuzluk	Eşgüdüm eksikliği ve yerel gereksinimlere duyarlılık	Yüksek maliyetli sağlık hizmetleri için merkezi finansman desteği gerekli, bu da merkezin gücünün göreceli artışı demektir	Diğer birim ve kurumlarla eşgüdüm eksikliği	Regülasyon ve kontrol mekanizmalarına gereksinim

Kaynak: Tatar ve Tatar, 1998, s. 32

diğer kaynakların aksine, “*yetki devri*” kavramını kullanmaktadır. “*Devolution*” tanımı karşılığında ise, “*yerelleşme*” deyimini tercih etmişlerdir. Acartürk ve Özgür’e (2004) göre, delegasyon ve dekonsantrasyonda, karar verme yetkisi merkezde bırakılmaktadır. Dolayısıyla, onlara göre, hem delegasyon hem de dekonsantrasyon, özü itibarıyla aynıdır, salt biçimsel bir fark söz konusudur. Delegasyon ve yetki genişliğinde, merkezi yönetim, ilgili hizmetin görülmesini devrederken, merkezden tahsis edilen kamusal kaynak kullanılabilir ama devrettiği yetkileri her an geri alma hakkını saklı tutar. Bu yüzden, delegasyonda, hizmeti devralan aktör, merkezi yönetime karşı ayrı ve ek bir sorumluluk taşımaktadır (Mosca, 2006, s.114; Mutlu, 2006, s. 33).

⁷⁸ Özelleştirme deyiminin kapsamı içerisinde salt piyasa sürecinde yer alan aktörler değil, bir bütün olarak sivil toplum ve bireyler de yer almaktadır. Bunun yanında, özelleştirme, hizmet üretmeyi kapsayabileceği gibi, mali kaynak sağlama işlevi (Mosca, 2006, s.114) veya siyasa oluşturma süreçlerine danışmanlık yapmayı da içerebilir. Özelleştirme yönteminin hangi hizmetlerde, nasıl başarılı olacağına yönelik alanyazın gittikçe genişlemektedir. Özelleştirmeye ilişkin en önemli unsurun, vazgeçilmez bir biçimde, rekabet ve regülasyon olduğu dikkat çekmektedir (Van Slyke, 2003, s.297).

Yerelleşme, önemli ve yaygın bir yöntem olarak gözüktüğü de, yerelleşmenin nasıl ve nereye kadar olacağı, siyasal, sosyal ve ekonomik çerçevenin de belirleyiciliği, ışığında tamamen siyasi irade tarafından belirleneceği aktarılmaktadır (Tatar, M.,1993, s.144). Örneğin, eğitim ve sağlık hizmetleri özelinde, yerelleşmenin ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebileceği ifade edilerek, bu durum, ülkelerarası düzeyde, hükümet politikalarının, siyasal örgütlenmelerin, yönetim yapılarının, amaçların farklılığına bağlanmaktadır. Aynı çalışma çerçevesinde, böyle bir farklılaşmanın asıl belirleyicisinin, siyasal sistemler olduğu da vurgulanmaktadır (Mutlu, 2006, s. 32).

1.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi

Sağlık hizmetlerinde yerelleşme süreci, yaklaşık olarak 30 yılı aşkın bir süredir değişik ülkelerde gerçekleştirilmektedir (ayrıca, McIntyre ve Klugman, 2003, s. 109; Yıldırım, 2007, s.5). Bu süre zarfında, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine destek veren çalışmaların yanında, sürecin zorluk, güçlük ve zayıflık taşıyan yönlerine gönderme yapan çalışmalar da yerini almıştır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini irdelemeye çalışan bu bölümde, yukarıda sözü edilen noktalar ayrıntılı biçimde incelenecektir.

Sağlık kamu hizmetlerinde gerçekleştirilen siyasal, yönetsel veya mali yerelleşme uygulamalarının, yönetsel, siyasal ve mali sistemler üzerinde yıkıcı ve yapıcı olarak iki önemli sonucu bulunmaktadır. Çalışmada belirtilecek noktaların dikkate alınması veya alınmaması bağlamında, yıkıcılık ve yapıcılık anlam kazanmaktadır

Yerelleşmenin, öncelikle, değişik düzeylerde bulunan yönetsel birimler arasında; kaynak dağılımı, planlama, çıktı – kalite denetimi, teknik denetim, insan kaynakları vb. konularda çok güçlü bir iletişim ağı gerektirdiği bilinmelidir (Collins vd., 2000, s.122). Dolayısıyla, yerelleşme uygulamalarının, örneğin, demokratik anlayışın tam olarak yerleşmediği toplumlarda sağlık hizmetlerini daha da kötüleştirilebileceği aktarılmaktadır (Özkal, 2000, s. 136). Ayrıca, yerelleşmenin kamu kaynaklarının dağılımında, mali, finansal ve insan kaynaklarının yönetiminde, geleneksel yapının aksine, derin ve etkili iletişimi beraberinde getirdiği bilinmelidir (Kolehmainen-Aitken, 2004, s.1). Bunun yanında, yerelleşmenin öngördüğü yerel ve merkezi yönetimlerin işlev farklılaşmaları çerçevesinde, merkezin siyasa yapma ve gözetleme; yerelin de uygulama işlevleri arasında olası bir eşgüdümsüzlüğün, iki işlevin birbirinden kopması olasılığını içerisinde barındırdığı gözden kaçırılmamalıdır (McIntyre ve Klugman, 2003, s. 108).

Endonezya özelinde gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde ortaya çıkan aksaklıkları ve sorunsal alanları saptamaya yönelik çalışmalarında,

Kristiansen ve Santoso (2006, s.257) çeşitli politika önerileri sunmaktadır. Onlara göre, siyasal aktörler, öncelikle, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, yerel yönetimlerin devredilen hizmetleri hemen üretebilecek sorumluluğa ve deneyime sahip olmadıkları gerçeğini dikkate almalıdır. Ayrıca, bazı sağlık hizmetleri herkese açık ve bedelsiz yürütülmelidir. Bunun yanında, yerel yönetimler, şeffaflık ve hesap verilebilirlik noktasında, ürettikleri sağlık hizmetleri hakkında Sağlık Bakanlığı'na düzenli ve düzgün rapor sunmalıdır.

Paraguay'ın gerçekleştirmeye çalıştığı yerelleşme sürecinden önemli sonuçların çıkarabileceğini belirten Rosenbaum vd. (2000, s.670), ilgili sonuçları maddeler halinde belirtmektedir. Bu maddeler arasında, öncelikle, yerelleşmeye yönelik çabalar, yerel yönetimlerin çeşitli açılardan güçlendirilmesi süreciyle beraber ilerlemelidir. Eğer başarı bekleniyorsa, yerelleşmeye ilişkin her adım, bir diğerini desteklemelidir. Ayrıca, başarılı bir yapısal reform, güçlü bir liderlik⁷⁹ gerektirmektedir. Yerelleşmeye ilişkin süreçte, liderlik tanımı hem merkezi hem de yerel alanı içermelidir. Bunun yanında, yerelleşme, yerel yönetişimin güçlendirilmesi ve katılımın genişletilmesi gibi dönüşümler, zaman, sabır ve esneklik gerektiren süreçlerdir. Sonuçta ortaya çıkacak başarı veya başarısızlık kabul edilmelidir. Sonuçta, salt yasal altyapıya yönelik değişiklik, bireylerin, davranış ve alışkanlık değiştirmelerini sağlayamamaktadır. Bütüncül bir dönüşüm, liderlik, teknik destek, deneyim ve eğitim gerektirmektedir. Kamu hizmetlerinin sunumuna ilişkin yapısal değişiklikler, vatandaşların katılımı ve bütün aktörlerin oydaşımı olmadan başarılı olamaz, öncelikle yer almaktadır.

1.2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinin Olumlu ve Olumsuz Etkileri

Yetki ve sorumlulukların aşağıya doğru devredilmesi olarak kısaca tanımlanan yerelleşme, öncelikle, yönetsel büyüklüğün küçültülmesini ve vatandaşların kamu hizmetlerinden daha fazla ve çeşitlendirilmiş biçimde faydalanmasını sonuç verebilir.

Konuya ilişkin değişik çalışmalara gönderme yapılarak, yerelleşme süreci sonucu ortaya çıkan bir takım olumlu uygulamalardan söz edilmektedir. Örneğin, Endonezya ve

⁷⁹ Yönetsel alana yönelik birtakım sorunların çözümü, yapısal anlamda değişim ve dönüşüm gerektirebilir. İlgili değişim ve dönüşüm sürecinin yönetsel yapı ve personel bağlamında kabul görmesinin önemli bir şartı "*liderlik inisiyatifi*" olarak da adlandırılan kavramın gerekliliğidir çünkü her hangi bir reformun veya değişikliğin kabul görebilmesi için başarılı olmasının ilk şartı, bu değişikliği hayata geçiren veya onaylayan bir siyasi veya yönetsel iradenin gerekliliğidir. Burada kullanılan '*liderlik*' kavramı, gerçek bir kişinin liderliğini ifade ettiği gibi, kurumsal anlamda da liderlik olarak değerlendirilebilir (İnce, 2001, s.30). Saygılıoğlu ve Arı (2003, s. 238) da, kamu yönetimine ilişkin yeniden yapılanmanın başarılı olmasını, siyasal iradenin kararlılığına bağlamaktadır. O yüzden, yazarlara göre, yönetsel reform çalışmalarında yönlendirme sürecini sağlıklı yürütecek siyasal direktif, kapsayıcı bütüncül bir model ve iyi tanımlanmış bir reform stratejisine ihtiyaç vardır.

Brezilya'nın *Céara* eyaletindeki olumlu sonuçlar, yerelleşme yönündeki uygulamaların diğer yerlere yaygınlaştırılması sürecine katkı sağlamıştır (Khaleghian, 2004, s. 167).

Sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek yerelleşme sonunda, kuramsal olarak, aşağıda sayılan olumlu katkıların ortaya çıkması beklenmektedir (Mutlu, 2006, s. 39):

§ Yerel yönetim birimleri ihtiyacın ne olduğunu ortaya çıkararak, daha uyumlu ve işlevsel programların yapılabilmesini sağlayabilir.

§ Sağlık hizmetlerinin rasyonalize edilmesini ve eşgüdümünün sağlanmasını kolaylaştırır.

§ Kamusal ve özel sağlık kuruluşlarının işlevlerini eşgüdüm içinde yürütmesini kolaylaştırır.

§ Sağlık sektörü ile yerel diğer sektörler arasında eşgüdümü daha kolay sağlar.

§ Merkezi yönetimin iletişim, hava koşulları veya büro-patoloji kaynaklı ertelemelerinin önüne geçilebilir.

§ Sağlık programlarının yerel şartlarla uyumu sağlanabilir.

§ Hedef nüfus sayısı kesinleşeceği için, hizmet tekrarı azalır.

§ Yerel düzeyde ekonomik tasarruf sağlanabilir.

Uygulamaya ilişkin olarak siyasal açıdan olumlu bir önerme yapan Özdemir'e göre (1995, s.51), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesiyle birlikte, vatandaşlar bu hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan yerel yönetimlerden, en azından siyasal bağlamda, hesap sorabilecek, dolayısıyla, hizmetlerin yerel yönetimler tarafından sürekli olarak denetlenebilmesi olasılığı belirecektir. Çünkü sağlık hizmetleri, merkezi yönetim eliyle görüldüğü zaman, hizmeti yürütenler atanmışlar olacağı için, hesap verebilirlikleri salt hukuksal olarak kalacak, yönetsel ve siyasal bağlamda hesap sorma söz konusu olmayacaktır. Hizmetlerin merkezi düzeyde de denetlenebilmesi olanaklı olmasına rağmen, hizmet başarısızlığına ilişkin ulusal düzeyde siyasal hesap sorma, yerel düzeydeki kadar etkili olmayabilir. Konuya ilişkin olarak, yerel yönetimlerin bütün iş ve eylemlerinin yerel halkın gözü önünde gelişeceği için, – merkezi yönetime göre –, daha az yanlısın yapılacağı bir işleyişin de mümkün olacağı belirtilmektedir (Pirler, Gürsoy ve Başsoy, 1997, s. 102).

Olumlu birçok yanına rağmen, yerelleşme süreci, uygulanacak yerin özgül şartlarını karşılamayan biçimlerde kullanıldığı zaman da dâhil olmak üzere, sağlık hizmetleri üzerinde olumsuz birtakım etkilere sebep olmaktadır (Collins vd., 2000, s. 114; Collins, 1996, s. 161–178; Bossert, 1996, s. 147–160; Gonzales vd., 1989, s. 301–315). Olumsuz sonuçlar arasında, sağlık hizmetlerinin aşırı parçalanmışlığı, merkezi

sağlık birimlerinin güçsüzleşmesi, eşitsizlik, siyasetçi ve çıkar gruplarının artan oranlı baskısı vb. sayılmaktadır (Belek, 2001, s. 310).

Gerekli yönetsel, siyasal, ideolojik ve örgütsel altyapıların sağlanamaması durumunda, yerelleşmenin ortaya çıkarabileceği bazı sorunsal alanlar tanımlanmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde parçalanma, eşitsizlik ve hakkaniyetsizlik artışı, bazı çıkar gruplarının artan oranda siyasal yönlendirmesi (ayrıca, Harpham ve Pepperall, 1994, s. 92) ve zayıflayan kamu sektör kontrolü bu sorunsal alanlardan bazıları olarak öne çıkmaktadır (Saltman ve Figueras, 1998, s. 88). Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, coğrafi bölgeler bağlamında artan hakkaniyetsizlik (ayrıca, Belek, 2001, s. 310) yerel yönetimlerin gerekli yönetsel yeteneği kazanamaması, beklendiği kadar artmayan performans gibi olumsuzluklara ayrıca dikkat çekilmektedir (Harpham ve Pepperall, 1994, s. 92).

Yerelleşme süreçlerinin öncesi ve sonrasına ilişkin olarak son derece az karşılaştırmalı veri bulunduğu bu noktada vurgulanmalıdır. Yerelleşmenin başarılı olduğuna ilişkin yayınlanmış çalışmalar da, uygulandığı yerle sınırlıdır (Meyer-Emerick, Mothusi ve Molaodi, 2004, s. 225). Halbuki bir bütün olarak, yerelleşme öncesi ve sonrasının irdelenmesi, başarılı uygulamalara konu olan yerin yönetsel, siyasal ve toplumsal şartlarının karşılaştırılmalı analizi, uygulanacak yerelleşme sürecinin başarılı olup olamayacağına ilişkin önveriler elde edilmesinde son derece işlevseldir. Dolayısıyla, sağlık sektörünün yerelleşmesi sürecinin tasarım ve uygulaması, tek başına gerçekleştirilebilen ve gerçekleştirildikten sonra biten bir süreç olarak algılanmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin gerçek anlamını kazanabilmesi için, zaman içerisinde ortaya çıkabilecek değişim ve dönüşümleri de içselleştirebilecek bir yeniden yorumlama ve geliştirme anlayışı, ilgili yerelleşme sürecinin en başında öngörülmelidir. Dolayısıyla, böyle bir ortamın oluşturulması, zaman içerisinde değişik veya öngörülenden farklılaşabilen araç ve uygulamaların ortaya çıkmasını da sağlayabilir (Collins vd., 2000, s.120).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde değişik ülke deneyimleri, ülkelerin gerçekleştirdikleri yerelleşme sürecinde, başka ülkelerce elde edilen teknik sağlık deneyimi tam anlamıyla kullanılmadığını göstermektedir. Bu durum, yerelleşmenin özgül sonuçları arasında olan, merkezden çevreye güç transferi sorunsalının aslında, sağlık sektörünün bir gereği veya zorunluluğu olmayıp, değişik siyasal kaygılardan kaynaklanan reform süreçlerinde sıklıkla gözlenmektedir (Kolehmainen-Aitken, 2004, s.1). Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi süreci, sağlık sektörünün gerçek ihtiyacı sonucu değil de, siyasal güdüler çerçevesinde bile harekete geçirilmiş olsa (*neo-liberal içerikli siyasa*

transferlerinin reform⁸⁰ adı altında sunulması bağlamında), sağlık sektörünün gelişmesine yine de katkı sağlayabilir (Lakshminarayanan, 2003, s. 96). Örneğin, Filipinler’de uygulanan yerelleşme programının öncül verileri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinden beklenen verimlilik, etkinlik gibi sonuçların her zaman gerçekleşmeyeceğinin sinyallerini vermektedir. Ortaya çıkan ilk göstergeler, olumlu beklentilerin yerine, yerelleşmenin, eşitsizlikleri artırabileceğini, sağlık sorunlarına ilişkin yerel duyarlılığı azaltabileceğini ve sevk (*referans*) zincirini⁸¹ sekteye uğratarak, sistemin etkinlik ve verimliliğini azaltabileceğini göstermektedir (Lakshminarayanan, 2003, s. 96). Norveç’te gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin tekrar merkezileştirilmesi örneğinden hareket eden Mosca (2006, s.119), yerleşen sistemlerin insan kaynakları ögesinin, finansal kaynaklar ve destekler bağlamında, ulusal sistemlere göre daha fazla eşitsizlik içerdiğini savunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde insan kaynakları ve çalışanların durumuna ilişkin ortaya çıkan bir olumsuzluğu aktaran Dussault ve Dubois’a göre (2003, s.3) yerelleşme bağlamında gerçekleştirilen bazı reform süreçlerinde, finansal ve yapısal dönüşüm ile insan kaynakları sorununa verilen önem arasında önemli bir fark oluşmaktadır. Yerelleşme sürecinin en önemli konuları arasında finansman, yönetim, yapısal dönüşüm gibi sorunsalların öncelikle yer alması, örgütsel ve yönetsel açıdan anlamlı olsa da, ilgili süreçte, personel veya insan kaynakları olgusunun, duruma göre, yerelleşme sürecini zorlaştırabilecek veya kolaylaştırabilecek bir unsur olduğu dikkate alınmalıdır (Buchan, 2000, s.319). İnsan kaynakları konusuna gerekli önemin verilmemesinin olumsuz bir sonucu olarak, deneyim ve sonuçların ülkelerarası paylaşımının sağlanamaması gösterilmektedir (Kolehmainen-Aitken, 2004, s.2). Siyasa ve deneyim paylaşımının reform süreçlerinde ne kadar değerli bir ön veri olduğu dikkate

⁸⁰ Sağlık hizmet yerelleşmesine ilişkin karşılaştırmalı analizlerde önemli bir metodolojik zorluğa dikkate çeken Saltman ve Figueras, reform kavramının neo – klasik bir içerik taşıdığını, dolayısıyla, siyasal, sosyal, kültürel ve örgütsel yapıları farklılaşan ülkelerin reform kavramını içselleştirebilmeleri noktasında, DB veya UPF gibi neo-liberal yapı sunmayan DSÖ’nün, reform kavramını yeniden tanımlama ihtiyacı hissettiğini ifade etmektedir (1998, s. 86). Karşılaştırmalı analizlere ilişkin olarak McGregor, ülke sistemlerinin birbirlerinden farklı olmasının, karşılaştırmalı analizleri zorlaştırdığını ifade etmektedir (2001, s. 82).

⁸¹ Seçim sürecinin başlamasıyla birlikte mevcut 59. Hükümet son derece ilginç bir tebliğ (*Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*, <http://www.sgk.gov.tr/doc/teblig/SaglikUygulamaTeblihi.html>) yayımlayarak, oldukça eleştiri aldığı halde uygulamakta ısrarlı olduğu aile hekimliği sistemini bir anlamda devre dışı bırakmıştır (Yıldırım, 2007, s. 3). Yıldırım’a göre, sözü edilen tebliğ gereğince artık her hangi bir sosyal güvenlik olanağına sahip olan bireyler istedikleri sağlık kurumuna istedikleri gibi müracaat edebileceklerdir. Hâlbuki aile hekimliği sistemiyle bireylerin ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından önce, aile hekimlerine müracaat etmeleri, gerekli ise, diğer sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi amaçlanmaktaydı. Popülist bir uygulama olduğu son derece belli olan tebliğ çerçevesinde, hükümet, sağlık kuruluşları için son derece önemli olan sevk zinciri anlayışını sekteye uğratarak, özellikle, üniversite hastanelerinde uzun kuyrukların oluşmasına sebep olmuştur. Yazar, sözü edilen tebliğin ortaya çıkardığı diğer bir sıkıntının, bireylerin ek ücret ödemesinde saklı olduğu kanısındadır (2007, s. 3-4).

alınırsa, deneyim ve sonuç paylaşımı sorunsalı, yerelleşme süreci gerçekleştirilirken gözden kaçırılmaması gereken önemdedir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan, hizmetlerin yerelleşmesinin, hizmete erişimde hakkaniyet sağlayacağı yönündeki argümanlara rağmen, özellikle yetki devrinin, sağlık hizmetlerinde bölge ve bireyler bağlamında eşitsizliğe yol açabilme potansiyeli bu bağlamda dikkat çekicidir (Collins vd., 2000, s. 114).

Paraguay'ın gerçekleştirmeye çalıştığı sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine ilişkin çalışmalarında Rosenbaum vd., bazı önemli noktalara dikkat çekmektedir. Onlara göre, üzerinden 5 yıl geçmesine rağmen⁸², yerelleşmeden beklenen olumlu gelişmeler görülmemiştir. Bunun sebeplerinin en önemlileri arasında, hizmet sağlanabilmesi ve bütçe kaynaklarının kullanılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'na aşırı bağımlılık gelmektedir. Dolayısıyla, Paraguay'daki süreç tam bir yetki devrinden daha çok, yetki genişliğine benzemektedir (Rosenbaum vd., 2000, s. 669).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve yerel yönetimlere ilişkin gerçekleştirilen bir çalışmada (Araujo, 1997, s.109 – 124) küçük ölçekli yerel yönetimlerin sağlık hizmeti üretmelerine ilişkin bazı olumsuzluklar belirtilmektedir. Bilindiği üzere, dünyada ve ülkemizde yerel yönetimlerin önemli bir çoğunluğu, kamu hizmetlerinin etkin sunumu noktasında yeterli nüfus büyüklüğüne, teknik yeterliliğe, siyasal ve teknik liderliğe, gerekli mali, ekonomik ve insan kaynaklarına sahip değildir. Dolayısıyla, merkezi yönetimler, yerel yönetimlere ek destek sağlamalarının yanında, yerel yönetimlerin de kendi aralarında işbirliğine gidebilmeleri için gerekli siyasal, hukuksal, yönetsel ve ekonomik altyapı oluşturmalıdır (Collins vd., 2000, s.122). Filipinler örneğinden hareketle, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, yetki devrinin yerel yönetimlerin mali yapılarında bir takım bozulmalara sebep olduğunu belirtilerek, mali kaynak dağılımında salt ölçeğin ve nüfusun geçerli ölçüt olarak alınmasının, sağlıklı olamayacağı belirtilmektedir (Lakshminarayanan, 2003, s.100).

Yerelleşmenin ortaya çıkarabileceği, yerel yönetsel birimlerin diğer yerel güç odakları⁸³ karşısında güçsüz kalmaları veya yerel politikacıların siyasal tekel kurmaları sorununa vurgu yapan Fukuyama, gelişmekte olan ülkelerdeki yetki devrinin, yerel elitleri güçlendirebileceğini ve özel çıkarları koruyacak bir siyasal patronaj ağını ortaya çıkarabileceğine vurgu yapmaktadır (2004, s.198).

⁸² Ülkenin aşırı merkeziyetçi yapısı dikkate alındığında, bir değerlendirme yapmak için erken olduğu belirtilmektedir.

⁸³ Belek'e göre (2001, s. 310), yerel güç odakları yerelleşmenin ortaya çıkaracağı sonuçlar üzerinde oldukça etkilidir.

Sağlık hizmetleri bağlamında gerçekleştirilen yerelleşme sürecinin en zayıf noktası olarak, bölgeler arasında, sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkması muhtemel eşitsizlik gösterilmektedir (Alexis, 2005, s.7-8). Mosca da (2006, s.119) yerelleşme sonucunda, her bölge kendi çıkarını önceleyebileceği için, uyumlu bir ulusal sağlık sisteminin oluşmasına ilişkin kuşkulardan söz etmektedir (ayrıca, Belek, 2001, s. 311).

Sağlık alanında uluslararası boyutta gerçekleştirilen yerelleşme uygulamaları⁸⁴ na ilişkin gerçekleşmiş bazı olumsuzluklar aktaran Khaleghian'a göre (2004, s. 166), yerelleşme sonunda, yerel halkın katılımı beklendiği gibi gerçekleşmemiş, yerel yönetimlerin kapasite sorunları bu birimlerin yeni işlevlerini gerçekleştirebilecek yaklaşımları benimsemesini güçleştirmiş, hesap verilebilirlik oluşmamış, ayrıca, yeni duruma ilişkin örgütsel durumun tasarlanamaması, merkezi ve yerel yönetimlerin sürekli olarak birbirlerini suçlamaları (*Blame Game*) sonucunu vermiştir. Yerel yönetimler ile merkezi yönetimin birbirlerini suçlamalarına ilişkin olarak, Hagen ve Kaarbøe (2006, s. 330), Norveç örneğinden çıkarılabilecek dersler arasında, sağlık sektörünün performansına ilişkin olarak merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında gittikçe artan ve birbirlerini suçlamaya kadar götüren bir gerilimden söz etmektedir. Çünkü yerelleşme sonunda, sağlık sektörünün performansından memnun olmayan merkezi yönetim, kriterleri yükseltmekte, yükseltilen kriterlere erişebilmesi için daha fazla fona gereksinim duyan yerel yönetimlerin (ayrıca, Peckham vd., 2005, s. 222) merkezi yönetime daha fazla bağımlı olması söz konusu olmaktadır. Sonuçta, merkezi yönetim, daha az harcama yapılması konusunda yerel yönetimlere baskı da yapmaya başlayınca, yerel yönetimlerle merkezi yönetim arasında gerilimin büyümesi kaçınılmaz olmaktadır.

Eğer siyasal hareket noktası, kamusal çıkar ve hedeflerden çok kişiselse, bunun yanında, toplumda birilerinin diğerlerinden daha fazla veya işlevsel bilgiye sahip olması durumunu anlatan “*bilgi asimetrisi*” yoğun şekilde bulunuyorsa, genelde kamu hizmetleri, özelde sağlık hizmetleri bağlamında siyasal gücün ve yönetsel sorumlulukların yüksek oranda veya hacimde yerelleşmesi beraberinde – kaçınılmaz olarak – yozlaşma ve kalite düşüklüğü getirecektir (Kristiansen ve Santoso, 2006, s.251). Sözü edilen noktaya İspanya’da özerkleşme paralelinde gerçekleşen yerelleşme örnek gösterilebilir (Rodriguez, De Puelles ve Jovell, 1999, s. 167). İspanya’nın 1981 yılında başlattığı sağlık hizmetlerinde yerelleşme süreci sonuçta on yedi (17) özerk sağlık bölgesi⁸⁵ çıkarmıştır. İlgili yerelleşmenin zamansal olarak iki ayrı süreçte gerçekleştiği

⁸⁴ Sözü edilen çalışmalarda olumsuz örnek aktarılan ülkeler arasında Papua Yeni Gine, Brezilya, Meksika, Şili, Bolivya, Filipinler, Tanzanya, Uganda bulunmaktadır.

⁸⁵ Cantarero, bu bölgeleri 15 olarak değerlendirmekte, Bask ve Navarra bölgelerinin “*Foral Model*” olarak adlandırılan başka bir sistem çerçevesinde analiz edilmesi gerektiğini düşünmektedir (2005, s. 963).

belirtilerek, ilk sürecin 1981-1994 yılları arasında yedi bölge⁸⁶yle başladığı ifade edilmektedir 2002 yılından itibaren de diğer on bölge sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında, yetki ve sorumlulukları devralmaya başlamıştır (Montero-Granados vd., 2007, s. 1253-1254). Yedi bölgenin tam yerelleşme ve özerkleşme gösterdiği İspanya’da, yerelleşmeye ilişkin mevzuatın⁸⁷ yüksek oranda özerklik ve yerellik içermesi, çeşitli zorlukları ve yanlış anlaşılmalara beraberinde getirmektedir. Yerine göre, devlet ve bölgeler arasında çıkan anlaşmazlıkları çözümlenmek için Anayasa Mahkemesi devreye girmektedir. Diğer yandan, güçlü yönetsel geleneği olmayan bölgeler, üstlendikleri sorumlulukları yerine getirirken zorluklarla karşılaşmaktadır. Ayrıca, bölgelerarası derin farklılaşmalar, hakkaniyetsizliği artırmaktadır (Cantarero, 2005, s. 963). Karşıt görüş olması bağlamında, Costa-Font ve Rico ise, yaptıkları çalışmadan hareketle, yetki devri uygulamasının İspanya özelinde, sağlık sonuç ve çıktıları bağlamında, bölgelerarası hakkaniyetsizliği ve sağlık harcamalarını artırmadığını belirtmektedir (2006, s. 1).

Mutlu (2006, s. 40) sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerelleşmenin olumsuz yönlerini bir bütün halinde sıralamaktadır. Yazarın belirttiğine göre:

§ Yerelleşme sürecinde yerel yönetimlerin kapasite ve yetenekleri yeterli değilse⁸⁸, sağlık hizmetinin sunumunda ve kalitesinde olumsuzluk ortaya çıkabilir.

§ Yerelleşme sonrası, merkezi yönetimin kontrol ve eşgüdüm yeteneği azalabilir.

§ Yerel çıkar gruplarının müdahalesi, verimsizlik ve yolsuzluk sorununu⁸⁹ açığa çıkarabilir.

§ Ekonomik ölçek kayıpları oluşabilir⁹⁰.

⁸⁶ (Catalonia, 1981; Kanarya Adaları, 1994; Andalusia, 1984; Valencia ve Bask Bölgesi,1988; Galicia ve Navarre, 1991).

⁸⁷ 1978 Anayasası, Bölgeler Kanunu ve Ulusal Sağlık Kanunu.

⁸⁸ Benzer biçimde, Pirlar, Gürsoy ve Başsoy’un (1997) aktardığına göre, merkezi yönetimin taşra teşkilatlarında çalışan yöneticiler, bazı kamu hizmet ve yatırımlarının yerel yönetimlere devredilmesiyle, hizmet kalitesinin düşebileceğini iddia etmektedir. Çünkü merkezi yönetimin taşra teşkilatındaki yöneticilere göre, yerel yönetimler, uzman personel istihdam etmede genellikle sıkıntı çekmektedir.

⁸⁹ Homedes ve Ugalde (2005, s.83), DB ve UPF kaynaklı, neo – liberal içerikli, yerelleşme ve özelleştirme sacayakları üzerinde yükselen sağlık reformlarının Latin Amerika ölçeğinde kalite, verimlilik ve hakkaniyet sağlayamadığını savunmaktadır. Yerelleşme sonunda, yönetsel kademeler arasında önemli eşgüdüm sorunu ortaya çıktığını belirten yazarlar (2005, s.86), yerelleşmeyle birlikte, yerel sağlık çalışanlarının, kendi hizmet yükümlülüklerinin hafiflemesi noktasında sevk zincirinde gereksiz şişkinliklere sebep olduklarını belirtmektedir.

⁹⁰ Sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilecek yerelleşmenin, mal ve hizmet satın alım sürecinde, ölçek ekonomisi bağlamında bir olumsuzluğa yol açabileceğini belirten Homedes ve Ugalde (2005, s.87), malzeme ve ilaç alımına ilişkin olarak, yerel yönetimlerin tecrübesizliğinin, ayrıca dikkate alınmasını önermektedir.

§ Yerel yönetimler arası boyut, hacim, nüfus gibi değişkenlerin farklılaşması, mevcut kaynakların dağıtımı ve yeni kaynakların oluşturulması bağlamında adaletsizlikler ortaya çıkarabilir.

1.2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinin Amaçları

Sağlık hizmetlerinde yerelleşme uygulamaları, siyasal, ekonomik ve tarihsel yönler içeren çeşitli amaçları içerisinde barındırabilir. Ekonomik açıdan bakıldığında zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesiyle, yerel nüfusun tercihlerine daha yakın kazanımlar elde edilmektedir. (Mosca, 2006, s. 115). Geleneksel olarak bilinen “*Herkese aynı gömlek – One-size-fits-all*” uygulaması ile karşılaştırıldığında, yerelleşme, bazı avantajlar içermesinin yanında; yerel şartların farklılaşmasına yönelik kaygıları en alt düzeye indirebilir. Ayrıca, yerelleşme uygulamalarının başarıyla veya başarısızlıkla sonuçlanması, bu uygulamanın ulusal ve/veya uluslararası yaygınlaşması bağlamında önemli bir gösterge olacaktır.

Siyasal bağlamda ele alındığında zaman, yerelleşme uygulamalarının daha tercih edilebilir olduğunu belirten Mosca’ya göre (2006, s.115), yerel veya ulusal seçilmişler, siyasa ve programlarını uygulamaya devam edebilmenin ön koşulunun yerel seçmenlere ve onların taleplerine duyarlı olmaktan geçtiğini bilmektedir.

Tarihsel bağlamda değerlendirildiği zaman, özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinin uzun yerelleşme geçmişlerinin olduğu bilinmektedir. İskandinav ülkeleri ve İsviçre’de uzun senelerden beri sağlık, sosyal hizmetler, eğitim yerel yönetimlerin asli görev alanları içerisinde yer almaktadır (ayrıca, Saltman ve Bankauskaite, 2004, s. 2; Hagen ve Kaarbøe, 2006, s. 320). Günümüzde birçok açıdan çok başarılı ülkeler arasında yer alan İskandinav ülkelerinin sağladığı başarılarında, yerelleşme deneyimlerinin ayrıca etkisinin olduğunu varsaymak yanlıtıcı olmayacaktır.

Latin Amerika özelinde, yerelleşmenin olası amacı olarak üç nokta belirtilmekte, ancak, gerçekleştirilen yerelleşmenin bugünkü durumunda bunların ancak kısmen gerçekleşebildiği görülmektedir. Aktarıldığına göre, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin beklentilerden ilki, yerel karar alıcıların, merkezden atanan bürokratlarla karşılaştırıldığında, yerel taleplere daha fazla duyarlı olma olasılıkları, ikincisi, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yoluyla yerel katılımın ve demokrasinin artırılması, üçüncüsü ise, yerel kontrolün sağlanması yolu ile kaynakların daha verimli kullanımınıdır (Homedes & Ugalde, 2005, s.86).

Annick’e göre (2002, s. 64), temel sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi, bazı amaçlar çerçevesinde anlam kazanmaktadır. Bu amaçlar:

- § Yerel yönetimlere karar alabilme gücü verebilmek;
- § Sağlık programlarının yerel ihtiyaçlara en uygun düzeyde şekillenmesini sağlamak;
- § Sağlık hizmetleri alanında halkın katılımını (*katkısını*) sağlayabilmek;
- § Yerel kaynakları altyapı ve temel sağlık kurumlarını geliştirebilmek amacıyla kanalize etmek;
- § Yerel düzeyde sosyal programlar (*eğitim, sağlık vb.*) arası eşgüdümü artırmak şeklinde sıralanmaktadır.

Yerelleşme sürecine ilişkin daha genel çerçeveden bakılırsa, temel olarak iki nokta göze çarpmaktadır (Allen, 2006, s.1): Birincisi, eğer, karar alma ve uygulama süreçleri daha alt yönetsel seviyelerde alınır, kalite, duyarlılık ve verim artacaktır. İkincisi, kamu hizmetlerine, özellikle, yerel düzeyde, halkın katılımı⁹¹nin mutlaka sağlanması gerekmektedir. Yazara göre, bu amaçları başarmak kolay olmadığı gibi, başarılabilirse bile, sonuçta, olumlu sonuçlar alınabileceği net değildir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi ile birlikte, genel siyasa düzleminde:

- § Yerel tercihlere duyarlı (ayrıca, Peckham vd., 2005, s. 221), daha rasyonelleşmiş ve birleştirilmiş sağlık hizmeti,
- § Sağlık programlarına ilişkin uygulamaların geliştirilmesi,
- § Hizmet çakışmalarının önüne geçilmesi,
- § Farklı gruplar bağlamında hakkaniyetin geliştirilmesi,
- § Sağlık hizmetlerine halk katılımının sağlanması,
- § Özel ve kamusal sağlık kurumları arasında bütünleşmenin geliştirilmesi,
- § Sağlık hizmetlerine ilişkin eşgüdümün geliştirilmesi vd. amaçlanmaktadır (McGregor, 2001, s. 86).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin evrensel düzeyde ortaya çıkan uygulamaları bağlamında temel olarak, hakkaniyetin, katılımın, hesap verilebilirliğin sağlanması biçiminde ortak amaçların paylaşıldığı görülmektedir. Sözü edilen amaçlar biraz ayrıntılandırılmalıdır.

⁹¹ Halkın veya yerel seçilmişlerin kamu hizmetlerinin sunumuna ilişkin karar alma ve uygulama süreçlerine katılımı, her zaman olumlu sonuç veremeyebilir. Hatta yazarların ifadelerine göre, yerel seçilmişlerin, kendi yöreleri için bile en iyiyi yapacaklarının garantisi yoktur (Homedes ve Ugalde, 2005, s. 87).

1.2.5.2.1. Hakkaniyet (*Equity*)

Yerelleşme süreciyle ulaşılmaya çalışılan en önemli amacı, hakkaniyet (*Equity*) olarak tanımlanan kavram oluşturmaktadır. Hakkaniyete ilişkin amacın yerelleşmeye ilişkin ifadelerde, doğrudan veya dolaylı olarak yer aldığı belirten Alexis (E.T. 2005, s.2–3), Dünya Sağlık Örgütü (*DSÖ*) ve Dünya Bankası (*DB*)’nin⁹² ilgili yayınlarında hakkaniyet bağlamında yerelleşmenin, yerel ihtiyaçlara cevap verilebilmenin, katılımın, kaynak ve kazançların daha eşit biçimde dağılımının bir yöntemi olarak görüldüğünü belirtmektedir.

Yerelleşme süreci, hakkaniyetin sağlanmasına ilişkin olumlu ve olumsuz sonuçları bir arada barındırmaktadır. Yerelleşme sürecinin hakkaniyet ilkesi bağlamında ortaya çıkarabileceği olumlu sonuçlar arasında, örneğin, kaynakların kullanımına ve hizmetlerin tasarımına ilişkin olarak daha güçsüz toplumsal kesimlerin katılımında olası artış gösterilebilir. Kullanıcıların sağlık alanındaki karar alma süreçlerine katılımı, sağlık reformlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Kullanıcıların katılımı, sağlık hizmetlerinin sunumunda, verimlilik, etkinlik ve kalitenin artırılmasına katkı sağlayabilir (Mosquera vd., 2001, s.52; McGregor, 2001, s. 86).

Ayrıca, ekonomik anlamda güçsüzlerin hizmetlerden daha fazla yararlanmasına ilişkin olası artış⁹³, farklı yörelere sağlık tesislerinin yapılması ve kullanımına ilişkin bölgeler arası farklılıkta olası azalış, tüm sağlık hizmetlerinin kalitesinde artış, sağlığa ilişkin yerel tercihlere yönelik duyarlılık artışı, hakkaniyet bağlamında gerçekleştirilebilecek olumlu sonuçlar arasında gösterilebilir (Alexis, 2005, s.9).

Yerelleşme, hakkaniyete ilişkin bazı olumsuzlukları da içerisinde barındırmaktadır. Yerelleşmenin öncelikleri arasında yer alan yerel taleplere duyarlılık, kaynakların yerel dağılımında bir eşitsizliğe sebep olabilir çünkü her bölge, kaynak talebine ilişkin öngöründe, kendi ihtiyaç veya önceliklerini ön plana alacaktır. Bu durum, bölge veya yöreler arasında sağlık hizmetlerine ilişkin standartlarda farklılaşmaya ve bazı açıklara yol açacaktır (Alexis, 2005, s.3). Duruma ilişkin olarak, en azından temel hizmetlerde kriterlerin net tanımlanmasını ve temel hizmetlerin hem yerel hem de merkezi hükümet tarafından yerine getirilmesini önerisi aktarılmaktadır (Alexis, 2005,

⁹² DSÖ ve DB’nin yerelleşme konusuna farklı açılardan yaklaştıkları belirtilmelidir. Çünkü DSÖ, DB ile karşılaştırıldığı zaman bazı ülkelerin özgül baskısı altında kalmaktan daha uzaktır. Bu bağlamda, DSÖ’nün önerileri DB’ye göre daha kabul edilebilir ve gerçekçi gerekçelerden kaynaklanmaktadır.

⁹³ Homedes ve Ugalde (2005, s. 90) Latin Amerika ülkelerine yönelik çalışmalarında, Kolombiya’da gerçekleştirilen sağlık yerelleşmesinin hakkaniyete ilişkin olumsuz bir örnek ortaya çıkardığını belirtmektedir. Onlara göre, Kolombiya’da halkın sağlık sistemine katılım paylarını düzenleyen (*özelleştirilmiş*) sistem, en zengin ve en fakir toplumsal grubun ödediği katılım paylarını geçen zaman içinde gittikçe birbirine yaklaştırmamakla kalmamış, sistemden asıl faydalananların yüksek gelir grubundan olmalarına yol açmıştır.

s.3). M. Tatar (1993, s. 145) da, kontrol ve uyumun sağlanabilmesi bağlamında, planlama, politika, norm ve standart belirleme, değerlendirme, insan kaynakları yetiştirme ve yönlendirme vb. gibi işlevlerin Sağlık Bakanlığı bünyesinde olmak üzere merkezi yönetim tarafından gerçekleştirilmesini önermektedir. Homedes ve Ugalde (2005, s.87) Latin Amerika’da gerçekleştirilen yerelleşme sürecinin, asimetrik bilgi⁹⁴ ve siyasal baskı çerçevesinde, bölgeler arasında ve kent – kır bağlamında hakkaniyetsizliklere yol açtığını belirtmektedir.

Yerelleşme sürecinin hakkaniyete ilişkin olası bir diğer olumsuzluk (Alexis, 2005, s.3), kendisini özelleştirmeye ilişkin süreçlerde göstermektedir. Hizmetlerin özelleştirilmesine ilişkin açılım, sonuç olarak, hizmetlerin ücretlendirilmesi sorunsalını beraberinde getirmektedir ki, böyle bir durumun, zengin ve fakir bireylerin sağlığa erişim ve sağlık hizmetlerini kullanma haklarında eşitsizlik oluşturacağı açıktır. Ayrıca, Homedes ve Ugalde’ye (2005, s.87) göre, yerelleşme ve özelleştirme arasında gizli bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, yerelleşmeyle birlikte, bu hizmetlerin özelleşmesine⁹⁵ yönelik bir olanak veya araçsal işlevsellik sunulmaktadır. Doğrudan özelleştirme gerçekleşme bile, yerelleşen sağlık kurumları – özel sektör kuruluşları gibi – kâr odaklı çalışabilmektedir⁹⁶.

Yerelleşme sürecinde, merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin arasındaki işlev paylaşımına ilişkin genel bir kuralın olabilirliğine ilişkin olarak bir formül aktarılmaktadır. İlgili formüle göre, nicelik olarak fazla fakat nitelik olarak daha basit olan işlevlerin yerel yönetimlere verilmesi, nicel olarak az fakat daha karmaşık olan işlevlerin merkezde tutulması yararlı bir işlevsellik sağlayabilir (Uz, 1999, s.106). Merkez – yerel yönetim arası yetki – işlev eksenleri bağlamında bir diğer öneri ise, yerelleşme sürecinde, merkezi yönetimin üst denetimsel kurum olarak gözlem ve denetim

⁹⁴ Sağlık hizmetinin önemli bir özelliğinin “asimetrik enformasyon” kavramı ile ilişkili olduğunu ifade eden Şenatalar (2003, s.27), hekim – hasta ilişkisinde, bilgi düzeyleri arasında oldukça büyük bir fark olduğu kanısındadır. Sağlık hizmeti alan birey, başka hizmetlerde görülemeyecek ölçüde gereksiniminin ve talebinin belirlenmesini hekime bırakmaktadır. Yazara göre, hekim hem sağlık hizmetini sunma işlevini, hem de hastanın talep etme işlevini üstlenmektedir. Dolayısıyla, hekim, hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte, talep oluşturma ve yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir. Böyle bir enformasyon gücü sayesinde hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletme veya harcama düzeyini yukarı itme olanağına sahiptir. Elbette, sağlık hizmeti piyasa kuralları içinde sunuluyorsa, bu olanak daha büyüktür (2003, s.27). Sonuçta, böyle bir olanağın kamusal açıdan denetlenip, kontrol edilmesi kaçınılmazdır. Aksi halde, sağlık hizmetlerinin sonuçta kötüleşmesi, hatta krize girmesi söz konusudur. Sınırlı arzla sınırsız talebi düzenleme işlevi, düzenleyici ve denetleyici otoriteyi gerekli kılmaktadır.

⁹⁵ De Vos vd., diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi, Arjantin’de 1994 gerçekleştirilen sağlık hizmet yerelleşmesinin, sosyal güvenlik ve emeklilik sistemlerinde özelleşmeyi beraberinde getirdiğini belirtmektedir (2006, s. 1606). Arjantin örneğinin önemli olduğunu ifade eden yazarlar, Arjantin’de 2001’de ortaya çıkan ekonomik çöküşte, sosyal güvenlik sistemlerinin önemli ağırlığı olduğunu belirtmektedir. UPF ve DB’nin reçeteleri ile sosyal güvenlik ve emeklilik sistemlerinde farklılaşmaya giden Arjantin, sonuçta çökmüş bir ekonomi ile baş başa kalmıştır.

⁹⁶ Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler için özelleşme temelinde bir adım atılması söz konusudur.

yapmasını, ayrıca, yerel yönetimlerin çalışacağı uygun bir ortamı sağlamaya çalışması şeklindedir (Khaleghian, 2004, s. 179).

1.2.5.2.2. Katılım

Yerelleşme, hangi biçimi alırsa alsın, sonuçta, öncelikli hedeflerin yaşama geçirilmesi amacı olarak algılanmaktadır. Bu noktada, sürece ilişkin karar alma ve uygulama, hizmeti üreten ve sunanlara olabildiğince yakınlaştırılmalı, dolayısıyla, katılım teşvik edilmeli, farklı görüşlere kulak verilmeli ve yönetim ile vatandaşlar arasındaki engellerin kaldırılmasına yönelik süreç hızlandırılmalıdır görüşü savunulmaktadır (Alexis, 2005, s.5–6). 1980’li ve 1990’lı yıllarda ortaya çıkan, çoğunlukla ideolojik ve teknolojik gerekçelerle, devlet dışı aktörlerin sağlık hizmetleri üretiminin gündeme alınması ve gittikçe yükselen bir hızla ulusal sağlık sistemlerinin önemli bir parçasını oluşturmaları (Liu vd., 2005, s.1) sebebiyle ortaya çıkan parçalanmış bir yapıda, katılım olgusunun nasıl gerçekleştirileceği önemli bir sorunsal oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yerelleşme uygulamalarının halkın katılımının artırılması bağlamında gerekçelendirilmesine Khaleghian (2004, s. 180) önemli bir eleştiri getirmektedir. Yazara göre, halkın katılımının sağlanmasına yönelik çabalar içinde bulunulan şartlara göre şekillenmelidir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde veya aynı ülke içerisinde fakir, orta ve üst gelir gruplarına yönelik katılımı artırma çabaları değişiklik göstermelidir. Bazı gelir veya statü grupları için tedavi edici hizmetlere yönelik ciddi talepler gelirken, bazı gelir ve statü grupları estetiğe yönelik hizmetleri, tedavi edici veya önleyici sağlık hizmetlerine öncelik vermek isteyebilecektir. Bu noktada, halkın katılımının sağlanmasına ilişkin standart siyasalardan söz edilebilmesi güçtür.

Ayrıca, McGregor’a göre, halkın katılımı ile kastedilenin, halkın sağlık hizmetini sunanlar arasından istediğini seçmek olarak algılanmamalı; aksine, katılım, hizmetlere ilişkin siyasa oluşturma ve uygulama süreçlerine katılım olarak kurgulanmalıdır (2001, s. 87). Konuya ilişkin olarak, Green vd., İngiltere özelinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, sağlık hizmeti sunanlar arasında tercih yapabilme durumu, hakkaniyet ilkesinin yerine geçmiş gibi gözüktüğünü belirtmektedir (2007, s. 11).

1.2.5.2.3. Hesap Verebilirlik

Yerelleşme sürecinin, çoğunlukla, harcama ve gelire ilişkin yetkilerin devrini de içerdiği görülmektedir. Aslında, kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devir süreci, sınırları iyi tanımlanmış sorumlulukların devrini içermelidir. Örneğin, Avrupa bağlamında önemli bir sorun alanına dikkat çeken Guess ve Sitko (2004, s.771) strateji geliştirme, kamu güvenliği veya izleme ve değerlendirmeye ilişkin yetkilerdeki herhangi

bir devrin, karmaşaya ve bir karşılaştırma yapıldığı zaman, merkeziyetçi dönemdekinden daha kötü bir performansa sebep olabileceğini belirtmektedir. Benzer biçimde, Saltman ve Figueras, sağlık hizmetlerine ilişkin bazı alanlarda yerleşmenin gerçekleştirilmemesi gerektiğini belirtmektedir. Onlara göre, merkezi yönetimin elinde tutulması gereken alanlar arasında:

- § Sağlık siyasasına ilişkin temel çerçeve,
- § Sağlık kaynaklarının geliştirilmesine ilişkin stratejik kararlar,
- § Kamu güvenliğine ilişkin düzenlemeler,
- § Hem insanların sağlığı hem de sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin gözlem, değerlendirme ve analize ilişkin yetkiler bulunmaktadır (1998, s. 88).

Eski Sovyet ve Doğu Avrupa bölgesindeki sosyal hizmetlerin yerleşmesine ilişkin bir çalışmada, Chagin ve Struyk (2004, s.418), kamu hizmetlerinin yerleşmesi sürecinde gerekli olduğunu düşündükleri kuramsal bir noktaya vurgu yapmaktadır. Onlara göre, herhangi bir bölgeye ilişkin olarak, yerleşme süreci, hizmetin tasarım ve finansmanından çok, yönetim ve sunumuna odaklanmalıdır. Aslında, yerleşme sürecini anlamlı kılan, sistemin yönetimine, örgütlenmesine ve finanse edilmesine ilişkin konularda gerçekleştirilecek yetki devridir. Dünya Bankasının Vietnam'a ilişkin bir raporunda (1996) hizmet kalitesinin düşüklüğüne dikkat çekilerek, yerel düzeyde bulunan personelin kendini sorumlu hissetmediği gibi, başarısızlık halinde diğer aktör ve süreçleri suçladıkları aktarılmaktadır. Buradan hareketle, yerleşme sürecinin, yerel birimlere olası yetki devirlerinin yanında, kaçınılmaz olarak, sorumlulukların devrini de içermesi gerektiği, yerel yönetsel birimlerin, sonuçtan doğacak süreçlere doğrudan muhatap edilmesini sağlayacak, yasal, yönetsel ve siyasal altyapı hazırlanması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır (Alexis, 2005, s.6-7).

1.2.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Yerleşmesini Güçleştirebilecek Engeller

Dönüşüm içeren birçok süreç gibi yerleşme süreci de, kendi içerisinde, sonuca etki edebilecek bazı zayıflıklar taşımaktadır. Bu bağlamda belirtilmesi gerekir ki, herhangi bir sürecin başarılı olması, sürece ilişkin olası güçlük ve zayıf noktaların dikkate alınmasıyla doğru orantılıdır.

Öncelikle, yerleşme sürecine ilişkin varsayımların, her zaman olması gerektiği gibi gerçekleşmeyebileceği vurgulanmalıdır. Örneğin, hizmet yerleşmesinin yerel duyarlılık artışına ilişkin evrensel varsayımı destekleyen bulguların varlığına rağmen, bu duyarlılığın, tüm kullanıcılara yönelik değil, sadece bazı gruplara yönelik artış olasılığından söz edilmektedir (Allen, 2006, s.5). Ayrıca, katılımın sağlanmasına ilişkin

olarak iddia edilen varsayımların her zaman gerçekleşemeyeceğine ilişkin olarak, bireyselleşmenin son hıza ulaştı(*rıldı*)ğı günümüzde, geçmiş dönemlerdeki gibi bir kolektif hareketi sağlamanın ek zorluğu da dikkate alınmalıdır⁹⁷. Özellikle, aidiyet duygusunun son derece zayıfladığı günümüzde, yerleşme sonunda, artan oranda bir katılımın nasıl sağlanacağı sorunsalı, çözülmesi gerekli bir alan olarak önemini korumaktadır (Allen, 2006, s.6).

Sağlık alanında yerleşmeye ilişkin bir çalışmada, yerleşmeye ilişkin olumlu beklentiler arasında yer alan hakkaniyet, verimlilik, kalite ve finansal anlamda iyileşmenin nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin analitik çerçevelerin ortaya çıkmasında önemli eksiklikler bulunduğunu belirtilmektedir (Bossert, 2003, s.ii). Yazar, ayrıca, merkezden yerel birimlere aktarılacak tercih (*özerklik*) düzeyinin, hangi tür konularda tanındığını ve bunun sistemin başarısını ne yönde etkileyeceğini ölçebilecek araçlardan yoksun olduğunu ifade etmektedir.

Yerleşme sürecine ilişkin olarak güçlük çıkarabilecek veya süreci başarısızlığa uğratabilecek üç adet kısıtlayıcı etkiden söz edilmektedir.

Bunlar:

§ Arka plan desteği (*siyasal destek*) ve yerel teknik kapasite,

§ Kültürel – kurumsal yetenek,

§ Teknik planlama ve öncelik sıralamasına ilişkin tercihler olarak sıralanmaktadır (Guess, 2005, s. 220).

Gelişmekte olan ülkelerde yerel ve merkezi yönetsel birimlerin kapasite açısından içinde buldukları yetersizlikler, bazı olumsuzluklara yol açabilir. Khaleghian'a göre (2004, s. 179) uygun bir ortam sunamayan ve gerekli tasarımı sağlayamayan gelişmekte olan ülkelerdeki yerleşme uygulamaları, başarısızlıkla sonuçlanacaktır.

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinin önünde yer alan ve bu uygulamalarının yaygınlaşması noktasında sorunsal alan oluşturabilecek bazı engel grupları, Harpham ve Pepperall (1994) tarafından tanımlanmaktadır. Onlara göre, sağlık hizmetlerinin bakanlık düzeyinden belediye düzeyine devredilmesi sürecinde, temel olarak dört sorunsal alan tanımlanabilir. Bu alanlar arasında:

§ Dönüşüm süreci sonunda roller ve sorumluluklara ilişkin karmaşa ve belirsizliklerin oluşturduğu sorunsal alan,

§ Yasal altyapının uyumluluğu sorunu,

⁹⁷ Belek (2001, s. 310), katılımın, yerleşmeden beklenen önemli sonuçlar arasında yer almasına rağmen, yerleşme ile toplumsal katılım artışı arasında doğrudan bir ilişki olmadığı kanısındadır. Toplumsal katılımın artırılabilmesi için özel bir çabanın gerekli olduğunu belirten yazar, aksi durumda, halkın değil yerel güç odaklarının katılımının artacağı kanısındadır.

§ Eşgüdüm ve iletişim sorunu,

§ Sınırlı kaynakların nasıl kullanılacağı sorunları bulunmaktadır (1994, s. 94-98).

Konuya ilişkin daha geniş çerçeveden bakıldığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, başta anayasal ve yasal çerçeveden kaynaklanan engellerin, sağlık bürokrasinin direnç göstermesi gibi engellerin, yerel yönetimlere devredilecek sağlık personelinin uyum sorununun, sosyal direnç gibi sorunsal alanların bulunduğu görülmektedir. Bu alanların ayrıntılı irdelenmesi sürece katkı sağlayacaktır.

1.2.5.3.1. Anayasal ve Yasal Engeller⁹⁸

Türkiye'nin en büyük kamu görevlileri sendikası olan Kamu-Sen, kamu yönetimi sistemine ilişkin "*Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı*" nda yer almasıyla başlayan sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi düşüncesinin, Anayasanın mevcut haline göre olanaksız olduğunu belirtmektedir (2004, s.50). Kamu-Sen'e göre, Anayasa'nın 56. maddesindeki hüküm⁹⁹, Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatlarının yerel yönetimlere devredilmesine ilişkin herhangi bir yasa hükmüyle çelişecektir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi ile devletin sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesi olanaksızlaşacağı için, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine yönelik adımlar, Anayasanın mevcut haline aykırılık durumu oluşturmaktadır (Kamu-Sen, 2004, s. 50). Bu noktada, Anayasanın benzer amir hükümlerinin yerelleşmesi planlanan diğer kamu hizmetlerini de içerebileceği dikkate alınmalıdır.

Konuya ilişkin olarak, TESEV'in kamu yönetimi reformuna yönelik yasalara ilişkin hazırladığı "*Değerlendirme Raporu*"nda da bazı tespitler bulunmaktadır. Rapora göre, hizmet sunumunda yerel yönetimlerin yetki ve görevinin esas olması ve merkezi yönetimin yetki ve görevinin istisnai tutulmasına karşı ciddi bir anayasal direnç veya anayasaya aykırılık durumu söz konusudur (2004, s. 16). Benzer biçimde, Polatoğlu da (2003, s. 3) kamu yönetiminde reform amaçlayan tasarıya ilişkin sorulması gereken ilk sorunun, getirilmek istenen sistemin anayasa ile ne kadar örtüştüğü biçiminde olması gerektiğini belirtmektedir. Zaten, Cumhurbaşkanı'nın kamu yönetiminde reform

⁹⁸ Her ülkenin siyasal ve hukuksal yapısı farklı olduğu için, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin yasal ve anayasal engeller bölümü Türkiye özelinde irdelenmektedir.

⁹⁹ "*VIII. Sağlık, çevre ve konut*

A. Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

MADDE 56. – Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

amaçlayan yasayı¹⁰⁰ meclise iade gerekçesinde¹⁰¹ bu konuya çok sık gönderme yapılmaktadır.

TESEV Raporu, ayrıca, hukuksal açıdan başka bir sorun olarak “*Temel Kanun*”¹⁰² nitelemesini işaret etmektedir. Rapora göre, Tasarı, “*temel kanun*”, veya “*organik kanun*” olarak isimlendirilen tür mantığıyla hazırlanmıştır. Dolayısıyla, temel kanun mantığı, şeklen ve esasen Anayasaya aykırıdır.

Konuya ilişkin daha geniş bir değerlendirme, Tasarı’nın birçok noktada anayasa ve idare hukuku yönünden temel sorunlar içerdiğini belirtmektedir. Bu noktalar arasında, yürütmenin siyasi bağlamda tarafsız bölümünü oluşturan “*idare*” nin siyasete tabi kılınması, idarenin ve kamu görevlilerinin “*partizanlaştırılması*” nın yolunun açılması olasılığına yapılan vurgu ve kamu hizmetlerinin istisnasız özel sektöre devrine olanak vermek, örneğin, milli savunma ve kolluk hizmetlerinin bile özel şirketlerce yürütülmesi olasılığı (Ulusoy, 2003) bu çalışma açısından önemli görülmektedir.

1.2.5.3.2. Personelin Bürokratik Direnci

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri sürecinin istenilen başarıyla sonuçlanabilmesinin önünde yer alan engellerden birisi olarak, merkezi ve yerel bürokratik yapılanma ve bu yapılanma bağlamında ortaya çıkabilecek örgütsel direnç gösterilebilir.

Yerleşme uygulamalarının olumlu yönleri, faydaları veya yerel yaşama katkıları, ne derece vurgulanırsa vurgulansın, sonuçta, bu durum, bir sistem ve anlayış değişikliğidir. Diğer bir ifade ile mevcut geleneksel uygulama ve anlayışların terk edilerek, öncelikle siyasi, yönetsel ve bürokratik anlamda, daha sonra ise, sosyo – ekonomik ve toplumsal anlamda, farklı araçlara ve anlayışlara geçişi simgelemektedir.

¹⁰⁰ İlgili tasarının yasalaştıktan sonra, Cumhurbaşkanı tarafından meclise iade edilmesi üzerine, mevcut hükümet’in bu tasarıda yer alan ve yerel yönetimlere devredilmesi düşünülen kamu hizmetlerini, tek bir metin çerçevesinde değil de, ayrı ayrı yasalaştırmaya çalışması da dikkat çekmektedir (ayrıca, Kutlu, 2006, s. 245).

¹⁰¹ Cumhurbaşkanı, kamu yönetiminde reform yapmayı amaçlayan 5227 sayılı kanunu meclise iade etmesine ilişkin gerekçesinde bazı noktaları öne çıkarmaktadır. Cumhurbaşkanına, göre ilgili kanun mevcut anayasal sistemle uygun olmayan bazı noktalar içermektedir: Öncelikle, anayasaya uygunluk bağlamında, kamu yönetimi bağlamında çıkarılacak yasalarda, merkezi yönetim “*genel*” görevli, yerel yönetimler “*özel*” görevli olmalıdır. Özel görevli olan yerel yönetimlerin görevi teker teker sayılmalıdır. Ayrıca, kamu kurum ve kuruluşlarının yalnızca yasalarla “*münhasıran*” verilen görevleri üstlenebilecekleri dikkate alınmalıdır. Cumhurbaşkanı, ilgili kanunu değerlendirirken, ayrıca, “*merkezi idare*”, “*yetki genişliği*”, “*yerinden yönetim*”, “*yerel yönetim*”, “*idarenin bütünlüğü*”, “*hiyerarşi*” ve “*idari vesayet*” kavram ve ilkelerine, doğrudan ve dolaylı olarak göndermelerde bulunmaktadır (TESEV, 2004).

¹⁰² Rapora göre, organik kanunlar bizim sistemimizde bulunmamakla birlikte, normlar sıralanmasında Anayasanın altında, kanunların üstünde yer alır. Kanunlardan farklı olarak, organik kanunlar, kabul edilmeleri ve değiştirilmeleri bağlamında özel yöntem ve çoğunluğa tabidir. Türk hukuk sisteminde, anayasal açıdan, Anayasa’nın altında hiyerarşik olarak birbirine eşit düzeyde kabul edilen kanunlar yer almaktadır (2004, s. 16).

Böyle bir sürecin gelenekselleşmiş Türk modernleşmesi¹⁰³ ne koşut biçimde, yani, yukarıdan aşağıya doğru gerçekleştirilmeye çalışılması, sürecin engel katsayılarını artırmaktadır. Çünkü yukarıdan aşağıya doğru yön verme durumu, zorlayıcı ve bağlayıcı yasal düzenlemeleri beraberinde getireceği için, sürece zarar vermesi kaçınılmazdır. Çünkü yerelleşme uygulamaları, bürokratik, siyasal ve yönetsel anlamda olası getirilerinin yanında, olumsuzlukları da içerebilecek bir dönüşümü simgelemektedir. Ortaya çıkacak olan faydalar, ne kadar kamu yararına olursa olsun, bürokratik kimlikler, geleneksel anlamda, kamusal çıkarların maksimizasyonu ile birlikte, “*Büro Maksimizasyonu*”¹⁰⁴ olarak adlandırılabilir geçmiş ve mevcut kazanımlarını bırakmak istemeyeceklerdir. Hizmetlerin yerel yönetimlere devri, bilindiği üzere kamu sektörü hakkında geliştirilen hantallık, kapalılık, büro – patoloji, kırtasiyecilik vb. olumsuz uygulamaların azaltılması yanında, şeffaflığın, hesap verilebilirliğin, katılımın vb. artırılması argümanları üzerinde şekillenmektedir. Böyle bir durum, bürokratların yararına olmayabilir¹⁰⁵.

Dolayısıyla, sağlık alanındaki yerelleşme çabaları, bürokratik personelin tepkisiyle karşılaşabilir. Bu noktada, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin tutum ve beklentileri ölçme bağlamında, il sağlık müdürlükleri düzeyinde gerçekleştirilen çalışmada da yer alan bürokratik dirence¹⁰⁶ (Balcı, 2005, s.125) gönderme yapmak gerekir. Sözü edilen çalışma sonuçları, sağlık personelinin ne il özel idarelerine ne de belediyelere bağlanmak istemediklerini, yerelleşme bağlamında, yetkilerin kendilerine bırakılmasını istediklerini açıkça ortaya koymaktadır. Böyle bir ortamda, sağlık

¹⁰³ Çevik’e göre (2004, s. 52) Türkiye’de modernleşme, batılılaşma ve kalkınmaya dönük açılımlar, toplumun idealleri çerçevesinde değil, devleti yönetme pozisyonuna erişenlerin idealleri çerçevesinde gerçekleşmiştir.

¹⁰⁴ Büro maksimizasyonu yaklaşımı, siyasal bilimlerde önemli bir yere sahiptir. Bu yaklaşıma göre, vatandaşlar, nasıl ki, seçim dönemlerinde oylarıyla siyasilerden birtakım beklenti içerisine girerek, aldıkları vaat ve sözlerle kendi çıkarlarını maksimize etmeye çalışıyorlarsa, siyasiler de seçilmek gibi bir çıkar maksimizasyonu başlangıcını sağlayabilmek için, onlara hizmet, yatırım, istihdam, değişik yardımlar vb. vaat ederler. Çoğu zaman bu hizmetleri sadece vaat etmekle kalmaz, aynı zamanda bürokrasi aracılığıyla sunmak zorunda kalırlar. İşte bu noktada bürokratlar da, aynen vatandaşlar ve siyasiler gibi, onlardan ayrı bir çıkarı temsil etmek bağlamında, ‘*büro maksimizasyonu*’ olarak adlandırılan yöntemle bu durumdan olabilecek en maksimum çıkarı sağlamaya çalışırlar. Siyasilerin söz verdiği ve halkın faydalanacağı hizmeti onlara götürürken, kendilerine yönelik, maddi ve manevi çıkar elde etmek amacındadırlar. Bunun en geleneksel yolları arasında, maaş artışı, statü ve prestij artışı, zenginleşme ve bürokrasiye sağlanacak olanaklarda bir artışı saymak mümkündür.

¹⁰⁵ Sözü edilen noktayı daha genel ve evrensel bir çerçeve içerisine oturtan Glassman vd. (1999, s. 115) göre, sistem içerisinde güçlü olan aktörler, mevcut sistemin içerisinde birçok sıkıntı ve sorun olmasına rağmen, statükodan memnundur çünkü reform ifadesi bile, tek başına, sistem içerisindeki taşları oynatma olasılığı içermektedir. Dolayısıyla, her zaman reforma, değişime ve dönüşüme karşı durma eğiliminde olan bürokratik yapı, yerelleşmeye dönük reformları da, yavaşlatma ya da engelleme eğiliminde olacaktır (ayrıca, Khaleghian, 2004, s. 166).

¹⁰⁶ Yerelleşme, içerisinde, geleneksel biçimde yerleşmiş olumsuzlukları vatandaşlar lehine bozabilecek uygulamalar barındırdığı için, bürokratların, yerelleşme çabalarına yönelik, iş yavaşlatma, vatandaşa yanıt verme sürecini uzatma, yanlış veya eksik bilgilendirme gibi beklenmeyen ve bir anlamda tepkisel müdahalede bulunabilecekleri yukarıda ifade edilmişti. İşte, bu noktada siyasi irade, liderlik özelliğini en etkin şekilde kullanarak bürokrasiden gelebilecek direnci en aza indirmelidir.

bürokrasisinin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki çabalara karşı direnç göstereceği beklenmelidir.

Bürokratik ve örgütsel direncin bir diğer boyutu da, örgütsel uygulama ve yapıların değişmesi sonucunda, değişen yapı ve çevreye uyuma ilişkindir. Yerelleşme uygulamalarının, geleneksel örgütsel çevre ve yöntemlerle çalışması gerçekçi olmadığı için, katı, hiyerarşik ve dikey örgütlenmeden esnek, yatay ve uzmanlaşmanın olduğu örgütlenme tarzına geçiş, bürokratlara alışılmış düzenlerinin değişmesi noktasında itiraz hakkı verebilir. Bu durum da etkin bir siyasal irade ve liderlikle aşılabilir gibi gözükmektedir. Ayrıca, bürokratların ve personelin gerekli olacak nitelik kazanmaları ve ilgili duruma uyum süreçlerinin zamansal açılımı da uygulamanın etkinliğini geçici bir süre için geciktirebilir.

1.2.5.3.3. Personelin Uyum Sorunu

Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi sürecinde bazı sağlık çalışanlarının ilgili sürece direnebileceğini belirten Kotkin-Jaszi (2001, s.512), ilgili direncin, çalışanların değişim sürecinde alacakları rol ve iş güvenlikleriyle¹⁰⁷ doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla, yazar, yerelleşme sürecinin gerçekleştirilmesi bağlamında, personelin uyum sürecinin, çalışanlara iş güvencesi¹⁰⁸ ve değişik motive edici araçlar sağlanarak hızlandırılabilceğini belirtmektedir.

Homedes ve Ugalde'nin (2005, s. 91) aktardığına göre, dört Latin Amerika ülkesinde (*Kolombiya, Arjantin, Meksika ve Brezilya*) hemşirelere yönelik gerçekleştirilen çalışmada, artan özelleştirmeler sonunda, iş güvencesine dönük gerilim, stres ve tatminsizlik yaşayan hemşireler, birden fazla iş yerinde çalışma, kurumlararası değişim, eğitimlerini almadıkları alanlara kaydırılma gibi uyum sorunları yaşamıştır.

Kamusal alanda gerçekleştirilen reformların en önemli ayaklarından birinin devletin rolüne ilişkin olduğu ve bu noktadaki küresel eğilimin de devletin küçültülmesine yönelik olduğu bilinmektedir. Devletin küçültülmesine yönelik önemli bir aracın personel sayısının azaltılmasına yönelik siyasalar olduğunu bildiren Tatar, Tatar ve Şahin (1997, s. 87); sağlık hizmetleri alanında uygulanan hizmet sözleşmelerinin

¹⁰⁷ Ayrıca, Allen'in (2006, s.6-7) konuya ilişkin belirttiği bir nokta da dikkate alınmalıdır. Allen'a göre, sağlık hizmetleri özelinde, kamu hizmetlerinin yerelleşmesinin, kamu görevlilerinin morallerini artıracığını, bunun da, kamu hizmetleri bağlamında iyi bir şey olduğunu varsaymaktadır. Bunu destekleyen bulguların varlığına rağmen, sırf örgütlerin kendilerinin bile çalışanların morallerini azalttığına yönelik veriler de bulunmaktadır.

¹⁰⁸ Örneğin, *New Mexico* eyaletinde, sağlık sisteminde gerçekleştirilen özelleştirme süreci sonunda, hem emeklilik sisteminin yapısı değişmiş, hem de % 25 oranında bir personel azalması söz konusu olmuştur. İlgili personel azalışının, diğer çalışanların moralinde düşmeye sebep olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında, sağlık sistemine ilişkin alternatif üretim sistemleri (*yerelleşme, özelleştirme, delegasyon vb.*), dönüşüm sonrası çalışacak personelin sahip olması gereken özelliklere ilişkin de bir dönüşümü gerekli kılmaktadır (Kotkin-Jaszi, 2001, s.516).

(*contracting out*) Türk sağlık kurumları tarafından ne kadar benimsendiğine ilişkin yaptıkları araştırmada, sağlık kurumlarının % 93,3'lük bir oranının hizmet ihalesine gidilmesinin en önemli gerekçesi olarak personel azlığını gösterdiklerini belirtmiştir. Dolayısıyla, reform çabalarının, personel sayısı ile doğrudan ilişkili olduğu noktada, personelin gerçekleştirilmesi amaçlanan yerelleşme sürecine uyumunun sağlanabilmesi son derece önemlidir.

Kamu hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde hizmetlerle birlikte personelin de yerel yönetimlere devrine ilişkin olarak, merkezi yönetimin taşrada bulunan yerel yöneticilerinin bazı noktalara dikkat çektikleri belirtilmektedir. Merkezi yönetimin yerel temsilcilerinin öngörülerine, hizmetlerle birlikte personel aktarımı söz konusu olduğu zaman, Türkiye özelinde, yerel yöneticilerin sürekli müdahalesi ile karşılaşılacak, partizanlık artacak, dolayısıyla, personel tedirgin olup, yerel yönetimlere bağlı çalışmaktan kaçınacaktır (Pirler, Gürsoy ve Başsoy, 1997, s.103).

1.2.5.3.4. Örgütsel Kapasite

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin önündeki en temel engellerden bir diğerini, merkezi ve yerel düzeylerdeki örgütlerin, örgütsel kapasitelerinin sınırlı olması oluşturmaktadır. Yerelleşme sürecinin, Filipinler'de olduğu gibi, geniş spektrumlu ve hızlı gelişmesi¹⁰⁹, zaten sınırlı kapasiteye sahip örgütleri doğrudan etkileyerek, ilgili süreci daha da kötüleştirilmektedir (Lakshminarayanan, 2003, s.100).

Eğer yerelleşme süreci, sınırlı örgütsel kapasiteye rağmen, yerel yönetimlere çok geniş takdir yetkisi öngörürse, o zaman hizmetlerin üretimi, merkeziyetçi durumdakinden daha kötü bir konuma gelebilir (Chagin ve Struyk, 2004, s.421). Bu bağlamda, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini üretmesi veya yönetmesi için gerekli örgütsel yetenekler arasında yer alan, ilgili personelin nicelik ve niteliğinin yetersizliği, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinde önemli bir örgütsel sorun olarak ortaya çıkabilir (Uz, 1999, s.104). Kristiansen ve Santoso'nun çalışmalarında (2006, s.255) ulaştıkları sonuçlardan birisine göre, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, eğitimsiz ve hazırlıksız olan yerel yönetimlerin üzerine aniden gelen örgütsel yük, yerel yönetimleri sağlık hizmetlerini üretme konusunda sıkıntıya sokmuştur. Rasyid'den aktarıldığına göre, böyle bir durum sonunda, yerel yönetimlerin uzunca bir süreyi alacak hatalar yardımıyla öğrenme veya bir geçiş süreci yaşaması kaçınılmaz gözükmektedir (Kristiansen ve Santoso, 2006, s.255).

¹⁰⁹ Balcı'nın (2005, s.124) sağlık hizmeti sunumunun yerelleşmesi sürecine ilişkin çalışmasında, çalışmaya katılan il sağlık yöneticilerinin % 73'lük bir oranı, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinin kademeli olmasından yanadır. Balcı, bu durumu kapasite yeteneğiyle ilişkilendirmektedir. Mosca da (2006, s. 119) sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, yerel yönetimlerin yapabilirliklerinin dikkate alınmasını veya yerel yönetimlerin yapabilirliklerinin güçlendirilmesinden sonra, hizmet devrinin gerçekleştirilmesini önermektedir.

Bu duruma bir çözüm olması bağlamında Lakshminarayanan, hizmetlerin yerelleşme sürecinin aşamalı gerçekleştirilmesi önerisini getirmektedir¹¹⁰. Konuya ilişkin olarak, sosyal hizmetlerin yerelleştirilmesi sürecinde Polonya, 1990 yılında, öncelikle, bazı hizmetlerin sorumluluğunu yerel yönetimlere devretmiş, ilgili devir sürecinin başarılı olmasından sonra, 1999 yılında, daha fazla alanın sorumluluğu devredilmiştir (Chagin ve Struyk, 2004, s.419).

Yerel yönetsel birimlerin yerine getirmeleri gereken hizmetlerin, etkili bir biçimde gerçekleştirilmesi ve bunun için gereken kaynakların en iyi şekilde yönlendirilebilmesi için şart olan yeterli yönetsel ve teknik kapasite, yerel yönetim birimlerinin kendi aralarında da farklılaşabilir. Bu da beklenmeyen bazı sorunların açığa çıkmasına sebep olabilir. Filipinler örneğinden hareket edilerek, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinde, yönetsel ve teknik yetenekleri üstün olan yerel birimlerin görevlerini daha iyi yerine getirmelerine ve artan taleplere daha iyi yanıt vermelerine karşın, güçsüz olan yerel yönetimlerin, artan görevlerine ilişkin talepleri karşılayamadıkları belirtilmektedir (Lakshminarayanan, 2003, s.100).

Sağlık ve sosyal hizmetler özelinde gerçekleştirilmeye çalışılan yerelleşme süreci, mevcut yönetsel kademe ve birimlerin dönüştürülmesini gerektirebilir. Hatta bazen yeni hizmet alanlarının ortaya çıkmasına da sebep olabilir (Chagin ve Struyk, 2004, s.419).

1.2.5.4. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinde Ortak ve Farklı Dinamikler

Yerelleşme sürecinde ülkeler arasında değişik dinamikler söz konusu olmasına rağmen, ortak bazı noktalardan da söz edilebilir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin ortak bir amaca gönderme yapan Alexis, yerelleşmenin en çok paylaşılan amacının, sınırlı bir kaynak ve kurumsal kapasite çerçevesinde sunulan temel hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesi olduğunu söylemektedir (2005, s.5)

Yerelleşmeye ilişkin reform sürecinin gerçekleştirilmesi bağlamında, son derece yoğun ideolojik, siyasal, ekonomik veya sosyal baskılar olsa da, yerelleşmeye dönük uygulamalar, sürece özgü bir gündem ve üzerinde özenle çalışılmış analitik değerlendirme gerektirmektedir. Evrensel düzlemde gerçekleşmeye başlayan yerelleşme

¹¹⁰ Benzer bir öneri, KYTK Tasarısının akademik çevrelerce tartışılması ve onların görüşlerinin alınması bağlamında gündeme gelmiştir. Mersin Üniversitesi'nde gerçekleştirilen toplantıda (*KAYFOR I*), çevre illerin mülki idare amirleri, belediye başkanları ve kamu yönetimi alanında uzman akademisyenler toplanarak tasarı hakkında görüş belirtmişlerdir. Öztek'in (2004) belirttiğine göre, toplantıda temel olarak üç görüş ortaya çıkmıştır. Bir grup, kamuda reformu kayıtsız eleştirirken, diğer grup, tamamen olumlu görüş belirtmiştir. Üçüncü grup ise, daha sağduyulu bir tavır sergileyerek, öncelikle reformla getirilmek istenen yapısal değişimlerin pilot bölgelerde denenmesini, daha sonra aşama aşama yaygınlaştırılmasını önermiştir.

sürecinin değişik kesimler tarafından benimsenilmesi isteniyorsa, bu sürecin doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği bütün toplumsal kesimlerin sürece katkı sağlayabilecekleri mekanizmalara dâhil edilmesi yaşamsal önemdedir (Dent vd., 2004, s.739). böyle bir durumun gerçekleşebilmesi, yerelleşme sürecini oldukça karmaşıklştırırsa da, yerelleşme sürecine ilişkin, sadece seçilmiş temsilciler veya elitler düzeyinde bir tartışma zemininin ortaya çıkması, yeterli ve tatmin edici gözükmemektedir (Lakshminarayanan, 2003, s.104). Ayrıca, yerelleşmeye ilişkin reform sürecinin hayata geçirildikten sonra başarılı bir şekilde devam etmesinin önemli bir ayağını, sürece ilişkin etkin bir denetim ve gözetim mekanizmasının kurulması oluşturmaktadır (Lakshminarayanan, 2003, s.104).

Yerelleşme sürecinde paylaşılan diğer ortak noktalar arasında, bütçe ve insan kaynakları gibi konular bulunmaktadır. Bilindiği üzere, akçal kaynaklar da dâhil olmak üzere, kamusal kaynakların yönetimi geleneksel olarak merkezi yönetimlerin yetkisi içerisindeydi. Hükümetler açısından, parasal kaynakların kullanımına ilişkin olası yetki devri veya özerklik konusu, son derece duyarlı bir nokta oluşturmaktadır. Çünkü merkezi yönetimler, maddi kaynaklara ilişkin yetkinin, diğer yönetsel birimlerle olan ilişkilerinde belirleyici olduğunun farkındadır (Kolehmainen-Aitken, 2004, s.3). Özellikle, yerel yönetimlerle merkezi yönetimin ulusal bağlamda dengelenebilmesi noktasında, merkezi yönetimin yaşamsal bazı yetkileri elinde tutmak isteyeceğini belirten Tatar'a göre, kaynak dağıtımını konusu, yerelleşme sürecine ilişkin en duyarlı noktayı oluşturmaktadır (Tatar, M., 1993, s.145). Yerelleşmenin hız kazandığı bugünlerde, merkezi yönetimin yerelleşmeyle ilgili duyarlılığının bir göstergesi olması bağlamında, birçok ülkenin maliye bakanı yerelleşmenin, makroekonomik parametrelerin kontrolü noktasında merkezi yönetimin gücünü azaltacağını savunmaktadır (Rosenbaum vd., 2000, s.656). Konuyla bağlantılı olması noktasında, Norveç'e ilişkin bir aktarma yapan Hagen ve Kaarbøe (2006, s. 330), merkezi aktörlerin, yerel yönetimlerin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarına ilişkin olarak en duyarlı oldukları konunun, daha az harcama yapılması bağlamında, ekonomik teşvikler olduğunu belirtmektedir.

Yerelleşme süreci bağlamında, ücrete ilişkin katılımı da içerecek şekilde, merkezden yönetilen bir kamu görevliliği sisteminin katılımı, küresel ölçekte önemli bir diğer sorunsal alandır. Ancak, yerelleşme sürecinin doğası ve aldığı küresel boyut, sürecin insan kaynaklarına ilişkin reformları da beraberinde getirmesini zorunlu kılmaktadır. Yine de, uygulama dikkate alındığında, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, insan kaynakları yönetiminin yerelleşmesi süreciyle el ele gelişmediği de görülmektedir. Kolehmainen-Aitken (2004, s.3), yerelleşme sürecinde, sağlık hizmetleri personelinin statüsüne ilişkin farklı ülkelerin farklı uygulamalarını

aktarmaktadır. Ona göre, bu alanda değişik sistemler uygulanmakla birlikte, bunların hepsi dört model¹¹¹ çerçevesinde bir araya getirilebilir.

Yerelleşme biçimleri kendi içinde farklılaşabileceği gibi, yerelleşmenin sözü edilen herhangi bir biçiminin de uygulandıkları ülkelere göre değişik formatlar alabilmesi söz konusudur (Smith, 1997, s.400; Devas, 1997, s.351; Mosca, 2006, s.115; Mosquera vd., 2001, s.52).

Ülkeler arasında siyasal ve yönetsel birçok fark olduğu için, bir ülkede başarılı olmuş herhangi bir uygulamanın veya politikanın diğer bir ülkeye taşınması söz konusu olduğu zaman, yerelleşmenin uygulanma sürecinin başarılı olması, yerel koşulları dikkate almaya koşuttur. Siyasal açıdan herhangi bir siyasaya ilişkin ontolojik karar, iktidarda olan siyasal iradeye ait de olsa, metodolojik karar, teknik ve siyasal danışmanlık gerektiren süreçler içermektedir (Khaleghian, 2004, s.166). Yerelleşmeye ilişkin özgün veya aktarımsal bir siyasa da, çerçevesi çizilen bu genellemeden ayrık değerlendirilmemelidir. Ancak, siyasa aktarımlarında başarısızlık oranını azaltmak için, yetki genişliğinin yetki devrine oranla, daha yaygın başarı olasılığı içerdiği not edilmelidir (Pinto, 2004, s. 263)

Ülkelerin siyasal ve yönetsel sistemlerinin farklı olması, tercih edilecek yerelleşme biçimlerini de etkileyecektir. Yalnız biçimsel farklılık, salt yerelleşme tercihlerine ilişkin değil, aynı zamanda yerelleşme güdülerine de ilişkindir. Ülkeler açısından ortak bir yön olması bağlamında, genelde reformlara, özelde ise, yerelleşmeye gidilmesine ilişkin değişik güdüler söz konusu olabilir. Bu bağlamda alanyazında en çok sözü edilen güdüleyiciler arasında, kalite, etkinlik, verimlilik, şeffaflık, hesap verilebilirliğin sağlanması ve daha iyi ve duyarlı bir kamu hizmeti sunma gösterilebilir (Kotkin-Jazsi, 2001, s.512; Van Slyke, 2002, s.489; Uz, 1999, s.104; Kristiansen ve Santoso, 2006). Örneğin, Yıldırım, sağlık reformlarının gerekçeleri arasında, maliyetlerin artışı, toplumsal kesimlerin sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri, kitle iletişim araçlarının etkisi, sosyal güvenlik sistemlerinin tam kapsayıcı olmaması, uluslararası kuruluşların etkisi (ayrıca, Kristiansen ve Santoso, 2006, s.250) ve ekonomik kalkınmayı

¹¹¹ **Model 1: Ulusal Kamu Görevliliği Sistemi:** Bu sistemde, sağlık personeli, özlük hakları merkezden belirlenmek koşuluyla, yerel yönetimlere devredilmektedir (Örn., Papua Yeni Gine, Filipinler).

Model 2: Yerel Düzeyde Ulusal Kamu Görevliliği Sistemi: Bu sistemde, sağlık personeli, özlük hakları yerelde oluşturulan yeni yerel komisyonlarca belirlenmek koşuluyla, yerel yönetimlere devredilmektedir (Örn., Uganda).

Model 3: Karışık Sistem: Eski kamu görevlileri, özlük haklarına ilişkin düzenlemeler merkezde kalmak koşuluyla, yerel yönetimlere devredilir. Yeni gerçekleştirilecek işe almalar ise, doğrudan yerel yönetimler tarafından yerel kamu görevliliği statüsünde gerçekleştirilir (Örn., Jamaika).

Model 4: Yerel Kamu Görevliliği Sistemi: Bu modelde, bütün sağlık çalışanları, özlük haklarının kendi içerisinde belirleneceği ulusal bir sağlık kamu görevliliği sistemine (Örn., Gana) veya yerel yönetimler tarafından belirlenecek sisteme dahil edilmektedir (Örn., Zambiya).

saymaktadır (2000 (b), s.2–3). Custers vd. (AiP, 2006, s.2) tüm OECD ülkelerinin sağlık sistemlerini etkililik, güvenlik, cevap verebilirlik, verimlilik ve hakkaniyet gibi toplumsal nosyonları içerebilecek biçimde reform etmeye çabaladıklarını aktarmaktadır. Raine ve McIvor (2006, s.1542), hakkaniyet ilkesinin OECD ülkelerinin gerçekleştirmeye çalıştığı sağlık reformlarının ortak hedefinde yer aldığını belirtmektedir. Ener ve Yelkikalkan (2003, s.107), kalkınmakta olan ülkeler bağlamında, sağlık reformuna duyulan gereksinimi artan maliyetlere, demografik ve epidemiyolojik değişikliklere¹¹², nüfus hız artışına ve kaynakların kısıtlılığına dayandırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin ekonomik, siyasal veya ideolojik gerekçelerden kaynaklanabileceği de belirtilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin yaşadıkları ekonomik krizler, kullanılabilir kaynakların kısıtlılığı, siyasal ve ideolojik rejim değişiminin makro ekonomik reformlar sonuç vermesi vb. bu bağlamda değerlendirilebilecek önemli gelişmeler arasında gösterilebilir (Alexis, 2005, s.4).

Mutlu (2006, s.38) yerleşmeye ilişkin gerekçeleri siyasal – ideolojik, ekonomik – işlevsel ve sosyolojik kategoriler altında toplamaktadır. Ona göre, yönetimler, demokratikleşme, katılımın artırılması ve etkinleştirilmesi bağlamında temsil, merkezi yönetimin etkin sunamadığı işlevleri devretme isteği gibi ***siyasal*** nedenlerle; merkezi yönetime karşı oluşan tepki, yerel sorumlulukların ön plana çıkarılması ve 1980 sonrası neo-liberal politikalar gibi ***ideolojik*** nedenlerle; merkezi yönetimin etkinlik alanını asli kamu hizmetlerine kaydırmak istemesi, bazı kamu hizmetlerinin etkinliğinin yerleşmeyi gerektirmesi, hizmetlerde rekabet sağlanması, yetkili organların karar alıp uygulayabilme yeteneklerinin gelişmesi ve yerel düzeyde önceliği olan hizmetler için yetki ve kaynak sağlanması gibi ***ekonomik – işlevsel*** nedenlerle, bölgesel seçmenlerinin tercihlerinin öne çıkması gibi ***sosyolojik*** nedenlerle yerleşme uygulamalarına gitmek istemektedir.

Acartürk ve Özgür (2004, s.146–147), ülkeler açısından farklı yerleşme dinamikleri sunmaya çalışmaktadır. Onlara göre, yönetimler, demokratikleşme¹¹³ sürecini gerçekleştirmek, bütçe açıklarını kıstmak, mali krizden çıkmak, kaynakların etkin dağılımını sağlamak, hizmetleri etkin ve verimli yürütmek, yolsuzluğu önlemek veya şeffaflığı geliştirmek ve hesap verebilir bir kamu yönetimi sağlamak için yerleşmeyi teşvik edebilir. Uz (1999, s.107), yerleşme sürecinin temel olarak ekonomik, siyasal ve

¹¹² Şili sağlık sisteminin içerisinde bulunduğu en önemli zorluk alanlarından birisini, değişen epidemiyolojik değişimlere karşın, kamu sağlık önceliklerinin neler olabileceğine ilişkin kaygıların oluşturduğu belirtilmektedir (Annick, 2002, s.67).

¹¹³ Yerleşme sürecinin hem demokratik hem de ekonomik siyasal gelişmenin önünü açacağını belirten Rosenbaum vd. (2000, s. 656), tarihsel bağlamda yüksek oranda merkezileşmiş bir yapının, Güney Amerika ülkelerinin başarılı bir siyasal ve ekonomik yapı geliştirmelerinin önünde büyük bir engel oluşturduğunu söyleyerek, yerleşme sürecinin, ekonomik gelişmeye olası katkısına dikkat çekmektedir.

yönetmel alanlarda olumlu beklentiler taşıdığıını belirterek, yerelleşmeyi teşvik edici güdülere katkı sağlamaktadır.

Yıldırım ise, sağlık reformlarıyla elde edilmeye çalışılan olası amaçları, maliyetlerin sınırlanması veya azaltılması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması veya kullanıcıların memnun edilmesi, sosyal güvenlik çatısının kapsamının genişletilmesi, verimliliğin, etkinliğin ve hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması şeklinde betimlemektedir (Yıldırım (b), 2000, s.4).

Yerelleşme tercihi, ekonomik büyümenin sağlanması noktasından da amaçlanabilir (Martinez-Vasquez ve McNab, 2001, s.1). Mali yerelleşme ve ekonomik büyümeye ilişkin çalışmada, ülkelerin yönetmel yerelleşmenin yanında, mali yerelleşme tercih gerekçelerini üç ana başlık altında toplanmaktadır (Martinez-Vasquez ve McNab, 2001, s.1-2):

§ Mali yerelleşme¹¹⁴ yardımıyla kamu harcamalarında bir etkinlik elde edilebileceği yönündeki yaygın inanış,

§ Gelişen ve geçiş ülkelerinde kamu bürokrasisinin başarısız ve verimsiz olmasına bir tepki,

§ Ekonomik alanda siyasal alanın etkisinin kırılması.

Yerelleşme, diğer reform süreçlerinde de olduğu gibi, daha iyiye doğru bir süreç olarak algılanmalıdır, yoksa yerelleşme süreci ile birlikte, herhangi bir alan, mevcut sorunlarından birden arınamaz¹¹⁵ (Bossert, 2003, s.1). Dolayısıyla, reform çalışmasını yürüten ilgililer, sürece ilişkin beklentilerinin gerçekleşebilmesi için, destekleyici yeni önlem ve uygulamaların da gerekli olabileceğinin farkında olmalıdır (Lakshminarayanan, 2003, s.105). Süreç üzerinde değil sonuç üzerinde odaklanan bir reform anlayışı, sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde veya erişimde hakkaniyeti sağlamaya yönelik amaçlara erişimde işlevsellik sunamayacaktır (Oyaya ve Rifkin, 2003, s. 113). Zaten, yerelleşme sürecinin başarılı olabilmesi, bu süreci destekleyen diğer şartların da gerçekleştirilmesiyle mümkün olabilir. Saltman ve Figueras'a göre, yerelleşmenin

¹¹⁴ Mali yerelleşme, özellikle, üniter devletler için risk taşıyan açılımlar içerebilir.

¹¹⁵ Lakshminarayanan'a (2003, s.104) göre, yerelleşme, "hep ya da hiç (all-or-nothing)" süreci biçiminde algılanmamalıdır. Aksine, tanımlarında da belirtildiği üzere, yerelleşme süreci, yerel duyarlılığın, ulusal önceliklerle birlikte gerçekleştirilebilmesi noktasında, yerel ve ulusal yönetmel düzeyler arasındaki dengenin yeniden kurgulanması biçiminde anlaşılmalıdır. Benzer biçimde, Khaleghian'a göre de (2004, s. 179) yerelleşme, her derde deva olarak algılanmamalıdır. Yalnızca, uygun ortam sağlanması ve düzgün tasarlanıp uygulanması durumunda yerelleşme, kendinden beklenen kuramsal sonuçları sunabilir. Buradan hareketle, genel bir kural olarak denilebilir ki, herhangi bir sürecin başarıya ulaşması, ilgili sürece etki eden faktörlerin yön ve hacim paralelliğiyle eşdeğerdir. Bütün faktörlerin aynı yönde ilerlemesi, güçlü bir süreç olasılığını artırırken, herhangi bir sürecin, hacmiyle koşut biçimde, ters yönde ilerlemesi bölüntülü bir süreci sonuç verecektir. Elbette, bölüntülü süreçle kastedilenin, başarısızlıkla aynı anlama gelebilirliği ilgili siyasal sistemin genel örüntüsüne koşuttur. Türk siyasal sistemi gibi siyasal sistemlerde çoğu zaman başarısızlık olarak adlandırılan uygulama ve adımlar, diğer birçok siyasal sistemde tolere edilebilir.

başarılabilmesi için gerekli olan şartlar arasında, yerel yönetimlerin devraldıkları kamu hizmetini yürütebilecek yeterli yönetsel kapasiteye sahip olması, yerelleşme sonrası yeni görevlerin başarılabilmesi için siyasal ve ideolojik desteğin var olması veya devam etmesi, bir sorunun birden çok çözüm yolu olabileceğinin kabul edilmesi vb. bulunmaktadır (1998, s. 88).

1.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Küresel Uygulama ve Deneyimler

Sağlık sektörüne ilişkin reform çabaları, küresel boyutta uzun bir süredir ülkelerin gündemlerini meşgul etmektedir (Lloyd-Sherlock, 2005, s.1893; Yıldırım, 2000 (a), s.627). Konuya ilişkin olarak, Hearst ve Blas (2001, s.1) sağlık reformlarının üç dönem şeklinde ortaya çıktığını belirtmektedir. Birinci dönem, 1940 ve 1950’li yılları kapsamaktadır. Öncelikle gelişmiş, zengin ülkelerde, daha sonra, gelişmekte olan fakir ülkelerde, sosyal refah devleti çerçevesinde gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar, 1960’lı yıllarda artan maliyetlerden dolayı ciddi baskı altında kalmıştır. 1970’li yıllarda tüm ülkeleri etkileyen ekonomik kriz, bu reformların tekrar gözden geçirilmeleri sonucunu vermiştir. İkinci dönem sağlık reformları, ilk kademe sağlık hizmetlerinin ekonomik bağlamda karşılanabilir olan evrensel kapsayıcılığının gerçekleştirilebilmesi noktasında gündeme gelmiştir. Bu reformların, artık yerleşik olan tedavi hizmetleri öncelikli sistemle çakıştığı ve yerel bağlamda algılanan kalite ve duyarlılığa cevap vermediği belirtilmektedir. Üçüncü dönem sağlık reformları¹¹⁶, 1990’lı yıllarla birlikte, çoğunlukla, gelişmekte olan ülkelerde uluslararası kurumların tavsiyeleri veya zorlamaları çerçevesinde gündeme gelmiştir.

Ülkelerin yönetsel sistemleri birbirlerinden farklılaştığı için, sağlık hizmet reformlarına ilişkin gerekçelerin belirlenmesi, dolayısıyla, her yerde geçerli olabilecek evrensel bir sağlık reformu önerimi güçtür. Yine de, diğer yönetsel alanlarda olduğu gibi, sağlık reformlarının ortak bazı noktalar paylaşabileceği aktarılmaktadır.

¹¹⁶ Glassman vd. (1999, s. 115) üçüncü dönem sağlık reformlarının, dar bir çerçeve içerisinde, uluslararası finans kuruluşları ile ulusal hükümetlerin ortaklaşa biçimde, ulusal sağlık finansman ve sunum yöntemlerini düzenlemesi biçiminde algılanması gerektiğini belirtmektedir. Bu çerçevede, üçüncü dönem sağlık reformlarının, temelde, sağlık koşullarının iyileştirilmesini, müşteri memnuniyetinin artırılmasını, teknik ve erişimsel hakkaniyetin sağlanmasını amaçladığı ifade edilmektedir. 1980’li yıllarla birlikte ortaya çıkan ideolojik dönüşüm çerçevesinde, son dönem sağlık reformlarının, önceki dönemlerin aksine, arz yönlü değil talep yönlü olduğu da, ayrıca, belirtilmektedir. Bireysel seçim ve sorumluluğa asıl vurguyu yapan böyle bir yaklaşımın, siyasal bağlamda ortaya çıkardığı en önemli sonuç, gerçek ihtiyaçların talep mekanizmalarına dahil olamamasıdır. Yani, imkânı olan ile olmayanın sağlık sistemi bağlamında ayrışması, maddi imkânı olmayanın sistemden dışlanmasıdır (Hearst ve Blas, 2001, s.1).

Bu ortak noktalar:

§ Sağlık hizmeti üretim ve finansman işlevlerinin kurumsal temelde ayrımı¹¹⁷,

§ Yönetmelik kademelerin dışındakilerin geniş katılımı, özel sektöre daha fazla güven,

§ Yerelleşme,

§ Sosyal güvenlik sisteminde reform gerçekleştirilmesi biçiminde sıralanabilir (Lloyd-Sherlock, 2005, s.1893). Konuya ilişkin olarak bazı ülkelerde gerçekleştirilen sağlık reformlarının sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 4: Bazı Ülkelerde Sağlık Reformları ve Sonuçları

Ülkeler	Reform Başlangıcı	Genel Değişimler
Bulgaristan	1999	Özelleştirme, Sağlık sigortası (zorunlu ve özel sigortalar)
Çin	1978	Özelleştirme
Filipinler	1990	Yerelleşme (yerel yönetimlere devir), Sigortacılık
Litvanya	1990	Desantralizasyon, Kamu sağlık sigortası
Romanya	1989	Desantralizasyon, Sağlık sigortası
Tanzanya	1995	Yerelleşme (yerel sağlık yetkililerine)
Tayland	1996	Yerelleşme (yerel yönetimlere devir), Sigortacılık

Kaynak: Etiler ve Yavuz, 2004, s.286

Sağlık sektörüne ilişkin reformlar bir takım temel özellikler taşımaktadır. Bunlar, sağlığa ilişkin temel sorunları tanıma ve çözüm geliştirmeye ilişkin yeni yaklaşımlar, yerelleşmeyi de içerebilecek örgütsel ve yönetmelik değişimler, sağlığa ilişkin yeni finansal stratejiler ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması biçiminde ifade edilebilir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine dönük reformlar, kurumsal ve siyasal değişimini de içeren yoğun bir süreçtir. Çünkü bu süreç, teknik verimliliğin artırılmasını, yerel düzeyde kamusal kaynakların genişletilmesini, katılımı ve yerel yönetmelik birimlerin kendilerine olan güvenlerinin artırılmasını içermektedir (Alexis, E.T. 2005, s.3-5).

Yerelleşme, kamunun merkezi düzeyde ürettiği sağlık hizmetlerinin bir kısmını kapsayacağı gibi, tamamını da içerebilir. Örneğin, bulaşıcı hastalıkla mücadele veya hibe – sponsorluk ile desteklenen makro içerikli programların merkezden devam etmesi gerekliliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin üretim ve denetimlerinin yerelleşmesine engel oluşturmamaktadır (Kolehmainen-Aitken, 2004, s.2).

¹¹⁷ Uzun süredir yerelleşme geleneği taşıyan İskandinav ülkelerinden Norveç'te sağlık hizmetlerine ilişkin tekrar merkezileşme çabalarından söz eden Mosca, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde mali ve yönetmelik işlevlerinin birbirinden ayrılmasının yerel ve merkezi düzeylerin birbirlerini suçlamasına uygun bir ortam oluşturduğundan söz etmektedir (2006, s.119). Ocak 2002 yılında, Norveç Parlamentosu, tüm kamu hastanelerini tekrar merkezileştiren kanunu salt çoğunlukla onaylamıştı. Norveç'te, sağlık hizmet merkezileşmesi sürecini başlatan temel sıkıntılar arasında, merkezin yerel karar almaya müdahalesi sonucu sorumlulukların bulanıklaşması ve şeffaflık konusunda ortaya çıkan eksiklik öne çıkmaktadır (Hagen ve Kaarbøe, 2006, s.320). Buradan hareketle, genel bir kural olması bağlamında, denilebilir ki, merkezi yönetim sağlık hizmetlerine finansman sağladıkça müdahale etmek istemekte, merkezi yönetim müdahale ettikçe de, sorumluluklar karışmaktadır.

Sağlık hizmet üretimine ilişkin küresel göstergelere bakıldığı zaman, bireylerin tedavi edici hizmetler için kendi kaynaklarından daha çok ödeme (*out-of-pocket*) yaptığını belirten Lakshminarayanan (2003, s.100), özel sektörle karşılaştırıldığı zaman, kamunun daha çok önleyici hizmet üretim ve sunumunu ön plana alması gerektiğini savunmaktadır. Aslında, önleyici sağlık hizmetlerin, yerel veya merkezi düzeyde yürütülmesi sadece bir tercih sorunu olarak değerlendirilmelidir çünkü sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin başat sorununun finansman konusu olduğu bilinmelidir.

Sağlık hizmet finansmanına ilişkin tartışmaların hem kamusal sektör hem de özel sektör bağlamında sürdüğünü belirten Ener ve Yelkikalkan (2003, s.102), artan sağlık harcamalarının karşılanabilmesi noktasında kamusal sübvansiyonların artması gereğini, bunların kanalize edilmesinde önceliklerin belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Ukrayna'da gerçekleştirmeye çalışılan sağlık reformuna ilişkin en önemli konunun sağlık hizmet finansman sorunu olduğunu belirten Guess ve Sitko (2004, 795) da, sağlık hizmetleri finansmanında, vergi temelli finansman, zorunlu sigorta, gönüllü sigorta veya öz kaynaklardan karşılama (*out-of-pocket*) seçenekleri arasında seçim yapılmasının bir gereklilik olarak ortaya çıktığını belirtmektedir.

Başlatılan yerelleşme süreçlerinin istikrar kazanabilmesine ilişkin mali yerelleşme alanyazınından çıkarma yapan Hagen ve Kaarbøe (2006, s. 331) ye göre, yerelleşmenin yerleşebilmesi için, siyasal, yönetsel ve mali yetkiler arasındaki denge, önemli bir şarttır. Eğer bu alanlara ilişkin yetkiler dağınıksa veya dağıtılmışsa, yerelleşmenin istikrar kazanabilmesi güç gözükmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, hibe ile desteklenen bazı programların merkezi yönetimde kalması gerektiğini savunan Lakshminarayanan (2003, s.98; ayrıca, Guess ve Sitko, 2004, s.796), yerelleşmenin öngörülemez en önemli sonuçlardan birisinin, yerel düzeyde, sağlık birimleri arasında bulunan teknik bağlantıların ve sevk zincirinin göz ardı edilmesinin yol açacağı sıkıntı olduğunu belirtmektedir. Ona göre, yerelleşmeyle birlikte, ana-çocuk sağlığına ilişkin hizmetlerin sunumunda çok önemli sıkıntılar yaşanmaktadır çünkü bu hizmetlerin etkin sunumu, eşgüdüm çerçevesinde işleyen bir sevk zincirinin bulunmasına bağlıdır. Sevk zincirinin etkin biçimde işletilememesinin hastanelerin bildik olağan yoğunluğunun¹¹⁸ ortaya çıkmasında da etkili olduğu dikkat çekmektedir (Karadağ, 1999, s.170).

¹¹⁸ Mevcut iktidar, hastanelerde yaşanan yoğunluğu önleyebilme bağlamında hekimlerin hastanede kalma sürelerini uzatmaya veya hastanede çalışan hekim sayısını artırmaya çalışmaktadır. Önceki dönemlerle karşılaştırıldığında, kamu hastanelerinde çalışan hekimler çok daha yüksek ücretler almaktadır. Bunun yanında, hükümetin yine kamu hastanelerindeki bildik yoğunluğu önlemek amacıyla aile hekimliği sistemi

Yerelleşme süreci içerisinde, merkezden yürütülen sağlık hizmetlerinin, artık yerel yönetimler ve onların yetkisi altında bulunan personel tarafından, yerleşen olanaklar üzerinden sunulması söz konusudur. Filipinler örneğinde, yerleşme sürecinden önce, gebelik önleyici araçları Sağlık Bakanlığı dağıtmaktaydı. Gebelik önleyici araçların finansmanı, çoğunlukla hibe yoluyla karşılanmaktadır. Yerelleşmeyle birlikte, bu araçları sağlama zorunluluğu, klinik ve toplum temelli hizmetler bağlamında belediyelere, hastane temelli hizmetler bağlamında il özel yönetimlerine geçmektedir. Eğer, herhangi bir yerel yönetim, siyasal gerekçelerle veya toplumsal baskı altında kalmasıyla, bu hizmetlerin üretim ve sunumunu aksatır veya durdurursa, o zaman, kadınların sağlık hizmetine erişimi, dolaylı da olsa, kısıtlanmış olmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin kesinti veya aksamalar salt sözü edilen biçimde değil, yerel yönetsel birimlerin kendi aralarındaki anlaşmazlıktan da kaynaklanması söz konusudur (Lakshminarayanan, 2003, s.98). Hatta yönetsel yapının dağınıklığı veya karmaşıklığı bağlamında düşünülürse, tedavi edici ve koruyucu hizmetleri üreten birimlerin farklı hiyerarşik yapılara bağlı olması, birim ve düzeyler arası eşgüdüm veya iletişim sorunu ortaya çıkarabilir (Uz, 1999, s.113).

Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri sürecinde, gerekli yasal altyapının çok iyi hazırlanmış olması, en önemli öncelikler arasında gelmelidir. Sağlık sisteminin mevcut yapısı ve özellikleri, reform sürecinde sürekli göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi sürecinde, diğer reformlarla olan bağlantıların ve etkileşimlerin göz önünde bulundurulmasının faydalı olacağı belirtilerek, yerleşme süreci içerisinde ortaya çıkan veya kökleri itibariyle daha önceki uygulamalara dayanan sorunların çözümü için gerekli düzenlemelerin bir an önce yapılması gerektiği savunulmaktadır (Lakshminarayanan, 2003, s.96).

getirmeye çalıştığı görülmektedir. Eskiden sağlık ocağı olarak, daha çok koruyucu hizmetler bağlamında kullanılan (*ana – çocuk sağlığı bağlamında*) yerler, artık, doktorların sayıca artırıldığı ve poliklinik benzeri yerleri andıran biçimde tedavi edici hizmet vermektedir. Aile hekimliği uygulamasında pilot iller arasında bulunan Denizli, bu bağlamda, öne çıkan uygulamalara ev sahipliği yapmaktadır (bkz. www.medimagazin.com.tr/denizli-aile-hekimliginde-basari-saglandi-h-43949.html).

1.2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Güney Amerika Deneyimi

Bilindiği üzere, yerelleşme, sağlık sistemlerinin reform sürecinde sürekli gündemde olan bir konudur. Latin Amerikalı devletlerin¹¹⁹ önemli bir çoğunluğu, donör ülke ve uluslararası finansal kuruluşların baskısı sonucunda, sağlık sistemlerine ilişkin olarak beş temel değişiklik gerçekleştirmek durumunda bırakılmıştır. Öncelikle, Sağlık Bakanlığı'nın temel rolünün sağlık hizmetlerini üretmekten çok, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyetlerini kontrol eden konumuna kaydırılması söz konusudur. Ayrıca, sağlık sistem finansmanının, düzenlenecek sosyal güvenlik sistemleriyle değiştirilmesi bağlamında devletin üreten konumundan satın alan konumuna çekilmesi gerekmektedir. Bir diğeri, ana temanın sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi olması gerekmektedir. Ayrıca, merkezi hükümetin genel siyasa belirleme ve programları izleme işlevine odaklanması, yerel yönetimlerin ve özel örgütlerin hizmet üretmesi bağlamındaki ayırım önemli bir açılım sağlayacaktır. Sonucu olarak, bürokrasinin yeniden dizayn edilmesi, çalışanların kısmen işten çıkarılması ve harcamaların kısıtlanması son derece yararlı bir işlevsellik sağlayacaktır (De Vos vd., 2006, s. 1604).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, çoğu G. Amerika ülkesinde sağlık sistemi temelde üçlü bir yapı¹²⁰ sunmaktadır:

- § Harcamaları öz kaynaklarıyla karşılayabilecekler için özel sağlık hizmeti,
- § İşçi ve memurlar için zorunlu sosyal güvenlik sigortası,
- § Karşılığını ödeyemeyecekler için bedelsiz sağlık kamu hizmeti (De Vos vd., 2006, s. 1606).

Atkinson ve Haran (2004, s.822) konuya ilişkin çalışmalarında yerelleşme sürecinin, bir bütün olarak, güney yarımkürenin siyasal değişiminde ana unsurlarından biri olduğunu ifade etmektedir (ayrıca, Keese ve Argudo, 2006, s. 114). Yazarlara göre, bu durum, Brezilya için de geçerlidir. Brezilya, 1980'li yılların ortalarında yirmi yılı aşkın süren askeri rejimden kurtularak sivilleşmiştir. Sivil dönemde oluşturulan yeni anayasa sağlık sisteminin, yönetimin tamamen yerelleşmesi ve karar almada yerel katılımı teşvik etme çerçevesinde, yeniden yapılanması sonucunu vermiştir. Sonuçta,

¹¹⁹ Güney Amerika'ya ilişkin bir çalışmada, yerelleşmeye ilişkin reform süreçlerinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin ön plana çıktığı aktarılmakta, başka bir kaynağa gönderme yapılarak, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine öncelik verilmesinin salt G. Amerika'ya has bir reform uygulaması olmadığı, demokratikleşme yönünde gelişme kaydeden ülkelerin, vatandaşlarına karşı daha duyarlı olmak için, sağlık hizmetlerinde yerelleşme sürecini başlattıkları aktarılmaktadır (Rosenbaum vd., 2000, s.657).

¹²⁰ Sağlık reformları çerçevesinde, benzer bir yapının bütün ülkelere aktarılmaya çalışılması, bu bağlamda dikkat çekmektedir.

Brezilya sağlık hizmetleri¹²¹, federal ve eyalet düzeylerinin daha aşağısında olan, belediye düzeyine devredilmiştir (Atkinson ve Haran, 2004, s.822).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin Brezilya özelinde ortaya çıkardığı olumlu¹²² gelişmelere vurgu yapan Elias ve Cohn'a göre (2003, s. 46) öncelikle, Brezilya, eyalet, belediye ve şehirler arasındaki önemli farklılıklara rağmen, yerelleşme sürecinde, sağlık hizmetlerinin yerel gerçeklerle uyumu konusunda geniş esneklikler sağlamıştır. İkincisi, yerelleşme sürecinde, aile sağlığı gibi temel sağlık programlarının nüfusun önemli bir kesimini kucaklamasını sağlamıştır. Bununla birlikte Elias ve Cohn (2003, s. 46) sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin Brezilya özelinde karşılaştığı olumsuzluklardan da söz etmektedir. Öncelikle, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, hizmetlerin hacimsel ve finansal genişlemesi bağlamında, daha önce görülmemiş oranlarda harcama artışına sebep olmuştur. Ayrıca, kamu ve özel sektör arasında yenilenmiş işbölümünün ortaya çıkardığı yeni eşgüdüm sorunları da söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin olarak, Collins vd.'nin (2000, s.121) belirttiğine göre, Brezilya da sağlık sektörünün kamu dışı aktörlere açılmaya çalışılması doğrultusundaki çaba, uluslararası eğilimlerden uzak değildir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu sektörünün sınırlanmasına ve özel sektörün genişletilmesine yönelik baskılar (Şahin ve Top, 2002, s.4) Brezilya için de geçerlidir (Collins vd., 2000, s.121). Konuya ilişkin kuramsal bir çerçeve çizen McGregor'a göre, ülkeler, sağlık hizmet reformunu da içerecek biçimde ulusal reformlara ilişkin siyasalarını düzenlerken ve uygularken, uluslararası faktörleri de dikkate almak zorunda bırakılmaktadır (2001, s. 82). Yazara göre, mevcut küreselleşme sürecini şekillendiren neo – liberal düşünce sistemi bunlardan birisidir. Neo – liberalizm, bireycilik, özelleşme ve yerelleşme olarak

¹²¹ Brezilya sağlık sistemi, yerelleşmenin temel açılım sağladığı 1988 yılına kadar, 1923 yılında çıkarılan “*Eloi Chaves Yasası*” nca şekillendirilmiştir. Bu yasa, sağlık hizmetlerinde, evrensellik ve erişimde eşitlik ilkelerini öngörmemektedir. Böyle bir yasa tarafından şekillendirilen sağlık sisteminin uzun bir süre boyunca toplumun çoğunluğunu sosyal güvenlik sisteminden dışlamaya devam edemeyeceği açıktır. Nitekim 1988 yılında Ulusal Kongre, yeni bir anayasa kabul etmiştir. İlgili anayasanın 198. ve 199. maddeleri, sağlık sistemini düzenlemektedir. 198. maddeye göre, sağlık evrensel bir hak ve devletin sorumluluğundadır. 198. madde, ayrıca, sağlık sisteminin bütünsel olmasını öngörmekte, önleyici hizmetleri incelemekte ve sağlık hizmetlerinin, yerel temelli ve sosyal katılıma açık olacağını öngörmektedir. Hatta sosyal katılımın sağlanması zorunluluğu, merkezden yerele aktarılabilecek finansal kaynaklar için de ön şarttır. 199. madde ise, özel sektörün sağlık sistemi içerisindeki yerini tanımlamaktadır. Bu maddeye göre, özel sektör sağlık sisteminin tamamlayıcı unsurudur ve özel sektör ile kâr amaçlı olmayan örgütler ile yardımseverlik örgütleri öncelikle anlaşılmalıdır (Elias ve Cohn, 2003, s. 44-45).

¹²² Federal ülkelerde uygulanan yerelleşme süreçleri hakkında genelleştirmeye gitmenin yanıltıcı olabileceğini belirten Collins vd.'ye (2000, s.121) göre, Brezilya'nın yönetsel sistemi çok geniş ve karmaşık olduğu için, örneğin, sağlık sistemi bağlamında, *Pernambuco* eyaletinde kamunun göreceli yoğunluğu olmasına rağmen, *Sao Paulo* ve *Parana* eyaletlerinde kâr amaçlı veya kâr amacı gütmeyen özel örgütlerin daha önemli ve aktif olması yadırganmamalıdır.

biçimlenen üç ana ögesi ile siyasal ve yönetsel reform süreçlerini şekillendirmektedir (2001, s. 83-87).

1973 yılında gerçekleştirilen askeri müdahaleye kadar sağlık hizmetlerini ulusal düzeyde yürüten Şili, askeri diktatörlük dönemiyle birlikte, sağlık hizmetlerinde 1979 yılı¹²³ndan başlayıp 1981 yılında devam eden bir dizi reform gerçekleştirme yoluna gitmiş, sonuçta, birinci basamak sağlık hizmetlerini belediyelere, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerini ise, bir üst yönetsel düzeye (*SNSS – Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi*) devretmiştir. *Pinochet* döneminden sonra gelen demokratik hükümetler de, sağlık hizmetlerinin yapılanmasına ilişkin ek bazı değişim gerçekleştirmeleriyle birlikte, askeri dönemde getirilmiş olan ana fikri¹²⁴ korumaya çalışmışlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin (*Temel Sağlık Hizmetleri*) 341 adet belediye tarafından sunulduğu Şili’de, Sağlık Bakanlığı, bölgesel sağlık hizmet şubeleri yardımıyla yerel yönetimlerin sundukları ilk basamak sağlık hizmetlerinin belirlenen teknik şartları karşılayıp karşılamadığını kontrol edebilmektedir¹²⁵ (Annick, 2002, s. 62-64).

İlk basamak sağlık hizmetlerinin belediyeler tarafından görülmesi, Şili örneğinde, bazı olumsuz sonuçları beraberinde getirmiştir (Annick, 2002, s. 65). Öncelikle, bölge sağlık birimleri ile belediye sağlık birimleri arasında eşgüdüm sorunu ortaya çıkmıştır. İkinci olarak, ilk basamak sağlık çalışanlarının çalışma şartları, özlük hakları ve kariyer olanakları, özel hukuk çerçevesinde değerlendirilmeye başlanmış, bu da, çalışanların durumunu kötüleştirmiştir. Ayrıca, alınan her sağlık hizmeti için tavan ücret belirlenmesi bir çok olumsuzluğu beraberinde getirmiş; kaynaklarında çeşitliliğe gidemeyen yerel

¹²³ 1979 yılının sonlarında kabul edilen 2763 sayılı yasa ile Şili sağlık sistemi köklü değişiklikler yaşamıştır. Türk sağlık sistemindeki SSK ve Emekli Sandığı benzeri olan *SNS* ve *SERMENA* (sırasıyla, işçi ve memurlara yönelik sağlık kurumları), *SNSS* adı altında birleştirilmiş, finansal işlevler, *FONASA* isimli kuruluşa devredilmiş, sağlık sistemi yerelleştirilmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine ilişkin finans, hizmet sunma ve politika belirleme işlevleri birbirlerinden ayrıştırılmıştır.

¹²⁴ Şili, hizmet sunma sürecinde, salt yönetsel seviye farklılaşması değil, aynı zamanda işlevsel farklılaşma da sağlamıştır (Kapar, 1999, s. 171). Sağlık hizmetleri bağlamında en önemli işlevsel değişim, politika belirleme, hizmet sunma ve finansman işlevlerinin birbirlerinden ayrışması ve hepsini birbirlerinden farklı kurumlarca sunulmasıdır (Annick, 2002, s. 61-62). Bu farklılaşma içerisinde, Sağlık Bakanlığı, temel olarak siyasa ve standart belirleme, eşgüdüm sağlama ve yerleşen yetki ve sorumlulukları kontrol etme işlevlerini üstlenmiş, bölgesel sağlık hizmetleri sunan kurumlar ise, önemli oranda yönetsel özerklik taşıyarak, sağlık hizmetlerinin yörelerine dâhil bireylere ulaştırılmasını sağlamakla sorumlu tutulmuşlardır.

¹²⁵ Şili örneğinde, belediyelerin sağlık hizmetlerini sunmalarına ilişkin mekanizma şöyle işlemektedir: (Annick, 2002, s. 64). Öncelikle, ilgili yerel yönetim birimi ile *SNSS* yetkili birimi arasında beş yıllık bir sözleşme imzalanmaktadır. Bu sözleşme, her iki tarafın yetki ve sorumluluklarını karşılıklı olarak tanımlamaktadır. Belediyeler, sorumlu oldukları bölgelerde yaşayan insanlara, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamını sunmak zorundadır. Bunun yanında, *SNSS*’nin bölge birimleri de, kendilerine belediye sağlık kuruluşlarından sevk edilen vatandaşlara, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermek durumundadır. Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ve *SNSS* tarafından belirlenen çerçevede hizmet vermekle yükümlü iken, Sağlık Bakanlığı ve *SNSS* de, belediyelere teknik destek sağlamak durumundadır.

yönetimlerin sundukları sağlık hizmetlerinde, kalite ve oran bağlamında azalma gözlenmiştir.

Her ne kadar Şili örneği, Latin Amerika ülkeleri arasında önde gelen ve batı sağlık sistemlerine yakın bir düzeye erişmiş olarak (Annick, 2002, s.67) bir çok ulus için örnek uygulama¹²⁶ olarak sunulsa da, Şili modelinde günümüze kadar uygulanan süreçte ortaya çıkan, sosyal sınıflararası hizmete erişimde bölünmüşlük, nüfusun küçük bir kesiminin hizmetlerin büyük bölümünü kullanması, birden fazla kuruma katkı payı ödeme gibi sonuçlar, bu ülke özelinde hakkaniyetin ve verimliliği artırmaya dönük reformların, aslında istenilen başarıyı sağlayamadıklarını göstermektedir (Homedes ve Ugalde, 2005, s.88-89). Konuya ilişkin olarak De Vos vd., Latin Amerika’da gerçekleştirilen sağlık hizmet reformlarının, hizmetlere ve kaynaklara erişimde hakkaniyetsizliği ortadan kaldıramadığını aktarmaktadır (2006, s. 1606).

Homedes ve Ugalde’nin (2005, s.88-89) örnek ülke olarak çalışmalarında analiz ettikleri Kolombiya, sağlık hizmetlerinin yerleşmesine ilişkin reformları 1990 yılında başlatmış, 1993 yılında ise, genişletmiş ve derinleştirmiştir. DSÖ’nün 2000 yılında açıkladığı rapor, Kolombiya sağlık sistemini (*G. Amerika özelinde 1. sırada, evrensel olarak 22. sırada, De Vos vd., 2006, s. 1606*) ilk sıraya almış ve diğer ülkelere örnek (ayrıca, De Vos vd., 2006, s. 1606) olarak sunmuştur¹²⁷.

Bir başka G. Amerika ülkesi olan Ekvator, son dönemde gerçekleştirilen anayasal değişikliklerle birlikte, demokratikleşme ve yerel yönetimlerin güçlendirilmesi konusunda önemli adımlar atmaktadır. Ekvator’da üç belediye üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda, yerleşmenin yerel yönetimler ve STÖ’ler arasındaki işbirliğini geliştirici mekanizmalar içerdiği sonucuna varılmaktadır. Yazarlara göre, STÖ’ler gelişmiş yerel tecrübeleri ile planlama ve yetenek geliştirme süreçlerinde yerel yönetimlere yardımcı olurken, yerel yönetimler de STÖ’lere sıkıntısını çektikleri meşruiyet ve hesap verilebilirlik konusunda yardımcı olabilirler (Keese ve Argudo, 2006, s.114). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi sürecinde, en azından uyum süreci bağlamında, konuyla ilgili veya tecrübe sahibi STÖ’ler, yerel yönetimlerle ortak çalışabilir.

¹²⁶ “*Dünya Sağlık Raporu 2000*” isimli yayın, 191 ülkenin sağlık sistemlerini değerlendirmektedir. Bu yayına göre, Şili sağlık sisteminin bir bütün olarak performansı, 191 ülke arasından 33. sırada bulunmaktadır. Sağlık düzeyleri bağlamında değerlendirildiği zaman, ilgili yayın, Şili’yi 23. sırada değerlendirmekte, sağlık sisteminden faydalanabilme dağılımları göz önüne alındığı zaman, Şili sağlık sistemi, hakkaniyet çerçevesinde 1. sırada değerlendirilmektedir. Ancak, ödeme gücü çerçevesinde değerlendirilen sağlık adaleti bağlamında ise, Şili, ancak 168. olarak yer bulabilmektedir (Annick, 2002, s. 67).

¹²⁷ Yazarlar, konuya ilişkin raporun DB destekli olduğunu, dolayısıyla, sorunlu olduğunu belirtmektedir.

1.2.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Afrika Deneyimi

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin genel olarak zayıf ve kaynak kısıtlılığı, kısıtlı kaynakların öncelikle nereye kullanılacağı sorunuyla, motive olamayan veya az sayıda olan personel sorunu gibi sıkıntılarla yüzleştiği bilinmektedir (Newell vd., 2005, s. 213). Afrika ve Asya ülkelerinin gelişmekte olan ülkeler grubuna dâhil oldukları kabul edilirse, yukarıdaki önermenin Asya ve Afrika ülkeleri için de geçerli olduğu düşünülebilir.

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini güçlendirmek için uluslararası kurumların desteğinde değişik programlar uygulanmaktadır. Bu programların önemli bir ayağının da yerelleşme çerçevesinde gerçekleştirilmekte olduğu görülmektedir (Newell vd., 2005, s. 213). Bu bağlamda, Afrika'da uygulanmaya çalışılan sağlık hizmet reformları öncelikle kamu sektörünü canlandırmayı, ayrıca, özel sektörün gelişimini olabildiğince desteklemeyi amaçlamaktadır (Haddad vd., 2006, s. 1889).

Benin, Zambiya ve Kenya'da gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin tamamlanamadığı ve sürecin devam ettirilip ettirilmemesi noktasında, sözü edilen ülkelerin çekingen kaldığı aktarılmaktadır. İlgili ülkelerde gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine bakıldığı zaman, bu sürecin temelde yukarıdan aşağıya doğru biçimlendirilen, kısıtlayıcı standartlarca şekillendirilmiş ve merkez hiyerarşisinin çok sıkı tutulduğu bir yapı sunduğu görülmektedir (Haddad vd., 2006, s.1895). Böyle bir reform yapılanmasının yerelleşmeden amaçlanan beklentileri karşılayamayacağı savlanabilir¹²⁸.

Uluslararası kurumların egemenliği altında gerçekleşen yerelleşme reformunun, Uganda örneğinde, ortaya çıkardığı en önemli paradoksal alan olarak, Sağlık Bakanlığı'nın yerel bağlantılarının güçlendirilmesi amaçlanırken, bakanlığın kendisini yerel topluluktan çekmesi gösterilmektedir (Jeppsson, 2005, s. 311). Yerelleşmeyle birlikte, yerel yönetimler Uganda'da, sağlık hizmetlerine ilişkin finansman, siyasa belirleme ve sunma işlevleri başta olmak üzere, tüm işlevlerde ana aktör olmuştur. Gerek yerel düzeyde gerekse ulusal düzeydeki örgütlerin yönetsel yeteneklerin sınırlı olması, yerelleşmenin sorunlu işlemesine sebep olmaktadır (Hanson vd., 2002, s. 77).

Bir diğer Afrika ülkesi olan G. Afrika'nın uyguladığı yerelleşme modelinde hem yetki devri hem de yetki genişliğinden örnekler içerdiğini kaydeden McIntyre ve Klugman (2003, s. 109), iki farklı uygulamanın bir anda kullanılmasının, zaten

¹²⁸ Örneğin, Uganda, 1986 yılından başlayarak, merkezi hükümetin tüm bakanlıklarının dahil edildiği, yerelleşme yönünde yoğun reformlara (ayrıca, Hanson vd., 2002, s. 77) girişmesine rağmen, sağlık hizmetlerinin mevcut durumu, reform öncesi durumdan çok da farklılaşmış gözükmemektedir (Jeppsson vd., 2005, s. 311).

yerelleşme dolayısıyla ortaya çıkan sistem değişikliğinin etkilerinin daha fazla hissedilmesine sebep olduğunu belirtmektedir.

Sağlık reformlarının Zambiya’da, 1992’de başladığını belirten Hanson vd., bu reformların tek parti yönetiminden demokrasiye geçiş süreciyle aynı döneme denk geldiğini, o yüzden yerelleşmeye dönük adımların reform sürecinin tam merkezinde olduğunu ifade ederek, yerelleşme sürecinin öncelikle işlevsel farklılaşmayı amaçladığını belirtmektedir. Yerelleşme sonunda sağlanan işlevsel farklılaşmayla, Sağlık Bakanlığı, temelde siyasa oluşturma başta olmak üzere, sektörün tüm işleyişini kontrol eden bir üstyapı sunarken, merkezi sağlık kurulu, sağlık hizmetlerinin üreticilerden temin edilmesi süreciyle ilgilenen bir rol üstlenmiş, taşra sağlık kurulları, birinci basamak sağlık hizmetlerini üretirken, hastane kurulları, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet üretimini üstlenmiştir (2002, s. 81).

1.2.6.3. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Asya Deneyimi

Asya ülkelerinin siyasal ve yönetsel yapıları, genelde merkeziyetçi bir yapı sergilemesine karşın, 1990’lı yıllarla birlikte küresel düzleme egemen olan demokratikleşme yönündeki baskılar sonuç vermiş ve bölgedeki ülkeler, demokratikleşme çerçevesinde, yerelleşme uygulamaları gerçekleştirmeye başlamıştır.

Bu süreç bağlamında, Filipinler, 1991 yılında kabul ettiği yerel yönetimler yasası ile yerel düzeyde yönetişimi başlatmıştır. 1997 yılında, yenilenen Tayland Anayasası yerelleşmeyi önceleyen bir yapı öngörmektedir. 1999 yılında, Endonezya, 30 yılı aşkın merkezileşme uygulamalarını bir kenara bırakarak, yerelleşmeye dönük son derece ciddi adımlar atmıştır. 2000 yılında da, Kamboçya hem siyasal hem de yönetsel yerelleşmeyi içeren adımlar atmıştır (Turner, 2006, s. 253-254).

1977 yılıyla birlikte sağlık hizmetlerinin finans ve sosyal güvenlik ayaklarına dönük bir yerelleşme süreci başlatan G. Kore, 1996 yılına kadar, beklentilerin de aksine açık vermeyen yerelleşmiş bir sağlık hizmet finansmanı yürütmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, 1996 yılından sonra, 1997 Asya ekonomik kriz süreci bağlamında, ciddi sarsıntılar geçirmek durumunda kalmış ve açık vermeye başlamıştır (Lee, 2003, s. 49). Sağlık hizmetlerinin finansmanı bağlamında, yerelleşmenin veya ulusallaşmanın birbirlerine göreceli üstünlükleri olmadığı ifade edilmektedir (Lee, 2003, s. 51). Yalnız, gerek yerelleşmede gerek merkezileşmede temel nokta, yönetimin pazar temelli sağlık hizmetleri arzını çok iyi denetlemesidir. G. Kore’nin yürüttüğü yerelleşmiş finansman örneğinde, pazar güçlerince yönlendirilen sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansmanını felce uğratmıştır.

1.2.6.4. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi: Avrupa¹²⁹ Deneyimi

AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin homojen gelişen bir süreç olmadığı görülmektedir. Çünkü yerel yönetimler bağlamında değerlendirilirse, AB'nin homojen bir yapıya sahip olmadığı görülmektedir. Birliğe üye ülkelerde yer alan yerel yönetimlerin sistemsel bağlamda farklılaşması, yerelleşme sürecinin farklılaşmasını da beraberinde getirmektedir. Avrupa ülkelerine yönelik çalışmada, kuramsal açıklamalarla uygulamaları karşılaştıran Mosca'ya göre (2006, s.114), hiçbir Avrupa ülkesinde yerelleşmenin yalnızca tek biçimi bulunmamakta, farklı biçimlerin değişik oranda yer aldıkları karma yöntemler kullanılmaktadır. Temelde, yetki genişliği uygulayan ülkelere örnek olarak İngiltere ve Portekiz gösterilebilir. Fransa, yetki genişliği ve yetki devrinin ortak bir uygulaması olarak, bölge sağlık yönetimi uygulamasını tercih etmiştir (Saint-Jean, 2004, s. 114). Almanya ve Hollanda, temel olarak delegasyon formatını tercih ederken, Kuzey Avrupa ülkeleri ise, yoğun olarak yetki devrini (*bölge sağlık yönetimleri, genel eğilimdir*) tercih etmektedir. Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Polonya gibi Orta Avrupa ülkeleri ise, özelleştirme temelli değişik biçimler tercih etmektedir. Mutlu'nun aktardığına göre, AB içinde temel olarak, üç¹³⁰ farklı yerel yönetim sistemi bulunmaktadır (2006, s. 41):

§ Anglo – Amerikan Modeli (*İngiltere, İrlanda*),

§ Fransız (*Kıta Avrupası*) Modeli (*Fransa, Belçika, İtalya, Yunanistan, Portekiz vd.*),

§ Kuzey Avrupa (*İskandinav*) Modeli (*İsveç, Danimarka, Almanya, Avusturya vb.*)

1980'lerden itibaren, Avrupalı birçok devlet, sağlık sistemlerini gözden geçirmeye başlamıştır. Sözü edilen gözden geçirme sürecine ilişkin olarak temelde, iki önemli anlayış değişiminden söz edilebilir (Guess ve Sitko, 2004, s.770–771; Montero-Granados vd., 2007, s.1253). Birinci değişim, sağlık hizmetleri reformunda, temel ilkenin, yerelleşme olmasına ilişkindir. Geniş, merkezi ve bürokratik yapılanmaların vatandaşların duyarlılıklarına ve ihtiyaçlarına artık cevap veremediği, Avrupa ölçeğinde kabul gören önemli bir önermedir. Modern sağlık sunumu denildiği zaman, hasta hakları

¹²⁹ Avrupa kıtasında yer alan ülkelerin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin örnekler, Avrupa Birliği (AB) çerçevesinde irdelenecektir. Coğrafya olarak Avrupa kıtasında yer alıp, AB'ye üye olmayan ülke sayısı çok sınırlı olduğu için, Avrupa Birliği sınırları, neredeyse tüm Avrupa'yı kapsamaktadır.

¹³⁰ AB içinde yer alan bu üçlü model, aslında sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan profesyonelleşme tarihi ile de ilişkilidir. Giarelli'ye göre, sağlık hizmetlerini sunanların evrensel bağlamda profesyonelleşmesi üç farklı gelenek şeklinde ortaya çıkmıştır. Bir tarafta devletin sağlık hizmetlerine minimum düzeyde müdahale ettiği "*Anglo – Amerikan Modeli*", diğer tarafta devletin sağlık hizmetleri alanında büyük ölçüde söz sahibi olduğu "*Kıta Avrupası Modeli*", üçüncü olarak da, devletin ve sağlık hizmetlerini üreten sağlık meslek odalarının eşit düzeyde söz sahibi oldukları "*İskandinav Modeli*"dir (2004, s. 172-174).

ve hesap verilebilirlik gibi geleneksel *Weberyen* sistemde söz konusu olamayan ilkeler Avrupa'da öncelikle anlaşılmaktadır. Buradan hareketle, Avrupa Birliği ülkelerinde, sağlık hizmetleri için yerleşme eğiliminin, ana akımı temsil ettiği savlanabilir (ayrıca, Allen, 2006, s.1). İkinci değişim, Avrupalı devletlerin, kısıtlı olan kaynaklarını, verimli ve daha adaletli olduğunu düşündükleri fon mekanizmalarıyla dengeleme çabası içerisinde olmalarına ilişkindir. Örneğin, sağlığa ilişkin harcamaların kaynağını artık, vergi dışı kaynaklar oluşturmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetleri satın alınırken, zorlayıcı sistemler yerine, hasta – doktor temelli, iletişim ve müzakereye dayanan yöntemler¹³¹ kullanılmaktadır. Bunun yanında, Avrupa'da özelleştirme tercihi, sağlık hizmetleri bağlamında, bakım, temizleme, gıda, taşıma vb. gibi doğrudan değil dolaylı hizmetler bağlamında söz konusudur.

Avrupa'da gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin reformlarına ilişkin olarak paylaşılan dört nokta bulunduğu ifade edilmektedir.

Bunlar:

§ Devlet ve özel sektörün rollerinin yeniden düzenlenmesi,

§ Yerelleşme,

§ Hasta hakları,

§ Halk sağlığının artırılmış rolüdür (Saltman ve Figueras, 1998, s. 87-89; Etiler ve Yavuz, 2004, s.285).

Avrupa ülkelerinde yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerine ilişkin işlevlerini karşılaştırmalı olarak irdelemeye çalışan Uz (1999, s.108), yerel yönetimlerin birbirlerine göre değişebilen oran ve seviyelerde sağlık hizmeti yürüttüğünü belirterek, bu farklılaşmayı bir tablo halinde göstermektedir. İlgili tabloya göre, Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetleri ve yerel yönetimler arasındaki ilişki aşağıda gösterilmektedir.

¹³¹ Örneğin, Norveç'te sağlık kurumlarına başvuran bir birey, gerekli süre içerisinde beklentisine uygun yanıt alamazsa, ait olduğu bölgenin dışındaki diğer bölgelere başvurabileceği gibi, ülke dışından da sağlık hizmeti alabilir. Sağlık turizmi olarak da isimlendirilen bu hareketlilikten ülkemizdeki hastaneler de faydalanmaktadır. Özellikle, cerrahi operasyonlarda İstanbul'daki özel hastaneler Avrupa'dan gelen hastalara sağlık hizmeti sunmaktadır.

Tablo 5: Avrupa Ülkelerinde Yerel Yönetimlerin Sundukları Sağlık Hizmetleri

Ülke	Yerel Örgüt	Sağlığa İlişkin İşlev ve Sorumluluk
Belçika	Belediye + İl Yönetimi	Hastane ve doğumevlerinin kurulup işletilmesi, kamu sağlığı, koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı hizmetleri
Bulgaristan	Belediye	Yerel sağlık politikalarının belirlenmesi, örgütlenme, poliklinik ve çevre sağlığı hizmetleri
	Bölge Yönetimi	Bölgesel sağlık kuruluşlarına yardım ve çevre sağlığı hizmetlerinin kontrolü
Danimarka	Bölge Yönetimi	Hastane hizmetleri
	Bölge + Yerel Yönetim	Genel sağlık hizmetleri
	Yerel Yönetim	Çevre sağlığı hizmetleri
Finlandiya	Belediye	Hastane, kişisel ve çevre sağlığına ilişkin hizmetler
Fransa	Belediye	Bazı acil yardım hizmetleri
	İl Yönetimi	Tıbbi denetim, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, ana ve çocuk sağlığı
Hollanda	Belediye	Hastane ve bakım evlerinin kurulup işletilmesi
	Merkezi Yönetim + Belediye	Kişisel sağlık hizmetleri
	Merkezi Yön. + İl ve Belediye Yönetimleri	Çevre sağlığı hizmetleri
İspanya	Belediye	Çevre sağlığı hizmetleri, il sağlık hizmetleri yönetimine katılım
İsveç	Belediye	Çevre sağlığı hizmetleri ile nekahet ve kronik hastalık evleri
	İl Yönetimi	Hastane hizmetleri
İsviçre	Belediye	Cenevre kantonunda çevre sağlığı hizmetleri <i>Neuchatel</i> 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 idaresi	Hastane hizmetleri
	Belediye	İlkyardım ve poliklinik hizmetleri
	Belediye kontrolünde özel şirketler	Çevre sağlığı hizmetleri
Portekiz	Belediye	Sağlık merkezleri kurmak ve işletmek
Yunanistan	Belediye	Çevre koruma Hizmetleri
	Merkezi yönetim	Kişisel sağlık hizmetleri
	Merkezi Yön.+ Belediye	Büyük belediyelerce tamamlayıcı tesisler
	Belediye	

Kaynak: T. Ünüsan, Avrupa'da Yerel Yönetimler, Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, Yayın No. 9, Ankara, 1996

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİ VE YERELLEŞME SÜRECİ

2.1. Türk Sağlık Hizmetleri

Türk sağlık hizmetlerinin mevcut yapılanmasına bakıldığı zaman, merkezden planlandığı ve yönetildiği görülmektedir (Aksu, Acuner ve Tabak, 2002, s.272; Uz, 1999, s.114; Pirlar, Tortop ve Başsoy, 1995, s.164). Merkezi bir görünüm sergileyen sağlık hizmetlerinin tamamı, Sağlık Bakanlığı'nın alanına girmekte¹³² ve Bakanlık, sağlık hizmetlerinin her yönü ile ilgilenmek durumundadır¹³³. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık alanına ilişkin bazı işlevlerinin kuramsal olarak geçerli olduğu, uygulamada Uz'un da (1999, s.114) belirttiği gibi, Anayasaya göre sağlık hizmetlerinin tek elden planlanıp yürütülmesinin sorumlusu olan Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık hizmeti sunan merkezi yönetim dışı kurumlar üzerinde gerektiği kadar etkili olamadığı, sağlık alanına ilişkin görev ve işlevlerini yerine getirme sürecinde değişik iletişim ve eşgüdüm sorunları çektiği görülmektedir (ayrıca, Özdemir vd., 2003, s. 209). Böyle bir durumun en temel sebebi, Türk sağlık sisteminin, bakanlıklar şeklinde yapılanan diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi, sıkı bir merkeziyetçi özellik¹³⁴ sergilemesine rağmen¹³⁵, içerisinde, merkeziyetçiliğin etkisini oldukça azaltan dört yerleşme biçimi¹³⁶ni barındırmasıdır (Tatar, M., 1993, s.146). Aşağıda yer alan tablo, Türk sağlık sektörü içerisinde yer alan aktörleri tanımlamaya ilişkin genel bir bakış açısı geliştirmede yardımcı olabilir. İlgili tabloda sağlık hizmetlerinin değişik evrelerinde rol alan kurum ve kuruluşlar yer almaktadır. Sözü edilen tablo, sağlık hizmetlerinin oldukça karmaşık olan aktörlerini, rol ve işlevleri temelinde kategorize etmektedir.

¹³² Bununla birlikte, sağlık politikalarının, özellikle yerel düzeyde belirlenmesinde, Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) da rolü bulunmaktadır (Özkal, 2000, s.71).

¹³³ Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı, koruyucu hizmetlerin tek sağlayıcısı konumunda iken, tedavi edici hizmetlerin birinci ve ikinci basamağının ana sağlayıcısı konumundadır (Yıldırım, 2007, s.7).

¹³⁴ Şahin ve Top (2002, s.3) sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumuna ilişkin olarak, gelecekte, merkezi yönetimlerin ve Sağlık Bakanlıklarının rolünün artacağına ilişkin bir yargıda bulunsalar da, mevcut göstergeler, bu savın tersini işaret ederek, önümüzdeki yıllarda, yerleşme sürecinin merkezi yönetimleri ve etkilerini küçültürerek, Sağlık Bakanlıklarının daha farklı bir role kayacaklarını göstermektedir.

¹³⁵ Türkiye'de sağlık sektörü oldukça karmaşıktır. Sağlık hizmetlerini finanse eden ya da veren çok sayıda kamusal ve özel kuruluş vardır. Kamusal sektör, sadece Sağlık Bakanlığı ile sınırlı değildir. Tıp fakülteleri üniversite hastaneleri yoluyla önemli sağlık hizmetleri vermektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), çatısı altında yer alan sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olan üyelerin kamu ve özel hastanelerdeki sağlık masraflarını karşılamaktadır. Silahlı Kuvvetler, çalışanlarına, emeklilerine ve yakınlarına oldukça geniş olanaklar sağlamaktadır (Ergör ve Öztekin, 1996, s.2).

¹³⁶ Sağlık hizmetlerinin mülki idare bağlamında ve valilik makamı altında yapılanması (*Yetki genişliği*), üniversitelere bağlı sağlık kurumlarının varlığı (*Delegasyon*), belediye ve diğer yerel yönetimlerin sağlık alanındaki işlevleri (*Yetki devri*), özel sağlık kurumları (*Özelleştirme*) (Tatar M., 1993, s.146).

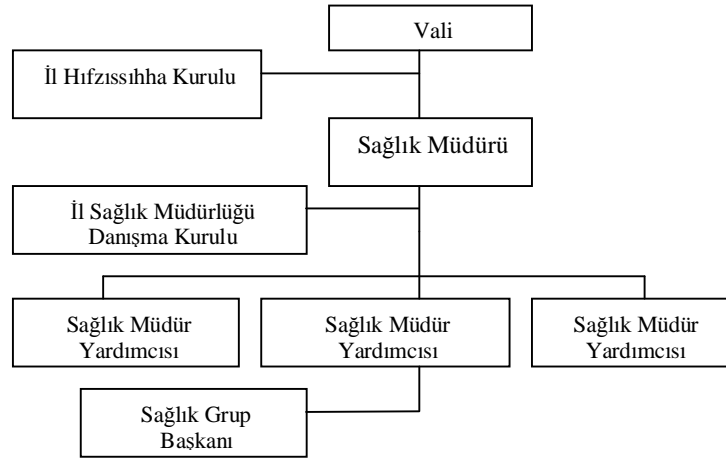
Tablo 6: Türk Sağlık Sektörü Aktörlerine Genel bir Bakış

Politika Oluşturma Açısından	Sağlık Hizmeti Sağlama Açısından	Sağlık Hizmeti Finansmanı Açısından	Yönetmelik Yetki Açısından	Sağlığa İlişkin Dolaylı İşlevler Açısından
<i>Sağlık Bakanlığı, DPT, YÖK, TBMM (Sağlık/ Sosyal İşler ve Plan/Bütçe Komisyonları)</i>	Kamu <i>Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, Diğer Bakanlıklar, KİT'ler, Askeri Hastaneler</i> Özel <i>Vakıflar, Yerli/Yabancı Hastaneler, Özel Hekimler, Eczacılar, Özel Klinik /Laboratuvarlar</i>	Kamu <i>Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Hazine/Dış Ticaret Müsteşarlıkları, Sosyal Güvenlik Kurumu (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur), Üniversiteler</i> Özel <i>Özel sigorta kuruluşları</i>	<i>Sağlık Bakanlığı, Mülki Amirler</i>	<i>Bayındırlık Bakanlığı, Belediyeler, İçişleri Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Türk Tabipler Birliği, Tabip, Eczacı, Veteriner Odaları, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ve konuyla ilgili STK'lar</i>

Kaynak: Özkal, 2000, s.70 (eksiz hali)

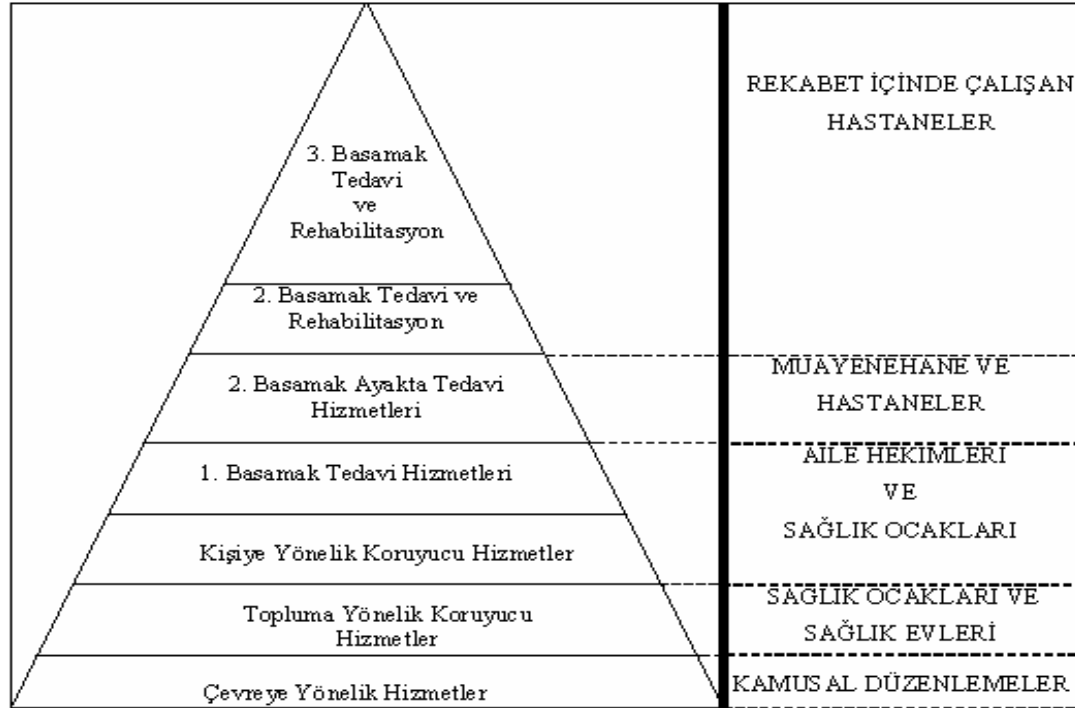
Koruyucu hizmetlerin ve tedavi edici hizmetlerin son derece önemli bir oranı Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı tarafından sağlandığı için, Bakanlığın taşra örgütlenmesini incelemek gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın il düzeyindeki taşra teşkilatlanmasına örgütsel açıdan bakıldığında, yönetsel yapının başında İl Sağlık Müdürü'nün bulunduğu ve Müdür'ün, il içi tüm faaliyetlerde Vali'ye karşı sorumluluk taşıdığı görülmektedir. Mevzuatımıza göre, ildeki tüm sağlık kuruluşları İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olmalıdır. Yalnız, merkeziyetçiliğin etkisini oldukça sarsan fiili durumdan kaynaklanan sorunlar¹³⁷, il sağlık düzeni içerisinde yer alan merkezi yönetim dışı sağlık kuruluşlarının, il sağlık müdürlüğünün örgütsel kontrolü dışında çalışmasını sonuç vermektedir (Uz, 1999, s.109). İl sağlık sistemi, şema yardımıyla sembolleştirilerek aşağıda gösterilmektedir.

¹³⁷ Tatar, sağlık alanında birbiriyle uyumsuz ve eşgüdümsüz işlev gören kurumların bulunmasını sorunsal olarak değerlendirmektedir (1993, s.146). Benzer görüş taşıması bağlamında KAYA Raporu'ndan alıntılan Uz'a göre (1999, 113), sağlık hizmetleri açısından temel sorun alanlarını, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların yönetsel açıdan dağınık ve karmaşık bir yapı sergilemesi, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında eşgüdüm sağlanamaması, dolayısıyla, verimliliğin ve etkinliğin düşmesi ve duyarlılığın geliştirilememesi oluşturmaktadır. Uz'un (1999, s.114) aktardığına göre, örneğin, öğrencilere ilişkin koruyucu sağlık hizmetleri, Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıklarının görev alanı içerisinde. Ayrıca, bu alanda, yerel yönetimlerin de çevre sağlığından kaynaklanabilecek sorunları önlemeye ilişkin görevleri bulunmaktadır. Dolayısıyla, üç kurumun sorumlu olduğu bir alanda, çoğu zaman, karışıklık ve eşgüdümsüzlükten kaynaklanan sorun alanları belirmektedir.

Şema 2: İl Sağlık Sistemi

Kaynak: Uz, 1999, s.110

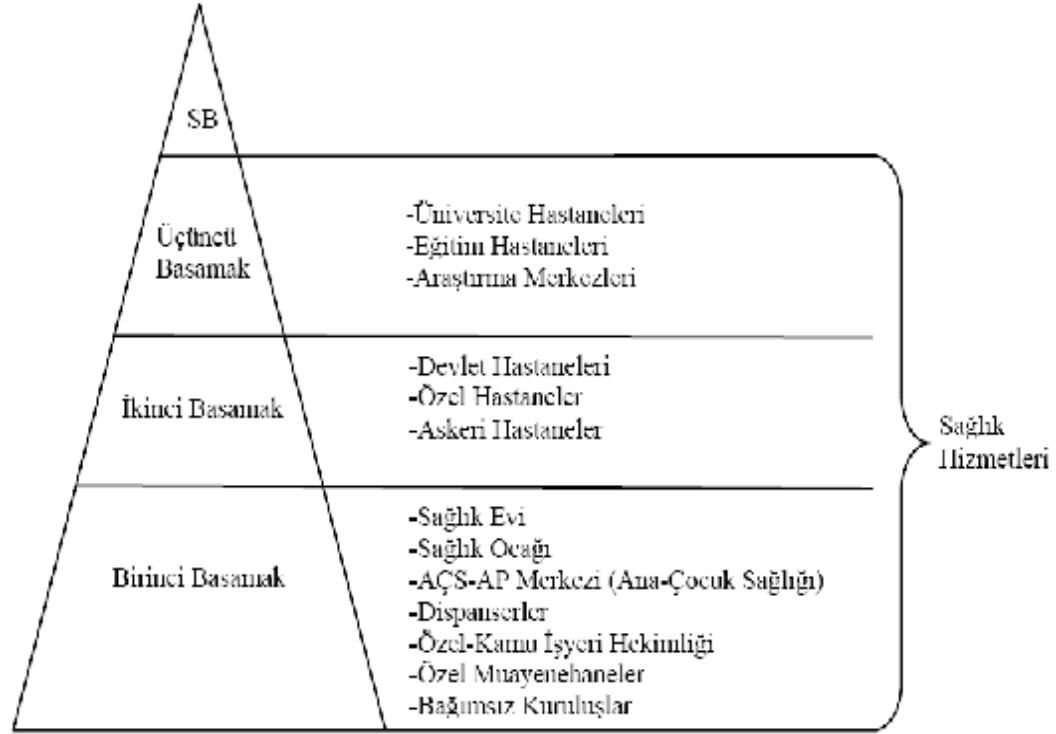
Türk sağlık sistemi, taşra¹³⁸ düzeyinde ikili bir yapı benimsemektedir. Birinci basamakta, temelde koruyucu hizmetlerin ve tedavi edici hizmetlerin ayakta veya evde verildiği sağlık ocakları veya sağlık evleri, ikinci basamakta ise, yatarak veya ileri tedavi hizmetlerinin verildiği hastaneler yer almaktadır (Uz, 1999, s.109). Aşağıdaki şekillerde sağlık sisteminin işleyişi gösterilmektedir.

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli 1

Kaynak: Tatar ve Tatar, 1998, s.134

¹³⁸ Türkiye'nin sağlık alanında gerçekleştirmeye çalıştığı dönüşüm, yerel yönetimlerin sembolik anlamda sahip oldukları sağlık hizmetleri işlevinin, yetki devri bağlamında güçlendirilmesi olarak özetlenebilir.

Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli 2



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Sistemi Bilgi Eylem Planı, 2004, s.10'dan düzenleyen Altay, 2007, s.45

Türkiye'nin uzun bir süredir genelde, kamu yönetiminde, özelde de, kamu ve sağlık hizmetlerinde reforma gitme ihtiyacı içerisinde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, Türk sağlık sistemi, son yirmi yıl temel alınarak değerlendirilirse, sürekli olarak, reform arayışı içerisinde (Özdemir vd., 2003, s. 207). Konuya ilişkin genel alanyazın incelendiği zaman, bir çok reform aracı arasında, yerleşmenin, mevcut dönem itibarıyla önemli bir reform aracı olduğu gözükmektedir. Dolayısıyla, Türkiye'nin, 2002 yılında tek başına iktidar olan AKP ile birlikte, genel olarak kamu hizmetlerinde, özel olarak da, sağlık hizmetlerinde yerleşmeye dönük reformlar gerçekleştirme yönünde adım atmaya istekli olduğu savlanabilir. Türk siyasal sisteminde, hükümet değişikliği beraberinde siyasa ve anlayış değişikliğini de getirdiği için, iktidara gelen her siyasal anlayış, yerleşik bir kural olarak, genelde kamu yönetimini, özelde ise, sağlık sektörünü kendi görüşleri doğrultusunda şekillendirmek istemektedir (ayrıca, Özdemir vd., 2003, s. 208). Sağlık sektörünün popülist¹³⁹ uygulamaların en yoğun yaşandığı alanlardan birisi olduğu dikkate alınır, tekrar iktidar olmak isteyen bir siyasal partinin, bu alana siyasal yatırım yapmak istemesi kaçınılmaz gözükmektedir. Yine de, sağlık alanında statükoyu

¹³⁹ İlgili popülist uygulamalar bağlamına bir örnek olarak, "Aile Hekimliği" uygulamasına atıf yapanlar, sağlık ocaklarının kaldırılarak, yerine muayenehane temelli aile hekimliğinin getirildiğini/getirileceğini belirtmektedir (2003, s. 208). Yalnız, aile hekimliği uygulaması yeni başlamış ve bir değerlendirme yapmaya ilişkin tüm sonuçlar henüz ortaya çıkmamış olduğundan, konuya ilişkin olumlu veya olumsuz yorum yapmaktan kaçınılmalıdır. Aksi durumda, bu konuya ilişkin yorumların "ideolojik" olmakla eleştirileceği yüksek olasılık içermektedir.

değiştirme noktasında atılacak herhangi bir adımın öncelikle alana ilişkin meslek odalarının¹⁴⁰, sonra konuyla ilgili diğer taraflarca irdeleneceği ve eleştirileceği şüphesizdir. Bu bağlamda, mevcut AKP Hükümetinin, genelde kamu yönetiminde, özelde de, sağlık hizmetlerinde yerleşme çerçevesinde adımlar attığını ve bu adımların oldukça eleştirildiğini belirtmek yerindedir. AKP hükümetinin konuya ilişkin çabalarının en önemli yansıması olarak “*Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı*” gözükmektedir. İlgili tasarının, yerleşme ve özelleşme yönünde açılımlar içerdiğini belirten Karahanoğulları’na (2003, s. 300) göre, tasarının temel konusu, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında yeni bir görev dağılımı gerçekleştirmek, bu bağlamda, kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülebilmesi için merkezi ve yerel yönetimlere genel yetki vermektir¹⁴¹. Tasarının kamu hizmetlerine ilişkin temel konusunun bu olduğu kabul edilirse, bu durumun sağlık hizmetleri bağlamında, genel konjonktürle uyumlu olduğu iddia edilebilir çünkü Fritzen’in (*AiP*, 2006) konuya ilişkin olarak aktardığına göre, gelişmekte olan ülkelerde, sağlık sistemlerinin ortak paylaştıkları bazı dönüşümler söz konusudur. Bu değişimin birincisini, farklılaşan yoğunluk ve kapsamda da olsa, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi (ayrıca, Harpham ve Pepperall, 1994, s. 92), ikincisini, özel sektörün sağlık hizmet sunumuna talep artışı, üçüncüsünü ise, ilk iki değişim sürecinin sebep ve sonucu olarak, sağlık hizmetlerine erişimde bölgeler, gruplararası eşitsizlik oluşturmaktadır¹⁴².

Herhangi bir alana veya sürece ilişkin gelişim veya değişim irdelenmek istendiği zaman, dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, sözü edilen alan veya sürecin genel

¹⁴⁰ Kamu kurumu niteliğinde olan adli, ticari, sinai, teknik ve sağlık meslek örgütlerinin temel olarak, meslek üyelerinin çıkarlarını korumak ve kollamak üzere kuruldukları dikkate alınır, özellikle tabip odalarının aile hekimliği uygulamasına karşı yürüttükleri kampanyalar veya açıkladıkları görüşler, hükümet tarafından “*ideolojik*” olmakla eleştirilmektedir. Hükümetin konuya ilişkin yaklaşımı, kendi kuramsal açılımı içerisinde, anlamlı gözükebilir. Yalnız, tabip odalarının yaptığı açıklamaya veya attığı adıma ilişkin ideolojik olmak suçlaması yerine, bu kuruluşların, çok önemli bir kamu hizmeti görmeleri ve kamu yararı üretmelerine rağmen, kendi üyelerinin çıkarlarını kolladıklarının belirtilmesi daha doğru olacaktır. Bilindiği üzere, baskı gruplarının grupsal veya mesleksi çıkarı her zaman kolektif veya toplumsal çıkarla örtüşmez. Dolayısıyla, aile hekimliği, belki toplum için iyi olabilir ama tabipler için iyi olmayabilir. Bu noktada, elbette, tabip odaları aile hekimliğine karşı olabilirler. Baskı gruplarının gizli, örtük işlev görebilecekleri de dikkate alınır, elbette, bu gruplar, kendi gerçek çıkarlarını, sanki toplumsal bir çıkarım gibi sunabilirler.

¹⁴¹ Karahanoğulları’nın saptamasına, genel anlamda katılmakla birlikte, açılması gereken önemli bir nokta bulunmaktadır: Tasarıda, merkezi yönetime verilmesi düşünülen hizmetlerin, savunma, güvenlik, adalet gibi asli kamu hizmetleri olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, eğer tasarının konusu “*merkezi ve yerel yönetimlere özelleştirme yapabilme yetisinin kazandırılması çerçevesinde şekillenmektedir*” şeklinde ifade edilirse, bu ifadenin kusurlu olduğu, çünkü asli kamu hizmetlerinin, öz itibarıyla, hiçbir şekilde özelleştirilmesinin mümkün olamayacağı gerçeği dikkate alınmalıdır. Savunma, güvenlik, adalet gibi asli kamu hizmetlerinin bütünüyle özelleştirilebileceği yönündeki olası bir yargı gerçekçilikten uzaklaşmaktadır. Yalnız, asli kamu hizmetleri arasında yer almayan diğer kamu hizmetlerinin (*sağlık, sosyal güvenlik, bayındırlık, ulaştırma vb.*) yerleşmesine dönük adımlar, özelleştirmeyle birlikte gelişebilir. Endonezya’da, örneğin, 2001 yılından beri sürdürülen sağlık hizmetlerinin yönetsel ve finansal bağlamda yerleşmesi, özelleştirmeyle kol kola gelişmektedir (Kristiansen ve Santoso, 2006, s.247-248).

¹⁴² Buradan da anlaşıldığı üzere, yerleşme ve özelleşme, sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma süreçlerinin konumunu (*locus*), aşağıya (*daha alt eşikte yer alan yönetsel otoritelere*) ve dışarıya (*kullanıcı ve özel sektör aktörlere*) doğru kaydırabilir.

gelişme veya değişme eğiliminin içerisinde yer aldığı sosyal, ekonomik, siyasal konjonktürden bağımsız değerlendirilip değerlendirilemeyeceğidir. Türk sağlık hizmet ve sektörünün gelişiminin incelenmesi söz konusu olduğu zaman, Türkiye'nin genel siyasal, yönetsel, sosyal ve ekonomik süreçlerinin de dikkate alınması yararlı bir işlevsellik sağlayacaktır (Karadağ, 1999, s. 84). Türkiye bağlamında, sağlık hizmetlerinin çok önemli olduğunu belirten Soyer (2003, s. 301), sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen uygulamaların, salt sağlık alanı için değil, tüm devlet siyasaları açısından önemli bir gösterge olacağı kanısındadır. Ona göre, sağlık alanı, siyasal değişim ve dönüşümün, devletin sosyal devlet olma noktasındaki görünümünü izlemenin (ayrıca, McGregor, 2001, s. 82) ve 1980'li yıllardan beri küresel ölçekte değerlendirme ve uygulama alanı bulan neo – liberal politikaların¹⁴³ izlenebileceği önemli bir alandır¹⁴⁴. Bu bağlamda, Türkiye'nin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkeler grubunun karşılaştığı ekonomik ve finansal krizler, gelişmiş Batı ülkelerinin sunduğu neo-liberal reçetelere uyulmasını gerektiren süreçlerin başında gelmektedir. Bu bağlamda, 1999 ve 2001 yıllarında Türkiye'de yaşanan ekonomik krizin yoğunluğu, özellikle A.B.D'nin en önemli temsilciliğini yaptığı, neo – liberal içerikli devlet ve politika anlayışının Türkiye¹⁴⁵ tarafından da sıkı biçimde uygulanması sonucunu vermiştir.

2.1.1. Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Değişim ve Dönüşüm Süreci

2.1.1.1. Türkiye Cumhuriyeti Dönemi Sağlık Hizmetleri ve Siyasaları

Herhangi bir kamusal hizmetin irdelenmesine ilişkin çalışmaların, ilgili dönem ve koşulları dikkate almasının kaçınılmaz olduğu belirtilmişti. Buradan hareketle, Türk sağlık hizmetlerinin gelişimi de, siyasal politika ve siyasalardan, ulusal, küresel, ekonomik ve sosyal konjonktürden (Çalıköğlü, 2001, s.26-27) bağımsız bir şekilde değerlendirilemez. Dolayısıyla, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk kurulduğu dönemden itibaren sağlık hizmetlerine ilişkin siyasalara ve bunların tarihsel açıdan evrimleşmesine

¹⁴³ McGregor da, uluslararası düzlemde gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine ilişkin reformların, neo – liberal dünya görüşü tarafından şekillendirildiğini belirtmektedir (2001, s. 82).

¹⁴⁴ Türk sağlık sistemindeki değişim ve dönüşüm çabalarını sosyal refah devleti anlayışı ve Pax Amerikana ile ilişkilendiren Özer'e (2003, s.1) göre, Türk sağlık sisteminin özellikle, 1960'lı yıllardan sonra geçirmiş olduğu gelişimin, diğer gelişmekte olan ülkelere de önerilen küresel düzenin koruyucuları olan bazı uluslararası kurumlar (*UPF, DB vd.*) gözetmenliğinde gelişen, Batı tipi doğrusal gelişme süreciyle yakından ilişkisi olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

¹⁴⁵ Özer'e (2003, s.3) göre Türkiye'nin sahip olduğu jeo-politik konum, A.B.D'nin Türkiye ile sürekli olarak yapısal ilişki kurmasını, bir tercih sorununun ötesine taşımıştır. Dolayısıyla, Türk siyasal ve ekonomik politikalarının A.B.D öncülüğündeki Batı etkisinden çıkabilmesi olası değildir. Bu bağlamda, değişen oranlarda da olsa, daha önceki dönemlerde de olduğu gibi, 2001 krizinden sonra Batı desteğini yanında bulan Türkiye, uluslararası kurumların kendisine empoze ettiği, geleneksel olarak devletin sunmakla yükümlü olduğu mal ve hizmetlerin artık bireylerin ödeme güçlerine göre satın almaları gereken metalara dönüştürülmesini temel alan (Iriart vd., 2001, s. 1246) neo – liberal içerikli yapısal reformları (öncelikle, sağlık ve sosyal sistemlerde) yaşama geçirmek durumundadır.

bakılması gerekir. Türk sağlık hizmetleri bağlamında uygulanan siyasalara bakıldığı zaman ilginç noktalar göze çarpmaktadır. Öncelikle, Türk sağlık hizmetlerinin tarihsel evrimine ilişkin olarak, değişik kaynaklarda, farklı sınıflamalar bulunmaktadır. Kerman, sağlık siyasalarını, Cumhuriyet öncesi dönem, Cumhuriyetten Planlı döneme kadar olan dönem ve 1960-1980 arasındaki dönem ve 1980 sonrası dönem olarak irdelemektedir (Kerman, 1999). Özşarı (2005) ise, 1920 öncesi dönem, 1920-1960 arası dönem ve 1960 sonrası dönem şeklinde ayırmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlıkta dönüşüm dokümanı¹⁴⁶ çerçevesinde, sağlık hizmetlerini kronolojik olarak, 1920-1938 dönemi, 1938-1960 dönemi, 1961-1980 dönemi ve 1980'den günümüze kadar olan dönem şeklinde incelemektedir. Tarihsel olarak üç dönemden söz edilebileceğini belirten Çalıköğlü'na göre (2001, s.26), Türk sağlık politikası üç dönem halinde irdelenmelidir. İlki, Cumhuriyet'in ilk kuruluş yıllarıyla başlayan oluşum dönemi, ikincisi 1960 müdahalesiyle başlayan sosyalizasyon dönemi ve üçüncüsü de, 1980'lerle başlayan Pazar dönemidir. Erden, Türk sağlık hizmetlerinin gelişimini; Büyük Millet Meclisi Hükümeti dönemi (1920-1923), Dr. Refik Saydam dönemi (1923-1937), 1937-1949 dönemi (1946-1950 yılları arası Dr. Behçet Uz dönemi), 1950-1960 dönemi, 1960-1970 dönemi, 1970-1980 dönemi ve 1990 sonrası dönem olarak yedi bölümde incelemektedir. Pala ise, sağlık politikalarının temel olarak altı dönem¹⁴⁷ çerçevesinde irdelenebileceği kanısındadır (2007, s. 3). Pala'ya göre, ANAP döneminden sonra gelen hükümetler sağlık politikası bağlamında yeni bir açılım sağlayamamıştır. Dolayısıyla, yazarın altıncı dönem olarak öngördüğü süreç halen devam etmektedir. Yıldırım ise (2007, s.5) Türk sağlık sistemi bağlamında ortaya çıkan dönüşümlerin dört aşama ve üç dalga halinde irdelenebileceğini belirtmektedir. Yazar, 1920-1960 arası dönemi kurumsallaşma veya reform öncesi dönem olarak adlandırmaktadır. 1960'lardan 1990'lı yıllara kadar olan dönemin ilk dalga sağlık reformları çerçevesinde irdelenebileceği öngören Yıldırım, 1990'lı yıllardan AKP Hükümetlerine kadar olan dönemin ikinci dalga çerçevesinde irdelenebileceği belirtmektedir. Yazar, AKP Hükümetleriyle başlayan dönemin de üçüncü dalga içerisinde değerlendirilmesi gerektiği kanısındadır.

¹⁴⁶ Sağlıkta dönüşüm programının temel olarak üç ayak üzerinde şekillenmesi söz konusudur: Birinci dönüşüm, örgütsel yapıların dönüştürülmesini, ikinci dönüşüm, sağlık finansman sisteminin dönüştürülmesini, üçüncüsü ise, sağlık hizmetlerinin sunum sistemlerinin dönüştürülmesini içermektedir (Pala, 2007, s.18).

¹⁴⁷ I. Dönem: Refik Saydam ve ondan sonra gelen CHP Hükümetleri (1923-1945),
 II. Dönem: Behçet Uz Dönemi (1945-1950),
 III. Dönem: Demokrat Parti Dönemi (1950-1960),
 IV. Dönem: Millî Birlik Komitesi Hükümeti Dönemi (1960-1961),
 V. Dönem: 1962-1980 yılları arası dönem (sosyalizasyon),
 VI. Dönem: Millî Güvenlik Kurulu ve ANAP Dönemi (1982-----).

Modern¹⁴⁸ sağlık hizmetleri alanında ilk adımın, Ankara’da kurulan Büyük Millet Meclisi (B.M.M) döneminde atıldığı görülmektedir. İlgili dönemde, 3 sayılı kanunla 3 Mayıs 1920 yılında kurulan¹⁴⁹ Sağlık Bakanlığı (*Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı*), sağlık alanında atılan adımlarda temel aktör rolünü korumaktadır (Özsarı, 2005, s.1; Ener ve Yelkikalkan, 2003, s.106). 23 Nisan 1920 tarihinde Ankara’da temeli atılan devletin ve meclisin en önemli adımlarından birisi, sağlık hizmetlerini bağımsız bir bakanlık bünyesinde toplamak olmuştur (Kerman, 1999, s.11). O dönemde dünyanın çok az ülkesinde sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlığın sorumluluğunda yürütüldüğü aktarılmaktadır (Kerman, 1999, s.11). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin bir genel müdürlük yerine, az sayıda olan bakanlıklardan birine verilmesi, halk sağlığına verilen önemin göstergesi¹⁵⁰ olarak değerlendirilmektedir¹⁵¹ (Karadağ, 1999, s.85).

11 Mayıs 1920 yılında Ankara Vilayeti’nin bir odasında, bir tek sağlık memuru ile görevine başlayan Bakanlık¹⁵², merkezde, Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi ve Muhasebe – Evrak kalemini kurmuştur (Orhan, 1993, s.37). Kurulumunu tamamlayan Bakanlık, çalışmalara başlayarak, 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında çözülmesi gerekli sorunlar arasında, sağlık örgütlerini genişletmeyi, gerekli sayı ve düzeyde sağlık personeli yetiştirmeyi, hastane ve bakım evleri açmayı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmeyi, mevzuat geliştirmeyi, sağlık örgütlerini en küçük yönetsel birim olan köylere kadar götürmeyi vb. sıralamaktadır (Özsarı, 2005, s.4; Sağlık Bakanlığı, 2003, s.8).

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanları arasında yer alan Refik Saydam ve Behçet Uz dönemlerinde ise, yasal mevzuat açısından gerçekleştirilen önemli

¹⁴⁸ Yıldırım’a göre (2007, s.9), Türk sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması, Osmanlı dönemindeki yoğun Batılılaşma çabalarıyla yaşıttır. Dolayısıyla, Türk modern sağlık hizmetlerinin tarihini Osmanlı dönemine götürmek olanaklı da olsa, bu çalışma çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin tarihi, Türkiye Cumhuriyeti’nin fiili olarak kurulduğu 1920 yılıyla başlatılacaktır.

¹⁴⁹ Karadağ (1999, s.85) ve Orhan (1993, s.37) çalışmalarında Sağlık Bakanlığı’nın kuruluş tarihi olarak 2 Mayıs 1920 tarihini vermektedir. Yılmaz (1999, s.2) ise, sağlık sistemi ve sorunlarına yönelik bir çalışmada, diğer kaynaklardan farklı olarak, sağlık bakanlığının kuruluşunu 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilatı ve Memurin Kanunu’na dayandırmaktadır (1999, s.2; ayrıca, Özkal, 2000, s. 89). Buradan, Sağlık Bakanlığı’nın fiilen 1920 yılında ortaya çıktığını ama yasal altyapısının 1936 yılında sağlandığı sonucuna varılabilir.

¹⁵⁰ Çünkü kurulan bakanlığın en önemli görevi koruyucu hizmetler alanındadır. Tedavi edici hizmetlere ilişkin uygulamalar, yerel yönetimlere bırakılmıştır (Orhan, 1993, s. 37).

¹⁵¹ Konuya ilişkin olarak, dönemin hastane ve yatak sayısı portresini veren Erden’e göre (2003, s.5), 1923 yılında 3 tanesi Sağlık Bakanlığına ait olan 86 hastane, 6437 yatak, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru 136 ebe ile yaklaşık 10 milyonluk nüfusa hizmet vermeye çalışılmaktadır.

¹⁵² Meclis hükümetinin kurulması sonrasında fiili olarak başlayan Türkiye tarihinin ilk Sağlık Bakanı olan Adnan Adıvar dönemi, örgütsel ve hizmetsel anlamda düzenli bir sağlık kaydı olmadığı için, temel bilgileri toplamak (*Telgraf yardımıyla ülkede hizmet gören hekimlerin isimlerinin belirlenmesi*, Orhan, 1993, s.37), sağlık mevzuatı geliştirmek, cephelerden gelen yaralıları tedavi etmek, sayıları milyonları bulan iç ve dış göç olaylarını düzenlemekle geçmiştir (Özsarı, 2005, s.4; Kerman, 1999, s.11-12).

uygulamalar¹⁵³ bulunmaktadır. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı olan Refik Saydam'ın uygulamaya çalıştığı ilkeler arasında, her hastalık için bir örgüt kurmayı gerektiren “*dikey örgütlenme ilkesi*” nin (ayrıca, Kerman, 1999, s.18) ve yerel yönetimlerin tedavi edici sağlık hizmetlerinin üretiminde temel yetkili ve görevli olması gereği¹⁵⁴ nin bulunduğu aktarılmaktadır (Uz, 1999, s.119).

Refik Saydam, sağlık hizmetlerinin, plan, program ve uygulama açılarından tek elden yürütülmesini (Özsarı, 2005, s.4) ve günümüz için uygun olmayan ama o dönemin şartları dikkate alındığı zaman olumlu bir uygulama olan “*dikey örgütlenme*” ilkesinden hareketle her hastalık için bir örgüt kurulmasını (Erden, 2003, s.6) savunmaktadır. Bununla birlikte, Saydam, koruyucu hizmetlerin merkezi hükümet, tedavi hizmetlerinin ise, yerel yönetimler tarafından yapılmasını önemsemiştir¹⁵⁵. Bakanlığı döneminde, Saydam, zorunlu hizmet, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruyucu hekimlik uygulamaları gerçekleştirmiş, yerel yönetimlerin hastane açmalarını desteklemiştir (Özsarı, 2005, s.4). Saydam döneminde yerel yönetimlerin sağlık alanında yetkilendirilmeleri amaçlanmaktadır¹⁵⁶. Yalnız, bu anlayışın¹⁵⁷, 1946 yılında sağlık bakanı olan Behçet Uz döneminde, dünyadaki savaş sonu uygulamalar paralelinde

¹⁵³ 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3017 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memur Kanunu (1936), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928) bu uygulamaların mevzuat açısından yasal gelişmeleri arasında sayılabilir (Özsarı, 2005, s.4). Ayrıca, 1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya laboratuvarları Kanunu, 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun günümüze kadar gelebilmiş ilgili dönemin yasal altyapıları arasında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.9)

¹⁵⁴ Karadağ (1999, s.86-87) koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesi durumunu, Saydam'ın toplumcu kişiliğinden kaynaklanan özel ve dönemin savaş sonrası olmasından kaynaklanan genel sebeplerle açıklamaktadır. Saydam'a göre, merkezi yönetimin, temelde, politika belirleme, plan yapma, temel hedef belirleme ve yerel yönetimlere örnek oluşturma gibi işlevlere sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte, devletin içerisinde bulunduğu finansal kısıtlar ve merkezi hükümetin koruyucu hizmetleri temel alması, tedavi edici hizmetlerin hükümet görevi olarak değerlendirilmemesi sonucunu doğurmuştur (Karadağ, 1999, s.88; Kerman, 1999, s.17). Bu bağlamda, Kerman (1999, s. 16), Türk sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine temel katkının Saydam tarafından yapılarak, II. Meşrutiyet zamanında benimsenen Sağlık Müdürlüğü – Hükümet Tabipliği örgütünün temel örgüt olarak kabul edildiğini belirtmektedir. Bununla birlikte, Karadağ'ın da belirttiği gibi, hükümet, tedavi edici hizmetlerin üretilebilmesi için yerel yönetimleri teşvik etmiştir.

¹⁵⁵ Ergör ve Öztekin (1996, s.1), 1950'den önce, ulusal sağlık politikasının, koruyucu sağlık hizmetlere öncelik verdiğini ifade etmektedir. Yazarlara göre, dönemin anlayışı, tedavi edici hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan sorumlu olduğu bir alan olarak görmemiş, hastane temelli hizmetleri belediyelerin yetkisine bırakmıştır. Bununla birlikte, Bakanlık, özel sektörü ve belediyeleri sağlık hizmetleri alanında teşvik etmek ve yol göstermek amacıyla, hastane yönetiminin nasıl olması gerektiği konusunda örnek oluşturması bağlamında, beş adet *numune* hastanesi oluşturmuştur.

¹⁵⁶ Sağlık alanındaki temel ağırlığın, merkezi hükümet tarafından yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu belirtile de (Karadağ, 1999, s.86-87), tarihsel açıdan değerlendirildiği zaman, Cumhuriyet'in ilk yıllarından II. Dünya Savaşı'na kadar olan dönemde, tedavi edici sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerin temel sorumlu oldukları anlayışı daha ağır basmaktadır. Yalnız, küresel konjonktürün savaş sonrası dönem ve alternatif siyasal rejim olasılıklarını güçlü biçimde ortaya çıkarması gibi etkenler bağlamında zorlamasıyla, merkezi yönetimin tüm sağlık hizmetlerini sunma çerçevesinde aşama aşama güçlendirildiği ve sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak merkezi yönetim tarafından sunulması gereği ön plana çıkmaktadır.

¹⁵⁷ Sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetiminde yerel yönetimlerin yetkili olması anlayışının, 1990'lı yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu çalışma, rapor ve dokümanlara kadar, sağlık gündeminden kalktığı görülmektedir (Uz, 1999, s. 119).

(örneğin, İngiltere¹⁵⁸, 1948 yılında, yerel sağlık sistemlerini terk ederek, Ulusal Sağlık Sistemini (National Health Service, NHS) kurmuştur, Allen, 2006, s.2) tersine geliştiğini belirtmek gerekir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemin sağlık bakanı olan Uz¹⁵⁹, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin, tek elden, merkezi hükümet tarafından üretilmesini sağlamıştır. Entegre sağlık hizmetleri anlayışına paralel olarak, Türkiye’de de yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri alanındaki yetkileri merkezi hükümet lehine daraltılmaya başlamıştır. 1945 yılından itibaren yerel yönetimlere bağlı olan tedavi edici sağlık kurumlarının merkezi yönetime aktarılması¹⁶⁰, sağlık hizmetlerinin “devletleştirilmesi”, çeşitli destekleyici koşulların beraberce yerine getirilmesi çerçevesinde anlam kazanabilir (Kerman, 1999, s.19). Aksi halde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi veya merkezileşmesi, sağlık bakımının niteliğini değiştirmeyecektir.

Demokrat Parti’nin Türk siyasal hayatında önemli bir dönüşümün göstergesi olarak iktidara geldiği 1950 yılından başlayarak, Türk sağlık sisteminde önemli değişiklikler gerçekleşmiştir¹⁶¹. Öncelikle, yerel yönetimlere bağlı olan hastaneler, Sağlık Bakanlığı’na bağlanmış ve tedavi edici hizmetler merkezi yönetimin görevi¹⁶² olarak kabul edilmiştir (Erden, 2003, s.8). Kronolojik açıdan bakıldığında zaman, Türkiye’de sağlık alanında göze çarpan önemli, hatta devrimsel (Erden, 2003, s.8) bir dönüşümün, 1960 müdahalesi sonucu oluşturulan 1961 Anayasası çerçevesinde gerçekleştiği görülmektedir¹⁶³. İlgili anayasa, sağlık hakkını bir anayasal görev kabul ederek¹⁶⁴, sağlık

¹⁵⁸ 1941 yılında sosyal güvenlik bağlamında hazırlatılan *Beveridge Raporu* ile 1948 yılında sağlıkta merkezileşmeyi tercih eden İngiltere, 1974 yılında, sağlık hizmetlerinde yeniden örgütlenme ihtiyacı hissetmiştir. Hizmetin finansmanında zorluklar yaşayan İngiltere, sağlık hizmetlerinin sunumunu, siyasal sorumluluk merkezde kalmak koşuluyla, yerel yönetimlere tekrar devretmiştir (Mutlu, 2006, s. 34).

¹⁵⁹ Uz döneminin önemli çalışmaları arasında, savaş sonrası salgın hastalıklara ilişkin “*Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu*”, “*İşçi Sigortaları Kurumu*”nun kurulması¹⁵⁹ ve “*10 Yıllık Milli Sağlık Planı*” gösterilebilir (Erden, 2003, s.7).

¹⁶⁰ 1953 yılına kadar il özel idarelerine bağlı olan 47 adet hastane ve dispanser, 6134 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım bakanlığına bedelsiz olarak devredilmiştir (Pirler, 1995, s. 106; Pirler, Gürsoy ve Başsoy, 1997, s. 60). Daha sonra yürürlüğe giren, 1961 tarih ve 224 sayılı yasa, 1982 tarih ve 181 sayılı KHK ve 1987 tarih ve 3359 sayılı yasalarla, sağlık hizmetleri alanı, çok büyük ölçüde merkezi yönetimin görev alanına dahil edilmiştir (Pirler, Gürsoy ve Başsoy, 1997, s. 61).

¹⁶¹ 1950 yılı ile başlayan sürecin, Türkiye’nin gelişimi açısından önemli bir kilometre taşı olduğunu ifade eden Ergör ve Özbek, 1950 yılıyla başlayan demokratik dönemin, diğer kamu hizmetleri gibi ulusal sağlık politikalarının ve stratejilerinin kökten değiştirdiğini ifade etmektedir. İktidara gelen Demokrat Parti ile birlikte, Sağlık Bakanlığı, tedavi hizmetlerini, yerel yönetimlere ait hastanelerin kamulaştırılmasıyla üstlenmiş, ayrıca, yeni devlet hastaneleri kurulmuş, daha önce kırsal kesimde koruma ve iyileştirme hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları kent hastanelerine kaydırılmıştır. İlgili dönemde, daha yüksek ücret alma ve özel muayene yapma izninin verilmesiyle, sağlık çalışanları açısından kentler çekici hale gelmiş ve bu durum, çoğu sağlık çalışanının koruyucu hizmetlerdeki görevlerini bırakıp tedavi edici hizmetlere kaymasına sebep olmuştur. 1950’lerin sonunda, insan kaynağının dengesiz dağılımı, Türk sağlık hizmetlerinin halen devam eden insan kaynaklarının dengesiz dağılımı sorununu ortaya çıkarmıştır (1996, s.2).

¹⁶² Bu durum, hizmet standardının yükseltilmesi, vatandaşlara eşit sağlık hizmeti sunulması ve tedavi edici hizmetlerin koruyucu hizmetlerle birlikte yapılması bağlamında, dönemi itibarıyla, ilerici bir adımdır (Erden, 2003, s. 8).

¹⁶³ 1960 darbesini ve onu izleyen 1961 Anayasasından sonra çıkarılan ilk yasalardan birinin sağlık alanına ait olmasını Özer (2003, s.4), daha önce de ifade edildiği gibi, büyük ve gelişmiş bir sosyal refah devleti

ve sosyal güvenliğe ilişkin evrensel haklar, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddelerindeki¹⁶⁵ yerini almıştır¹⁶⁶ (Orhan, 1993, s. 40).

Sağlık ve sosyal hizmetlere ilişkin evrensel ilke ve amaçları hayata geçirebilme çabasının, 05.01.1961 yılında kabul edilip, bir hafta sonra Resmi Gazete'de yayınlanan 224¹⁶⁷ sayılı “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*” ile başladığı görülmektedir. 224 sayılı yasa temel olarak, nüfusa¹⁶⁸ dayalı, yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütün ve katılımlı, sağlık evi – sağlık ocağı – ilçe veya il hastaneleri şeklinde bir yapı öngörmektedir (Özsarı, 2005, s.5; Kerman, 1999, s.21). Bu yasayla, tüm sağlık hizmetleri merkezi yönetimin görevi kabul edilmiş, birinci basamak hizmetler köylere kadar götürülmeye çalışılmış, koruyucu ve tedavi edici hizmetler tek elden

anlayışına dayandırmaktadır. Ona (2003, s.4) göre, sağlık ve sosyal alanın ciddi bir değişiklikle ele alınması gereği, 1960 askeri darbesi sonucu iktidara getirilmiş olan hükümetin öncelikleri arasındadır. Özellikle, 1950'li yıllarla birlikte Türkiye'de gözlemlenen sosyal akım, kentsel yerleşim bölgelerinde çözülmesi acil önlem gerektiren bir çok sorunsal alan ortaya çıkarmış; çok partili hayata geçen Türk demokrasisinin bir anlamda zorunlu dışa açılımı, Batı Avrupa'da önemli yer tutan sosyal refah devletinin Türkiye'yi de etkilemesi sonucunu vermiştir.

¹⁶⁴ Altay (2007, s.43), 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde sağlık temel bir hak olarak tanımlandığını ifade ederek, ilgili Anayasa çerçevesinde, sosyal bir devletin en önemli fonksiyonu olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm sorumluluğunun devlete ait olması gereğinin altının çizildiğini düşünmektedir. Yazara göre, ilgili anlayış, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da devam ettirilmiştir. Bu çerçevede, 224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu sağlayacak olan hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Altay, böyle bir yaklaşımın halk sağlığının devlet tarafından korunması düşüncesi çerçevesinde anlam kazanacağı kanısındadır (2007, s.43).

¹⁶⁵ “VI. Sosyal Güvenlik

MADDE 48.- Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.

VII. Sağlık Hakkı

MADDE 49.- Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.

Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”

¹⁶⁶ 1961 Anayasası çerçevesinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, planlı döneme ilişkin olarak aşağıdaki ilke ve hedefleri benimsemektedir (Orhan, 1993, s.40):

- § Halk sağlığına gereken önemi vermek,
- § Tedavi edici hizmetleri, koruyucu hizmetleri tamamlayan olarak değerlendirmek,
- § Sağlık hizmetini vatandaşın ayağına kadar götürmek,
- § Sosyal yardım ve sosyal hizmetlere gereken önemi vermek,
- § Yeterli sayı ve kalitede personel yetiştirmek,
- § Amaçlanan ilke ve hedefleri gerçekleştirebilmek için yerel yönetim ve üniversiteler ile işbirliği yapmak.

¹⁶⁷ Özer'in (2003, s.28) Belek vd.'den (1992) aktardığına göre, kamu sağlık sektörünün, öncelikle, önleyici sağlık hizmetlerini, ilk yardım hizmetlerini, ölüm oranının düşürülmesini, emek kaybının önlenmesini ve ana-çocuk ölüm oranlarının düşürülmesini kapsayacak biçimde tasarlanması düşünülmüştü. Bu anlayış çerçevesinde, 224 sayılı yasa, ulusal düzeyde her 5000 – 10000 insan için bir sağlık ocağı kurmayı hedeflemiştir. Dolayısıyla, her beş bin kişi için içerisinde en azından bir doktorun olacağı sağlık ocakları oluşturulacak, bu insanlar öncelikle sağlık ocağına gidecek, oradan, gerekli görülürse, daha büyük sağlık kuruluşlarına sevk edilecektir. Sağlık ocaklarının, sağlık hizmetlerinin yurdun tamamına sağlık hizmeti olanağı sağlamasının yanında, toplumun sağlık hizmetlerine katılımının da sağlanması amacını güttüğü belirtilmelidir. Özer'in (2003) aktardığına ve Karadağ'ın (1999, s. 119) belirttiğine göre, 224 sayılı yasa tarafından amaçlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi süreci başarılı bir şekilde devam ettirilememiştir.

¹⁶⁸ İlgili dönemde, ayrıca, 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun dikkati çekmektedir. (Özsarı, 2005, s.5).

yürütülmeye çalışılmış ve kamu hekimlerinin tam gün¹⁶⁹ çalışmaları öngörülmüştür (Erden, 2003, s.8). İlgili yasayı uygulama çabaları, 1963 yılında, Muş¹⁷⁰ ilinde pilot uygulama olarak başlamış, 1963-1965 yılları arasında başarıyla uygulanmış olsa da, (Erden, 2003, s.9; Pala, 2007, s.12) sağlık alanında, 1983 yılı¹⁷¹ ile başlayan bir diğer temel dönüşüme kadar içerisinde değişik sorunlar¹⁷² barındıran bir uygulama olarak devam etmiştir¹⁷³ (Kutbay, 2002, s.34; Özsarı, 2005, s.5; Orhan, 1993, s.40; Erden, 2003, s.9; Pala, 2007, s.12).

1961 Anayasası ve ilgili bakış açısının, sosyalleşmeyi zorunlu saydığı ve sağlık – sosyal alanlarda gerçekleştirilmesi öngörülen değişimi, sosyalleşme sürecinin önemli sac ayaklarından birisi olarak değerlendirdiği sonucuna varılabilir. Bununla birlikte, Kerman, 1960 müdahalesi sonrası iktidarın, bazı üst yapısal değişiklikleri bilinçli olarak ön plana aldığını belirtmektedir (Kerman, 1999, s.76). Ona göre, ilgili öncelikler, ekonomik gereksinimler ve 1950 – 60 döneminde durumları kötüleşen toplumsal kesimlerin gönüllerinin alınması ihtiyacını bir sonucudur¹⁷⁴. Kerman, işçilere toplu sözleşme ve grev

¹⁶⁹ Belek vd.'nin (1992, s.274) belirttiğine göre, aynı düzenlemenin 3. maddesi ile getirilen doktorların kamu ya da özel alandan birini seçme zorunluluğu (*tam gün çalışma bağlamında*), 31.12.1980 yılında yapılan 2368 sayılı yasa ile yürürlükten kaldırılmıştır (Karabulut, 2001, s.35; Karadağ, 1999, s.120).

¹⁷⁰ Karadağ'ın (1999, s.114-115) belirttiğine göre, 224 sayılı yasanın öncelikle Muş ilinde başlatılmasının önemli sebepleri arasında Muş ilinin görece olarak en zor şartlara sahip olması gelmektedir çünkü yazarın aktardığına göre, dönemin yetkilileri, ilgili yasa eğer Muş ilinde hayata geçirilebilirse, her yerde gerçekleştirilebilir düşüncesini taşımaktadır.

¹⁷¹ 1983 – 84 yılları tüm illerin, sembolik anlamda (Karadağ, 1999, s.124) katılımıyla, ülkenin tamamının, 224 sayılı yasa gereği, sosyalizasyon kapsamına alındığı yıllar olmuştur (Kutbay, 2002, s.34; Özsarı, 2005, s.5).

¹⁷² Sorunlu bir uygulama olmasının nedenleri arasında, ilgili dönemin konjonktürü gereği, tedavi edici hizmetlerin koruyucu hizmetlere karşı olan göreceli önemi bulunmaktadır. Erden'e (2003, s.9) göre, dönemin Sağlık Bakanları ve yüksek yöneticileri, koruyucu hizmetler yerine, tedavi edici hizmetleri tercih etmişlerdir. Halbuki Karadağ'ın aktardığına göre (1999, s. 109), bireylerin sağlıklarını sürdürmek ve korumak, bozulduğu zaman tedavi etmekten daha insancıl ve ekonomiktir. Pala ise, 224 sayılı yasanın başarılı bir biçimde uygulanamamasına değişik sebepler çerçevesinde bakmaktadır (2007, s.12-13). Yazara göre, bu sebepler arasında, seçilmiş ve atanmışların yasaya tam olarak inanmayışı, sağlık kuruluşlarının personel, teçhizat ve ödenek bakımından tam olarak desteklenemeyişi, sevk zinciri kuralının işletilemeyişi vb. sayılabilir.

¹⁷³ 224 sayılı yasanın doğu illerinden başlayarak tüm ülkeyi kapsamasına ve bütünüyle hayata geçirilmesine engel oluşturan bazı noktalar dikkat çekmektedir. Bu noktalar arasında, yasanın üçüncü maddesi ile getirilen kamu – özel alandan birini seçme zorunluluğu ilkesinin tam olarak uygulanamayışı, 1965 yılında kabul edilen Devlet Personel Yasası'nın tam zamanlı ve sözleşmeli çalıştırmayı kaldırması, sosyalizasyon sürecinin önemli ayaklarından sağlık ocaklarının işlevlerini yerine getirememesi, sağlık alanında yaşamsal öneme sahip sevk zincirinin işletilememesi, mali kaynak aktarımında yeterli devamlığın sağlanamaması, yasal altyapının tam olarak oluşturulamaması, sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması ilkesinin başarılı olamaması ve uygulama ile kuramsal destek sağlayan kurumlar arasında eşgüdümsüzlük öne çıkmaktadır (Karadağ, 1999, s. 120).

¹⁷⁴ 1950 yılında iktidara gelen Menderes Hükümeti, bürokrasi ve seçkinleri değil, halkı, odak noktası kabul etmiştir. Dolayısıyla, 1950-1960 yılları arasında siyasi olarak ikinci planda kalan yönetici – seçkin kesimin bu durumu kabullenmesi olanaklı değildir. Menderes hükümetinin yönetsel ve siyasi alanda seçkinlerle girdiği restleşmeyi, askeri bürokrasiyi de elinde tutan seçkinler kazanmıştır. Menderes'in içinde bulunduğu en önemli yanılgı, elinde hiçbir güç bulunmayan halka güvenmesidir. Halbuki asıl güçlü olan, ezici çoğunluğu oluşturan halk değil, çok küçük bir toplumsal kesimi oluşturan seçkinlerdir. Bu bağlamda, halkın oylarıyla seçilmiş Menderes ve iki bakanın asılarak idam edilmesi, aslında, seçkinlerce halka verilmiş bir gözdağıdır. Yukarıda ifade edilen olgunun, demokrasi tarihimizin en üzücü olayları arasında

hakkının tanınması, DPT'nin açılması ve 224 sayılı yasanın hazırlanması ve yürürlüğe konmasının, bu çerçevede değerlendirilebileceğini belirtmektedir (1999, s.76).

Dolayısıyla, 224 sayılı yasa, Menderes dönemi sağlık alanının kamusalılığının azaltılması çabalarının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Çünkü Menderes dönemi sağlık politikaları¹⁷⁵, tedavi edici sağlık hizmetlerini ön plana almış, yatak sayısı 18 binden 46 bine çıkarmıştır (Kerman, 1999, s.76). 1961 Anayasası'nı takip eden dönemde sistemin sosyalleştirilmesine ilişkin çıkarılan ilgili 224 sayılı yasanın dördüncü maddesi¹⁷⁶, aynı zamanda, özel sağlık sektörünün oluşumu ve gelişiminin önünü açmıştır. Sağlığın özelleşmesi durumunu, 80'li yıllarla birlikte gelişen neo – liberal anlayışın desteklemesiyle birlikte (Erden, 2003, s.9), sosyal devlet anlayışı ve kamunun sağlık sektöründeki pozisyonu sorgulanmaya başlamıştır. 24 Ocak 1980 kararlarının da altını çizdiği üzere, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri, piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve bireylerin gelirleri oranında yararlanabilecekleri hizmetler şeklini almıştır (Erden, 2003, s. 9)

1960'lı yıllarla birlikte sağlık alanının özel sektöre açılması ve daha sonra değişik kaynaklarla birlikte hız kazanan özelleştirme sürecinin yardımıyla, sağlık alanında ortaya çıkan kamu – özel ikilemi hakkında değişik görüşler ortaya çıkmıştır¹⁷⁷. Sağlık alanı kamu dışına açılmasını olumlu algılayan görüşlerin, farklı noktalara değindiği aktarılmaktadır. Bunlar arasında, özel sektörün sağlık sürecine katılmasının sunum ve finansmanda verimlilik sağlayacağı, taleplere yönelik duyarlılık artışı, ayrıca, daha fazla sermaye ve yatırım sağlanması olanağı örnek olarak gösterilebilir (Tatar, 1997, s.80).

Sağlık alanının kamu dışına açılmasına olumsuz bakan Yıldız'a (1994, s.8) göre, kamu dışına açılmanın getireceği özelleştirme uygulamaları, sağlık alanında zaten var olan eşitsizlikleri artıracak, sağlık çalışanları açısından tehlikeler oluşturacak ve ulusal kaynakların uluslararası sermaye tarafından emilmesi sonucunu getirecektir (Karabulut, 2001, s.36). Ener ve Yelkikalkan (2003, s.102) da, özel sektörün sağlık hizmetlerinde

yer alan halk tarafından seçilmiş bir Başbakan'ın idamına ilişkin farklı bir bakış açısı olarak değerlendirilmesi gerekir.

¹⁷⁵ Hükümet politikalarının, tedavi edici veya koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana alması, sağlık politikalarının sosyal ya da liberal içerikli olmasının önemli araçlarından birisi olarak değerlendirilebilir.

¹⁷⁶ *"Madde 4 – Kamu sektörüne dahil kurumlardan maaş veya ücret almayan ve hiç bir şekilde aynı ve nakdi menfaat sağlamayan hekim ve tababet şubeleri mensupları, – yürürlükteki kanunların hükümleri dairesinde – mesleklerini serbestçe yapmaya ve özel sağlık kurumları ve eczane kurmaya yetkilidirler"* (sadeleştirilmiştir).

¹⁷⁷ İki ülkenin sağlık sistemini karşılaştırdığı çalışmada, Exadakylos (2005, s.2) Bulgaristan ve Yunanistan'ın sağlık sistemlerinin, kamudan özele doğru kaydığını ifade etmektedir. Brugha ve Zwi (1998, s.107) ilgili çalışmalarında, Dünya Bankası'na (1993) göre, düşük ve orta gelir grubunda yer alan ülkelerde kamu sağlık sektör ve hizmetlerinin küçültülerek, özel sektörün, bu alanda teşvik edildiğini belirtmektedir. Bu ülkelerin yaşadıkları kaynak sorunları, bu durumun sebepleri arasında yer alabilir. Mutlu'ya göre, içerdiği bazı özellikler nedeniyle, eğitim ve sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, kaynak sıkıntısı çeken kamu kesimi tarafından optimum düzeyde karşılanamayabilir (2006, s. 30). Böyle bir durum, bu alana kaynak aktarabilecek olan girişimleri teşvik etmeyi gündeme taşımaktadır.

faaliyet göstermesi sürecinde, sağlık hizmetlerinde artan boyutta bir eşitsizlik olgusuyla karşılaşıldığını belirtmekte, bu durumu, artan fiyatlara, yetersiz altyapıya, kalifiye personel eksikliğine, kamusal kaynakların yanlış kullanımına ve tıbbi ihmellere bağlamaktadır. Belek ve Soyer (1995, s.77) ise, sağlığın kamusalının vazgeçilmez olduğunu belirterek; ilgili konuda paylaşılan birçok görüş aktarmaktadır. Yazarlardan aktarıldığına göre:

§ Kamu sağlık kuruluşları, ödeme gücünü dikkate almadan tüm vatandaşlara hizmet sunarlar¹⁷⁸ fakat özel sağlık kuruluşları ödeme gücü olmayan bireylere hizmet sunmazlar¹⁷⁹.

§ Kuramsal olarak, kamu sağlık kuruluşlarının dağılımı, nüfusa orantılı bir gelişim gösterme eğiliminde iken, özel sektör, kârlı yöreleri tercih edecektir (ayrıca, McGregor, 2001, s. 87).

§ Özel sağlık kuruluşlarının daha verimli olduğu/olacağı ve rekabeti geliştireceği yönündeki kanı yanlıştır. Örneğin, reklam ve yönetim giderleri maliyetleri artırıp, verimliliği azaltabilir. Ayrıca, özel kurumlar uzmanlaşma yönünde ilerleyerek, tekel oluşturma eğilimi taşımaktadır.

§ Özel sektörün kâr elde etme dinamikli olması, yüksek personel hareketliliği, hoşnutsuzluk, memnuniyetsizlik vb. birçok olumsuzluğu beraberinde getirebilir (Karabulut, 2001, s. 36) veya hizmette süreklilik ilkesini aksatabilir (Öztek, 2002, s.193).

1980'li ve sonraki yıllarda¹⁸⁰ sağlık alanına ilişkin olarak, Özal dönemine vurgu yapan Kutbay'a (2002, s.34) göre, 1983-1987-1991 yılları arasında uygulanan sosyal, siyasal ve ekonomik politikalar, sosyalizasyonu amaçlayan siyasalardan radikal

¹⁷⁸ Kamu hizmetinin özellikleri arasında yer alan "bedelsizlik" özelliğinin, artık, tatlı bir geçmişten ibaret olduğu aktarılmaktadır (Sezer, 2000, s.18). Sezer'e göre, günümüzde sunulan birçok kamu hizmetinden bedel alınması (*kullanım ücreti*) temel oluşturmaktadır.

¹⁷⁹ Kamu hizmeti özel sektör tarafından sunulsa da, hizmetin gözetim ve denetimi kamusal birimler tarafından yapılmaktadır. Ayrıca, hizmetin görülmesini özel sektöre veren birimler de kamusal olduğu için, değişik yöntem ve tekniklerin yardımıyla hizmetin görülmesinin devri sürecinde, ödeme gücü olmayan kesimleri garanti altına alınacak yöntemler (*kupon, kontenjan vb.*) geliştirilebilir. O yüzden, kamu hizmetinin kamusal birimler dışında görülmesine ilişkin süreci anlama ve algılamaya ilişkin olarak, bireylerde yanlış kanıların oluşması söz konusudur. Yalnız, yukarıda uygulamaya ilişkin belirtilen kuramsal açıklamalar her zaman gerçekleşmeyebilir. Örneğin, Uruguay'da özel sektörün genişlemesinin, yoksulların aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi ile sonuçlandığı aktarılmaktadır (Tatar, 1997, s. 82).

¹⁸⁰ Altay (2007, s.43), 1982 Anayasası'nda devletin sosyal boyutunun, 1961 Anayasası'ndan farklı bir şekilde biçimlendirildiğini düşünmektedir. 1982 Anayasası çerçevesinde şekillenen anlayış, sağlık hizmetlerini, devletçe sağlanan sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devlet tarafından planlanıp, denetlenen bir hizmete dönüştürmüştür. Yazara göre, böyle bir anlayışın uygulamaya dönük yansımaları ise, sağlık hizmetlerinin üretimini, sunumunun ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında oluşmasıdır. Piyasa sürecinin egemen olduğu bir ortamda, rekabetin ortaya çıkarılması, etkinlik ve kalitenin artırılmasının hedeflenmesi söz konusudur (2007, s.43). Elbette, piyasanın hakim kılındığı bir ortamda, sağlığın bir hak olmaktan öte, parayla alınıp satılabilecek bir meta olması ve parası olmayanın dışlanabilmesi kaçınılmazdır.

biçiminde ayrılmaktadır. 13.12.1981 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname¹⁸¹ (K.H.K.) ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri hakkında yeni düzenleme yapılmışsa da, ilgili kararname, 18.06.1984 yılında çıkarılan 210 sayılı K.H.K. ile değiştirilmiştir. 24.01.1989 yılında, bakanlık mevzuatındaki “sosyal hizmetler” ve “sosyal yardım” konuları ayrıştırılarak, bu konular başka bakanlıklarla ilişkilendirilmiştir (Orhan, 1993, s. 40-41).

Sağlığa ilişkin kronolojik gelişmeler özetlenecek olursa, Türkiye Cumhuriyeti'nin hukuksal değil ama fiilen kurulduğu 1920 tarihinden itibaren 1950'li yıllara kadar izlenen resmi politika, yerel yönetimler veya merkezi yönetim eliyle de olsa sağlık hizmetlerinin kamusal yönüne vurgu yapmaktadır. 1970'li yıllardan itibaren ise, sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılması fikri uygulamaya konulmuş, 1980'li yıllardan itibaren de, sağlık hizmetlerinin özel sektör bağlamında güçlendirilmesi bir anlamda devletin resmi politikası haline gelmiştir (Erden, 2003, s.10). 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” ile sağlık hizmetleri alanında özel girişimler teşvik edilmiş ve devletin bu alandan aşamalı çekilişi öngörülmüştür. Anayasa Mahkemesi'nin ilgili yasanın önemli maddelerini iptal etmesiyle, yasa halen yürürlükte olmasına rağmen (Pala, 2007, s.17), yasa uygulanma imkanı bulamamıştır (Kutbay, 2002, s.34). Yıldırım'a (2000(a), s. 627) göre, 1980'li yıllarla birlikte, diğer ülkelerle birlikte, Türkiye'de de sağlığa ilişkin reformların yapılması gerekliliğinden söz edilmeye başlanmıştır¹⁸².

¹⁸¹ 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilatı ve Memurin Kanunu'nun 1 – 23 maddelerini mülga duruma düşüren 1983 tarih ve 181 sayılı KHK'nın 2. maddesi, Sağlık Bakanlığının görevleri arasında şunları saymaktadır:

- § “Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulamak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdukmak,
- § Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- § Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
- § İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
- § Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
- § Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy işleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- § Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldırarak,
- § Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- § Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- § Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelinin yetiştirmek,
- § Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak”

¹⁸² Kutbay'ın (2002, s.34) bu bağlamda aktardığına göre, 1990 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık reformu çalışmaları başlatılmıştır. Öncelikle, muhasebe – finansman alanında uluslararası denetim firması olarak faaliyet gösteren PriceWaterHouseCoopers'a “Sağlık Sektörü Master Planı” hazırlanmıştır. Bu planda, Türk sağlık sistemine ilişkin önemli bir noktaya da değinilmektedir. Karadağ'ın (1999, s.171) aktardığına göre, örgüt şeması gibi temel nitelikteki bilgiler bile ancak ilgili plan çerçevesinde bir araya

2.1.1.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları

Türk sağlık sisteminin yaşadığı sorunlar¹⁸³, değişik bakış açıları tarafından değişik biçimlerde tanımlanmaktadır. Örneğin, Yıldırım (2007, s.8), Türk sağlık sisteminin sistematik sorunlar yaşadığını savunarak, finansman ve sunum açısından yüksek oranlı kurumsal ve işlevsel bölünmüşlüğü, örgütsel bağlamda güçsüz yönetsel yetenekleri, sistemin tedavi edici ağırlıklı olmasını, insan kaynaklarının dengesiz dağılımını, hakkaniyetsizliği, memnuniyetsizliği bu sorunlar arasında saymaktadır. Erden (2003, s.22), sağlık sistemine ilişkin sorunları kategori bazlı irdeleyerek, siyaset kaynaklı sorunlar, örgütsel sorunlar, finansman sorunları, hizmet üretimi ve sunumuna ilişkin sorunlar, personel ve politikaya ilişkin sorunlardan söz etmektedir. Karaelmas (1994, s.40) ise, daha örneksel bağlamda olmak üzere, Türkiye'nin sağlık sorunları arasında, yüksek doğurganlık, ana – bebek ölümleri, beslenme bozuklukları, çevresel sorunlar ve hızlı nüfus artışını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından dönemin Cumhurbaşkanı'na sunulmak üzere hazırlanmış reform belgesinde¹⁸⁴ (1996, s.8-10), Türk sağlık sisteminin sorunları bazı başlıklar halinde ifade edilmektedir. İlgili rapora göre, Türk sağlık sistemi, politika geliştirmeye ilişkin¹⁸⁵, hizmetlerin sunumuna ilişkin¹⁸⁶, finansmana ilişkin¹⁸⁷, insan gücüne ilişkin¹⁸⁸, yönetime ilişkin¹⁸⁹, mevzuata ilişkin¹⁹⁰ ve bilgiye ilişkin¹⁹¹ sorunlar taşımaktadır. Tatar

getirebilmiştir. İlgili planı takip eden ve 1993 yılında hazırlanan yasa tasarısı ise, çeşitli kesimlerden gelen yoğun eleştiriler üzerine yasalaşma olanağı bulamamıştır.

¹⁸³ Şahin ve Top (2002, s.3), sağlık ve sosyal sistem içerisinde yer alan artan taleplerin, kısıtlı kaynakların, bölgelerarası eşitsizliklerin, nitelikli ve yeterli çalışanlara ilişkin sorunların ve bu sorunları çözümlenmeye yönelik arayışın önemli olduğunu belirtmektedir. Onlara göre, bu olgular ve çözüm arayışları, aslında, son yıllarda makro düzeyde gündemde olan devletin ve kamu sektörünün yeniden tanımlama çalışmaları ile oldukça ilişkilidir. Yazarlar, çözüm çabalarının, sosyal alanı da içerecek biçimde, çok geniş bir eksende yürütülmesi gerektiği kanısındadır.

¹⁸⁴ İlgili reform belgesinde önerilen reform adımları arasında, mevcut 59. Hükümet tarafından gerçekleştirilen aile hekimliği sistemi, hastanelerin özerk işletmelere dönüştürülmesi, genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik kurumunun oluşturulması bulunmaktadır. Bu bağlamda değerlendirilecek olursa, AKP hükümetinin geliştirmeye çalıştığı sağlıkta dönüşüm programının kökleri, ilgili hükümetten daha önce kurgulanmıştır. AKP'nin tek başına iktidar olmasıyla bu adımlar yaşamaya geçirilebilmiştir. Dolayısıyla, AKP yerine başka bir siyasi parti de tek başına iktidar olsaydı, ilgili adımların yine de atılacağını öngörmek yanlış olmayacaktır.

¹⁸⁵ Politika geliştirmede eşgüdümsüzlük, çok aktörlülük, bilimsel destek yoksunluğu, nitelikli personel eksikliği politika geliştirmeye ilişkin sorunlar arasında sayılmaktadır.

¹⁸⁶ Birinci basamak hizmetlere önem vermeme, sevk zincirinin işletilmemesi, verimsiz hastane yönetimi, erişimde hakkaniyetsizlik bu başlık altında toplanmaktadır.

¹⁸⁷ Kaynak azlığı, doğrudan (*cepten*) harcama fazlası, koruyucu hizmetlere önem vermeme, sunum ve finansman ayrımının olmaması, sosyal güvenlik sisteminin kapsayıcı olmaması bu bağlamda sayılmaktadır.

¹⁸⁸ Rasyonel insan kaynakları planlamasının olmaması, coğrafi dağılım dengesizliği (ayrıca, Aktan, 2007, s.9), uzmanlık dağılımının dengesizliği, hizmet içi eğitim eksikliği, özlük haklarının yetersizliği, personel arası eşitsizlik bu bağlamda değerlendirilmektedir.

¹⁸⁹ Merkeziyetçilik, karmaşık ve dikey örgütsel yapılanma, merkez – taşra farklılaşması bu çerçevede sıralanmaktadır.

¹⁹⁰ Mevzuatın yaşlı olması, mevzuat içi çakışma ve eşgüdümsüzlük, ayrıntılı mevzuat yapılanması bu bağlamda değerlendirilmektedir (ayrıca, Aktan, 2007, s.9). Konuya ilişkin olarak Aktan (2007, s.8-9),

ve Tatar (1997, s. 226) Türk sağlık sisteminin, siyasal irade eksikliği, kısıtlı kaynak, sektörler arası işbirliği ve sağlık çalışanlarına maddi teşvik azlığı gibi sorunlar karşısında başarısızlığa düştüğünü not etmektedir.

Sağlığa ilişkin bütün önlemlerin alınması ve sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanabilmesi, devletin anayasal yükümlülükleri arasında yer alsada, Türkiye, sözü edilen konuya ilişkin değişik sıkıntılar yaşamaktadır. Karşılaşılan sıkıntıların en önemlileri arasında, Türk sağlık hizmetlerinin tedavi edici hizmetler alanında yoğunlaşmış olup, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri alanında yeterli başarıyı henüz yakalayamamış olması gösterilmektedir (Tekinel ve Deniz, 2001, s.20). Konuya ilişkin benzer düşünceleri paylaşan Soyer'e göre (2003, s.316) ise, Türk sağlık hizmetleri bağlamında¹⁹², koruyucu sağlık hizmetlerde önemli bir azalış söz konusu iken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise, artış söz konusudur. Bu durumu yazar, sağlık sisteminin ticarileştirilmesinin önemli adımları arasında algılamaktadır. Devletin özel sektöre sağlık alanında katılım olanağını sağlaması, klinik ve tedavi edici ağırlıklı bir sistem oluşmasına ideolojik teşvik biçiminde algılanması gerektiği aktarılmaktadır (Tatar, 1997, s.81). Sözü edilen konuyu siyasal bağlamda irdeleyen Reinke ve Hall'a göre (1988), siyasetçiler, belli dönemler çerçevesinde görevde bulunmalarına rağmen, uygulamaya çalıştığı bazı politikaların ortaya çıkaracağı etkilerin görülmesi uzun zaman almaktadır. Dolayısıyla, siyasetçiler, sonuçları kısa zamanda görülebilen ve toplum tarafından daha somut biçimde algılanabilen tedavi edici hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine tercih etmektedir (Yıldırım, 2000(a), s.630). Diamond (1995:129) ise, ilgili konuyu daha genel bir çerçevede içine oturarak, demokrasi, rıza ve meşruluk kavramlarının birbirini tamamlayan bir yapısal bağ kurduğunu belirterek, siyasal sistemde istenen ile yapılan arasında önemli farklılaşmanın ortaya çıkabileceğine dikkat çekmektedir¹⁹³.

Sağlık Bakanlığı'nın en önemli mevzuat sorunu olarak, hala bir kuruluş kanununun olmamasını, sağlık hizmetlerinin KHK çerçevesinde yürütülmesini göstermektedir.

¹⁹¹ Bilgi eksikliği, geri bildirim sorunu, güvenilirlik ve doğruluk şüphesi, kullanılabilirlik düşüklüğü, örgüt içi bilgi toplama ve değerlendirmede eşgüdümsüzlük söz konusudur.

¹⁹² 1980'li yıllardan beri Türk sağlık sistemine ilişkin politikaların irdelenmesi sonucunda bazı noktaların ön plana çıkarılabileceğini belirten Soyer'e göre (2003, s.314–318), sağlık sistemimizde öne çıkan ilk nokta, azalan bütçe payı ve yapılan yatırım harcamaları olarak gözükmektedir. İkinci nokta, sağlık alanında bazı hizmetlerin (*yemek, temizlik, güvenlik vb.*) özelleştirilmesi yoluna gidilmesi söz konusu olmuştur. Ayrıca, temel sağlık hizmetlerine ilişkin olarak, özel sağlık kuruluşlarına sevk ve özel sektörden malzeme edinilmesi yoluna gidilmesi, sağlık sisteminin kamu dışına açılma eğilimini güçlendirmektedir. Bununla birlikte, Türkiye bağlamında, kişisel sağlık harcamaları, kurumsal harcamaların önüne geçmekte, bu durum da, yazara göre, sektörün ticarileştirildiği yönündeki kaygıları güçlendirmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarına ilişkin önemli bir saptamaya yer veren yazar, ücretlerin düşüklüğünün yanında, sağlık çalışanları arasında önemli bir farklılaşmanın oluştuğunu savunmaktadır.

¹⁹³ Larry Diamonds'a göre: "Demokrasi rızayı gerektirmektedir. Rıza da meşruluğu gerektirmektedir. Fakat etkinlik rızaya kurban edilebilir. Seçimle gelen liderler, ne kadar gerekli ve akıllıca da olsa, çoğu kez halkın istemediği ve beğenmediği politikaları izlemeye isteksizdir."

Bir diğer sıkıntı, sosyal güvenlik politikalarına ilişkin yaşanmaktadır. Türk sosyal güvenlik sistemine göz atılırsa, temel olarak üç adet sosyal güvenlik sistemiyle (*SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı*) karşılaşılmaktadır¹⁹⁴. Nüfusun tamamı dikkate alındığında, yaklaşık üçte ikilik bir kesimin sosyal güvenlik çatısı altında olduğu (Demir ve Usta, 2001, s.3; Karabulut, 2001, s.37; Karaelmas, 1994, s.42), dolayısıyla, nüfusun önemli bir kesiminin sosyal güvenlikten yoksun olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, anayasal bir kurum olan “*sosyal devlet ilkesi*” ile bağdaşmamaktadır. Karabulut’a göre (2001, s. 40), sosyal güvence eksikliği, Türkiye’nin önündeki en temel sorunlardan biridir¹⁹⁵. Bu çalışma, sağlık sisteminin karşılaştığı sorunları, Erden’in çalışmasında olduğu gibi, kategorize ederek, değişik başlıklar altında irdelemektedir.

2.1.1.2.1. Siyaset Kaynaklı Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin diğer kamu hizmetleri gibi bir bakanlık bünyesinde toplanmasını siyasal etkilere açık olma endişesi¹⁹⁶ ve sivil toplum örgütleri ile yeterli derecede işbirliği olanaklarının geliştirilmemesi ile birlikte değerlendiren Erden’e (2003, s. 22) göre, sağlık politikaları, bir devlet politikası olarak sürekli uygulanması gerekirken, yalnızca dönemsel olarak uygulanabilmektedir. Oysa sağlık kamu hizmetinin sürekli olması ve sağlık alanına ilişkin siyasaların oluşturulması sürecinde yönetim¹⁹⁷ temelli etkileşimlerden olabildiğince yararlanılması gerekmektedir. Bu bağlamda, siyaset kaynaklı sorunlara, eşgüdüm sorunu da eklenebilir (Erden, 2003, s.22). Siyasal iktidarların belirli dönemler çerçevesinde sürekli olarak değişmesi, siyasal politikaların da değişimini beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, Türk siyasal sisteminde görünüşte asıl olan devlet politikaları değil, hükümet politikalarıdır. Durum böyle olunca, bütün siyasal iktidarları bağlayabilecek uzun dönemli siyasalar oluşturulamamakta, bu da sağlık

¹⁹⁴ Kamusal anlamda birçok alanda değişim ve dönüşümü amaçlayan mevcut Erdoğan Hükümeti’nin sosyal güvenliği, olması gerektiği gibi, Sosyal Güvenlik Kurumu çerçevesinde, tek bir çatı altında toplamaya oldukça yaklaştığı dikkat çekmektedir.

¹⁹⁵ Tokat’a (1997, s.9) göre, sosyal güvencenin kapsamlı olmaması, mevcut sağlık hizmetlerinin yetersiz ve verimsiz kullanımı, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, Türk sağlık hizmetlerinin sorunları bağlamında dikkat çekmektedir (Demir ve Usta, 2001, s.3).

¹⁹⁶ Herhangi bir kamu hizmetinin bakanlık çerçevesinde şekillenmesi, temsili – liberal demokrasi bağlamında sorunsal değildir. Elbette ki, siyasal bağlamda çoğunluğu elde eden herhangi bir siyasal parti, en meşru hakkı olan iktidarı elde etmek için, hükümet kurmaya çalışacak, seçim ve hükümet programında yer alan ilke ve düşüncelerini uygulamaya çalışacaktır. Bu noktada, toplumun ve muhalefet partileri dahil tüm siyasal aktörlerin, iktidarda olan siyasal partiye ve onun uygulamalarına saygı duyması bir gerekliliktir. Elbette, siyasal iktidarın da siyasal teamül ve kurallara uygun davranması, siyaset oyununun bir zorunluluğudur. Bu açıdan, Erden’in siyaset kaynaklı sorunlar arasında belirttiği sağlık hizmetinin siyasal etkiye son derece açık bir şekilde ve yönetsel açıdan bakanlık çerçevesinde olmasını eleştirmesi, kabul edilemez. Yalnız eleştirilebilir olan, siyasetin sivil topluma, toplumun geneline ve diğer sivil ve siyasal aktörlere duyarsız kalması veya duyarsız olmaya devam etmesidir.

¹⁹⁷ Yönetişim sürecinde yer alacak sivil ve siyasal aktörlerin ayrıca sorumluluk taşımaları ve çeşitli kanallarla geliştirilecek hesap verebilme mekanizmalarına açık olmasının da sağlanması gerekmektedir.

sisteminde yer alan kurumların kendi aralarında eşgüdüm sağlanmasında önemli bir engel oluşturmaktadır (ayrıca, Kerman, 1999, s.38).

Türk sağlık hizmetlerine ilişkin siyaset kaynaklı bir diğer sorun alanı, hizmetler arasında bir öncelik ve tercih sorununun, sürekli bir gerilim kaynağı oluşturması olarak gözükmektedir (Erden, 2003, s.22). Çalışmanın çeşitli yerlerinde de ifade edildiği gibi, sağlık hizmetlerinin siyasal tarihi incelendiği zaman, sağlık hizmetleri arasında bir öncelik ve tercih durumunun olduğu anlaşılmaktadır. Gerek siyasal, gerek ulusal gerekse de küresel konjonktür gereği, tedavi edici hizmetler ile koruyucu hizmetler arasında siyasal anlayışlardan kaynaklanan öncelik sorununun sürekliliğini koruduğunu belirtmek yerindedir.

2.1.1.2.2. Örgüt Kaynaklı Sorunlar

Sağlık sistemi içerisinde, politika oluşturma, hizmet sunma, finansman sağlama vb. bağlamlarında çok farklı kurumların yer alması, sunum ve finansman sorunlarının bir arada çözülmesi zorunluluğu, merkezîyetçi bir yapının varlığı ve bu durumun devam etmesi, insan kaynakları sorunu ve kurum içi ve kurumlar arası iletişim ve bilişim sorunları, sağlık sisteminin yaşadığı örgütsel sorunlar arasında gösterilmektedir (Erden, 2003, s.23). Bunun yanında, sağlık alanında yoğun biçimde hissedilen bir diğer örgütsel sorun da, insan kaynaklarında yaşanan tıkanıklık ve dengesizliktir (Karadağ, 1999, s. 171). Tatar ve Tatar'a göre (1997, s. 226) Türk sağlık sisteminin en önemli özelliği ve bu özelliğinden kaynaklanan en önemli sorunu, örgütsel veya işlevsel bağlamda söz konusu olan, dağınıklık ve parçalanmışlıktır. Bu bağlamda, yazarlar, birbirinden ayrı örgütsel çatılar altında sağlık hizmeti sunmayı (*geçmişte, SSK örneğinde olduğu gibi*) sorunsal olarak değerlendirmektedir (1997, s. 227).

2.1.1.2.3. Finansman Kaynaklı Sorunlar

1961 ve 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasalarının, devleti, bir sosyal devlet olarak tanımlaması gereğince, sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynağı, genel bütçedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında işçi, işveren ve devletin katkısıyla oluşturulan sosyal güvenlik uygulamaları da önemlidir. Bunun yanında, cepten ödemeler de sağlık hizmetlerinin finansmanına yardımcı olmaktadır (Orhaner, 2006, s. 7).

Türk sağlık hizmetlerinin finansmanında, evrensel olarak bilinen tüm yöntemler kullanılmasına rağmen, finansmana ilişkin karmaşa ve belirsizlik devam etmektedir (Özdemir vd., 2003, s. 209). Cumhurbaşkanı'nın, yetkisi çerçevesinde Anayasa Mahkemesi'ne götürdüğü 5510 sayılı "*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*"nun bazı hükümlerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesinden sonra, ilgili

kanunun tekrar görüşülmesi süreci, hükümet tarafından ertelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yaşadığı finansman sorununu önemli ölçüde çözümlenebilecek yasanın son hali, finansman sorununa ilişkin karmaşa ve belirsizliği ortadan kaldırılabılır.

Sözü edilen sorun dışında, Türk sağlık hizmetlerinin finansmanında değişik sorunlar göze çarpmaktadır (Erden, 2003, s.23): Öncelikle, sağlığa yeterince kaynak ayrılmamakta (ayrıca, Pala, 2007, s.8), ayrılanlar ise, verimli kullanılmamaktadır (ayrıca, Karaelmas, 1994, s.41; Özdemir, vd., 2003, s. 209). Sağlık finansmanı bağlamında kurumlararası¹⁹⁸ eşgüdüm ve iletişim sorunları (ayrıca, Karaelmas, 1994, s.41) kaynak israfına sebep olmaktadır. Konuya ilişkin olarak Pala, sağlık alanında devletin finansal ve üretim işlevlerinden gittikçe çekilmesini ve mevcut finansal kaynakların bölgeler arasında eşit olmayan biçimde dağılımını sorunsal bir durum olarak değerlendirmektedir (2007, s.9). Türk sağlık sisteminde finansal sıkıntıların¹⁹⁹ bir diğer kaynağı, emeklilik ve sağlık sigortalarının bileşik yapısı olarak gösterilmektedir (Karadağ, 1999, s.173).

Konuya ilişkin genel olarak bir değerlendirme yapılırsa, Türkiye, nüfus oranı ve sağlığa ayrılan kaynak bağlamında ülkelerarası karşılaştırmada alt sıralarda yer alan, sağlık sektörünün piyasa mekanizmalarına hızlı bir biçimde uyum gösteren bir finansal yapı sunmaktadır (Karadağ, 1999, s. 125).

2.1.1.2.4. Hizmet Üretimi ve Sunumu Kaynaklı Sorunlar

Sağlık alanında hizmet üretim ve sunumuna ilişkin en temel sorunlar arasında, sağlıklı ve etkin bir sevk zincirinin çalıştırılmaması öncelikle gelmektedir (Karaelmas, 1994, s.43). Erden'in (2003, s.24) de konuya ilişkin olarak aktardığı üzere, ikinci basamak tedavi merkezlerinde bile bazen, birinci basamak hizmetler verilmektedir. Ayrıca, verilen hizmetlere ilişkin, geri bildirim temelli bir değerlendirme – denetleme sürecinde sorunlar bulunmaktadır. Bunun yanında, ayakta teşhis – tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi, tam anlamıyla gelişmemiştir (Karadağ, 1999, s.169). Ayrıca, sağlık çalışanlarının çağdaş olmanın gerektirdiği nazik davranışlarda bulunmamaları, sıklıkla kabalaştıkları gözlemlenebilir.

Sağlık sistemimiz bağlamında en öne çıkan sorunun, dil, din, toplumsal sınıf veya coğrafi bölgeler bağlamında ortaya çıkan eşitsizlik olduğunu belirten Pala'ya göre, bu

¹⁹⁸ Özdemir vd.'nin aktardığına göre, sağlık sistemimizde, üretim ve finansman bağlamında resmi, yarı resmi ve özel kuruluşların sayısı, elliye bulmaktadır (2003, s. 209).

¹⁹⁹ Sağlık finansman sisteminin reform ihtiyacı, değişik faktörlere bağlanmaktadır (Orhaner, 2006, s. 10). Öncelikle, sağlık harcamalarında kamu payının % 70'lerin üzerinde olması, gerek dolaylı gerek doğrudan, gittikçe artan oranlarda sosyal güvenlik transferlerinin bütçe üzerinde artan yük oluşturması, finansmana ilişkin çok sayıda aktör bulunmasının ortaya çıkardığı eşgüdümsüzlük ve farklılıkların mevcudiyeti, sosyal güvenlikli yarıarlananların memnuniyetsizliği vb. gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin finansmanında reform ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır.

eşitsizlik hem sağlık hizmetlerine erişimde hem de kaynak ve olanakların bölüşümünde geçerlidir (2007, s. 8).

2.1.2. Sağlık Reformları

Türk sağlık sistemi bağlamında ortaya çıkan sorun, engel veya eksiklikleri çözüme kavuşturabilmek bağlamında, kaynağını ulusal veya evrensel gerekçelerden alan değişik reform adımları atılmıştır. Bu reformların ayrıntılarını aktarmadan önce, sağlık reformlarına ortam hazırlayan koşul ve nedenlerden söz etmek gerekmektedir.

2.1.2.1. Sağlık Reformlarına Ortam Hazırlayan Koşul ve Nedenler

Türk sağlık hizmetlerinde reforma duyulan ihtiyaç ve bu ihtiyacın koşul ve nedenleri, Türk kamu yönetiminde gerçekleştirilen reformlardan çok fazla farklılaşmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde reform yapılmasına ilişkin gerekçeler arasında, ideoloji, ulaşılabilirlik sorunu, mali sorunlar sayılabilir.

2.1.2.1.1. İdeoloji Kökenli Değişim ve Dönüşümler

Özellikle, temelini kuramsal alandan alan yeni yaklaşımlar, sağlık alanındaki değişim ve dönüşümü hızlandırmaktadır. Bu bağlamda 70’li ve 80’li yıllarda küresel çapta yaygınlık kazanan veya kazandırılan neo – liberal uygulama ve söylemler, sağlık alanında önemli değişimlere sebep olmuştur. Özellikle, uluslararası finans kurumları kaynaklı güdüler, sıklıkla eleştirilmektedir.

Sağlık alanında önemli bir reform kabul edilen yerelleşmeye ilişkin farklı bir noktaya dikkat çeken Khaleghian’a göre (2004, s. 167) eleştirel kritik kuramlar yerelleşmeyi, özellikle aynı karakteri içeren bir uygulama sepetinin ürünü olması yargısıyla değerlendirmekte, her bir uygulamanın kendine has güçlü yanlarını, zayıflıklarını veya diğer uygulama ve süreçlerle ortaya çıkabilecek etkileşimini göz ardı etmektedir. Halbuki yazara göre, herhangi bir dönüşümü etkileşim noktalarından soyutlayarak eleştirmek veya kötümsemek, metaformolojik bağlamda, yıkanan bebeği, kirlenmiş suyla birlikte atmakla eşdeğerdedir.

2.1.2.1.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Sorunu

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik sorunu ile öncelikle sağlık hizmetlerine erişimde bölge veya sosyal tabakalar bağlamında ortaya çıkan eşitsizlik, ikinci olarak da, sağlık bakımına erişimde hakkaniyet sorunlarının olması kastedilmektedir. Sağlık bakımına erişimde hakkaniyet temelli sorunlar, mali kaynak azlığından veya arz – talep dengesizliğinden kaynaklanabileceği (Karadağ, 1999, s.129) gibi, siyasal, örgütsel ve

toplumsal geleneklere koşut biçimde ortaya çıkan kayırmacılık, ayrımcılık, rüşvet vb. olgulardan da kaynaklanabilir.

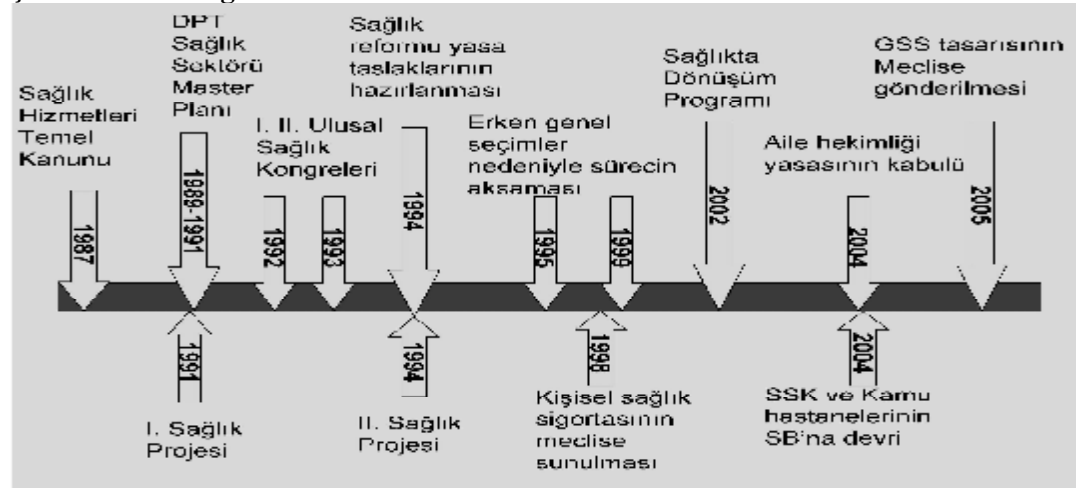
2.1.2.1.3. Mali Kaynak Sorunu

Tüm sağlık sistemlerinin ortak olarak paylaştıkları ana sorun, genel ekonomiyle bağlantılı olan mali kaynak ve finansman sorunudur²⁰⁰. Yerelleşme süreci bağlamında, sağlık hizmetlerinin kim tarafından ve nasıl finanse edileceği sorununun, yerel yönetimlerin özerklik derecelerini doğrudan etkileyen bir yönü bulunmaktadır. Konuya ilişkin olarak ifade edildiğine göre, 1970 ve 1980'li yıllarda Nijerya, Papua Yeni Gine, Sudan, *Botswana* gibi ülkeler, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında, yetki devrini tercih etmiş olmalarına rağmen, gelir yönünden güçlü olmayan yerel yönetimler, sonuçta merkezi yönetime bağlı kalmıştır (Mutlu, 2006, s. 35). Buradan, genel bir kural olarak denilebilir ki, hizmetlere ilişkin finansman kaynağı sağlayan aktör, hizmetlere ilişkin söz hakkını da elinde bulunduracaktır

2.1.2.2. Türk Sağlık Reformuna İlişkin Çalışma ve Projeler

Türk sağlık hizmetlerine ilişkin değişik dönemlerde, değişik siyasal iktidarlar tarafından gerçekleştirilmeye çalışılmış bazı çalışma ve projeler bulunmaktadır. Aşağıdaki şemada Türk sağlık sistemi bağlamında gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar özetlenmiştir. Çalışmada, öncelikle sağlık reformlarına ilişkin çalışmalara değinilecek, daha sonra konuya ilişkin olan projelerden söz edilecektir.

Şekil 3: Türk Sağlık Reformları



Kaynak: Bakar ve Akgün, 2005

²⁰⁰ Ülkenin gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, sağlık alanına ayrılan kaynağa ilişkin yetersizlik savı ortaya atılabilir. Karadağ'a göre (1999, s.131) mali kaynak olanaklarına ilişkin sıkıntı, ekonomilerin genel gidişatından, sektör içi veya sektör dışından kaynaklanabilir. Bunlar arasında, 1970'li yıllarda bütün ülkeleri derinden etkileyen petrol krizinin bütçeler üzerinde meydana getirdiği açıklar, sağlık harcamalarındaki artış oranlarının gelir artış oranlarını aşması, tedavi maliyetlerinin konjonktürel artışları ve tanı – tedavi ücretlerine ilişkin kötü uygulamalar sayılabilir (Karadağ, 1999, s.132).

2.1.2.2.1. Türk Sağlık Reformuna ilişkin Çalışmalar

1990'lı yıllar, Türk sağlık sistemine ilişkin siyasa belirleme sürecinde bir dönüm noktası olarak değerlendirilmektedir. 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 sektörlerarası etkileşimi artırmak vd. gerçekleştirilmesi amaçlanan hedefler arasında yer almaktadır. Sözü edilen reform çalışması çerçevesinde, sağlık alanında hem örgütsel hem de finansal²⁰¹ düzenleme yapılması öngörülmektedir (Tatar ve Tatar, 1997, s. 228).

Bu bağlamda, 1990 ve 1993 yıllarında, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “2000 Yılında Herkese Sağlık: Milli Sağlık Politikası” ve “Ulusal Sağlık Politikası” isimli yayınlar²⁰², sağlık alanında merkezi yönetimin gerçekleştirmeyi planladığı dönüşüm planının önemli ayaklarını oluşturmaktadır (Tatar, M., 1993, s. 147). Sözü edilen reform çabalarının en önemli vurgusunun “yerelleşme²⁰³” üzerine olduğunu belirten Tatar ve Tatar (1997, s. 228), ilgili doküman çerçevesinde il sağlık müdürlüklerinin yöre halkı için sağlık hizmeti satın alan bir konuma getirilmesinin öngörüldüğünü belirtmektedir. Sözü edilen modelde, kaynaklar her müdürlüğün kendi

²⁰¹ Finansal alanda uzun bir zamandan beri öngörülen, tüm toplumu kapsayıcı “Genel Sağlık Sigortası”nın yasal altyapısı, ancak mevcut 59. Hükümet tarafından gerçekleştirilebilmiştir. İlgili sürecin altyapısının oluşturulması bağlamında, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ve 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” önemli adımlar olarak dikkati çekmektedir. Sosyal güvenlik bağlamında yeni bir örgütsel yapı ve çatı oluşturulmasından önce, 59. Hükümet yerel, özerk ve askeri kurumlar hariç olmak üzere, tüm sağlık kuruluşlarını Sağlık Bakanlığı'na bağlayan 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” isimli yasayı da uygulamaya dahil etmiştir.

²⁰² M. Tatar'a göre, bu belgelerin önemi, daha önce sağlık hizmetleri bağlamında alışılmamış bir uygulama olan “katılım” sürecini içermesinde yatmaktadır (1993, s. 147). Ulusal Sağlık Politikası'ndan yerelleşmeye ilişkin notlar aktaran Uz (1999, s.119), ilgili dokümanı “yerinden yönetim”, “halkın, meslek kuruluşlarının ve özel sektörün katılımı”, “profesyonel yöneticiler”, “dikey model yerine entegrasyon anlayışı” gibi kavramlara vurgu yapması bakımından önemli saymaktadır. I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde, Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı Çalışma Grubu'nun hazırladığı raporun “Öneriler” bölümü de, sağlık hizmetlerinin planlama ve yürütülmesinde, yerinden yönetim ilkesinin temel alınması gerektiği yönünde ifadeler taşımaktadır (Uz, 1999, s.119). Uz'un (1999, s.122) konuya ilişkin olarak aktardığına göre, sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetiminin yerel yönetimlere bırakılmasını destekleyen bazı görüşler bulunmaktadır. Bu görüşler, sağlık hizmetlerinin temelde, belediyelere, özelde ise, Büyükşehir belediyelerine bırakılmasını desteklemektedir.

²⁰³ Türkiye'ye komşu ülkelerde süren sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi çabalarına bir örnek olarak, Bulgaristan'daki sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi gösterilebilir. Bulgaristan'da, 1992 yılından itibaren, sağlık kuruluşlarının önemli bir çoğunluğunun mülkiyeti, belediyelere bırakılmaktadır. 1995 yılında Bulgar Sağlık Bakanlığı, ayrıca, yerel sağlık alanına ilişkin yönetim yetkilerini, 28 adet bölgesel sağlık merkezine devretmiştir (Exadaktylos, 2005, s.2). Yunanistan'da da benzer gelişmelerin olduğu gözden kaçmamaktadır (Tountas vd., 2002, 15-29).

havuzunda birikecek, yetkililer tarafından kanalize edilecektir. İlgili reform önerisi çerçevesinde, hastanelerin de özerk birimler olması amaçlanmaktadır. İl sağlık müdürlükleri, hem aile hekimlerine hasta sayıları miktarınca ödeme yapabilecek, hem de hastanelerden blok kontratlar çerçevesinde hizmet satın alabilecektir. Yazarlara göre, reformun en çarpıcı özellikleri, hastanelerin özerk birimler²⁰⁴ olarak kendi aralarında rekabet edebilmeleri ve aile hekimliği kurumunun²⁰⁵ öngörülmesidir.

Türk sağlık sistemine ilişkin reform çalışmalarının²⁰⁶, ilgili yöndeki küresel akımları takiben 80'li yılların sonunda başladığını belirten Yıldırım (2000(a), s.627), aradan on yılı aşkın bir zaman geçmesine rağmen, reformlara ilişkin çok az gelişme kaydedildiğini belirtmektedir. İlgili reform çalışmalarının hayata geçirilememesine ilişkin olarak Yıldırım, çeşitli toplumsal aktörlerin görevlerini yerine getiremediğini savunarak; konuya ilişkin çeşitli argümanlar geliştirmiştir. Ona göre (2000(a), s. 633–634), siyasal ve ekonomik istikrarsızlık, demokrasi kültürü eksikliği, değişik çıkar gruplarının baskıları ve aydınların sesini duyuramamaları, sürecin yavaş işleminde önemli kabul edilmelidir.

Türk sağlık sistemini reforme edilmesine ilişkin mevcut çabanın mevcut AKP hükümeti tarafından başlatılan sağlıkta dönüşüm programıyla başladığı görülmektedir. İlgili program, insan merkezilik, sürdürülebilirlik, kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, yerelleşme ve rekabet ilkelerinin şekillendirdiği, sağlık bakanlığının planlama ve denetleme rollerine kayacağı bir sistem öngörmektedir (Pala, 2007, s.17-18).

Bu program çerçevesinde atılmaya çalışılan adımların çerçevesini bazı tespitlerle çizmeye çalışan Pala'ya göre, sözü edilen program, öncelikle, sağlık kurum ve kuruluşlarının örgütsel yapısını değiştirmeyi amaçlamaktadır (2007, s.18). bu programın değiştirmeye çalıştığı örgütsel yapının 224 sayılı yasayla şekillendiğini ifade eden Pala, sonuçta ortaya çıkarılmak istenen sistemin sosyalleştirilmiş sağlık sistemi yerine piyasalaştırılmış sağlık sistemi öngördüğünü savunmaktadır²⁰⁷.

²⁰⁴ Kamu hastanelerinin özerk birimler olmasına ilişkin olarak, Sağlık Bakanlığı bir adım atarak, “*Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı*” nı görüş ve tartışmaya açmış durumdadır.

²⁰⁵ Kapıtuçuluk olarak da adlandırılabilir olan sistemin bir örneği olan aile hekimliği sistemi, sağlık sistemleri bağlamında önemli bir harcama kalemi olan hastaların rahatsızlandıklarında nereye, nasıl müracaat edeceklerini bilmemeleri bağlamında ortaya çıkarılmış bir formüldür (Öcek vd., 2006, s. 144). Yazarların ifade ettiğine göre, bugün Avrupa'nın bir çok ülkesinde Kapıtuçuluk formülü temeldir (2006, 145).

²⁰⁶ Türkiye'ye ilişkin ilgili reform çabalarının diğer ülkelerde olduğu gibi temelde dört temel konu etrafında şekillenmesinin düşünüldüğünü aktaran Yıldırım (2000(a), s.627), bu çerçeveleri, “*Sağlık hizmetlerinde kamunun ve özel sektörün değişen konumları*”, “*Desantralizasyon*”, “*Hizmeti kullananların güçlendirilmesi*”, “*Halk sağlığının konumu*” şeklinde tanımlamaktadır. Saltman ve Figueras (1998) Avrupa sağlık reformlarının, ilgili dört çerçeve etrafında şekillendiğini belirtmektedir (Yıldırım, 2000(a), s.627).

²⁰⁷ Sağlıkta dönüşüm programının örgütsel yapıyı değiştirmesinin ortaya çıkaracağı bazı olumsuzluklara vurgu yapan Pala, öncelikle, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanacağını, temel sağlık hizmeti odaklı

2.1.2.2.2. Türk Sağlık Reformuna ilişkin Projeler

Türkiye’de sağlık reformu çabalarının, projeler bağlamında hayata geçirildiğini belirten Kutbay’a (2002, s.34) göre, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sağlık alanındaki evrensel düzenlemeye ilişkin rol ve yerini Dünya Bankası’na bırakmasından sonra, sağlık alanında proje kredileri veren Dünya Bankası ile Türkiye arasında değişik zamanlarda üç adet borçlanma sözleşmesi²⁰⁸ imzalanmıştır (Kutbay, 2002, s.34; Özkal, 2000, s. 111). Özkal (2000, s. 111), ilgili üç anlaşmayla ilgili olarak Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ile iki ayrı anlaşmanın daha imzalandığını belirtmektedir.

2.1.2.2.2.1. Birinci Sağlık Projesi

147.47 milyon dolarlık bütçeye (% 51’i (75 milyon \$) Dünya Bankası tarafından, % 49’u (72.47 milyon \$) Türkiye tarafından finanse edilecek) sahip olan birinci sağlık projesinin²⁰⁹ hazırlıkları, 1987-1990 arasında tamamlanmış, 1990 yılında DB ile kredi anlaşmasının imzalanmasını izleyen 1991 yılında²¹⁰, proje fiilen başlamıştır. 1998 yılında tamamlanan projenin resmi kapanışı, 30 Nisan 1999’da gerçekleştirilmiştir (Kutbay, 2002, s.34). Proje, kapanışı itibariyle % 99 oranında gerçekleşmiş ve bu kapsamda, Sivas Suşehri ve Muğla Milas’ta tamamlanan devlet hastaneleri hizmete açılmış, ayrıca, Ankara Polatlı (% 98), Ankara Haymana (% 95) Muğla Fethiye (% 95) hastanelerinde de belirtilen oranlarda fiziki gerçekleşme sağlanmıştır. Hastane yapımlarının yanı sıra, hedeflenen planlı faaliyetler de tamamen gerçekleştirilmiştir (Özkal, 2000, s. 116).

sistemin terk edileceğini, birinci basamak hizmetlerde uzman hekime odaklı anlayışın, ekip çalışmasını yok edeceğini vb. iddia etmektedir.

²⁰⁸ Dönemin T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında gerçekleştirilen bu sözleşmelerden ilki, 3057 TU numaralı “Sağlık Projesi Anlaşması” olup, 16 Ağustos 1990 yılında imzalanmış ve 7 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bunu, 28 Eylül 1994 tarihinde 3802 TU numaralı imzalanan ve 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “İkinci Sağlık Projesi Anlaşması” izlemiş, son olarak da, 4201 TU numaralı “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi Anlaşması” 22 Eylül 1997 tarihinde imzalanarak, 17 Aralık 1997 tarih ve 23203 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

²⁰⁹ Birinci projenin amaçları, Resmi Gazete’nin 7 Ekim 1990 tarih ve 20654 sayılı baskısının 15. sayfasına gönderme yaparak açıklanmaktadır. Buna göre, ilgili amaçlar (Kutbay 2002, s.34-35) arasında, seçilen sekiz ilde (Ankara, Diyarbakır, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat Yozgat ve İstanbul (Pendik, Ümraniye, Eyyüp ve Bakırköy ilçelerinde), il sağlık hizmetlerinin, özellikle, temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın yönetim kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni modellerin geliştirilmesini amaçlayan reform çalışmalarının desteklenmesi, temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılarak, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması bulunmaktadır (Özkal, 2000, s.113).

²¹⁰ Dünya Bankası’nın aynı yıllarda bir çok ülkeyle sağlık hizmetlerine ilişkin kredi anlaşmaları imzaladığı görülmektedir. 1991 yılında, Arjantin ile sağlık alanında kredi anlaşması imzalayan DB, aynen Türkiye’de olduğu gibi temel olarak dört alanda reform yapılmasını önermiştir: Hastanelerin yerelleşmesi, İnsan kaynakları gelişimi, Sağlık bilgi sistemi oluşturulması ve Sağlık durumunun iyileştirilmesi. Konuya ilişkin olarak, Saltman ve Figueras (1998, s. 86) 1991 yılıyla birlikte, DB, DSÖ, AB ve OECD gibi uluslararası örgüt ve yapıların sağlık yerelleşmesi konusunu gündemine aldıklarını ve konuya ilişkin doküman yayınlamaya başladıklarını ifade etmektedir.

2.1.2.2.2. İkinci Sağlık Projesi

Hazırlık çalışmaları 1992-1993 yılları arasında gerçekleştirilen proje²¹¹, Dünya Bankası ile Türkiye arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanarak, 22 Aralık 1994 tarihinde 22149 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 3805 no.lu borçlanma sözleşmesi ile birlikte başlamıştır.

2.1.2.2.3. Temel Sağlık Hizmetleri Projesi

18.5 milyon \$’lık (14,5 milyon \$’lık kısmı Dünya Bankası’ndan sağlanmaktadır) bir bütçeye sahip olan proje, 22 Eylül 1997 yılında imzalanmış ve 17 Aralık 1997 yılında Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Projenin, Eskişehir ve Bilecik pilot illerinde Aile hekimliğinin²¹² uygulanması için temel oluşturması planlanmaktadır (Kutbay 2002, s. 35). Yazar’a göre (2002 ,s.35), ilgili projeye, 224 sayılı yasa kırsal kesimde korunmak istenirken, kentsel alanlarda etkin bir sevk zincirinin oluşturulması ve aile hekimliğinin yerleştirilmesi amaçlanmaktadır.

2.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Yerel Yönetimler

2.1.3.1. Türk Sağlık Hizmetleri ve Yerel Dönüşüm Süreci

Türk yönetim sisteminde, yerel yönetimler, temel olarak köy, il özel yönetimi ve belediye olmak üzere üç biçimde bulunmaktadır. Belediyeler de, kendi içerisinde belediye ve Büyükşehir belediyesi olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Yapılan son yönetsel düzenlemelerden önce, yerel yönetimler, eski tarihli yasal mevzuat çerçevesinde yönetilmekteydi²¹³. Yerel yönetimlerin görev, yetki, kaynak bakımından gelişme süreçleri, Türkiye’de yerel yönetimlerin sağlık hizmetleriyle olan ilişkisini ortaya koymak açısından çok işlevseldir.

²¹¹ Bu projenin, kalkınmada öncelikli olan 1. ve 2. dereceli illerde, 1995-2001 yılları arasında uygulanması planlanmıştır. 200 milyon \$’lık bütçeye sahip olan projenin 150 milyon \$’lık kısmının Dünya Bankası tarafından finanse edilmesi öngörülmüş, normal prosedürde çoğunluğu Doğu ve G. Doğu illerinden olmak üzere 23 il bulunmasına rağmen, 1999 yılında gerçekleşen deprem sebebiyle Adapazarı, İstanbul, Yalova, Bolu ve Kocaeli illeri de projeye dahil edilmiştir (Kutbay, 2002, s.35). Bu anlaşmanın, daha çok personel eğitimleri ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Özkal, 2000, s. 125).

²¹² Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına meslek örgütlerinin karşı çıktığı bilinmektedir. Yalnız, aile hekimliği salt Türkiye’ye has bir uygulama olmayıp çevre ülkelerde de bulunmaktadır. Örneğin, Bulgaristan’da aile hekimliği uzun süreden beri bulunmaktadır. Yunanistan’ın da 1997 yılında çıkardığı bir kanunla, aile hekimliği sistemi benimsenmiştir. Yalnız, mevcut durumda, Yunanistan, bu kurumu henüz işletmemektedir (Exadaktylos, 2005, s.3-6).

²¹³ Yönetsel geçmişleri 1864 tarihli “Teşkil-i Vilayet Nizamnamesi – Tuna Vilayet Nizamnamesi” ne kadar uzanan il özel idareleri, 22.2.2005 tarih ve 5302 sayılı “İl Özel İdaresi Kanunu”na kadar, 1987 yılında yürürlüğe giren 3360 sayılı kanun çerçevesinde yönetilmekteydi. Belediyeler, 13.07.2005 tarih ve 5293 sayılı “Belediye Kanunu” na kadar, 1580 sayılı kanun çerçevesinde yönetilmekteydi. Benzer biçimde, Büyükşehir belediyeleri de, 23.07.2004 tarih ve 5216 sayılı kanunun yürürlüğe girmesine kadar, 3030 sayılı kanun çerçevesinde yönetilmekteydi. Yerel yönetimlerin en küçük birimi olan köylerin örgütlenmesi ve yönetimi, 1924 tarih ve 442 sayılı kanuna dayanmaktadır. Demokratik bakımdan en özerk yönetim biriminin köy olduğunu belirtmekle birlikte, köylerin akçal ve yönetsel açıdan son derece zayıf olduğu dikkate alınmalıdır.

Bilindiği üzere, Türk yerel yönetimlerin gelişim süreçleri, Batı'daki örneklerden farklı olmuştur. Küresel bağlamda, yerel yönetimlerin işlev ve amaçları merkezi yönetime bir tepki olarak ortaya çıkması, hatta yerel yönetimlerin merkezi yönetimlerden önce oluşması; yerel yönetimleri özerk ve güçlü kılarken, Türkiye örneğinde, yerel yönetimler, merkezi yönetim tarafından bir uzantı şeklinde kurgulanmıştır (Göymen, 2000: 3; Parlak ve Sobacı, 2005: 86; Polatoğlu, 2001: 121; Eryılmaz, 2003: 186; Pirlir, Gürsoy ve Başsoy, 1997: 29; Kösecik ve Sağbaş, 2005: 112). Yerel yönetimlerin Türkiye'de ortaya çıkışları, merkezi yönetimin, yerel gelişme ve dinamikleri kontrol amacına da bağlanabilir. Ergun'un (2004: 173) aktardığına göre, Osmanlı'da ortaya çıkmaya başlayan yerel meclislerin kurulma amaçları, demokratik yerel yönetim birimleri sağlamaktan çok, taşrada egemen gözükten güçler üzerinde denetim kurmayı amaçlamaktadır. Göymen (1999: 68) – *belediyeler bağlamında* – yerel yönetimlerin ortaya çıkışını, merkezi hükümetin işlerini yerel düzeyde yürütecek “*yeni bir yönetim aracı*” na ihtiyaç duyması çerçevesinde değerlendirmektedir. Dolayısıyla, merkezi yönetimin, yerel yönetimler üzerinde denetim kurma amacı veya işlevi²¹⁴, kamu hizmetlerini kimin sunacağı²¹⁵ tartışmasını beraberinde getirmekte ve sürekli gündem tutmaktadır.

Türk yönetim sisteminde merkez – yerel yönetim ikileminin ortaya çıkardığı bazı sorunları tanımlayan Özel'e göre (2000, s. 41) ilk sorun, merkezi yönetimin yerel yönetimleri “*adam yerine koymaması*” dır. Diğer bir ifadeyle, merkezi yönetim, yerel yönetimleri merkezi yönetimin hiyerarşisi dışında özerk yönetsel örgütler olarak değil, kendi yönetsel hiyerarşisine dâhil olan kamu kuruluşları biçiminde algılamaktadır. Diğer sorun ise, yetki ve sorumlulukların paylaşımına ilişkin kesinlik ve açıklığın olmamasına ilişkindir. Anayasal tarihimizde bu duruma bir istisna oluşturması bağlamında, 1921 Anayasası (*Teşkilat-ı Esasiye Kanunu, 1921*) son derece önemli bir örnektir. İlgili anayasada, yerel yönetimlerin çok geniş yetkilerle²¹⁶ donatıldıkları gözlemlenmektedir. 1921 Anayasası'nda yerel yönetimlere bu kadar geniş yetkilerin tanınmasının, yeni

²¹⁴ Bir bütün olarak modern yönetim sistemimizin Kıta Avrupası'ndan etkilenerek şekillendiği kabul edilirse, Kıta Avrupası yönetim sisteminin merkeziyetçi etkileri, öncelikle Osmanlı yönetsel sistemi üzerinde hissedilmiş, bu eğilim, Türkiye Cumhuriyeti bağlamında da devam etmiştir (Göymen, 2000: 3; Çevik, 2004, s. 52; Görmez, 1997: 95 ve 109; Pirlir, Gürsoy ve Başsoy, 1997: 14; Kösecik ve Sağbaş, 2005: 114; Güler, 1998: 153; Yalçındağ, 1996: 173).

²¹⁵ Yerel yönetimlerin merkezi yönetimle karşılaştırıldığında sadece sembolik işlevlere sahip olması, yönetim sistemimize ait bir çok sorunun kaynağında yer almakta, hatta Türk yönetim sistemindeki sorunların aşılmasına ilişkin izlenecek temel yolun, – *kamu hizmetleri bağlamında* – hizmet görmeye ilişkin ağırlığın, merkezi yönetimin yerel yönetimlere kaydırılması olacağı belirtilmektedir (Arslan ve Mahmutoglu, 2005: 108).

²¹⁶ 1921 Anayasasında yerel yönetimlerin özerk ve tüzel kişiliğe sahip oldukları belirtilmiş, asli nitelikte olan ve ulusal düzeyde konumlanması gereken kamu hizmetleri dışında kalan vakıflar, eğitim, sağlık, ekonomi, tarım, bayındırlık ve sosyal hizmetlerin yürütülmesi “*Vilayet Şuraları*”na bırakılmıştır (1921 Anayasası, Md.11, 1337 H., 1921 M.).

kurulmakta olan SSCB'ye gönderme yapılarak anlaşılacağı belirtilmektedir (Güler, 1998: 155; Pirlar, Gürsoy ve Başsoy, 1997: 31). 1921 Anayasası, yerel yönetimlere çok geniş hak ve yetkiler tanınmasına rağmen, anayasanın uygulanmasını sağlayacak, kanun, tüzük, yönetmelik vb. yasal mevzuat oluşturulmadığı için bu Anayasa, uygulanma olanağı bulamamıştır (Pirlar, Gürsoy ve Başsoy, 1997: 31; Tatar ve Tatar, 1998: 101). 1924 Anayasası²¹⁷ ise, önceki anayasanın yerel yönetimlere tanıdığı geniş yetkileri öngörmemiş, sadece altıncı ve son bölümde, “*Türlü İfadeler*” kısmında yerel yönetimlere gönderme yapmıştır. Bu maddeler, yerel yönetimler hakkında tanımlama amaçlı çok kısa hükümler barındırmaktadır²¹⁸ (1924 Anayasası, Md. 89-91). 1961 Anayasası'na bakıldığı zaman, bu anayasanın, yerel yönetimler hakkında oldukça geniş hükümler barındırdığı gözükmektedir. Öncelikle, 1921 Anayasası'ndan sonra, yerel yönetimlerin özerk olduklarından tekrar söz edilmiş, ayrıca, yerel yönetimlerin karar alma ve uygulama mekanizmalarına ilişkin kararların, sadece yargı erkine ait olduğu belirtilmiştir. Akçal bağlamda, yerel yönetimlerin yerine getirmek zorunda oldukları görev ve yetkileri oranında kaynaklandırılması öngörülmüştür (1961 Anayasası, Md. 116-115). Bu anayasada, yerel yönetimlerden genişçe söz edilmesinin gerekçelerinin arasında, öncelikle, anayasanın genel yapısı gösterilebilir çünkü 1961 anayasası, anayasal tarihimizin en ileri ve özgürlükçü anayasasıdır. Bununla birlikte, merkezi yönetimin yeterince güçlü hale gelmesi ve 1924 Anayasası'yla geri bırakılan yerel yönetimlerin güçlendirilmesi gereği, önemli diğer gerekçeler olarak düşünülebilir. 1982 Anayasasına bakıldığı zaman, yerel yönetimlerin 127. madde²¹⁹ içerisinde düzenlendiği görülmektedir. İlgili madde incelendiği zaman, yerel yönetimlerin yerel nitelikteki ortak gereksinimleri karşılamak üzere, karar organları yerel seçmenler tarafından seçilen, kamu tüzel kişiliğini

²¹⁷ 20.4.1340 tarih ve 491 sayılı Teşkilat-ı Esasiye Kanunu, 10.1.1945 tarih ve 4695 sayılı Kanunla anlam ve kavramda değişiklik yapılmayarak sadeleştirilmiştir.

²¹⁸ Cumhuriyetin yeni kurulduğu dikkate alınır, merkezi yönetimi ve denetimi güçlendirici hükümlerin yoğunlukta olması ve yerel yönetimlerin nerdeyse yok sayılması, anlaşılır kabul edilebilir. Bu bağlamda, 1921 Anayasası'nın Türkiye Cumhuriyeti hukuken henüz kurulmadan çıkarıldığı dikkate alınmalıdır.

²¹⁹ “**MADDE 127.** – Mahallî idareler; il, belediye veya köy halkının mahallî müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, gene kanunda gösterilen, seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişileridir.

Mahallî idarelerin kuruluş ve görevleri ile yetkileri, yerinden yönetim ilkesine uygun olarak kanunla düzenlenir.

(Değişik: 23.7.1995-4121/12 md.) Mahallî idarelerin seçimleri, 67 nci maddedeki esaslara göre beş yılda bir yapılır. Ancak, milletvekili genel veya ara seçiminden önceki veya sonraki bir yıl içinde yapılması gereken mahallî idareler organlarına veya bu organların üyelerine ilişkin genel veya ara seçimler milletvekili genel veya ara seçimleriyle birlikte yapılır. Kanun, büyük yerleşim merkezleri için özel yönetim biçimleri getirebilir.

Mahallî idarelerin seçilmiş organlarının, organlık sıfatını kazanmalarına ilişkin itirazların çözümü ve kaybetmeleri, konusundaki denetim yargı yolu ile olur. Ancak, görevleri ile ilgili bir suç sebebi ile hakkında soruşturma veya kovuşturma açılan mahallî idare organları veya bu organların üyelerini, İçişleri Bakanı, geçici bir tedbir olarak, kesin hükme kadar uzaklaştırabilir.

Merkezî idare, mahallî idareler üzerinde, mahallî hizmetlerin idaresinin bütünlüğü ilkesine uygun şekilde yürütülmesi, kamu görevlerinde birliğin sağlanması, toplum yararının korunması ve mahallî ihtiyaçların gereği gibi karşılanması amacıyla, kanunda belirtilen esas ve usuller dairesinde idarî vesayet yetkisine sahiptir.

Mahallî idarelerin belirli kamu hizmetlerinin görülmesi amacı ile kendi aralarında Bakanlar Kurulunun izni ile birlik kurmaları, görevleri, yetkileri, maliye ve kolluk işleri ve merkezî idare ile karşılıklı bağ ve ilgileri kanunla düzenlenir. Bu idarelere, görevleri ile orantılı gelir kaynakları sağlanır.”

haiz yönetsel birimler olduğu görülmektedir. Yerel yönetimler açısından, 1982 anayasasının 1961 Anayasası'na göre, daha bağlayıcı ve net hükümler getirdiği görülmektedir (Tatar ve Tatar, 1997, s.102). Bu hükümler arasında, yerel özerkliği son derece sınırlayan “*yönetsel vesayet*” kavramı öne çıkmaktadır (Pirler, Gürsoy ve Başsoy, 1997: 33).

Sağlık hizmetleri bağlamında irdelendiği zaman, 1961 Anayasası'na kadar hiçbir anayasal metin, sağlık hakkından söz etmemektedir. Osmanlı dönemi ve Cumhuriyetin ilk yıllarında, sağlık hizmetleri, asli kamu hizmetleri bağlamında düşünülmemiştir (Pirler, Gürsoy ve Başsoy, 1995, s. 135-136). Gerek Tanzimat ve Islahat Fermanları, gerek 1878 ve 1908 Anayasaları, sağlık hakkında bir şey söylememektedir. 1921 ve 1924 Anayasaları da, sağlık hakkından söz etmemektedir. Savaş sonrası dönemde, küresel bağlamda gelişen sosyal devlet ilkesi gereğince, ilk defa, 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde²²⁰ sağlık hakkından söz edilmektedir.

Sağlık alanında temel görevli ve yetkili merkezi yönetim olmasına rağmen, yerel yönetimlerin sembolik de olsa, sağlık hizmetleri bağlamında, sağlık tesisleri kurma ve işletme çerçevesinde bazı işlevleri bulunmaktadır. Konuya ilişkin yasal mevzuatımız incelendiği zaman (1930 tarih ve 1580 sayılı yasa (R.G. 14.04.1930, S. 1471) ile yine aynı tarihli ve aralarında 20 gün bulunan 1593 sayılı yasa (R.G. 06.05.1930, S.1489) çerçevesinde), özellikle belediyelerin, paralı ve parasız hastane kurmak (1580, 15/53), sağlık ve doğumevleri yapmak (1580, 15/45; 1593, 20/13), tahlil laboratuvarları açmak (1580, 15/10), seri hastalıklarla mücadele işlerine yardım etmek (1580, 15/4; 1593, 20/10), acil tedavi hizmetleri (ulaşım araçları ve yollarda), fakirlere, yaşlılara ve çocuklara sağlık hizmeti sunmak gibi görevleri bulunmaktadır (Pirler, Tortop ve Başsoy, 1995, s.164; Kaan, 2002: 399-400).

Sağlık hizmetlerine ait işlevlerde idari vesayet olgusuna ilişkin olarak, Pirler, Tortop ve Başsoy (1995, s.164) 1984 yılına kadar belediyelere ait sağlık kurumlarına personel atamasının merkezi yönetim elinde olmasına rağmen 1984 yılında, ilgili

²²⁰ İlgili madde “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır” demektedir. 1982 Anayasası ise, ilgili madde hükmünü biraz genişleterek, 56. maddesinde;

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” demektedir.

personeli atama yetkisinin yerel yönetimlere devredildiğini belirtmektedir. Ayrıca, yazarlar, – yeni yerel yönetim yasaları öncesi eski mevzuat çerçevesinde – yerel yönetimlerin sağlık hizmeti görmek için doğrudan yetkisinin olduğu, dolayısıyla hiçbir yerden veya makamdan izin almak zorunda olmadıklarını belirtmektedir (ayrıca, Hamamcı, 1995, s.12).

Bu çerçevede asıl dikkat edilmesi gereken nokta veya sorulması gereken soru, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini yerine getirip getiremeyeceği veya getirmesi için gerekli örgütsel, yapısal veya akçal sorunların neler olduğu veya nasıl çözümlenmesi gerektiğidir (Hamamcı, 1995, s.15). Türk Tabipleri Birliği (TTB) nin konuya ilişkin olarak 22-23.12.1990 yılında gerçekleştirdiği “Sağlık Hizmetleri ve Belediyeler” isimli Çalıştay’ın sonuç bildirisinde şu noktalara vurgu yapılmaktadır:

“1- Yürürlükteki mevzuata göre belediyeler, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici her türlü sağlık hizmetini sunabilirler. Ancak, belediyelerin asıl hizmetleri sağlıklı çevre koşullarını yaratmak ve sürdürmek olmalıdır.

2- Her kademede tedavi edici sağlık hizmetini sunmak Devletin temel görevlerindedir. Bu hizmet Sağlık Bakanlığı’na verilmelidir. Bakanlık, bu görevinden arındırılamaz.

3- Sağlık Bakanlığı’nın bu görevini yeterli ve verimli olarak yapamadığı yerlerde, özellikle iç göçler sonucu hızlı kentleşme ve gecekondulaşmanın olduğu büyük kentlerde, olanakları bulunan belediyeler birinci ya da ikinci basamak tedavi hizmetlerini verebilirler. Bu konudaki girişimler ancak zorunluluk durumunda başlatılmalıdır.

4- Birinci basamak sağlık hizmetlerini (Temel Sağlık Hizmetleri) vermek durumunda kalan belediyeler, kuracakları hizmet birimlerinde “sağlık ocağı” modelini esas almalıdırlar. Bu birimlerin hizmetleri içinde çevreye ve işyerlerine yönelik koruyucu hizmetler ağırlıklı olmak üzere, ilk basamak tedavi hizmeti de verilmelidir. Bu birimlerden bütün kamu hastanelerine hasta sevkleri yapılabilir. Bu düzenlemelerde ülke düzeyinde standardizasyon gereklidir.

5- Belediyelerin sağlık hizmetleri sunumunda ve yapılanmasındaki esaslar ve standartlar Sağlık Bakanlığı, Türk Belediyecilik Derneği, Türk Tabipleri Birliği ve ilgili diğer kuruluşlardan oluşturulacak bir yapı tarafından belirlenmelidir.

6- Belediyelerin sundukları sağlık hizmetlerinin, yürürlükteki mevzuat çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı’nın hizmetleri ile uyum içinde olabilmelerini sağlayacak yasal taban oluşturulmalıdır. Bu amaçla bir Bakanlar Kurulu Kararnamesi ya da Sağlık Bakanlığı ile Belediyeler arasında ikili protokoller düşünülebilir. Bu düzenlemede kurumların karşılıklı yükümlülüklerine ve özellikle Sağlık Bakanlığı’nın personel ve lojistik ile ilgili desteğine ve denetim yetkisine yer verilmelidir. Bu düzenleme içinde İl düzeyinde İl Sağlık Müdürü, Belediye Sağlık Daire Başkanı, Tabip Odası temsilcilerinden oluşan bir koordinasyon kurulu düşünülebilir.

7- Maliyet yüksekliliği ve işletme güçlükleri de dikkate alınarak belediyeler hastane açmaktan kaçınılmalıdırlar.

8- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık personelinin özlük haklarına ilişkin mevzuat ve uygulama çelişkileri giderilmelidir.

9- Belediyeler bünyesinde “Sağlık Zabıtası” kurulması ilke olarak kabul edilmelidir. Bu örgütün biçimi ve sağlık zabıtalılarının kimlerden oluşacağı gibi konularda çalışmalar geciktirilmeden başlatılmalıdır.

10- Belediyelerin çevre sağlığı hizmetlerine yönelik sorunlar çok karmaşıktır. Bu konuda da ayrı bir çalışma grubu oluşturulmalı ve çözüm yolları araştırılmalıdır.”

Özellikle, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile birlikte, yerel yönetimlerin sağlık alanındaki işlevlerinin artırılması çabaları dikkati çekmektedir. İlgili planın amaç – ilke

ve politikalar bölümünde, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak, merkezi yönetimin görevi yetki ve sorumluluklarının azaltılarak, yerel yönetimlerin rolünün artırılacağı belirtilmektedir (VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s. 46).

Türk sağlık hizmetlerine ilişkin reform çalışmalarını, yönetsel reform çabaları çerçevesinde ele almak olanaklıdır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamındaki en önemli adımın, mevcut siyasal iktidar çerçevesinde değerlendirilmesi gerekir. Gerek 58. hükümet gerekse mevcut 59. hükümet, sağlık alanı da dâhil olmak üzere tüm kamu hizmetlerini ve kamu yönetiminin tamamını dönüştürmeye yönelik politika gütmektedir. Kamu yönetiminde yeniden yapılanma çalışmaları, önemli ölçüde AKP hükümeti tarafından başlatılmıştır (Bilgin, 2005, s. 37). AKP hükümeti tarafından başlatılan kamu yönetimi reformunun temelinde *(1980 sonrası evrensel alanda görülen neo-liberal nitelikli reform çabalarına koşut biçimde)*, kaynakların etkin ve verimli kullanılması amacıyla, devletin sosyal işlevinin bir kenara bırakılarak, düzenleyici işlevinin ön plana çıkarılması çabası çerçevesinde değerlendirilebileceği belirtilmektedir (Şen, s. 147). Kamu yönetimine dönük bu çabaların kuramsal düzeyde “*Yeni Kamu Yönetimi (İşletmeciliği)*” yaklaşımı ile tutarlı olduğunu belirtmek gerekir. Erençin’e göre, yeni kamu yönetimi yaklaşım, temelde, kamu hizmet alanının daraltılmasını, kamu harcamalarının azaltılmasını ve devlet aygıtının küçültülmesini öngörmektedir (2002, s. 26).

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi konusuna ilişkin ilk ifadeleri, 59. hükümet döneminde alt yapısı hazırlanan ve kamuoyunun belirli kesimlerinde sürekli gündemde tutulan Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı²²¹’nda (KYTKT) görmek olanaklıdır. İlgili kanunun geçici maddelerinde düzenlendiği üzere, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak yerel yönetimlere devri öngörülmektedir²²².

“..... Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte;

a) Sağlık Bakanlığı taşra teşkilâtının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine.....,”

“..... Birinci fıkranın (a) bendinde il özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesisler; il özel idarelerince Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre bina, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz

²²¹ “Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı”, 29.12.2003 tarihinde TBMM’ye sevk edilmiş, 5227 kanun numarası ve “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” ismi ile 15.07.2004 tarihinde Genel Kurul’da görüşülerek kabul edilmiş ve 21.07.2004 tarihinde Cumhurbaşkanı’na gönderilmiştir. Cumhurbaşkanı, 03.08.2004 tarihinde ilgili kanunu, mecliste tekrar görüşülmesi bağlamında, iade etmiştir.

²²² Türk sağlık hizmetlerine ilişkin yerelleşme çerçevesindeki değişim ve dönüşüm sürecini açıklama bağlamında, Dent vd.’den (2004, s.739) bir alıntı son derece açıklayıcı bulunmuştur:

“Tren, istasyondan ayrıldı, fakat henüz gitmesi gereken yere varmadı; varıp varamayacağı da belirsiz...”

malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli belediyelere devredilebilir.”

Türk belediye sisteminde ölçek ve model sorununa ilişkin bir çalışmasında, Canpolat (2002, s. 90-91) temel hizmetlerden olan sağlık hizmetleri ve belediyeler arasındaki mevcut ilişki incelendiği zaman belde belediyelerinin tamamında, ilçe belediyelerinin önemli bir kısmında sağlık hizmetlerinin verilemediğini belirtmektedir. İl ve Büyükşehir belediyelerinin çoğunluğunda da yine, sağlık hizmetleri tam anlamıyla sunulmamaktadır. Yine, ilgili çalışmasında, Canpolat (2002, s.101) belediye yöneticilerine hangi hizmetleri üstlenmek istediklerini sormuş, mevcut durumda merkezi yönetim ve taşra uzantılarının sunmakta olduğu sağlık hizmetlerinin belediyeler tarafından üstlenilmek istenmediği sonucuna erişmiştir. Ona göre, sadece Büyükşehir belediyeleri ve Büyükşehir ilçe belediyeleri sağlık hizmetlerini üstlenmek istemektedir. Ayrıca, Canpolat (2002, s. 110-111) hangi hizmetlerin yerel yönetim birliklerine devredildiğini tespit etmeye yönelik sorular da sormuştur. İlgili çalışmaya göre, Büyükşehir, Büyükşehir ilçe ve alt kademe belediyelerinden hiçbiri sağlık hizmetlerini yerel yönetim birliklerine devretmeyerek, kendileri görmek istemektedir.

2.1.3.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Bağlamında İdeoloji ve Teknik Benzeşmesi

Herhangi bir alanda gerçekleştirilmeye çalışılan reform, değişim, dönüşüm, evrimsel veya devrimsel süreçlerde, “*ideoloji ve teknik*”²²³’e mutlaka bir referans verilmelidir. Başka bir deyişle, herhangi bir değişim sürecinde gerçekleşen tartışmalar, içerisinde mutlaka “*ontolojik ve metodolojik*”²²⁴ açıdan değerlendirilmesi gereken açılımlar barındırmaktadır. Genel kabul gören tanımıyla, “*içerik ve yöntem*” tartışması herhangi bir değişim sürecinde her zaman karşımıza çıkmaktadır. Kamu yönetimindeki yerelleşme yönündeki dönüşüm hareketlerinin de “*ideoloji ve teknik*” boyutlarının ayrıştırılmasında yarar görülmektedir. Bugüne kadar yapılmış olan değişim ve dönüşüm hareketleri ve yenileşmeye ilişkin çabalarda, sözü edilen ilgili boyutlara ilişkin tartışmaların izlerini görmek ve bunları ayrıştırmak mümkündür.

“*İdeoloji*” ile kastedilen olgu, ilgili değişim veya dönüşüm çabalarının arka planında yatan siyasal, yönetsel ve toplumsal arayış ve kavramsallaştırmaları bir bütün olarak tanımlamaktır. Dolayısıyla, herhangi bir dünya görüşünü ve algılayışını temsil eden bir siyasal parti iktidara geldiği zaman, dışsal – çevresel faktörleri ve içsel

²²³ İdeoloji, neyin öncelikli yapılması gerektiğini tanımlarken, teknik, nasıl yapılması gerektiğini anlatmaktadır.

²²⁴ Ontoloji ve metodoloji konusunda, ODTÜ’deki lisans dönemimde önemli açılımlar sağlayan Doç. Dr. Yılmaz Üstüner hocaya teşekkür ederim.

dinamikleri de gözetererek, kendi anlayışı doğrultusunda siyasalar²²⁵ geliştirecek ve bunları uygulamak isteyecektir ki; böyle bir düşüncenin, en azından, temsili demokrasi ile uyumlu olduğunu kabul etmek gerekir.

2002 genel seçimleri sonucunda TBMM'e girmeyi başarabilen iki siyasal parti olan AKP ve CHP'nin parti programları, seçim bildirgeleri, raporları vb. incelendiği zaman, çalışma özelinde, sağlık sisteminin yerelleşmesine ilişkin dolaylı veya doğrudan değişik ifadeler görmek olanaklıdır²²⁶. Örneğin, CHP tarafından 1998 yılında hazırlatılan ve CHP web sitesinde hala yayınlanan "Yerel Çözüm 2000" isimli raporda CHP'nin yerel yönetimler özelinde kamu hizmetlerine ilişkin yapmak istediği dönüşümler belirtilmektedir. Buna göre:

"Merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasındaki yetki ve görev dağılımını yeniden düzenleyeceğiz. Halen merkezi yönetimde olan yetkilerden, içişleri, dış politika, milli savunma, adalet, maliye, sosyal güvenlik, bayındırlık, ulaştırma, enerji vb. hizmetlerin, kısmen sağlık ve eğitim ile ülke ölçeğinde genel planlama, eşgüdüm ve denetim dışında kalan tüm yetkiler, 5 yıl içinde yerel yönetimlere aktarılacaktır. Sonraki dönemde, yerelleşme, batı demokrasilerinde yer alan daha ileri boyutlara ulaştırılacaktır.

Merkezi yönetimin:

-Kültür ve Sanat,

-Çevre,

-Turizm,

-Kent içi trafiğin düzenlenmesi,

-Toplu Konut ve İskan,

-Köy Hizmetleri,

-Spor,

-Gençlik (Yurt ve Gençlik Kültür Merkezleri yapımı)

-Kadın

-Okul Öncesi Eğitim, Meslek İçi Eğitim, Halk Eğitimi,

-İkinci Kademe Sağlık Hizmetleri,

-Engelliler,

-Bakıma muhtaç çocuklar, sokakta yaşayan çocuklar,

-Bakıma muhtaç yaşlılarla ilgili görevleri yerel yönetimlerin sorumluluğuna bırakılacaktır.

Merkezi yönetim yalnızca koordinasyon ve denetim yapacaktır.

Yerel yönetimler:

²²⁵ Karahanoğulları (2003, s.300), iktidara gelen siyasal partilerin, programlarını hayata geçirmelerinin temel yönteminin, ilgili programlarını hukuksal metne (*Elbette, parti programlarının, mevcut yasal mevzuat bağlamında, öncelikle, Anayasa'ya, sonra, Siyasal Partiler Kanunu'na (SPK) aykırı olamayacağı teknik bir dipnot olarak belirtilmelidir*) dönüştürmesi olduğunu belirtmektedir. Bu durumun, Türkiye özelinde, geleneksel sağ – sol ayrımının belirsizleşme süreciyle çakışması dikkate alınırca, siyasal parti programlarının, anayasaya ve yasalara uygun, kalkınma planları paralelinde ve birbirine yakın oldukları görülecektir (Kerman, 1999, s.48).

²²⁶ Özer'e (2003, s.2) göre, Kasım 2002 seçimlerinden önce sağlık ve sosyal hizmetlerin devlet tarafından sağlanıp sağlanmamasına ilişkin sorunsal, tüm partiler tarafından tartışılan ve seçim propagandalarında sıklıkla kullandığı konular arasında gelmektedir. İçerisinde son seçimleri kazanan ve kendisini "muhafazakar – demokrat" olarak tanımlayan AKP bile, seçime ve sonrasına ilişkin süreçte, sağlık ve eğitim alanına ilişkin derin değişim ve dönüşümlerden söz etmektedir (Özer, 2003, s.2). Bu bağlamda, AKP tarafından, sağlık alanına ilişkin sözü edilen plan ve programların, en azından yasal süreç bağlamında gerçekleştirildiği dikkate alınmalıdır. Temmuz 2007 seçimlerine ilişkin olarak, siyasal partilerin seçim beyannamelerinde sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi konusu, Kasım 2002 dönemine göre önemini kaybetmi gözükmemektedir.

-Eğitim programlarının hazırlanması ile uygulamanın denetimi Milli Eğitim Bakanlığı'nca yapılmak üzere Temel ve Orta Eğitim ile ilgili fiziki altyapının oluşturulması ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın öngördüğü niteliklerle donatılmış eğitim kadrosunun,
-Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile ilgili fiziki alt yapının oluşturulması ve Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü niteliklere haiz sağlık personelinin sağlanması yerel yönetimlere bırakılacaktır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ülke ölçeğinde programlanması, koordine edilmesi ve bedelsiz olarak sürdürülmesi Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda devam edecektir.”
 (www.chp.org.tr, Raporlar Bölümü)

Başka bir örnek olarak, seçim bildirgeleri dikkate alınırca, her iki partini seçim bildirgesinde sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin bazı ortak ifadeler yer almaktadır. Cumhuriyet Halk Partisi (CHP), 2002 genel seçimlerine yönelik hazırladığı seçim bildirgesinde, Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık hizmetlerinden sorumlu koordinatör kuruma dönüştürüleceğini belirterek, üniversite ve askeri hastaneler hariç olmak üzere, tüm kamu sağlık kuruluşlarının tek elden yönlendirilmesinin hedeflendiği belirtilmektedir. Sağlık bakanlığının eşgüdümü sağlayacak kurum işlevini görmesi, dolaylı olarak sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi amacını taşımaktadır. AKP'nin seçim bildirgesine bakıldığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine yönelik dolaylı ifadelerle karşılaşılmaktadır. Örneğin, seçim bildirgesinin 15. sayfasında kamu yönetimine ilişkin olarak:

“Kamu yönetiminde tepeden inmeci ve tek yönlü anlayışlar terk edilecek, yönetişimci bir anlayışla devlet-toplum diyaloguna ve eğitim, sağlık, çevre gibi sosyal boyutu olan hizmetlerde işbirliğine dayanan modeller geliştirilecektir.” denilmiştir.

Kamu yönetiminde yönetim ve işbirliğinden söz edilmiş olması, şüphesiz yerel yönetimlerin işlevlerinin boyut, hacim ve miktar olarak artırılacağını içermektedir. Ayrıca, bildirgenin 29. sayfasında sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin olarak daha doğrudan ifadeler içermektedir. Buna göre:

“Yerel düzeyde hizmet yürüten il yönetimlerinin de yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bakanlıkların taşra teşkilatları ile görev ve yetkileri çakışan ve hizmetlerin yürütülmesinde sorunlara yol açan mevcut il yönetiminin hizmetlerin yerinden karşılanması ilkesine göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda, il idaresi yeniden yapılandırılacak;

• Bakanlıkların taşradaki görev ve yetkileri, aşamalı olarak Valiliklere ve İl Özel İdarelerine devredilerek bürokrasi azaltılacaktır. Yerel tercihler dikkate alınarak, sağlık, eğitim, kültür, sosyal yardımlaşma, turizm, çevre, köy işleri, tarım, hayvancılık, imar ve ulaşım hizmetlerinin il düzeyinde karşılanması sağlanacaktır.”

2002 seçimlerini birinci sırada kazanarak, tek başına hükümet kuran AKP'nin yaklaşık beş yıllık iktidarı ve uygulamaları dikkate alınırca, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında, seçim bildirgesinde sözünü ettiği ilkeleri hayata geçirmeye çalıştığı görülmektedir.

CHP'nin parti programının sağlık kısmında, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine dönük ifadeler bulunmaktadır. Buna göre:

“CHP, “Sağlık Reformu” ile “İkinci” ve “Üçüncü Kademe Sağlık Hizmeti” veren kuruluşları; “demokratikleştirme”, “özerkleştirme” ve “yerelleştirme” süreçleri ile yapılandırılacaktır.”

AKP'nin parti programına göz atıldığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin aşağıdaki dolaylı ifadelerle karşılaşılmaktadır:

“Sağlık Bakanlığı'nca yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulmasıyla tüm yerel yönetimler de buna entegre olacak ve süratle kendi ihtiyaçlarını belirleyerek, planlamalar yapacaklardır. Yerel yönetimler kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık profillerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleyecektir. Bu çalışmaların koordinasyonu Sağlık Bakanlığı'nca yerine getirilecektir.”

AKP'nin seçimden sonra açıkladığı “Acil Eylem Planı”nda yine sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin dolaylı ifadelerle karşılaşılmaktadır. Buna göre:

“Merkezi yönetimde yapılacak reform çalışmalarına paralel olarak yerel yönetim reformu öncelikli bir alan olarak ele alınacaktır. Ve bu reform bir yıl içinde tamamlanacaktır. Bu kapsamda;

- Yerel yönetimlerin görev ve yetkileri geniş bir çerçevede yeniden belirlenecek,
- İnsan kaynakları ve mali yapıları güçlendirilecek,
- İl Genel Meclisleri katılımı artıracak şekilde yeniden yapılandırılacak
- Taşra teşkilatları ve personeli aşamalı bir program dâhilinde İl İdarelerine bağlanacak,
- Yerel düzeyde sivil toplum katılımını sağlayacak Kent Konseyleri kurulacak,
- Hizmeti etkin şekilde götürecek ölçüğe sahip alt bölgeler bazında bölgesel kalkınma kurumları oluşturulacaktır.

Türk kamu hizmetlerinde gerçekleştirilmeye çalışılan bütüncül dönüşüm çabalarının, iktidarda bulunan siyasal anlayış çerçevesinde olduğunu kabul etmek gerekir. O zaman, siyasal bağlamda iktidar olan görüşün gerçekleştirmeye çalıştığı dönüşümün ontolojik yönünü tartışmak, son derece anlamlı olsa da, sonuçta, somut bir sonuç veremeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır²²⁷. Çünkü mevcut siyasal algılayışı ve bunun uygulamalarını sorgulamaya veya muhalefet etmeye çalışan görüşlerin, sonuçta “ideolojik olmak” savıyla karşı karşıya kalması kaçınılmazdır. Karahanoğulları'nın (2003, s.300) da vurguladığı gibi, iktidardaki siyasal program ve uygulamaları eleştiren ve sorgulayan görüşlerin en azından teknik açıdan yapılması gerekir ki, bunun için de teknik hukuk bilgisinin olması kaçınılmazdır.

Bunun yanında, herhangi bir uygulamanın desteklenmesi veya karşısında yer alınması, mutlak surette, herhangi bir ideolojiyle dirsek teması içinde olmayı gerektirecektir. Fukuyama'ya göre (2004, s.198), örneğin, yetki devri olgusunun işlevsel yönleri olduğu gibi, normatif yanları da bulunmaktadır. Ona göre, Fransız, Çin ve Rus devrimleriyle başlayan süreç, siyasal merkezileşme, modernite ve gelişme ile ilişkilendirilmiştir. Günümüzde ise (merkezileşmenin aksine) yerelleşme çabaları, yüksek popüler destek, katılım ve kontrol ile (olumlu biçimde) ilişkilendirilmektedir.

²²⁷ Bilindiği üzere, iktidarlara yöneltilen ve ideolojik olmakla savlanan bir görüş (ne kadar anlamlı veya işlevsel de olsa) kabul görmeyebilir. Dolayısıyla, bu bağlamda, siyasal iktidarlara karşı ontoloji içerikli değil, aksine, metodoloji içerikli tartışmaların yürütülmesi daha anlamlı gözükmektedir.

“Teknik” ile kastedilen, ilgili değişim ve dönüşüm gerçekleştirilirken, hangi yol ve yöntemlere öncelik verileceğidir. Aslında, teknik ile kastedilen olgu, kaçınılmaz biçimde, ilişkili olduğu ideoloji ile uyumlu olmak durumundadır. Yalnız, son dönemlerde, özellikle uluslararası alanda görülen zıt kutupluluğun ortadan kalkması gibi gelişmelerin etkisiyle, farklı ideolojiler arasındaki bağlantılar daha da yumuşamakta ve farklı *ideolojilerin teknikleri* birbirleriyle benzeşme eğilimi göstermektedir. Dolayısıyla, siyasal temelli değişim çabalarının, ideolojik ve metodolojik açılardan çok küçük nüanslar dışında ortak amaçlara yöneldiğini görmek, ideolojiler arasındaki zıtlığın yavaş yavaş kalktığı ve uygulamada beraber kullanılabildiklerini göstermesi bakımından önemlidir.

Yönetmel alanda *şeffaflaşmayı* sağlamak, yolsuzlukların ve düzensizliklerin önlenmesi amacı, artık toplumun tüm siyasal kesimlerinin benimsediğı ve uygulamaya koymak istediğı kavramlar olarak öne çıkmaktadır.²²⁸ Siyasilerin ve yöneticilerin *hesap verilebilirlik* özelliklerini artıracak yapısal düzenlemeler, ortak paylaşılan bir diğer unsur olarak dikkat çekmektedir. Sivil toplumun ve vatandaşların çeşitli kanalları kullanarak yönetime, karar alma, uygulama veya denetlemeye mümkün olabilecek en üst seviyede katılımını sağlama çabası da, artık, farklı ideolojiler arasında ortak kabul gören bir diğer önemli olgudur.

2.1.4. Büyükşehir Belediyeleri’nde Sağlık Hizmetleri²²⁹

Sağlık kavramı bir çok alanı kapsadığı için, sağlık hizmetlerinin üretimi bir çok kamu ve özel sektör aktörünü ilgilendirmektedir. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin ana aktörünün Sağlık Bakanlığı olmasına rağmen, bu hizmetlerin farklı bir çok kurum ve kuruluş tarafından üretildiğı görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık alanında sınırların net olmadığı, duruma göre, hizmet üretim ve sunum sürecine ilişkin olarak, karmaşa veya çakışmaların olabileceğı dikkate alınmalıdır. Çalışmanın eksenlerinden birisini, Büyükşehir Belediyeleri çerçevesinde üretilecek koruyucu, önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri oluşturduğu için, bu kısımda, bu konu ayrıntılandırılacaktır. Büyükşehir Belediyelerinin sağlık hizmetleri üretmesinin yasal

²²⁸ 2002 genel seçimler sonucunda TBMM’ye girmeyi başaran iki partiden (yaklaşık olarak, AKP % 34, CHP % 17) birinin sol görüşü, diğerinin de sağ görüşü temsil ettiğı varsayılırsa, kuramsal olarak bu iki partinin siyasal programlarının veya seçim bildirgelerinin farklı olması gerekir. Fakat her iki partinin programları ve seçim bildirgeleri karşılaştırıldığında ortak noktalar taşıdığı görülmektedir.

²²⁹ Çalışmanın önemli ayaklarından birini oluşturmasına rağmen, bu bölüm, çalışmanın diğer bölümlerine gör oldukça az yer kaplamaktadır. Konuya ilişkin gelişmeler henüz geçiş aşamasında olduğu için, önümüzdeki yıllarda Büyükşehir belediyeleri ve sağlık hizmetleri konusunun gittikçe genişlemesi beklenmektedir. Bu yüzden, çalışmada, Büyükşehir belediye seçilmişlerinin nabızları tutulmaktadır. Dolayısıyla, çalışmanın alan araştırması olarak kabul edilen üçüncü bölümünün, bu bağlamda, Büyükşehir belediyeleri ve sağlık hizmetleri konusunun devamı olarak görülmesi yararlıdır.

altyapısını, mevcut haliyle, 10.07.2004 tarihinde 3030 sayılı kanunun yerine kabul edilen 5216 Büyükşehir Belediyesi Kanunu²³⁰ oluşturmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin çerçevesini çizen diğer yasal metinler çerçevesinde de Büyükşehirlerin sağlık alanında değişik görevi yetki ve sorumluluklarının olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumuna ilişkin yasal altyapının ana çerçevesi, Anayasa'nın 56. maddesi²³¹ ile çizilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın görev ve teşkilatına ilişkin diğer yasal mevzuat ise, bu konuda ikincil çerçeveyi belirlemektedir. Konuya ilişkin temel mevzuatlardan biri olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 4. maddesi, doğrudan doğruya şehir, kasaba ve köylerin sağlığının korunmasına veya sağlık ve sosyal yardımlaşmasına ilişkin işlerin yerine getirilmesi belediyelere, il özel idarelerine ve diğer yerel yönetimlere bırakılacağını belirtmektedir. İlgili kanun maddesi, bakanlığın gereken yerlerde örnek olması bağlamında, bir takım faaliyetlerinden de söz etmektedir²³². Aynı kanunun 20. maddesinde, belediyelerin sağlık alanındaki işlevleri sayılmış; 13. fıkrasında, belediyelerin hastane, dispanser, süt çocuğu, muayene ve tedavi evi, yaşlı ve acizler evi, doğumevleri açması ve yönetilmesi gereğinden söz edilmiştir. Ayrıca, 2872 sayılı Çevre Kanunu'nun 24. maddesinin de Büyükşehir Belediyeleri'ne sağlık hizmetleri bağlamında bir takım görevler verdiği dikkate alınmalıdır.

1580 ve 3030 sayılı yasalar mülga oldukları için, ilgili yasaların belediye veya Büyükşehir belediyelerine verdikleri görevler belirtilmeyecektir. Konuyla doğrudan ilgili olması bağlamında, 5216 sayılı yasa irdelenecektir. Bu bağlamda, Büyükşehir belediyelerinin sağlık hizmetleri alanındaki işlevleri aşağıda belirtilmektedir.

²³⁰ 5216 sayılı kanunun 31.maddesi ile 27.6.1984 tarihli ve 3030 sayılı Büyükşehir Belediyelerinin Yönetimi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun ile aynı Kanunun ek ve değişiklikleri; 9.8.1983 tarihli ve 2872 sayılı Çevre Kanununun 24 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin üçüncü paragrafı yürürlükten kaldırılmıştır.

²³¹ **VIII. Sağlık, Çevre ve Konut**

A. Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması

"Madde 56– Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

²³² Hasta tedavi hizmeti, merkezi yönetimin görevi olarak ele alınmamış, bu bağlamda, sadece yerel yönetimlere yol gösterilmesi düşünülmüştür. Bu bağlamda, yerel yönetimlere yol göstermesi ve örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da (Sur, E.T. 2006, s.6) "*Numune Hastaneleri*" kurulmuş ve yerel yönetimlerin hastane kurmaları teşvik edilmiştir (Erden, 2003, s.6)

2.1.4.1. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

1593 sayılı kanununun 20. maddesinin 10. fıkrası, 3285 sayılı Hayvan Sağlığı ve Zabıtası Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ve diğer kanun ve yönetmelikler çerçevesinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek, yerel yönetimlerin ve Büyükşehir Belediyelerinin görevleri arasındadır. Orhan'ın (1993, s.75) belirttiğine göre, Türkiye, BM üyesi olduğu için, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nı ve uluslararası sağlık tüzüğünü iç hukukuna aktarmıştır. İlgili mevzuata göre, bulaşıcı hastalık niteliği taşıyan olgulardan herhangi birisi bir yerde görüldüğü zaman, en yakın yerel veya merkezi yönetsel birime haber verme zorunluluğu bulunmaktadır. Dolayısıyla, Orhan'ın da belirttiği gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede merkezi hükümet ve yerel yönetim birimlerinin ortak görevleri söz konusudur.

2.1.4.2. Sağlık Kurumları Açma ve Yönetme

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 7. maddesi Büyükşehir Belediyeleri'nin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektedir. İlgili maddenin özellikle (n)²³³ ve (v)²³⁴ fıkraları, Büyükşehir belediyelerinin sağlık alanına ilişkin işlevlerini düzenlemektedir. İlgili fıkraların belirttiğine göre, Büyükşehir belediyeleri sağlık alanına ait herhangi bir kuruluş oluşturabilmekte, işletebilmekte veya işletirebilmektedir. 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14. maddesinin (b)²³⁵ fıkrasına göre de, belediyeler sağlıkla ilgili herhangi bir tesis açabilmekte, işletebilmektedir. Yine,

²³³ "...n) Gerektiğinde sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina ve tesisler yapmak, kamu kurum ve kuruluşlarına ait bu hizmetlerle ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak,..."

²³⁴ "...v) Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak,..."

²³⁵ "...b) **Okul öncesi eğitim kurumları açabilir;** 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. Gerektiğinde, öğrencilere, amatör spor kulüplerine malzeme verir ve gerekli desteği sağlar, her türlü amatör spor karşılaşmaları düzenler, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan sporculara belediye meclisi kararıyla ödül verebilir. Gıda bankacılığı yapabilir.

Belediye, kanunlarla başka bir kamu kurum ve kuruluşuna verilmeyen mahallî müşterek nitelikteki diğer görev ve hizmetleri de yapar veya yaptırır.

Hizmetlerin yerine getirilmesinde öncelik sırası, belediyenin malî durumu ve hizmetin ivediliği dikkate alınarak belirlenir.

Belediye hizmetleri, vatandaşlara en yakın yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulur. Hizmet sunumunda özürü, yaşlı, düşkün ve dar gelirli durumuna uygun yöntemler uygulanır.

Belediyenin görev, sorumluluk ve yetki alanı belediye sınırlarını kapsar.

Belediye meclisinin kararı ile mücavir alanlara da belediye hizmetleri götürülebilir.

4562 sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanunu hükümleri saklıdır...." (Ek not: Bu maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde yer alan "Okul öncesi eğitim kurumları açabilir;..." bölümü ve ikinci fıkrasının; "Belediye, kanunlarla başka bir kamu kurum ve kuruluşuna verilmeyen mahallî müşterek nitelikteki diğer görev ve hizmetleri de yapar veya yaptırır" Anayasa Mahkemesinin 22.9.2005 tarihli ve E.:2005/95, K.:2005/14 (Yürürlüğü Durdurma) Kararı ile Anayasa'ya aykırılığı konusunda güçlü belirtiler bulunduğu ve uygulanmaları halinde sonradan giderilmesi güç veya olanaksız durum ve zararların doğabileceği gözetilerek esas hakkında karar verilmeye kadar yürürlüklerinin durdurulması hükmü altına alınmıştır.)

1593 sayılı kanununun 20. maddesini 13. fıkrası gereği, Büyükşehir Belediyeleri poliklinik ve sağlık ocakları açmak durumundadır. Büyükşehir belediyelerinin sunduğu sağlık hizmetleri, temelde, sosyal amaçlarla bütünleştirilmektedir. Dolayısıyla, büyükşehir belediyelerinde üretilen sağlık ve sosyal hizmetleri, öncelikle kendi personellerini ve sosyal güvenlik çatısı altında yer almayan diğer bireyleri kapsamaktadır. Sosyal güvencesi olmayan bireylere ücretsiz hizmet, ilaç yardımı ve nakdi yardım verilmektedir. Sosyal güvenlik çatısı altında yer alan veya aldığı hizmetin karşılığını ödeyebilecek durumda olanlar için, ücret tarifesi ve sevk kuralları esastır.

Çalışmanın alan araştırmasına örnek oluşturan Büyükşehir belediyelerinin sunduğu sağlık hizmetlerine ilişkin olarak, örneğin, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, sağlık ve hıfzıssıhha hizmetleri bağlamında, evde sağlık hizmetleri, kadın ve aile sağlığı hizmeti, laboratuvar hizmetleri, ilaçlama, denetleme ve poliklinik hizmetleri sunmaktadır. Ankara Büyükşehir Belediyesi, belediye hastanesi²³⁶ çerçevesinde tedavi edici hizmetler bağlamında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunların dışında, ağız – diş sağlığı, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri bağlamında kabul edilecek bazı sağlık işlevleri, ambulans hizmetleri, kan bilgi bankası vb. hizmetler de yürütmektedir. İzmir Büyükşehir Belediyesi, özellikle, Eşrefpaşa Hastanesi²³⁷ çerçevesinde tüm sağlık hizmeti alanlarında hizmet üretmektedir. Antalya Büyükşehir Belediyesi²³⁸, diğer büyükşehir belediyelerinde olduğu gibi, olanakları ölçüsünde, sosyal güvencesi olmayan bireyler öncelikli olmak üzere, koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetleri sosyal amaçlar çerçevesinde yerine getirmeye çalışan büyükşehir belediyeleri

²³⁶ 210 yatak kapasitesine sahip hastanede, uzman hekimler tarafından 16 dalda poliklinik muayene, yataklı tedavi ve cerrahi müdahale yapılmaktadır. Patoloji, Biyokimya, Bakterioloji, Mikrobiyoloji ve Endokrin olmak üzere 5 ayrı laboratuvar da tahlil ve tetkikler yapılmaktadır. Döner Sermaye İşletmesi bulunmayan hastanenin tüm giderleri, Büyükşehir Belediyesi bütçesinden karşılanmakta, gelirler de bütçeye irat kaydedilmektedir.

²³⁷ İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, İzmir Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı olarak hizmet veren 400 yatak kapasiteli, 600 çalışanı olan, tam teşekküllü bir sağlık kuruluşudur. Poliklinik ve servislerin yanı sıra, tam donanımlı 9 ameliyathane, 1 doğumevi bulunmaktadır. Eşrefpaşa Hastanesi'nde İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Hastalıkları, Çocuk Psikiyatrisi, Prematüre Servisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji, Nöroloji, Kulak Burun Boğaz, Fizik Tedavi, Göz, Kardiyoloji, Psikiyatri, Plastik Cerrahi, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları, İnfeksiyon Hastalıkları, Diyaliz Merkezi, Diş Polikliniği, Diyet Polikliniği ve Acil Servis; ayrıca Radyoloji Servisi dahilinde Röntgen, Kemik Dansitometresi, Mamografi ve Ultrasonografi birimleri bulunmakta; yine Biyokimya, Bakterioloji, Parazitoloji ve Patoloji laboratuvarları bulunmaktadır. Menopoz Polikliniği, Sigara Bırakma Polikliniği, Ağrı Polikliniği, Meme Hastalıkları Polikliniği, Hepatit Polikliniği, İnfertilite Polikliniği, Perinatoloji Polikliniği gibi özel dal poliklinikleri ile de hizmet sunulmaktadır. Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Baro mensubu hastalara, kurum hastalarına, ücretli hastalara verilen sağlık hizmetinin yanı sıra, sosyal güvencesi olmayan hastalara tanı ve tedavi hizmeti verilmektedir. Ayrıca, İlköğretim okullarına ve beldelere yönelik sağlık ve diş sağlığı taramaları da yapılmaktadır.

²³⁸ Mevcut durumda, Antalya büyükşehir belediyesinin sağlık hizmetlerini yürütebileceği yerleşik bir kurumu olmadığı için, daha çok özel ve kamu hastaneleri ile işbirlikleri çerçevesinde, sağlık hizmetleri sunmaya, ücretiz ilaç dağıtmaya veya sunulan sağlık hizmetlerini Bütçe Uygulaması Talimatı çerçevesinde finanse etmeye çalışmaktadır. Bu hizmetlerin kapsayıcılığının oldukça dar olduğu ve popülist amaçlar götüğünü belirtmekte yarar bulunmaktadır.

arasındadır. Samsun Büyükşehir Belediyesi²³⁹ çerçevesinde yürütülen sağlık hizmetleri, öncelikle Büyükşehir belediyesinin kendi personeline birinci basamak sağlık hizmeti vermeyi kapsamakta, ayrıca, diğer Büyükşehirlerde olduğu gibi sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara sosyal hizmet bağlamında sağlık hizmeti, ilaç yardımı veya nakdi yardım sunmaya çalışmaktadır. Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi de, kendi çalışanlarına yönelik kurduğu sağlık merkezinde başlattığı sağlık hizmeti sunma işlevini sosyal güvencesi olmayan bireylere yaygınlaştırmaktadır. Normal poliklinik ve diş hizmetleri poliklinik hizmetlerinin verildiği sağlık merkezinde teşhis, tedavi veya ilaç yardımı söz konusudur.

Ayrıca, Büyükşehir belediyeleri, tamamen kendileri tarafından yaptırılan sağlık kuruluşlarını merkezi yönetimin taşra teşkilatlarına devredebilir²⁴⁰. Sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde Büyükşehir belediyeleri, diğer yerel aktörlerle işbirliği de gerçekleştirebilir. Sözü edilen konuya ilişkin bir örnek, Kocaeli Büyükşehir belediyesi tarafından gerçekleştirilmiştir. 1997 yılında imzalanan bir protokol²⁴¹ çerçevesinde, üniversite ve Büyükşehir belediyesi tarafından ortaklaşa oluşturulan poliklinik, hizmet vermeye devam etmektedir.

Yerel yönetimlerin kendi araç, gereç, olanak ve personeli dışında, (*yerel yönetimlerin ortak olması durumunda dahi*) özel hukuka tabi şirketler tarafından sunulacak sağlık hizmetlerinin, kamusal alanda değil, özel alanda değerlendirilmesi gerektiği²⁴², Sağlık Bakanlığı tarafından kesinliğe kavuşturulmuştur. İlgili mevzuat

²³⁹ Sağlık işleri şube müdürlüğünün internet sitesinde sayılan görevler arasında mevcut sağlık ocaklarının bakım ve onarımının da yer alması (*5216 sayılı kanunun 7. maddesinin n fıkrası gereğince*), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi süreci bağlamında olası yetki, görev ve kurum devirlerinin ön ayakları olması çerçevesinde, önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir.

²⁴⁰ Konuya ilişkin bir örnek Kayseri Büyükşehir Belediyesi tarafından gerçekleştirilmiştir. Sözü edilen Büyükşehir belediyesi, kendi sınırları içerisinde olan bir mahalle sakinlerine sağlık hizmeti üretmek amacıyla kurduğu ve donattığı sağlık ocağını, bir protokol çerçevesinde il sağlık müdürlüğüne devretmiştir.

²⁴¹ Kocaeli Üniversitesi'nin konuya ilişkin internet sitesinden elde edilen veriye göre, poliklinik, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin merkez polikliniği niteliğinde hizmet vermektedir. Belediye ile üniversite arasında yapılan protokol gereğince, çağdaş ve modern bir sağlık ünitesinden yöre halkının faydalanması sağlanması amaçlanmaktadır. Sözü edilen polikliniğin, bina, alet ve personeli Büyükşehir belediyesi tarafından temin edilirken, doktorlar, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden oluşmaktadır (<http://www.kou.edu.tr/ogrhizmt/saglik-hizmet.htm>, E.T. 28.04.2007).

²⁴² Ankara Diş Hekimleri Odasının, 09.03.2006 tarihinde, Belediyeler ve Mahalli İdareler Birliği tarafından, özel bir şirketle anlaşma yapılmak sureti ile açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan merkezlerin resmi sağlık kuruluşu olup olmadığı, ruhsat ve açılış işlemlerinin hangi mevzuat uyarınca yapılacağı ve ruhsatın kuruluş işleten özel sağlık kuruluşu adına mı yoksa Belediye ve Mahalli İdareler Birliği adına mı düzenleneceği, çalıştırılan personelle ilgili çalışma uygunluk belgesinin aranıp aranmayacağı, bu kuruluşların denetiminin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılıp yapılmayacağı ve denetimde hangi mevzuatın uygulanacağı konusunda görüş talep eden başvurusunu inceleyip cevap veren Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, öncelikle, 5393 sayılı Belediye Kanunu çerçevesinde, belediyenin görev ve sorumluluklarını düzenleyen 14/b maddesi gereğince, belediyelerin sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabileceği ve işletebileceğini, yine aynı Kanun'un 67 nci maddesinde, belediyelerin ilk mahalli idareler genel geçimlerini izleyen altıncı ayın sonunu geçmemek üzere sağlıkla ilgili destek hizmetlerini ihale yoluyla üçüncü şahıslara gördürebileceğini, ayrıca, 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu'nun 7/n bendinde Büyükşehir Belediyelerinin gerektiğinde sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina tesisler

çerçevesinde, yerel yönetimlerin, herhangi bir sağlık hizmetini doğrudan veya kontrolü altında sunması durumunda, ilgili hizmet, kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, yerel yönetimlerin özel veya kamu sağlık kuruluşları ile yapacakları ikili anlaşmalar çerçevesinde sunulacak sağlık hizmetleri de, kamu hizmeti çerçevesinde değerlendirilmelidir. Buradan hareketle, yerel yönetimlerin ortak olarak oluşturacakları şirketler eliyle üretilecek sağlık hizmetleri, özel sektörün sunduğu sağlık hizmetleri bağlamında değerlendirilmesi gerekmektedir. Maliye Bakanlığı da, aynı görüşü²⁴³ benimsemektedir.

yapmak, kamu kurum ve kuruluşlarına ait bu hizmetlerle ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlayabileceğini, 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu'nun 6. maddesinde ise, birliklerin tüzüklerinde birliğe devredilmesi öngörülen mahalli müşterek nitelikteki hizmetlere ilişkin olarak, üye mahalli idarelerin hak ve yetkilerine sahip olduğunu ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı'na göre, belirtilen mevcut mevzuat çerçevesinde, tüm belediyeler, her türlü sağlık tesisini açıp işletebileceği gibi sağlıkla ilgili destek hizmetlerini ihale yoluyla üçüncü şahıslara gördürebileceklerdir.

Ancak, Bakanlık, 24.11.2005 tarih ve 2005/121 Sayılı İçişleri Bakanlığının genelgesine gönderme yaparak, Belediyelerin ve Mahalli İdare Birliklerinin kurdukları veya kuruluşlarına katıldıkları şirketler, Bakanlar Kurulu iznine müteakip Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre kurulmakta olduğunu, özel hukuk hükümlerine tabi ayrı bir tüzel kişiliğe sahip bulunduğunu, tekrar belirtmektedir. Dolayısıyla, Bakanlığa göre, söz konusu şirketlerin, belediyelere kanunla tanınan yetki ve imtiyazlardan yararlanmak üzere, belediye kamu tüzel kişiliğine ait belgeleri kullanmaları veya düzenledikleri belgelere bu tüzel kişiliğe ait amblem, kaşe veya damgaları vurmaları, ayrıca, kanunla belediyeye tanınan sağlık tesisi açma ve işletme yetkisini üçüncü şahıslara ihaleli ya da ihalesiz devretmesi olanaklı değildir.

Sonuçta, Sağlık Bakanlığı'na göre, belediyelerin ve belediye birliklerinin kendilerine ait kadrolu sağlık personeli ile mahalli ihtiyaca yönelik sağlık hizmetleri vermek amacıyla bizzat işlettikleri sağlık tesisleri dışında kalan ve ilgili mevzuat uyarınca özel hukuk tüzel kişisi oldukları halde belediyeye ait amblem, kaşe veya damgaları kullanan ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve diğer sağlık birimlerinin resmi sağlık kurumu olarak nitelendirilmesinin mümkün olmayacağı, bu tür merkezlere yapılan hasta sevk ve tedavisi uygulamalarında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında dış tedavisine ilişkin esasların ve ödeme kriterlerinin dikkate alınması gerekmektedir.

²⁴³ Yukarıda Sağlık Bakanlığı tarafından çizilen çerçeveyi, Maliye Bakanlığı da aynen teyit etmektedir.

“Bakanlığımıza ulaşan yazılı ve şifahi müracaatlardan; son zamanlarda bazı belediyeler ve mahalli idare birlikleri bünyesinde, bunların amblem, kaşe veya damgalarını kullanmak suretiyle resmi sağlık kurumu hüviyeti altında ağız ve diş sağlığı hizmeti veren işletmelerin kurulduğu, kamu çalışanlarının bu tür sağlık merkezlerine Talimatın dış tedavilerine ilişkin sevk kriterlerine uymadan doğrudan başvuruda bulunarak tedavi hizmeti aldıkları, bu merkezlerde verilen tedavilere ilişkin bedellerin resmi sağlık kurumlarında yapılan tedavi hizmeti gibi değerlendirilip, Talimatın 5.1. inci maddesindeki esaslara göre faturalandırıldığı, bu durumun uygulamada tereddüde neden olduğu anlaşıldığından, konunun açıklığı kavuşturulması ve uygulama birliğinin temini amacıyla aşağıdaki açıklamaların yapılması uygun görülmüştür.” (Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün B.07.0.BMK.0.18.100. ve “Diş Tedavisi” konulu yazısı)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERELLEŞMESİ SÜRECİNDE YEREL YÖNETİMLERİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ

BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEĞİ

ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Araştırmaya İlişkin Genel Bilgiler

Araştırmaya ilişkin genel bilgiler kısmı, gerçekleştirilen alan araştırmasının konusu, önemi, amaçları, alanı – yeri – yöntemi, hipotezleri, değişkenleri, sınırlılıkları, evreni, örnekleme, ölçek ve veri analiz yöntemleri hakkında bilgiler içermektedir.

3.1.1. Araştırmanın Konusu

Son yıllarda, uluslararası alanda bir çok gelişimin ve değişimin bir sonucu olarak, geleneksel olarak, merkezi yönetimlerin sunduğu bir kısım kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devri söz konusudur. Uluslararası boyutta yaygınlaşan bu süreçte, Türkiye, temellerini 20. yüzyılın sonlarında güçlendirdiği bu eğilimi, 21. yüzyıl başlarında hızlandırmaya çalışmaktadır. Özellikle, 59. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti, bu konuda ayrıntılı çalışmalar yürütmekte ve gerekli yasal altyapıyı tamamlamaya çalışmaktadır.

Bu amaçla, TBMM Genel Kurulu’nda kabul edilen ve Cumhurbaşkanı tarafından onaylanan 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Yasası, 5393 sayılı Belediye Yasası ve 5302 sayılı İl Özel İdaresi Yasası önemli örnekler arasında gösterilebilir. Bu arada, Cumhurbaşkanı tarafından, 03.08.2004 tarihinde Meclis’e, anayasayla çeliştiğini düşündüğü bazı maddelerinin tekrar görüşülmesi için gönderilen 5227 sayılı “*Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun*”, bu çerçevede, Türk yönetim sistemi bağlamında atılan en radikal adımı temsil etmektedir.

Bu çalışma, kamu hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin sağlık kamu hizmetleri bağlamında olası yönlerini belirlemeye, yerel seçilmişlerin tutum ve beklentilerini belirleme yardımıyla, sağlık hizmetleri özelinde, yerelleşmesi öngörülen kamu hizmetlerine ilişkin bilimsel temelli bir bakış açısı geliştirmeyi hedeflemektedir. Çalışmanın araştırmaya dayalı olan ekseni, ölçülebilmeyi gerçekleştirmek ve sınırlandırma yapabilmek bağlamında, sağlık alanına ilişkin kamu hizmetlerinin Büyükşehir belediyeleri özelinde yerelleşmesi süreci üzerine odaklanmaktadır.

3.1.2. Araştırmanın Önemi

1970 ve 1980’li yıllarla birlikte ortaya çıkan ve 1990’lı yıllarda gittikçe kurumsallaşan kuram ve kavramlar, merkezi yönetimlerin rol ve işlevlerini sorgulanmasını, kamusal hizmetlerinin sunumunda yerel katılımın, sivilleşmenin ve piyasa mekanizmalarının ağırlıkta olduğu yeni yol ve yöntemlerin benimsenmesini, uluslararası kurum ve kuruluşların da baskı ve tavsiyeleri ile tüm dünyada önemli bir süreç haline getirmiştir. 1990’lı yıllarla birlikte hız kazanan küreselleşme, tek kutupluluğun da yardımıyla bu süreci daha da pekiştirmiştir. Bu verilerden hareketle, sağlık kamu hizmetlerinde izlenecek yerelleşme temelli siyasalardan önce, sağlık hizmetleri alanında yerelleşmeye ilişkin diğer ülke uygulamalarının detaylıca irdelenmesinde yarar bulunmaktadır. Ülkelerin deneyimleri konuya ilişkin önemli ipuçları verecektir. Ayrıca, ülkemiz özelinde, sağlık hizmetlerin yerelleşmesi öncesinde, Türk sağlık sisteminin kronolojik açıdan betimlenmesi yararlı bir işlevsellik sunabilir.

3.1.3. Araştırmanın Amaçları

Bu çalışmada, kamusal hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan yerelleşme temelli yol ve yöntemlerin, Büyükşehir belediyeleri özelinde, yerel yönetimler tarafından nasıl yerine getirileceğinin irdelenmesi, özellikle, sağlık alanına ilişkin kamu hizmetlerinin sunumu bağlamındaki yerelleşme sürecinin nasıl gerçekleşeceğini ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, çalışmada, aşağıda belirtilen amaçların gerçekleşmesi beklenmektedir.

3.1.3.1. Kamu Hizmeti ve Sağlık Hizmeti Sunma Yöntemlerinin Yerelleşmesine İlişkin Kuramsal Çalışma ve Gelişmelerin Aktarılması

Kamu hizmetlerinde yerelleşme süreci, gelişmiş ülkelerde, yerel yönetimlerin güçlendirilmesi bağlamında, özellikle 1970’li yıllardan itibaren başlayarak, hızlı bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu süreç, doğrusal olmasa da, değişik açılardan hala devam etmektedir. Gelişmekte ve kalkınmakta olan ülkelerde bu sürecin, 1980’li yıllardan beri yaygınlaştırılmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Bu bağlamda Türkiye, temellerini 2000’li yıllarda attığı kamu hizmetlerinin önemli bir kısmının yerel yönetimlere devredilmesine ilişkin yaklaşımını güçlendirmekte, böylece yerel yönetimleri gerek mali gerekse diğer yetkinlikler bağlamında güçlendirmeye çalışmaktadır. Ülkemizin güçlü merkeziyetçi yapısı dikkate alındığında, hizmetlerin yerelleşmesi sürecinin çok önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışma, sözü edilen süreci, uluslararası ve ulusiçi bağlamda, detaylı bir biçimde analiz etmeyi amaçlamaktadır.

3.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Bağlamında Uluslararası Deneyimler Hakkında Bilgi Verilmesi

Kamu hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından görülmesi süreci, uluslararası bağlamda değerlendirilirse, çok daha önce gerçekleştirilmeye başlamıştır. Günümüzde de, bir çok ülke bu anlamdaki çabalarını devam ettirmektedir. Yerelleşme sürecine ilişkin evrensel örnekler kıtalar bağlamında incelenecektir. Bölgesel anlamda ele alınırsa, Avrupa Birliği'nin yerelleşme sürecine ilişkin olumlu ve destekleyici bir tutum benimsediği görülmektedir. Türkiye'nin AB ile katılım müzakerelerine başladığı da göz önünde tutulursa, yerel yönetimlerin güçlendirilmesi ve yerelleşme sürecinin başlatılması, birlikle gerçekleştirilmekte olan müzakere sürecinde Türkiye için olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

3.1.3.3. Türk Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Bağlamında Kuramsal Altyapı, Geçmiş – Mevcut Uygulama ve Sorunların Sunulması

Çalışmanın önemli bir diğer amacı, ülkemizde gerçekleştirilmeye çalışılan bu dönüşüm sürecinin üzerine oturması planlanan geçmiş uygulamalar, denemeler ve sorunsal alanların incelenmesi olacaktır. Yerel yönetimlerini güçlendirmeye yönelik çabaların ve çalışmaların geçmişi oldukça gerilere gitmektedir. Bu anlamda, çalışma sadece güncel gelişmeleri değil, bir anlamda güncel gelişmelerin temelini oluşturan geçmiş reform çabalarını da incelemeyi amaçlamaktadır.

3.1.3.4. Uygulama Alanı Olarak Büyükşehir Belediyelerinin Seçilmesi

Türk yerel yönetim sistemi ve ilgili alanyazın dikkate alındığı zaman, yerel yönetimler açısından belediyelerin bir çok noktadan ön plana çıktıkları görülmektedir. Belediyeler içerisinde de, Büyükşehir belediyeleri daha güçlü konumdadır. Bu noktadan, uygulama alanı olarak Büyükşehir belediyeleri düşünülmektedir. Büyükşehir belediyelerinin sağlık hizmetleri bağlamında öngördükleri yol ve yöntemlerin analiz edilmesi; yerel seçilmişlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin tutum ve yaklaşımlarının, gerçekleştirilecek alan araştırması ile ortaya çıkarılması hedeflenmektedir.

3.1.3.5. Uygulanabilir Siyasa Önerilerinin Geliştirilmesi

Hem alanyazına ait kuramsal incelemenin hem de gerçekleştirilecek alan araştırmasının sonunda, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin olası eksiklik, yetersizlik veya engel oluşturabilecek noktalara ilişkin olarak, uygulanabilir siyasa önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

3.1.4. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi

Çalışmanın ikinci kısmını oluşturan araştırma, yönetim bilimlerinin bir alt dalı olan yerel yönetimler alanında gerçekleştirilmektedir. Araştırmaya geçilmeden önce, sağlık hizmetleri özelinde kamu hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin kuramsal altyapı oluşturulmuştur. Kuramsal kısmın oluşturulmasında, yerli ve yabancı tezler, akademik ve diğer dergiler, konuyla ilgili yerli ve yabancı kitaplar vd. kullanılmıştır.

Alan araştırması bölümünde, kuramsal açıdan irdelenen tartışmaların yerel seçilmişler açısından ne anlam ifade ettiğinin, ayrıca, neler yapılması gerektiğinin ortaya çıkarılmasını amaçlanmaktadır. Elde edilen bulgular ışığında, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine engel oluşturabilecek sorunsal alanların ortadan kaldırılabilmesi amacıyla kamusal politika önerileri geliştirilmektedir.

3.1.5. Araştırmanın Hipotezleri

3.1.5.1. Hipotez 1

H₀: Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine ilişkin olarak, siyasal partiler ve bölgeler bağlamında birbirlerinden farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine ilişkin olarak, siyasal partiler ve bölgeler bağlamında birbirlerinden farklılaşmaktadır.

3.1.5.1.1. Alt hipotezler

H₀: Meclis üyeleri ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır.

H₀: Meclis üyeleri kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır.

H₀: Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşmaktadır.

3.1.5.2. Hipotez 2 (H₂)

H₀: Meclis üyeleri, siyasal parti bağımlılığı (partizanlık) konusunda farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri, siyasal parti bağımlılığı (partizanlık) konusunda farklılaşmaktadır.

3.1.5.2.1. Alt hipotezler

H₀: Parti siyaseti içerisinde hareket etme bağlamında farklılaşma yoktur.

H₁: Parti siyaseti içerisinde hareket etme bağlamında farklılaşma vardır.

H₀: Grup görüşünün, birey görüşü önünde olmasına ilişkin farklılık yoktur

H₁: Grup görüşünün, birey görüşü önünde olmasına ilişkin farklılık vardır.

3.1.5.3. Hipotez 3 (H₃)

H₀: Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin dönüşümü sürecinde, sağlık hizmetlerinin doğrudan yerel yönetimlerin eliyle görülmesi gerektiği konusunda farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin dönüşümü sürecinde, sağlık hizmetlerinin doğrudan yerel yönetimlerin eliyle görülmesi gerektiği konusunda farklılaşmaktadır.

3.1.5.3.1. Alt hipotezler

H₀: Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır.

H₁: Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur.

H₀: Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, çalışanların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır.

H₁: Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, çalışanların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur.

3.1.5.4. Hipotez 4 (H₄)

H₀: Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin dönüşümünün olumlu bir gelişme olarak algılanmasında farklılaşmamaktadır.

H₁: Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin dönüşümünün olumlu bir gelişme olarak algılanmasında farklılaşmaktadır.

3.1.5.4.1. Alt hipotezler

H₀: Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sektörün mevcut sorunlarının çözümüne yardımcı olmasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur.

H₁: Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sektörün mevcut sorunlarının çözümüne yardımcı olmasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır.

H₀: Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur.

H₁: Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır.

3.1.5.5. Hipotez 5 (H₅)

H₀: Hizmetlerin yerelleşmesi sürecinde, meclis üyelerinin önemli mali, yönetsel ve toplumsal kaygıları yoktur.

H₁: Hizmetlerin yerelleşmesi sürecinde, meclis üyelerinin önemli mali, yönetsel ve toplumsal kaygıları vardır.

3.1.5.5.1. Alt hipotezler

H₀: Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur.

H₁: Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır.

H₀: Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde mali ve yönetsel yetersizlik içerisinde olacaklarını düşünmede farklılık yoktur.

H₁: Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde mali ve yönetsel yetersizlik içerisinde olacaklarını düşünmede farklılık vardır.

H₀: Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimler arası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur.

H₁: Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimler arası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır.

3.1.6. Araştırmanın Değişkenleri

Gerçekleştirilen alan araştırması çerçevesinde kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda belirtilmiştir.

3.1.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Araştırmanın bağımlı değişkenini, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin bakışları oluşturmaktadır.

3.1.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

Büyükşehir belediye meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine ilişkin tutum ve değerlerini etkilediği düşünülen koşul ve durumlar araştırmanın bağımsız değişkenidir. Eğitim, cinsiyet, yaş, hizmet süresi gibi bağımsız değişkenlerin yanında, meslek, çalışma alanı gibi değişkenler de kullanılmaktadır. Ayrıca, bölgelerin ve siyasi parti gruplarının etkileri de dikkate alınmaktadır.

3.1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın ilk sınırlılığı, yerel yönetimlerin tür ve kapsamına ilişkindir. Türk yönetsel sisteminde üç tür yerel yönetim birimi (*Köy, Belediye ve Büyükşehir Belediyesi*) bulunmaktadır. Çalışma, kamu hizmetlerinin bir alt başlığı olan sağlık hizmetlerini ve bu hizmetlerin yerelleşmesini temel aldığı için, yerel yönetim türleri içinde, bu hizmet türünü, yalnızca Büyükşehir belediyelerinin gerektiği gibi taşıyabileceği düşünülmektedir. Bu yüzden çalışmanın kapsamı, Büyükşehir belediyelerince sınırlanmıştır. Tür yönünden böyle bir kısıtlamanın yanında, kapsam yönünden bir kısıtlama daha yapılmıştır. Araştırma, her coğrafi bölgeyi ve yerel düzeyde iktidarda olan siyasi partileri temsilen seçilen Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Eskişehir, İstanbul, İzmir ve Samsun ile sınırlandırılmıştır. Diğer Büyükşehir belediyeleri, zaman ve maliyet faktörleri nedeni ile çalışmaya dâhil edilememiştir. Araştırmanın farklı düzey ve bölgelerde bulunan yerel yönetim birimleri üzerinde de yapılması, seçilmiş yerel temsilcilerin tutum ve değerleri hakkında daha kapsamlı sonuçlara ulaşılması olanağı sağlayacaktır. Araştırmanın başka bir sınırlılığı, seçilen Büyükşehirlerin sadece resmi konumlarının aynı olması bağlamında söz konusudur. Yoksa bütçe, nüfus, yaşam zorluğu vb. kriterleri bağlamında, örneğin, İstanbul ile Samsun'u aynı düzeyde kabul etme olanağı bulunmamaktadır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise, anket sorularının ve tutum ölçeklerinin uzunluğu ve sayısına ilişkindir. Meclis üyelerinin yerelleşme konusuna ilişkin daha fazla ve farklı yönlerini elde etmek, sorulacak soru sayısının artırılması ve değişik ölçeklerin kullanılması ile mümkün olmasına rağmen, çok fazla

sorunun meclis üyeleri tarafından isteksiz biçimde yanıtlanacağı ve gerçek düşüncelerini yansıtmayacakları tehlikesi çerçevesinde, anket uzunluğu ve soruları kısa tutulmuştur.

Bunun yanında, bu araştırmanın bir doktora tezinin parçası olması zorunluluğu, çalışmanın maliyet ve süresinin makul olmasını gerektirmiştir. Böyle önemli bir konunun derinlemesine irdelenmesi, hem yönetimler hem vatandaşlar hem de ilgili sektör çalışanlarını içermesi gerekmektedir. Böyle bir gereksinim, kurumsal düzeyde, geniş bir finansmanı zorunlu kılmaktadır. Ayrıca, derinlemesine gerçekleştirilecek alan araştırmasının da, konuya ilişkin deneyimli profesyonelleri zorunlu kıldığı için, araştırma mevcut haliyle sınırlı tutularak, 01.04.2006 – 31.08.2006 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.1.8. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, her coğrafi bölgeyi ve siyasi partiyi temsil etmek üzere 8 adet Büyükşehir Belediye Meclis Üyeleri arasından seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü belirlenirken “*Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi*” kullanılmıştır.

Bu yöntemin formülü aşağıdaki gibidir (Çıngı, 1990, s. 56-75):

$$n = \frac{\left(\frac{t \cdot S}{d} \right)^2}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t \cdot S}{d} \right)^2}$$

t: t istatistiği (ya da tablo değeri) = 2

S: örneklem standart sapması

S²: örneklem varyansı

N: Kitlede (evrende) toplam birim sayısı = 852

d: Hoşgörü miktarı

Kesikli veriler için, $S^2 = P \cdot Q$ olarak alınır. Burada P istenen sonucun gerçekleşme olasılığı, Q ise, $1 - P$, yani istenmeyen sonuç ya da sonuçların olasılığıdır. Bir çalışma yapılmadan sonucun bilinmeyeceği durumlarda $P=0,5$, dolayısıyla da, $Q=0,5$ olarak alınır. Dolayısıyla $S^2 = P \cdot Q = (0,5) \times (0,5) = 0,25$ ve $S = 0,5$ bulunur. Genellikle bu hoşgörü miktarına göre örneklem büyüklüğü küçültülür ya da büyütülür. Bu durumda, İstanbul Büyükşehir Belediyesi hariç ($d=0,07$), diğer Büyükşehirler için $d=0,05$ düzeyinde hoşgörü oranı öngörülmüştür. Sözü edilen değerler yukarıdaki formüle göre yerleştirilirse;

$$n = \frac{\left(\frac{2(0.5)}{0.05}\right)^2}{1 + \frac{1}{852} \left(\frac{2(0.5)}{0.05}\right)^2} = \frac{400}{1.4694} \cong 272$$

Altunışık vd.'nin (2005, s. 127) aktardığına göre, 850 birimlik bir evreni temsil etmek üzere, minimum 265 birimin seçilmesi gerekmektedir. Bu açıdan değerlendirildiği zaman, çalışmanın alan araştırmasının ulaştığı örneklem sayısı bu şartla uyumludur. Hesaplanan $n=272$ birimlik örneklem büyüklüğünün Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Samsun tabakaları arasında üye oranlarına koşut biçimde dağıtılması söz konusudur. Bu tabakalı dağıtım işlemi, aşağıdaki matematiksel formülle belirtilen “Neyman Dağıtım Yöntemi” ile yapılmaktadır:

$$n_h = n \frac{N_h S_h}{\sum_{h=1}^k N_h S_h}$$

Neyman dağıtım formülü ile her bir tabaka için $h=1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8$ olmak üzere $S_h=0.5$ olarak alınarak, örneklem büyüklüğü aşağıda belirtildiği biçimde tabakalar arasında dağıtılmıştır.

Tablo 7: Alan Araştırması için Öngörülen Örneklem Sayıları

İl	Toplam Üye sayısı	Merkez Sağ		Merkez Sol		Bağımsız	D
		N _h	nh	N _h	N _h		
Adana	56	47	18	09	02		0,05
Ankara	132	110	41	21	04	01	0,05
Antalya	44	34	13	09	02	01	0,05
Diyarbakır	33	08	03	23	04	02	0,05
Eskişehir	19	13	05	06	01		0,05
İstanbul	350	273	62	76	08	01	0,07
İzmir	180	91	34	88	16	01	0,05
Samsun	38	32	12	05	01	01	0,05
Toplam	852	608	188	237	38	07	
		Toplam:	226				

Tablo 8: Alan Araştırması için Gerekli Sayıların Dağılımı

	S_h	Toplam Üye sayısı (N_h)	$N_h S_h$	n_h
Adana	0,50	56	28	20
Ankara	0,50	132	66	45
Antalya	0,50	44	22	15
Diyarbakır	0,50	33	16,5	07
Eskişehir	0,50	19	9,5	06
İstanbul	0,50	350	175	70
İzmir	0,50	180	90	50
Samsun	0,50	38	19	13
Toplam		852	426	226

Tablo 9: Alan Araştırması Sonunda Gerçekleşen Meclis Üyesi Sayılarının Dağılımı

Tabakalar	Üye sayısı N	Merkez Sağ		Merkez Sol		Bağımsız	D
		N_h	n_h	N_h	n_h		
Adana	18	47	13	09	03		0,05
Ankara	45	110	32	21	11	01	0,05
Antalya	19	34	15	09	04	01	0,05
Diyarbakır	22	08	05	23	16	02	0,05
Eskişehir	10	13	05	06	05		0,05
İstanbul	80	273	57	76	23	01	0,07
İzmir	56	91	31	88	25	01	0,05
Samsun	26	32	23	05	02	01	0,05
Toplam	276	608	181	237	89	07	
		Toplam:	276				

3.1.9. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Veri Analizi Yöntemi

Araştırmada kullanılan soru formu üç kısımdan oluşmaktadır.

Birinci kısım, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin kişisel bilgilerine ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu kısım, belediye meclis üyelerinin cinsiyeti, görev yeri, temsil ettikleri siyasal parti, görev süresi, yaşı, eğitimi, mesleği ve çalışma alanları hakkında bilgilere ulaşılmasını sağlayacak tanımlayıcı sorular içermektedir. İkinci kısım, meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine ilişkin bakışlarını ölçmeyi sağlayacak soruları içermektedir. Bu kısımda, meclis üyelerine, öncelikle, ulusal ve yerel düzeyde önemsedikleri sorunların neler olduğuna ilişkin sorular, daha sonra, değişik kamu hizmetlerinin hangi yönetsel düzeyler tarafından görülmesini istediklerine ilişkin sorular yöneltilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin kamu yönetimine karşı oluşan olumsuz bakış açısını etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin bakışın tespit edilmesini sağlayacak soruyu, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine ilişkin olası engel kaynaklarının, bu sürecin gerekçelerinin, süreç sonunda elde edilebilecek yararların ve değişikliklerin neler olabileceğine yönelik sorular takip etmektedir. Yerel yönetimlerin

içinde buldukları bazı durumların bu süreci nasıl etkileyebileceğine ilişkin soruyu, sağlık ve sosyal hizmetlerin hangi yönetsel düzey tarafından görülmesi istediklerini ölçen soruyu, bu süreçte yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin ve özel sektör örgütlerinin hangi konumda olmasını istediklerine ilişkin sorular izlemektedir. Bu kısımda, son olarak, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi sürecinin sağlık çalışanlarını nasıl etkileyeceğine ve bu hizmetlerin tekrar merkezileşip merkezileşemeyeceğine ilişkin sorular bulunmaktadır. Üçüncü kısım, meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde hangi önerilerde bulunmak istediklerine ilişkin soruları kapsayan ölçekler yardımıyla oluşturulmuştur. Her bir kısımda yer alan sorular, çalışmanın hipotezlerinden birini ya da birkaçını test etmeye yönelik oluşturulmuştur. Çalışmanın sonuçlandırılmasında, hem çalışmanın alan araştırması sonucunda ortaya çıkan birincil veriler, hem de alanyazında yer alan ikincil veriler kullanılmıştır. Konunun ülkemiz için yeni olması dolayısıyla, yerli yayınlar sınırlı olduğu için, daha çok uluslararası yayınlardan faydalanılmıştır.

Alan araştırmasında yer alan bağımsız değişkenlerin analizlerinin yanında, araştırma formunda yer almayıp, formdaki bağımsız değişkenlerin türevleri olarak değerlendirilen değişkenlerin analizleri de yer almaktadır. Örneğin, siyasal bağlamda iktidar – muhalefet ayrımı, coğrafi bölgeler ayrımı, merkezin sağ ve solu ayrımı vd., bu türev değişkenler arasında yer almaktadır. Böyle bir tercih, analizlerin çeşitlendirilmesi bağlamında işlevsel bulunmuştur. Ayrıca, anket formunda bu değişkenlerin yer almayıp, analize konu edilmeleri çalışmanın sağlığına hiçbir surette zarar vermemektedir.

Bu araştırmada, tutum ölçeği olarak, Likert ölçeği tercih edilmiştir. Likert ölçeği, en kullanışlı olarak kabul edilen soru formatlarından birisidir. Bu ölçekle hazırlanmış sorular, bireyin bir yargıya karşı gösterdiği tutuma ilişkin hazırlanmış cümle serileri içermektedir. Likert tipi ölçeklerde, iki tür cümle yapısı görülmektedir. Birinci tip yapı, yargıya ilişkin olumlu bir tutumu gösteren onaylama cümlelerini kapsarken, ikinci tip, sözü edilen yargıya karşı olumsuz bir tutumu gösteren onaylamama cümlelerini içermektedir (Köklü, 1995, s.89). Sözü edilen ölçek çerçevesinde, çeşitli ifadeler veya yargılara katılıp katılmama ve bunun derecesi ölçülür. Yaygın olarak 5’li Likert ölçeği tercih edilmektedir. Likert ölçeğinin seçenekleri, *Tamamen Katılıyorum – Kesinlikle Katılmıyorum* arasında yer alan, oransal cevaplardan oluşmaktadır (Altunışık vd., 2005, s.107).

Anket formunun amacına uygunluğunu, düzeyini, anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla, konunun uzmanlarından, çalışmanın danışmanından ve tez izleme komitesinden geri bildirimler alınmış; yapılan değerlendirmeler sonucunda bazı sorular

değiştirilmiş, bazıları soru formundan çıkarılmış, anket formunda yer alan kimi cümleler olabildiğince sade ve kısa bir dille ifade edilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın önemli bir kısmı (*Ankara, İstanbul, İzmir*) araştırmacının kendisi tarafından ve onun gözetmenliğinde, diğerleri ise, ücretli anketörler tarafından yüz yüze ve birebir gerçekleştirilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde, *SPSS 11,5 (Statistical Package for Social Sciences)* paket programı kullanılmıştır. Anket formunun hazırlanışı, elde edilen verilerin veri işleme programına girişi ve verilerin analizi araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Analiz yapılırken, *Sıklık (f)* dağılımı ve karşılaştırmalı analiz tabloları oluşturulmuştur. Karşılaştırmalı tablolarda *Ki-Kare (X^2)* tekniği kullanılmıştır. Ki-kare testi, örneklem bağlamında yer alan değişkenler arasında (anlamlı) farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. 2×2 özel tablolarda, ilgili çapraz tabloda yer alan sayısal değerlerin hepsi 25'ten büyükse *Pearson'un ki-kare değeri*, 5 – 25 arasında bir tane bile sayısal değer olsa, *Continuity (Yates düzeltmeli ki-kare değeri)*, 5'ten küçük en az bir tane sayısal değer varsa, *Fisher'in kesin ki-kare değeri* temel alınmıştır.

Tutum ölçeklerinin güvenilirlik boyutları için ise, "*Cronbach Alpha (α)*" tekniğine başvurulmuştur. Akgül ve Çevik'e göre (2003, s. 435), alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu şöyle belirtilmektedir: Eğer alfa katsayısı;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ değerleri arasında ise, ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ değerleri arasında ise, ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ değerleri arasında ise, ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ değerleri arasında ise, ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Bu araştırmanın *Alpha* katsayısı, 0,7277 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, araştırmada kullanılan ölçek, geçerli ve oldukça güvenilirdir.

Hipotezlerin test edilmesi sürecinde, anlamlılık düzeyi (α) = 0,05 olarak kabul edilmiştir. Alan araştırmasında kullanılan testlerin güvenilirlik düzeyi ise, $1 - \alpha = 0,95$ 'tir. Yani, hipotezler, % 95 güvenilirlik düzeyinde test edilmektedir. Dolayısıyla, uygulanacak testlerden elde edilecek *p* değerinin, α değerinden (0,05) büyük olması durumunda, *null* hipotez (H_0); küçük olma durumunda, *alternatif* hipotez (H_1) kabul edilecektir.

Tutum ölçeklerinin analizinde, *ANOVA, T – Testi ve Ki – Kare (χ^2) (Anlamlılık)* testlerinden yararlanılmıştır. T – Testi, inceleme konusu değişken bağlamında, iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olup olmadığının tespitinde

kullanılmaktadır (Altunışık vd., 2005, s. 273). T-Testi, bu araştırmada tutum ölçekleri bağlamında meclis üyelerini cinsiyet, siyasal eğilim farklılaşması, yaş, eğitim ve eski/yeni üyelik kriterlerine göre karşılaştırmak ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek için kullanılmıştır.

3.2. Alan Araştırma Sonuçlarının Analiz ve Yorumları

3.2.1. Büyükşehir Belediye Meclis üyeleri ile Demografik Bilgiler

3.2.1.1. Cinsiyet

Tablo 10: Meclis Üyelerinin Cinsiyet Dağılımı

Meclis Üyelerinin Cinsiyeti	Sıklık (f)	Yüzde (%)	Geçerli Yüzde ²⁴⁴ (%)	Toplam Yüzde ²⁴⁵ (%)
Erkek	257	93,1	93,1	93,1
Kadın	19	6,9	6,9	100
Toplam	276	100	100	

Araştırmaya katılan Büyükşehir belediye meclis üyelerinin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında zaman, 257 üyenin (% 93,1) erkek; 19 üyenin (% 6,9) ise, kadın olduğu görülmektedir²⁴⁶.

3.2.1.2. Görev Yeri

Tablo 11: Meclis Üyelerinin Görev Yer Dağılımı

Meclis Üyelerinin Görev Yerleri	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İstanbul	80	29	29	29
İzmir	56	20,3	20,3	49,3
Ankara	45	16,3	16,3	65,6
Samsun	26	9,4	9,4	75
Diyarbakır	22	8	8	83
Antalya	19	6,9	6,9	89,9
Adana	18	6,5	6,5	96,4
Eskişehir	10	3,6	3,6	100
Toplam	276	100	100	

Büyükşehir belediye meclis üyelerinin görev yaptıkları Büyükşehirler bağlamında dağılımlarına bakıldığında zaman, Araştırmaya en çok üyenin % 29'luk oranla İstanbul'dan

²⁴⁴ Çalışmanın bundan sonraki bölümünde "Geçerli Yüzde (%)" ifadesi yerine "G.Yüzde (%)" ifadesi yer alacaktır.

²⁴⁵ Çalışmanın bundan sonraki bölümünde "Toplam Yüzde (%)" ifadesi yerine "T.Yüzde (%)" ifadesi yer alacaktır.

²⁴⁶ Türk siyasal yaşamı, genel ve kronolojik çerçevede değerlendirildiği zaman, erkek ve kadın seçilmişler arasındaki bu orantı(sızlık) yadırganmamalıdır. Diğer ülke örnekleriyle karşılaştırıldığı zaman, daha önce seçme ve seçilme hakkını elde eden Türk kadını, bu hakkını erkek egemen siyasal hayatta olması gerektiği gibi yansıtamamaktadır. Siyasal hayatımızda önemli süreçlerden birini temsil eden demokratikleşme süreci, güçlendiği oranda, kadınların yerel ve ulusal meclislerde daha fazla oranda temsil edilmeleri mümkün olabilecektir. Ayrıca, siyasal, sosyal, ekonomik ve yönetsel hayatımız bağlamında çok önemli bir aşamayı temsil eden Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde, kadın - erkek temsiline ilişkin bu orantısızlığın, kadınlar lehine azalması beklenebilir. Elbette, bunun için tüm siyasal partiler düzeyinde ortak bir istek şarttır. TBMM'de yer alan, iktidar ve muhalefet partilerinin desteğinde, yerel ve ulusal meclislerde yer alması gereken minimum kadın üye sayısını veya seçimlerde aday gösterilmesi gereken minimum kadın aday sayısını belirleyen bir yasa çıkarılması, olgunluğuna henüz ulaşmamış siyasal kültürümüz için ivme sağlayabilir. Örneğin, Temmuz 2007 genel seçimlerinde kadın aday sayıları oldukça artırılmıştır.

(80 üye) katıldığı görülmektedir. İstanbul'dan sonra 56 üye ve % 20,3'lük bir oranla İzmir gelmektedir. Üçüncü sırada ise, % 16,3'lük oran ve 45 üye ile Ankara bulunmaktadır. En çok katılımcı sağlayan üç büyükşehirden sonra, sırayla Samsun (26 üye, % 9,4), Diyarbakır (22 üye, % 8,0), Antalya (19 üye, % 6,9), Adana (18 üye, % 6,5) ve en az üyeyle, Eskişehir (10 üye, % 3,6) gelmektedir.

3.2.1.3. Siyasal Parti

Tablo 12: Meclis Üyelerinin Temsil Ettikleri Siyasal Parti Dağılımı

Temsil Edilen Siyasal Partiler	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
AKP	160	58	58	58
CHP	64	23,2	23,2	81,2
DTP	11	4	4	85,1
DYP	9	3,3	3,3	88,4
SHP	9	3,3	3,3	91,7
ANAP	8	2,9	2,9	94,6
BĞZ.	6	2,2	2,2	96,7
DSP	5	1,8	1,8	98,6
MHP	3	1,1	1,1	99,6
SP	1	0,4	0,4	100
Toplam	276	100	100	

Araştırmaya, en çok AKP'li (160 üye ve % 58'lik oran) üye katılmıştır. İkinci sırada, 64 üye ve % 23,2'lik oranla, CHP gelmektedir. Üçüncü sırada ise, 11 üye ve % 4'lük oranla, DTP bulunmaktadır²⁴⁷. Araştırmaya katılan diğer siyasal partilerin üye sayı ve oranları şöyledir: DYP ve SHP (9 üye, % 3,3), ANAP (8 üye, % 2,9), BĞZ. (6 üye, % 2,2), DSP (5 üye, % 1,8), MHP (3 üye, %1,1) ve SP (1 üye, % 0,4).

3.2.1.4. Üyelik Süresi

Tablo 13: Meclis Üyelerinin Üyelik Süre Dağılımı

Meclis Üyelerinin Üyelik Süreleri	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
2 yıl ve daha az	220	79,7	79,7	79,7
2 yıldan çok	56	20,3	20,3	100
Toplam	276	100	100	

²⁴⁷ Bu oranların, yerel meclislerde yer alan partiler bağlamında uyumlu olduğu belirtilmelidir. 28 Mart 2004 yılında gerçekleştirilen ve 34.075.239 kişinin (% 71,75) katıldığı yerel seçimlerin sonucu dikkate alındığında, AKP'nin birinci parti, CHP'nin de ikinci parti olduğu görülmektedir. Yerel seçimler sonunda, AKP, birinci parti olarak, 1.947 adet belediye başkanlığı elde ederken, ikinci sırayı, 497 belediye başkanlığı ile CHP almaktadır. Yine aynı seçim sonunda ortaya çıkan oy oranlarına bakıldığında zaman, AKP, % 40,13 ile birinci parti olurken, CHP, % 20,87 ile ikinci parti olmuştur. Büyükşehir belediyeleri bağlamında değerlendirildiği zaman, AKP, % 46,24'lük oranla birinci parti olurken, CHP, % 24,22'lik oranla ikinci parti olmuştur. Yerel seçimler, il genel meclisleri çerçevesinde değerlendirilirse, AKP, % 41,89'lük oranla birinci parti olurken, CHP, % 18, 38'lik oranla ikinci parti olmuştur (www.yerelnet.org.tr/secimler/ E.T., 13.10.2006).

Meclis üyeleri, üyelik süreleri bağlamında değerlendirildiği zaman, 220 üyenin (% 79,7) meclis üyeliğinin yeni olduğu görülmektedir. 56 üye (% 20,3) ise, önceki dönemlerde de Büyükşehir belediye meclislerinde yer almıştır²⁴⁸.

3.2.1.5. Yaş

Tablo 14: Meclis Üyelerinin Yaş Grubu Dağılımı

Meclis Üyelerinin Yaş Grubu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
46 ve üzeri	148	53,6	53,6	53,6
36-45	103	37,3	37,3	90,9
26-35	23	8,3	8,3	99,3
18-25	2	0,7	0,7	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin, en çok, 46 ve üzeri (% 53,5) yaş grubundan oluştuğu anlaşılmaktadır²⁴⁹. 36 – 45 yaş grubunda yer alan üyelerin sayısı, 103 (% 37,3) kişidir. 26 ve altı yaş grubu ise, toplam itibariyle, 25 (% 9) kişidir.

3.2.1.6.Eğitim

Tablo 15: Meclis Üyelerinin Eğitim Durumu Dağılımı

Meclis Üyelerinin Eğitim Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Üniversite (2/4 Yıllık)	153	55,4	55,4	55,4
Lise (ve dengi)	67	24,3	24,3	79,7
İlköğretim (5+3 Yıl)	28	10,1	10,1	89,9
Lisansüstü (Master / Doktora)	28	10,1	10,1	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin eğitim durumlarının oldukça iyi düzeyde olduğu ilk bakışta dikkati çekmektedir. Üyelerin 153 tanesi (% 55,4), yüksek öğrenim derecesine sahiptir. Ayrıca, 28 üyenin (% 10,1), lisansüstü eğitim sahibi olduğu anlaşılmaktadır. 67 üyenin

²⁴⁸ Önceki dönemlere ait veri olmadığı için, Büyükşehir belediye meclis üye değişim oranlarını karşılaştırmak, oldukça güçtür. Ayrıca, yerel meclislerin çoğunluğunu oluşturan AKP'nin yeni kurulmuş bir parti olması, değişim hızı konusunda, yanıltıcı yargıları sonuç verebilir. Yine de, 2004 yerel seçimleri sonucunda, Büyükşehir belediye meclislerini oluşturan üyelerin çoğunluğunun, bu meclislerle çoğunlukla yeni katılmış üyelere ait olduğunu belirtmek, yanlış olmayacaktır. Değişim oranının bundan sonraki seçimler için de yüksek tutulması gereği, 1980 sonrası depolitize olmuş nüfusun (özellikle, gençlerin) siyasetle ilgilerinin artırılması bağlamında işlevseldir.

²⁴⁹ Böyle bir durumun anlamlandırılması, hem siyasal hayatımızda güçlü bir yer tutan “Başkan’ın Adamları” metaforu ve “Oligarşinin Tunç Kanunu” kuramı yardımıyla, hem de seçilme yaşının, şimdiye kadar 30 yaş sınırında tutulmasıyla kolaylaşmaktadır. Alan araştırması veri sonuçlarından ve anayasa değişikliği önerisinin kabulünden hareketle, Büyükşehir belediye meclislerine, daha genç yaşta olan üyelerin girmeleri teşvik edilmeli, genel olarak ulusal, özel olarak, yerel siyasal yaşama katılım için seçilme yaşı, seçme yaşına kadar düşürülebilmelidir “Başkan’ın Adamları” metaforuna ilişkin olarak denilebilir ki, Türk siyasal hayatında, eğilimi hangi yönde olursa olsun, herhangi bir siyasal parti içerisinde (aktif) faaliyet gösterebilmek için, mutlaka o siyasal partiyi hakim kadrolardan onay almak söz konusudur. İlgili siyasal partinin üst yönetim kadrolarına muhalefet eden herhangi bir hal, davranış, söz veya aktivite, partiden ihraç etmeye kadar uzanan disiplin cezaları ile sonuçlanabilir. O zaman, Türk siyasal hayatında siyaset yapabilmek, ancak ilgili partinin üst düzey yöneticilerinin adamı olmakla mümkündür demek yanlış olmayacaktır.

(% 24,3) ise, lise ve dengi okul mezunu olduğu görülmektedir. İlköğretim mezunlarının sayısı ise, 28 kişi (% 10,1) dir.

Araştırma sonuçları, Büyükşehir belediye meclislerini oluşturan üyelerin eğitim durumlarının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum da, siyaset sahnesinde eğitilmiş insanların yer aldığını göstermektedir. Meclis üyelerinin eğitim düzeylerinin yüksek olması, ayrıca, üyelere yöneltilen anket sorularının kolayca anlaşılması ve cevaplanması sürecinde işlevsellik sunmuştur. Siyasal partilerin bundan sonraki genel ve yerel seçimlerde, eğitim düzeyi yüksek olan adaylarla seçime girmesi önemli bir tavsiye olarak değerlendirilmelidir.

Araştırma sonucu elde edilen veriler, belediye ve Büyükşehir belediyeleri üzerinde gerçekleştirilen bir başka araştırmanın verileri ile uyumlu gözükmektedir. Eren'in 2001 yılında, belediye ve Büyükşehir belediyelerinin başkan ve başkan yardımcılarını/genel sekreterler üzerinde gerçekleştirdiği araştırma sonucuna göre, deneklerin % 81,7'si (94 kişi) yükseköğrenim görmüştür (Eren, 2001, s. 233). Eren'in konuya ilişkin bir başka çalışmaya yaptığı göndermede, Öztürk (1997, s. 123), nüfusu 50.000 ve daha üzeri belediyelerde, belediye başkanlarının eğitim düzeyinin, % 85 oranında yükseköğrenim olduğunu ifade etmektedir.

3.2.1.7. Meslek Türleri

Tablo 16: Meclis Üyelerinin Meslek Durumu Dağılımı

Meclis Üyelerinin Meslek Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Serbest Meslek/Şirket Sahibi	194	70,3	70,3	70,3
Emekli/Öğrenci/Stajyer /Çalışmıyor	46	16,7	16,7	87
Memur/Sözleşmeli Personel	21	7,6	7,6	94,6
İşçi	15	5,4	5,4	100
Toplam	276	100	100	

Araştırmaya katılan üyelerin 194 tanesi (% 70,3), serbest meslek kökenli veya şirket sahibidir. 46 üye (% 16,7) emekli/öğrenci/stajyer/çalışmıyor durumdadır. 21 üye ise, kamu görevinden gelmektedir. 15 üye ise, işçi kökenlidir.

3.2.1.8. Çalışma Alanı

Tablo 17: Meclis Üyelerinin Çalışma Alanı Dağılımı

Meclis Üyelerinin Çalışma Alanları	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İnşaat/Müteahhitlik	46	16,7	16,7	16,7
Ticaret/Sanayi	43	15,6	15,6	32,2
Kamu Kuruluşu	38	13,8	13,8	46
Esnaf ve Sanatkarlık	33	12	12	58
Mühendislik	22	8	8	65,9
Sağlık/Sosyal/Kültür	15	5,4	5,4	71,4
Hukuk	12	4,3	4,3	75,7
Muhasebe/Mali Müşavirlik	12	4,3	4,3	80,1
Bankacılık/Sigortacılık/Finans	9	3,3	3,3	83,3
Eğitim/Araştırma	8	2,9	2,9	86,2
Ziraat	8	2,9	2,9	89,1
Turizm	7	2,5	2,5	91,7
Medya/Basın	5	1,8	1,8	93,5
Tekstil	4	1,4	1,4	94,9
Diğer	4	1,4	1,4	96,4
Halkla İlişkiler/Pazarlama	3	1,1	1,1	97,5
Gıda	2	0,7	0,7	98,2
Mimarlık	2	0,7	0,7	98,9
Emlak	2	0,7	0,7	99,6
Teknisyen	1	0,4	0,4	100
Toplam	276	100	100	

Araştırmaya katılan üyelerin % 16,7'si (46 üye), İnşaat/Müteahhitlik alanından gelmektedir. 43 üye (% 15,6), ticaret ve sanayi sektöründen gelmekte; 38 üye (% 13,8), kamu kuruluşu kökenlidir. 33 üye (% 12), esnaf ve sanatkar kökenlidir. 22 üye (% 8), mühendislik kökeninden gelmekte; 15 üye (% 5,4), sağlık/sosyal ve kültürel alanlardan gelmektedir. 12 üyenin (% 4,3), ise hukuk kökenli olduğu görülmektedir. Muhasebe/Mali müşavirlik alanından da, 12 üyenin geldiği görülmektedir. 9 üye (% 3,3), bankacılık/sigortacılık/finans alanından gelirken, eğitim alanından gelen toplam üye sayısı, 8 kişidir (% 2,9). Ziraat sektöründen ise, 8 üye gelmektedir. Turizm alanından 7 üyenin (% 2,5) bulunduğu araştırmada, medya/basın sektöründen 5 temsilci (% 1,8) bulunmaktadır. Diğer alanlardan ise toplamda, 14 üye (% 5) gelmektedir.

İlgili tablodan da net olarak anlaşıldığı üzere, Büyükşehir belediye meclislerinde, daha çok özel sektör ve serbest meslek temsilcileri yer almaktadır. Alan araştırması, Büyükşehir belediye meclislerini oluşturan üyelerin önemli çoğunluğunun, özel sektör kökenli olduğunu göstermektedir. Kamu sektöründen gelen üyelerin sayısının düşük olmasının sebebi, yasal mevzuatımızca getirilen kısıtlamalardır. Mevzuatımıza göre, kamu görevlerinde çalışan memurlar veya kadrolu işçiler görevlerinden istifa etmedikçe, seçimlerde aday olamazlar veya aday gösterilemezler. Dolayısıyla, özellikle yerel

meclislerde görev alabilecek, akademisyen veya konuyla ilgili deneyimli bürokratlar, ilgili mevzuat gereği hem kamu görevliliğini hem de yerel seçilmişlik görevini bir arada yürütememekte, bu durum da, yetmiş ve deneyimli çoğu bireyin, yerel meclislere girememesi sonucunu vermektedir. Dolayısıyla, sonuçta, yerel meclislerde, çoğunlukla, konusunda uzman olanlar yerine, bölge esnafıyla karşılaşmaktadır.

Grup içi dağılımlar dikkate alınırca, ilginç biçimde, hem AKP'nin hem de CHP'nin % 71,9'u "*Serbest Meslek/Şirket Sahibi*" kökenden gelmektedir. Eğer, AKP ve CHP, mevcut siyasal aritmetikte, merkezin sağ ve solunu temsil eden siyasal partiler olarak değerlendirilirse, her iki partinin de çoğunluğunun, özel sektör kökenli bireyler tarafından oluşturduğu görülmektedir²⁵⁰. Ayrıca, Türkiye özelinde, yerel siyasetin, toplumsal gruplar düzeyinden, ideoloji düzeyine kaydığını da, ayrıca, iddia etmek anlamlı gözükmemektedir²⁵¹.

3.2.2.Meclis Üyelerine Göre Türkiye'nin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli Üç Sorun Alanı

Alan araştırması formunda, araştırmaya katılan yerel meclis üyelerinin ülkenin genel sorunlarını (*en önemli gördükleri ilk üç sorun alanı*) nasıl değerlendirdiklerini ölçmek için bazı sorular bulunmaktadır. Deneklerin verdikleri cevaplar çerçevesinde, meclis üyelerince en önemli görülen üç sorun alanı belirlenmiştir.

Buna göre, meclis üyelerinin, makro bağlamda birinci derecede önemli gördükleri sorun, işsizliktir (% 60,9). Sosyal ve ekonomik eşitsizlik (% 54,7), ikinci en önemli sırayı almaktadır. Üçüncü sorun alanı olarak, bürokrasinin hantallığı/verimsizliği gelmektedir (% 32,2).

²⁵⁰ Türk siyasal geleneği dikkate alınarak bir değerlendirme yapıldığı zaman, sağ eğilimli partilerin iktidarda oldukları dönemde, küçük ve büyük sermaye sahipleri, aktif siyasetle daha çok ilgilenmekte, sol eğilimli partilerin iktidarları döneminde ise, entelektüel ve bürokratların aktif siyaset içinde yer aldığı görülmektedir. Yalnız araştırma ölçeğinde, örneğin, AKP veya CHP'nin hangi meslek grupları bağlamında temsil edildiklerine ilişkin bir çapraz tablo yapıldığı zaman, oranlar da dikkate alınırca, sağ – sol parti ve meslek grubu ayrımının, günümüz için anlamsız gözüktüğü anlaşılmaktadır.

²⁵¹ Böyle bir durum, özellikle, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk dönemlerindeki siyasal yapı için geçerli iken, çok partili hayata geçme çabaları ve toplumsal sınıf (*sermaye ve işçi sınıfı*) ların güçlenmesi temelinde, Türk siyaseti kabuk değiştirmiş olarak değerlendirilmekteydi. Türk siyasetinde tersine bir durum, günümüz siyasal yapılanması için geçerlidir. Günümüzde, Türk siyasetinin, kuramsal ve yapısal olarak, aynen Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk dönemlerinde olduğu gibi, yani ideoloji ekseninde yapıldığını belirtmek yanlış olmayacaktır. Artık, siyasete temel oluşturan, maddi ve sınıfsal çıkarlara yönelik mücadeleler değil, hangi ideolojinin egemen olması gerektiğine ilişkin tartışma ve mücadelelerdir. Bu durum, özellikle, 11. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı seçim sürecinde de kendisini açık biçimde göstermiştir. Buradan hareketle, Türk siyasal hayatında, katılım temelli ideolojik bir krizin yaşanmakta olduğu iddia edilebilir.

3.2.2.1. İşsizlik sorununa meclis üyelerinin bakışı

Tablo 18: “İşsizlik” Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evet	168	60,9	60,9	60,9
Hayır	108	39,1	39,1	100
Toplam	276	100	100	

Türkiye'nin en önemli sorunlarının ilk sırasında işsizliği gören meclis üyesi sayısı, 168 kişidir (% 60,9). İşsizliğe yerel bakışı gösteren bu sonuç, meclis üyelerinin ülkenin en önemli sorunu olarak işsizliği işaret ettiklerini göstermektedir²⁵². Konuya ilişkin olarak, bölgesel bağlamda yerel siyasetçilerin ne düşündükleri anlamlılık (*ki – kare*) testi, t – testi ve varyans analizi testi ile incelendiği zaman ilginç sonuçlarla karşılaşılmaktadır.

Aşağıda, işsizliğe ilişkin cevapların AKP – DTP, CHP – DTP ve CHP – DTP eksenlerinde varyans analizi içeren tablo yer almaktadır.

Tablo 19: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP-CHP-DTP) İşsizlik Olgusuna Bakışı

	(I) Temsil Edilen Siyasal Parti	(J) Temsil Edilen Siyasal Parti	Ortalamaların Farkı (I-J)	S. Hata	p
Türkiye'nin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli Sorun: İşsizlik	AKP	CHP	0,01	0,071	0,983
		DTP	-0,37 (*)	0,149	0,036
	CHP	AKP	-0,01	0,071	0,983
		DTP	-0,38 (*)	0,156	0,040
	DTP	AKP	0,37 (*)	0,149	0,036
		CHP	0,38 (*)	0,156	0,040
Siyasal Partiler					
ANOVA Testi	Ort±Sh	Ort±Sh	Ort±Sh	p	
	1,36 ± 0,038	1,34 ± 0,060	1,73 ± 0,041	0,042	

* Farklılık, 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Varyans analizi sonucuna göre, AKP – DTP ($p < 0,050$) ve CHP – DTP ($p < 0,050$) üyelerinin işsizlik sorununa bakışı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunurken, AKP – CHP üyeleri arasında ise, anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır²⁵³. İşsizliğe bakışta siyasal partiler arası farklılaşmaya ait tabloda yer alan veriler, meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde homojen olmadıkları, siyasal partiler ve coğrafi

²⁵² Türkiye'nin makro açıdan en önemli sorunu olarak değerlendirilen “*istihdam*” sorunu, yerel seçilmişler bağlamında da önemli görülmektedir. Böyle bir sonuca ilişkin olarak, yerel yönetimlerin de, istihdam sorununu, özellikle, yerel düzeyde çözebilecek projeler geliştirmeleri, merkezi yönetimin de, bunu kendi öz kaynakları veya sağlayabileceği fonlar ile desteklemeye çalışması önerilebilir.

²⁵³ İlgili tablodaki verilerin siyasal bağlamda yorumlanması durumunda, bu araştırma ölçeğinde, DTP'nin ulusal karakter yansıtmadığı, aksine, yerel veya bölgesel karakter yansıttığı görülmektedir çünkü DTP, ulusal alanda, işsizliği en önemli sorunlar arasında görmemekte, aksine, diğer parti mensubu üyelerin ulusal sorunlar arasında öncelik vermediği, azınlık ve etnik kökenli sorunları, Türkiye'nin en önemli sorunları arasında, ilk sırada gördüğünü belirtmektedir.

bölgeler bağlamında farklılaştıklarını belirten Hipotez 1 (H_1)'in ilk alt hipotezini test etmede işlevseldir. İlgili tabloda yer alan veriler,

H_0 : “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır”

H_1 : “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır”

Hipotezlerinden, *null* hipotez olan H_0 değerinin reddedilmesini gerektirmektedir ($p < 0,05$) çünkü test sonucu elde edilen p değeri, α değeri olarak belirlenen 0,05'ten küçük çıkmıştır.

3.2.2.2. Meclis üyelerinin sosyal ve ekonomik eşitsizliğe bakışı

Tablo 20: Sosyal ve Ekonomik Eşitsizlikle İlgili Soruya Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evet	151	54,7	54,7	54,7
Hayır	125	45,3	45,3	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerine göre, Türkiye'nin en önemli ikinci sorun alanı, sosyal ve ekonomik eşitsizlik olarak gözükmektedir. Sosyo – ekonomik eşitsizliği, önemli bir sorun alanı olarak değerlendiren meclis üye sayısı, 151 kişidir (% 54,7). Meclis üyelerine göre, makro sorunlar sıralamasında ikinci sırayı, sosyo – ekonomik eşitsizlik almaktadır. İstihdam sorununun yerel düzeyde çözümüne katkı sağlayabilecekleri gibi, yerel yönetimler, sosyo – ekonomik sorunların çözümüne katkı sağlayabilir. Bunun için, merkezi yönetimin, yerel yönetimlere yasal, yönetsel ve siyasal destek sağlaması önemli bir şarttır.

Tablo 21: Siyasal Partilerin (AKP – CHP – DTP) Sosyo-Ekonomik Eşitsizliğe Bakışı

Temsil Edilen Siyasal Parti		Türkiye'nin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli Sorun: Sosyal ve Ekonomik Eşitsizlik		
		Evet	Hayır	Toplam
AKP	Sıklık (f)	78	82	160
	Yüzde (%)	60,5	77,4	68,1
	Grup içi Yüzde (%)	48,8	51,3	100
CHP	Sıklık (f)	41	23	64
	Yüzde (%)	31,8	21,7	27,2
	Grup içi Yüzde (%)	64,1	35,9	100
DTP	Sıklık (f)	10	1	11
	Yüzde (%)	7,8	0,9	4,7
	Grup içi Yüzde (%)	90,9	9,1	100
Toplam	Sıklık (f)	129	106	235
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd	p Değeri
	10,374		2	0,006

Siyasal parti üyelerinin sosyo – ekonomik eşitsizliğe bakışları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı Tablo 20’de gösterilmiştir. Sosyo – ekonomik eşitsizliği ülkenin en önemli sorunları arasında görenlerin % 60,5’i, AKP’li, % 31,8’i, CHP’li ve % 7,8’i, DTP’li üyelerden oluşmaktadır. Sosyo – ekonomik eşitsizliği en önemli sorunlar arasında görmeyenlerin ise, % 77,4’ü AKP’li, % 21,7’si CHP’li ve % 0,9’u DTP’lidir. Yukarıda yer alan tablodaki veriler de, Hipotez 1 (H₁)’in ilk alt hipotezini test etmede işlevseldir. İlgili tabloda yer alan veriler sonucunda,

H₀: “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır”

H₁: “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır”

hipotezlerinden, H₀ hipotezi reddedilmiştir çünkü siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP – DTP) sosyo – ekonomik eşitsizliğe bakışı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunduğunu görülmektedir ($p < 0.05$). Buradan hareketle, denilebilir ki, Büyükşehir belediyeleri örneğinde ve yerel düzlemde AKP, sosyo – ekonomik eşitsizliğe en duyarlı parti görünümü çizerken, DTP, en duyarlı siyasal parti olarak gözükmektedir.

3.2.2.2.1. Coğrafi bölge ve sosyo – ekonomik eşitsizliğe bakış arasındaki ilişki

Tablo 22: Coğrafi Bölgelerin Sosyo – Ekonomik Eşitsizliğe Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Türkiye'nin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli Sorun: Sosyal ve Ekonomik Eşitsizlik		
		Evet	Hayır	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	13	24	37
	Yüzde (%)	8,6	19,2	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	35,1	64,9	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	33	22	55
	Yüzde (%)	21,9	17,6	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	60	40	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	17	5	22
	Yüzde (%)	11,3	4	8
	Grup içi Yüzde (%)	77,3	22,7	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	42	38	80
	Yüzde (%)	27,8	30,4	29
	Grup içi Yüzde (%)	52,5	47,5	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	29	27	56
	Yüzde (%)	19,2	21,6	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	51,8	48,2	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	17	9	26
	Yüzde (%)	11,3	7,2	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	65,4	34,6	100
Toplam	Sıklık (f)	151	125	276
	Yüzde (%)	54,7	45,3	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p Değeri
		12,410	5	0,030

Coğrafi bölgelerin sosyo – ekonomik eşitsizliğe bakışı bağlamında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı Tablo 21'de gösterilmiştir. İlgili tabloda, sosyo – ekonomik eşitsizliği ülkenin en önemli ilk üç sorunu arasında görenlerin % 8,6'sı, Akdeniz Bölgesini, % 21,9'u, İç Anadolu Bölgesini, % 11,3'ü, G. Doğu Anadolu Bölgesini, % 27,8'i, Marmara Bölgesini, % 19,2'si, Ege Bölgesini, % 11,3'ü, Karadeniz Bölgesini temsil etmektedir. İlgili çapraz tablo analizine göre, coğrafi bölgelerin sosyo – ekonomik eşitsizliğe bakışı bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,030$). Buradan hareketle, Hipotez 1'in (H_1) alt hipotezlerinden ilkinini test etmek olanaklıdır.

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, H_0 reddedilmiştir.

H_0 : “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır”

H_1 : “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır”

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sosyo – ekonomik eşitsizliği en fazla önemseyen bölge, G. Doğu Anadolu Bölgesi (% 77,3) olurken, ikinci sırayı Karadeniz Bölgesi (% 65,4) almaktadır. Genel anlamda sosyo – ekonomik eşitsizliği en az önemseyen bölgeler arasında, Akdeniz (% 64,9), Ege (% 48,2) ve Marmara (% 47,5) bölgeleri yer almaktadır.

Araştırmaya katılan yerel meclis üyelerinin bölgelerini iyi tanıdıkları ve bölgelerinde yaşayan insanların görüşlerini en iyi biçimde yansıttıklarına ilişkin kuramsal çerçeve temel alınır, sosyo – ekonomik eşitsizliğin en az hissedildiği bölgeler Marmara, Ege ve Akdeniz bölgeleri olurken, ilgili eşitsizliğin en çok hissedildiği bölge ise, G. Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgeleridir. Sonucun böyle çıkması, konuya ilişkin genel önyargının desteklendiği şeklinde anlaşılmalıdır.

3.2.2.3. Meclis üyelerinin bürokrasinin hantallığı/verimsizliğine bakışı

Tablo 23: Bürokrasinin Hantallığı/Verimsizliği Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evet	89	32,2	32,2	32,2
Hayır	187	67,8	67,8	100
Toplam	276	100	100	

Araştırmaya katılan meclis üyelerinin % 32,2'sine (89 üye) göre, Türkiye'nin karşı karşıya olduğu en önemli üçüncü sorun alanı, bürokrasinin hantallığı/verimsizliğidir.

Tabloda yer alan veriler, siyasal seçilmiş ve vatandaşlar tarafından dönem dönem sıklıkla eleştirilen bürokrasi olgusunun, yerel seçilmişlerin çoğunluğu tarafından da sorunsal bir alan olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bürokrasinin önemli bir sorun alanı olarak algılanmasında, çok önemli bir işlevsellik sunan “bürokratik maksimizasyon” olgusuna gönderme yapmak gerekir. Bürokrasi, siyasal kerte bir yönetim aygıtı olarak işlev görmesinin yanında, kendi çıkarlarını da maksimize etmeye çalışan ve tarafsız olamayan yapısal bir örgütlenme olması, bürokratik yapılanmanın, zaman içerisinde, siyasetçi ve seçmenler için sorunsal bir yapıya bürünmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla, yerel seçilmişlerin, kamu hizmetlerini gereği gibi yerine getirebilmeleri noktasında, öncelikle, kendi bürokrasilerini yönlendirebilmeleri, ayrıca, merkezi yönetimin taşra bürokrasisiyle çıkar çatışmasına girmemeleri önerilmektedir.

Tablo 24: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) Bürokrasinin Hantallığı / Verimsizliği Olgusuna Bakışı

Temsil Edilen Siyasal Parti		Türkiye'nin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli Sorun: Bürokrasinin Hantallığı ve Verimsizliği		
		Evet	Hayır	Toplam
AKP	Sıklık (f)	76	84	160
	Yüzde (%)	95	54,2	68,1
	Grup içi Yüzde (%)	47,5	52,5	100
CHP	Sıklık (f)	3	61	64
	Yüzde (%)	3,8	39,4	27,2
	Grup içi Yüzde (%)	4,7	95,3	100
DTP	Sıklık (f)	1	10	11
	Yüzde (%)	1,3	6,5	4,7
	Grup içi Yüzde (%)	9,1	90,9	100
Toplam	Sıklık (f)	80	155	235
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd	p Değeri
	40,517		2	<0,001

Siyasal parti üyelerinin sosyo – ekonomik eşitsizliğe bakışları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 23'te gösterilmiştir. Bürokrasinin hantallığı/verimsizliğini, ülkenin en önemli sorunları arasında değerlendirenlerin % 95'i, AKP'li, % 3,8'i, CHP'li, % 1,3'ü ise, DTP'li üyelerden oluşmaktadır. Bürokrasinin hantallığını/verimsizliğini ülkenin en önemli sorunları arasında değerlendirmeyen üyelerin % 54,2'si AKP'li, % 39,4'ü CHP'li ve % 6,5'i ise, DTP'lidir. Grup içi karşılaştırmalar temel alınrsa, en çok AKP'li üyeler, bürokrasinin verimsiz olduğunu düşünmektedir. Bürokrasinin verimsiz olduğunu en az oranda düşünenler ise, CHP'li üyelerdir. Tabloda yer alan veriler, siyasal parti üyelerinin bürokrasinin verimsizliği sorununa bakışında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunduğu göstermektedir ($p < 0,001$). Böyle bir farklılaşmanın varlığı, Hipotez 1'in (H_1) ve Hipotez 2'nin (H_2) birer alt hipotezlerinin test edilmesinde işlevseldir. Öncelikle, Hipotez 1'in (H_1) ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 reddedilerek, H_1 kabul edilmiştir.

H_0 : “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır”

H_1 : “Meclis üyeleri, ülkeyi ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır”

İkinci olarak, Hipotez 2'nin (H_2) ilk alt hipotezi çerçevesinde, H_0 reddedilerek, H_1 kabul edilmektedir.

H_0 : “Parti siyaseti içerisinde hareket etme bağlamında farklılaşma yoktur”

H_1 : “Parti siyaseti içerisinde hareket etme bağlamında farklılaşma vardır”

Böyle bir farklılaşma, iktidar veya muhalefette bulunma durumuyla veya parti programlarının farklılaşması ile açıklanabilir. Bürokrasi ile en çok iktidar partisi ilişkili olduğu için, bürokrasiyi en çok iktidar partisi sorunlu olarak değerlendirecektir²⁵⁴. Buna rağmen, AKP'liler grup içi farklılaşmada, bürokrasiyi sorunsal olarak değerlendirmemektedir. Dolayısıyla, parti siyaseti içerisinde hareket etmek genel kural olsa da, her seçilmiş, her zaman parti siyaseti içerisinde hareket etmeyebilir.

Bürokrasinin sadece merkez teşkilatlanmasının Ankara'da, asıl teşkilatlanmasının ise, yerel düzeyde olduğu dikkate alınır, bürokrasinin verimsiz veya hantal olup olmadığına ilişkin yargının, temelde, yerel düzeyde ölçülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, oransal değerlendirilirse, en çok AKP'li yerel meclis üyelerinin bürokrasiyi verimsiz/hantal olarak değerlendirdiği, CHP'li yerel meclis üyelerinin en az oranda böyle bir kanı taşıdığı dikkat çekmektedir.

3.2.3.Meclis Üyelerine Göre Yerel Yönetimlerin Karşı Karşıya Olduğu En Önemli İki Sorun Alanı

Alan araştırması formunda, araştırmaya katılan yerel meclis üyelerinin yerel yönetimlerin genel sorunlarını (*en önemli olarak değerlendirdikleri iki sorun alanı*) nasıl değerlendirdiklerini ölçmek için bazı sorular sorulmuştur. Deneklerin verdikleri cevaplar çerçevesinde, en önemli iki sorun alanı belirlenmiştir²⁵⁵.

Buna göre, araştırmaya katılan Büyükşehir belediye meclis üyelerinin, yerel yönetimler bağlamında, birinci derecede önemli gördükleri sorun, mali ve ekonomik kaynak yetersizliğidir (% 58,7). Meclis üyelerine göre, yerel yönetimlerin karşılaştıkları en önemli ikinci sorun, yetişmiş personelin sayı ve kalite olarak yetersizliği/eksikliğidir (% 33,7).

²⁵⁴ Ulusal düzeyde iktidarda bulunan AKP'nin, bürokrasiyi, çeşitli düzeyde yer alan siyasetçileri tarafından eleştirdiği bilinmektedir. Yerel düzeyde iktidarda bulunan AKP seçilmişleri, büyük bir farkla ulusal düzeyden ve küçük bir farkla diğer yerel düzeylerden farklılaşmaktadır. Ulusal düzeyde iktidar olan AKP, bürokrasiden sıklıkla şikayet ederken, yerel düzeyde iktidarda bulunan AKP, bürokrasiyi ülkenin en önemli sorun alanı olarak değerlendirmemektedir.

²⁵⁵ Esen'in gerçekleştirmiş olduğu araştırmada, Antalya, Muğla ve Denizli'de yer alan yerel seçilmişler, yerel yönetimlerin en önemli iki sorunu olarak, bu çalışmada da olduğu gibi, öncelikle, mali kaynak yetersizliğini (% 75,6), sonra ise, yetişmiş personel sıkıntısını (% 41) işaret etmektedir (Esen ve Karkın, 2007, s.301) .

3.2.3.1. Meclis üyelerinin mali kaynak yetersizliğine bakışı

Tablo 25: Mali Kaynakların Yeterliliğine İlişkin Soruya Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evet	162	58,7	58,7	58,7
Hayır	114	41,3	41,3	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyeleri, yerel yönetimlerin karşılaştıkları en önemli iki sorun arasından, mali kaynakların yetersizliğini % 58,7'lik (162 üye) bir oranla ilk sırada görmektedir²⁵⁶. Mali kaynak yetersizliğine ilişkin olarak siyasal parti, coğrafi bölge veya siyasal konum gibi bağımsız değişkenler bağlamında bir farklılaşma bulunmamaktadır. Dolayısıyla, konumu, bölgesi, yaklaşımı ne olursa olsun, tüm yerel siyasiler mali kaynak yetersizliği konusunda benzer kanı paylaşmaktadır ($p>0,050$). Buradan hareketle, Hipotez 1'in ikinci alt hipotezi test edilebilir.

H_0 : “Meclis üyeleri, kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır”

H_1 : “Meclis üyeleri, kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır”

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_0 hipotezi lehine bir değerlendirme yapılarak, H_1 reddedilecektir.

3.2.3.2. Meclis üyelerinin personelin nicel/nitel yetersizliğine bakışı

Tablo 26: Personelin Nicel/Nitel Yetersizliğine İlişkin Soruya Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evet	93	33,7	33,7	33,7
Hayır	183	66,3	66,3	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerine göre, yerel yönetimlerin karşılaştıkları en önemli ikinci sorun, yetişmiş personelin sayı ve kalite olarak yetersizliği/eksikliğidir. Araştırmaya katılan 93 üye (% 33,7) yetişmiş personelin sayı ve kalite olarak yetersizliğini, yerel yönetimlerin en önemli sorunları arasında değerlendirmektedir.

Meclis üyeleri, yerel yönetimlerin kamu hizmetlerini üretmeleri sürecinde en önemli girdilerden birinin yetişmiş ve kaliteli personel olduğunun bilincindedir. 57. hükümet tarafından gündeme alınan ve 59. hükümet tarafından bütün yönleriyle

²⁵⁶ Meclis üyelerinin, mali kaynak yetersizliğini, yerel yönetimlerin en önemli sorunu olarak değerlendirmelerinin, yerel yönetimlerin sorunu bağlamında gelişen alanyazınla uyumlu olduğu belirtilmelidir. Bu bağlamda, mevcut 59. Hükümet tarafından T.B.M.M.'ye sunulan ve kabul edilerek yasalanan yerel yönetim kanunlarının, mali kaynak konusunda yerel yönetimleri tatmin etmediği ve 26 Eylül 2006 tarihinde T.B.M.M.'ye sevk edilen “İl Özel İdareleri ve Belediye Gelirleri Kanunu Tasarısı”nın nasıl yasalacağına ilişkin beklentideki önemle vurgulanmalıdır.

uygulamaya konulan norm kadro²⁵⁷ uygulamasının yerel yönetimleri²⁵⁸ de kapsadığı dikkate alınır, yerel yönetimlerin önemli bir süre daha personele ilişkin sıkıntılar yaşayacağına dikkat çekmek gerekmektedir.

Alan araştırmasının önemli bölümünde çalışma yazarının bizzat görev alması, alana ilişkin bazı gözlemleri de beraberinde getirmiştir. Gerçekleştirilen derinlemesine mülakat görüşmelerinde, yerel siyasiler en çok “*kendi personelini seçememe sorunu*” na vurgu yapmaktadır. 57. hükümet döneminde gündeme alınan yerel yönetim kadrolarının merkezi yönetimce belirlenmesine ilişkin esaslar ve norm kadro uygulamaları, yerel yönetimlerce eleştirilen konuların başında gelmektedir. Yerel siyasiler, kendi işini yapacak personelini neden kendisinin seçemediğini veya kaç kişi çalıştırması gerektiğinin neden merkezi yönetim tarafından belirlenmesi gerektiğini sürekli sorgulamaktadır.

Sözü edilen konuya ilişkin olarak 17 Ocak 2007 tarihinde; 26406 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan yönetmelik değişikliği²⁵⁹ ile artık il özel idareleri ve belediyeler, bunlara bağlı kuruluşlar ile kurdukları birlikler ve döner sermayeli kuruluşlar, merkezi memur yerleştirme sisteminden çıkarılmış bulunmaktadır. İlgili yönetmelik değişikliğine göre artık, bütün yerel yönetimler, merkezi sisteme tabi olmadan, şekil ve şartları ilgili değişiklikte belirtilen kurallara uyarak, kendi personellerini kendileri seçebilecektir.

²⁵⁷ Norm kadro uygulaması, özünde, kamu sektöründe çalışan personeli yaptığı işe göre sınıflandırmayı ve sınırlamayı amaçlamaktadır. Türk kamu sisteminde memurluk mesleğine giriş sürecinde yaşanan liyakat dışı uygulamalar ve kamunun personel ödemelerinden kaynaklanan bütçe yükünün azaltılmasına yönelik kaygılar, sonuçta, kamu sektöründe kimin nerede çalıştığını ve gerçekte ne kadar personele ihtiyaç olduğunu denetlemeye yönelik adımlar atılmasını gerekli kılmaktadır. Norm kadro uygulaması da sonuçta bu amaca yönelik bir adım olarak değerlendirilmelidir. Aksi görüşler için, bkz. www.yayed.org, Görüşler, “*Norm Kadro Üzerine YAYED Görüşü*”

²⁵⁸ Yerel yönetimlerin norm kadro uygulaması sürecine dahil edilmesi noktasında gerekli yasal altyapı şöyle belirmektedir (www.yayed.org, Görüşler, “*Norm Kadro Üzerine YAYED Görüşü*”):

- Bakanlar Kurulunun 2000/1658 sayılı kararına ekli “*Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Yapılacak Norm Kadro Çalışmalarında Uyulacak Usul ve Esaslar*”, 20.12.2000 tarih ve 24266 sayılı Resmi Gazete.
- 2001/39 sayılı Başbakanlık Genelgesi, 11.07.2001 tarih ve 24459 sayılı Resmi Gazete
- 5393 sayılı Belediye Kanununun 48. ve 49. Maddeleri
- 5437 sayılı 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu 23. Maddesi
- 22.04.2006 tarihli 2006/9806 sayılı “*Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar*”

²⁵⁹ “*Kamu Görevlerine İlk Defa Atanacaklar İçin Yapılacak Sınavlar Hakkında Genel Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*”in yürürlüğe konulması; Devlet Bakanı ve Başbakan Yardımcılığı’nın 7.11.2006 tarihli ve 18935 sayılı yazısı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile 217 sayılı Devlet Personel Başkanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname hükümlerine göre, Bakanlar Kurulu’nca 11.12.2006 tarihinde kararlaştırılmıştır (**Bakanlar Kurulu Karar Sayısı : 2006/11473**).

Bu yasal düzenleme ile birlikte, 13.12.1983 tarih ve 190 sayılı “*Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*”nin 5. Maddesinde yer alan düzenlemeyle getirilen, belediye personeline kadro verilmesi, kadroların kaldırılması ve değiştirilmesi yetkisi, Maliye ve Gümrük Bakanlığı ve Devlet Personel Dairesi’nin görüşleri alındıktan sonra, İçişleri Bakanlığı’nın önerisi üzerine Bakanlar Kuruluna bırakılması yönündeki uygulamaya da son verilmektedir. Mevcut yönetmelik değişikliği ile birlikte artık yerel yönetimler, belirlenen boş kadro sayılarının üç katı kadar aday çağırıp, yazılı veya sözlü sınava tabi tutmak suretiyle istediği personeli seçebilecektir. Dolayısıyla, 190 sayılı KHK’nın yerel yönetimlerin kendi personelini seçme sürecindeki amir hükmü devre dışı bırakılarak, yerel yönetimlerin özerk olmalarına uygun bir adım daha atılmıştır.

Konuya ilişkin olarak, yerel yönetimlerde liyakat ilkesinin zarar gördüğünü veya ortadan kalktığını belirten görüşlerle de karşılaşmaktadır. Ama alana inilerek yapılacak bir değerlendirme sonunda, gerek iktidar gerekse de muhalefet partilerine mensup yerel seçilmişlerin, kendi yörelerinde kendilerinin seçebileceği veya en azından personel seçme sürecinde yer alabilecekleri bir sistemden yana görüş bildirdikleri görülecektir.

Tablo 27: Coğrafi Bölgelerin Yetişmiş Personelin Sayı ve Kalite Olarak Yetersizliği/Eksikliğine Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Yerel Yönetimlerin karşı karşıya olduğu en önemli sorun: Yetişmiş Personelin Sayı ve Kalite Olarak Yetersizliği/Eksikliği		
		Evet	Hayır	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	13	24	37
	Yüzde (%)	14	13,1	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	35,1	64,9	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	14	41	55
	Yüzde (%)	15,1	22,4	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	25,5	74,5	100
G. Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	6	16	22
	Yüzde (%)	6,5	8,7	8
	Grup içi Yüzde (%)	27,3	72,7	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	22	58	80
	Yüzde (%)	23,7	31,7	29
	Grup içi Yüzde (%)	27,5	72,5	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	23	33	56
	Yüzde (%)	24,7	18	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	41,1	58,9	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	15	11	26
	Yüzde (%)	16,1	6	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	57,7	42,3	100
Toplam	Sıklık (f)	93	183	276
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p Değeri
	11,552		5	0,041

Coğrafi bölgelerin, yerel yönetimler bağlamında, yetişmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliği sorununa bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 26'da gösterilmiştir.

Yetişmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliğini yerel yönetimlerin karşılaştıkları en önemli iki sorun arasında görenlerin % 14'ü, Akdeniz bölgesinden, % 15,1'i, İç Anadolu bölgesinden, % 6,5'i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 23,7'si, Marmara Bölgesinden, % 24,7'si, Ege Bölgesinden, % 16,1'i, Karadeniz bölgesindedir.

Yetişmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliğini yerel yönetimlerin karşılaştıkları en önemli iki sorun arasında değerlendirmeyenlerin % 13,1'i, Akdeniz bölgesinden, % 22,4'ü, İç Anadolu bölgesinden, % 8,7'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 31,7'si, Marmara Bölgesinden, % 18'i, Ege Bölgesinden, % 6'sı, Karadeniz bölgesindedir. Grup içi dağılımlar temel alındığı zaman, yerel yönetimlerin yetişmiş personele sahip olmada sayı ve kalite olarak yetersizliği konusunu en fazla önemseyen ilk bölge, Karadeniz bölgesi (% 57,7), ikinci Ege bölgesi (% 41,1) dir. Yerel yönetimlerin kaliteli ve yeteri miktarda yetişmiş personeli olduğunu en yüksek oranda düşünen ilk bölge, İç Anadolu bölgesi (% 74,5), ikinci bölge ise, G. Doğu Anadolu (% 72,7) bölgesidir.

Buradan, coğrafi bölgelerin yerel yönetimler bağlamında yetişmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliği sorununa bakışları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunduğu sonucuna varılmaktadır ($p < 0,05$). Buradan hareketle, Hipotez 1'in ikinci alt hipotezi test edilebilir.

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, *null* hipotez reddedilerek, *alternatif* hipotez kabul edilmelidir.

H_0 : “*Meclis üyeleri, kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır*”

H_1 : “*Meclis üyeleri, kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır*”

Dolayısıyla, yetişmiş personelin sayı ve kalite olarak yetersizliği konusunda, yerel seçilmişler farklılaşmaktadır.

Tablo 28: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP-CHP-DTP) Yetişmiş Personelin Sayı ve Kalite Olarak Yetersizliği/Eksikliğine Bakışı

Temsil Edilen Siyasal Parti		Yerel Yönetimlerin karşı karşıya olduğu en önemli sorun: Yetişmiş Personelin Sayı ve Kalite Olarak Yetersizliği/Eksikliği		
		Evet	Hayır	Toplam
AKP	Sıklık (f)	67	93	160
	Yüzde (%)	77,9	62,4	68,1
	Grup içi Yüzde (%)	41,9	58,1	100
CHP	Sıklık (f)	15	49	64
	Yüzde (%)	17,4	32,9	27,2
	Grup içi Yüzde (%)	23,4	76,6	100
DTP	Sıklık (f)	4	7	11
	Yüzde (%)	4,7	4,7	4,7
	Grup içi Yüzde (%)	36,4	63,6	100
Toplam	Sıklık (f)	86	149	235
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd	p Değeri
		6,698	2	0,035

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP – DTP) yerel düzeyde yetişmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliği sorununa bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 27’de gösterilmiştir.

Yetişmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliğini yerel yönetimlerin karşılaştıkları en önemli iki sorun arasında görenlerin % 77,9’u, AKP’li, % 17,4’ü, CHP’li, % 4,7’si ise, DTP’li üyelerdir. Yerel yönetimlerin böyle bir sorunu olmadığını düşünen üyelerin % 62,4’ü, AKP’li, % 32,9’u, CHP’li, % 4,7’si ise, DTP’lidir. Bu üç parti temel alınarak yapılacak karşılaştırmada, yerel yönetimlerin personel yetersizliği konusunda en kaygılı parti, AKP’dir. CHP’li üyeler ise, yerel yönetimlerin yetişmiş personel bağlamında sıkıntı çektiği kanısında değildir.

Yerel yönetimlerin en önemli ikinci sorunu olarak görülen personelin nicel/nitel kalitesine ilişkin olarak gerek coğrafi bölgeler ($p=0,041$) gerekse de siyasal partiler ($p=0,035$) bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunduğu tekrar ifade edilmelidir. Konuya ilişkin olarak, AKP – CHP arasındaki farklılaşma ise, çok önemli bir düzeydedir ($p=0,010$).

Buradan hareketle, Hipotez 1'in ikinci alt hipotezi test edilebilir.

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Meclis üyeleri kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmamaktadır”

H_1 :“Meclis üyeleri kendi yönetimlerini ilgilendiren sorunların önceliklerinin belirlenmesinde farklılaşmaktadır”

Her ne kadar personelin nitel ve nicel yapısı, yerel yönetimlerin en önemli sorunları arasında olsa da, soruna bakış bağlamında, siyasal parti üyeleri ve coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma söz konusudur.

Elbette, AKP'nin hem yerel düzeyde hem de ulusal düzeyde iktidarda olduğu dikkate alınır, aslında, böyle bir kaygıyı giderebilecek yetkiye sahip oldukları dikkat çekicidir. AKP'nin yerel yönetimlerin yeterli yetişmiş personele sahip olmaları için iktidar oldukları 2002 yılından günümüze kadar yapılan faaliyetlerine bakıldığı zaman, en önemli adımın norm kadro çalışmasını, yerel yönetimleri de içine alacak bir şekilde sağlamlaştırdıkları görülmektedir. Alan araştırması sürecinde gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerde, yerel seçilmişlerin norm kadroya ilişkin olarak oldukça tepkili oldukları gözlemlenmiştir. Dolayısıyla, iktidarda yer alan AKP'nin, yerel yönetimlerin çektikleri yetişmiş personel sıkıntısını aşmaları için gerekli yasal altyapıyı hazırlaması için önünde engel olmadığını farkına varması gerekmektedir.

3.2.4.Sağlık Hizmetleri Temel Yetki ve Sorumlulukları – İlgili Yönetmelik Düzey

Tablo 29: Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Yetki ve Sorumlulukların İlgili Yönetmelik Düzeyine Göre Dağılımları

Yönetmelik Düzey	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Merkezi Yönetim	128	46,4	46,4	46,4
Yerel Yönetimler	146	52,9	52,9	99,3
Fikrim Yok	2	0,7	0,7	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetleri alanındaki temel yetki ve sorumlulukların yerel düzeyde mi yoksa merkezi düzeyde mi olması gerektiğine ilişkin soruya meclis üyelerinin 146 tanesi (% 52,9), bu hizmetlerin temel sorumlusunun yerel yönetimler olması gerektiğini belirtirken, 128 üye (% 46,4), sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluğun merkezi düzeyde kalması gerektiğini düşünmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlerce üretilmesine ilişkin olarak, coğrafi bölge veya siyasal parti, konum bağlamında anlamlı bir farklılaşma ise, bulunmamaktadır ($p > \alpha$).

Analiz sonucu ortaya çıkan veriler, Hipotez 1'in üçüncü alt hipotezinin test edilmesinde işlevseldir. İlgili analizlerde ortaya çıkan p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1, H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşmamaktadır”

H_1 : “Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşmaktadır”

3.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Kamu Yönetimine İlişkin Olumsuz Bakış Açısı

Tablo 30: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ile Kamu Yönetimine İlişkin Olumsuz Bakış Açısı Arasındaki İlişkiye Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Vatandaşların güveninin kazanılmasında etkisi olur	198	71,7	71,7	71,7
Fikrim Yok	19	6,9	6,9	78,6
Vatandaşların güveninin kazanılmasında etkisi olmaz	59	21,4	21,4	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin, genel olarak, vatandaşlar düzeyinde kamu yönetimine ilişkin ortaya çıkan güvensizliğin ortadan kaldırılmasında işlevsel olacağını düşünmektedir.

Üyelerin % 71,7'si (198 üye), sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından üretilmesi sürecinin, vatandaşların güveninin kazanılmasında etkisi olacağını düşünürken, 19 üye (% 6,9), görüş belirtmemiş, 59 üye (% 21,4) ise, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından üstlenilmesinin vatandaşların yönetime karşı oluşan olumsuz düşüncelerin ortadan kaldırılmasında etkisinin olmayacağını ifade etmiştir.

Yukarıdaki tabloya ilişkin yapılan, çapraz tablo temelli ki – kare analizinde, coğrafi bölgeler bağlamında p değeri, 0,941 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, ilgili tablodan elde edilen değerler, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezinin test edilmesinde işlevseldir. Coğrafi bölgeler bağlamında, p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1, H_0 lehine reddedilmesi gerekmektedir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenenекleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenenекleri konusunda farklılaşma vardır”

Tablo 31: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimler Tarafından Sunumunun Kamu Yönetimine İlişkin Olumsuz Bakış Açısını Nasıl Etkileyeceğine İlişkin Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunulması, kamu yönetimine ilişkin olumsuz bakış açısını nasıl etkiler?			
		Vatandaşların güveninin kazanılmasında etkisi olur	Fikrim Yok	Vatandaşların güveninin kazanılmasında etkisi olmaz	Toplam
AKP	Sıklık (f)	124	10	26	160
	Yüzde (%)	77	66,7	54,2	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	77,5	6,3	16,3	100
CHP	Sıklık (f)	37	5	22	64
	Yüzde (%)	23	33,3	45,8	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	57,8	7,8	34,4	100
Toplam	Sıklık (f)	161	15	48	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd		p Değeri
	9,640		2		0,008

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP) sağlık hizmetlerinin doğrudan yerel yönetimler tarafından sunulmasının, kamu yönetimine ilişkin olumsuz bakış açısını nasıl etkileyeceği sorununa bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 30’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, vatandaşların kamu yönetimine ilişkin geliştirdikleri güvensizliğin önlenmesinde etkili olabileceğini düşünen meclis üyelerinden % 77’si, AKP’li, % 23 ise, CHP’lidir. Bu konuda görüş belirtmeyen üyelerin % 66,7’si, AKP’li, % 33,3’ü ise, CHP’lidir. Böyle bir uygulamanın, vatandaşların güvenini kazanılmasında etkisi olmayacağını düşünen üyelerin % 54,22’si, AKP’li iken, % 45,8’i ise, CHP’lidir.

Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin kamu yönetimine ilişkin olumsuz bakış açısında olumlu bir gelişme sağlayıp sağlayamayacağına ilişkin olarak, AKP – CHP üyeleri arasında çok anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,008$). Hipotez 3’ün ilk alt hipotezi, siyasal partiler (AKP – CHP) bağlamında test edilebilir. İlgili p değeri, α değerinden küçük olduğu için, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H₀: “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H₁: “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

İktidarda yer alan AKP’li üyelerle karşılaştırıldığında, muhalefette yer alan CHP’li üyeler, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine daha düşük oranda destek vermektedir. Ayrıca, CHP’nin sol eğilimli bir parti olduğu kabul edilirse, sosyal devlet uygulamaları çerçevesinde, merkezi yönetim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrine CHP’nin sıcak bakmaması ulusal açıdan anlaşılır gözükse de, evrensel solun muhafazakâr olmaması bağlamında, CHP’li üyelerin tavrı, yenilikçi değildir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine yönelik adımların, mevcut hükümet tarafından atılmak istenen adımlar arasında yer aldığı dikkate alınırca, yerel düzeydeki AKP seçilmişlerinin, bu sürece yüksek oranda destek vermesi, olağan görülmektedir.

3.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Olası Engeller

Tablo 32: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesine İlişkin Olası Engellerin Dağılımı

Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinde Olası Engeller	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Yerel yönetimlerin deneyim ve kalifiye yetersizliği	98	35,5	35,5	35,5
Merkezin taşra uzantılarında çalışan bürokrasinin direnci	86	31,2	31,2	66,7
Hizmetlere erişimde olası aksamaların getireceği belirsizlik	36	13	13	79,7
Yerel yönetimlerin bu hizmetleri görmede olası isteksizliği	18	6,5	6,5	86,2
Statü olarak yerel yön. bağlı olmanın çalışanda hoşnutsuzluk	18	6,5	6,5	92,8
Diğer	11	4	4	96,7
Bu alanda çalışan örgütlerin ilgili süreci protesto etmesi	8	2,9	2,9	99,6
Cumhurbaşkanı	1	0,4	0,4	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi sürecinde en önemli engelin nereden kaynaklanacağına ilişkin soruya, Meclis üyelerinin % 35,5’i (98 üye), yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini üstlenebilmek için gerekli deneyim ve insan kaynakları gücü olmadığını gerekçe göstererek, en önemli engelin bu noktadan kaynaklanacağını belirtmektedir. Meclisin % 31,2’sine göre (86 üye), ikinci en önemli olası engel kaynağını, merkezi yönetimin taşra uzantılarında çalışan bürokrasinin direnci oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi sürecinde en önemli

engelin nereden kaynaklanacağına ilişkin soruya verilen cevaplara ilişkin olarak, coğrafi bölgeler veya siyasi partiler bağlamında anlamlı farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,05$). Dolayısıyla, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir çünkü p değeri, α değerinden büyüktür.

H_0 : “Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 : Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, en önemli engel kaynağının yerel yönetimlerin deneyim ve kalifiye yetersizliği olarak düşünülmektedir ve bu konuda meclis üyeleri arasında farklılaşma bulunmamaktadır.

3.2.7. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Olası Gerekçeler

Tablo 33:Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinde Olası Gerekçelerin Dağılımı

Olası Gerekçeler	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Yönetmel politik ve uygulama transferi	80	29	29	29
Merkezi yönetimin aşırı büyümesi - yönetmel gerekçeler	74	26,8	26,8	55,8
Mali ve Ekonomik gerekçeler	59	21,4	21,4	77,2
Hükümetin siyasal tercihleri	35	12,7	12,7	89,9
Uluslararası kurumların (IMF, DB, vb.) baskısı	16	5,8	5,8	95,7
Yerel Yönetimlerin yerel taleplere duyarlı olması	7	2,5	2,5	98,2
Diğer	5	1,8	1,8	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin en önemli gerekçesinin ne olabileceğine ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla sorulan soruya, Meclis üyelerinin % 29'luk kısmı (80 üye), uluslararası düzeyde başarılı olmuş yönetmel politik ve uygulamaların ülkemize taşınması isteğini göstererek cevap vermiştir. Merkezi yönetimin gereğinden fazla büyümesi sonucu, birçok kamu hizmeti sunumunu üstlenmek durumunda kalması, dolayısıyla, bütün hizmetleri gereği gibi yerine getirememesinin önemli bir gerekçe olarak kabul edilmesi, 74 üye (% 26,8) tarafından desteklenmektedir. 59 üye (% 21,4) ise, hükümetin işaret ettiği, mali ve ekonomik yetersizliği önemli bir gerekçe olarak değerlendirmektedir. 35 üye (% 12,7), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin tamamen mevcut hükümetin bir inisiyatifi olduğu kanısında iken, 16 üye (% 5,8) ise, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmesi beklenen yerelleşme eğilimlerinin kaynağının, uluslararası kurumlar olduğu kanısındadır. 7 üye (%

2,5), yerelleşme sonunda, yerel yönetimlerin vatandaş taleplerine karşı daha duyarlı olma olasılıklarını, bu bağlamda önemli bir gerekçe olarak değerlendirmektedir.

Tablo 34: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sürecinde En Önemli Gerekçelere Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - En Önemli Gerekçeler				
		Mali ve Ekonomik gerekçeler	Hükümetin siyasal tercihleri	Merkezi yönetimin aşırı büyümesi - Yönetimsel gerekçeler	Yönetimsel politika ve uygulama transferi	Toplam
AKP	Sıklık (f)	32	13	47	59	151
	Yüzde (%)	68,1	54,2	75,8	88,1	75,5
	Grup içi Yüzde (%)	21,2	8,6	31,1	39,1	100
CHP	Sıklık (f)	15	11	15	8	49
	Yüzde (%)	31,9	45,8	24,2	11,9	24,5
	Grup içi Yüzde (%)	30,6	22,4	30,6	16,3	100
Toplam	Sıklık (f)	47	24	62	67	200
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri	Sd			p değeri	
	13,019	3			0,005	

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP) sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecine ilişkin gerekçelere bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 33’de gösterilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin en önemli gerekçesi olarak “*Mali ve Ekonomik gerekçeler*” i gösteren meclis üyelerinin % 68,1’i, AKP’li, % 31,9’u ise, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini “*Hükümetin siyasal tercihleri*” arasında gören meclis üyelerinin % 54,2’si AKP’li, % 45,8’i ise CHP’lidir. İlgili yerelleşme sürecini “*Merkezi yönetimin aşırı büyümesi – yönetimsel gerekçeler*” arasında değerlendiren meclis üyelerinin % 75,8’i, AKP’li, % 24,2’si ise, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi tercihini “*Yönetimsel politika ve uygulama transferi*” çerçevesinde değerlendiren meclis üyelerinin % 88,1’i, AKP’li, % 16,3’ü ise, CHP’lidir.

Grup içi değerlendirme söz konusu olduğu zaman, AKP’liler, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin en önemli gerekçesi olarak “*Yönetimsel politika ve uygulama transferi*” ni işaret etmektedir. CHP’lilere göre, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin en önemli gerekçesi olarak, “*Mali ve Ekonomik gerekçeler*” ve “*Merkezi yönetimin aşırı büyümesi*” ön plana çıkmaktadır.

Buradan hareketle, AKP'lilere göre, hükümetin genelde kamu hizmetlerinde özelde ise, sağlık hizmetlerinde yerleşme uygulamalarını desteklemesinin en önemli gerekçesi, diğer ülkelerde başarıyla uygulanan yönetsel siyasa ve uygulamaları ülkemize de taşıma isteğidir. İktidarda yer alan bir partinin “*Ne yapıyorsak, başkaları istediği için değil, kendi insanımız hak ettiği için yapıyoruz*” şeklinde bir söylem geliştirmesi, yerel düzeydeki AKP'li seçilmişlerin de bu argümanı destekleyecek bir görüş ortaya koyması, AKP'nin kısa bir zamanda uyumlu bir parti siyaseti geliştirdiği şeklinde yorumlanabilir. Öte taraftan, AKP'nin Türk siyasetinde 1960'lı yıllardan beri süregelen Demokrat Parti'nin oyları elde etme çabasında olan akımlardan birini temsil eden muhafazakâr-demokrat eğiliminin temsilcisi olarak değerlendirilirse, böyle bir uyumlu parti siyaseti geliştirmesi, aslında, yadırganmamalıdır. Ayrıca, Türk siyasetinde son derece etkin olan “*Oligarşinin Tunç Kanunu*” da dikkate alınırca, parti yöneticilerinin iddia ettikleri kavram ve kurumları, daha alt düzeyde yer alanların desteklemeleri şaşırtıcı olmamalıdır.

CHP'li üyelere göre, hükümetin sağlık hizmetleri özelinde ama kamu hizmetleri genelinde uygulamaya koymaya çalıştığı adımlar, merkezi yönetiminin yürüttüğü kamu hizmetlerinin devlet bütçesinde ağır bir yük oluşturmasından kaynaklanmaktadır. Onlara göre, hükümet, bütçe üzerinde hafifletici adımları atarak ülkenin, uluslararası örgütlerin baskısıyla, öncelikle dış borç anapara ve faizlerini ödemek istemektedir. O yüzden, hükümet, bazı kamu hizmetlerini yerel yönetim bütçelerine devrederek, devlet bütçesinin başka alanlarda kullanılmasını öncelemeye çalışmaktadır.

Sonuç olarak, tabloda yer alan veriler, sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin en önemli gerekçelerine ilişkin olarak, AKP – CHP üyeleri arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunduğunu ispatlamaktadır ($p=0,005$).

3.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – En Önemli Beklenti

Tablo 35: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sonucunda Olası Beklentilerin Dağılımı

Olası Beklentiler	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Hizmetlerin sunumunda hızlılık, duyarlılık ve süreklilik	128	46,4	46,4	46,4
Vatandaşlarla yönetim arasındaki engellerin kaldırılması	52	18,8	18,8	65,2
Merkezi yönetimin yerele ait işlerden artık çekilmesi gereği	52	18,8	18,8	84,1
Kamu hizmeti sunumunda çağı yakalama	24	8,7	8,7	92,8
Diğer	14	5,1	5,1	97,8
Yerel yönetim ve aktörlerin yapabilirliklerine güvenme	6	2,2	2,2	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlerce üretilmesi ve sunulması sonucunda, ne gibi beklentiler içerisinde olduklarına yönelik soruya, 128 meclis üyesi (% 46,4), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, hizmetlerin sunumunda hızlılık, duyarlılık ve sürekliliğin ortaya çıkmasını beklediklerini ifade etmektedir. 52 üye (% 18,8), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, vatandaşlarla yönetsel birimler arasında bulunan engellerin kaldırılmasına yardımcı olmasını beklediklerini belirtirken, 5 üyenin ise, merkezi yönetimin artık yerel yönetimlere ait olması gereken işlerden çekilmesini beklediği anlaşılmaktadır. 24 üye (% 8,7), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, kamu hizmetlerinin sunumunda çağın gereklerinin yakalanabileceğini beklerken, 6 üye (% 2,2), yerel yönetimlerin yapabilirliklerine ilişkin güvenin ortaya çıkmasını beklemektedir. 14 üye (% 5,1) ise, “diğer” seçeneğini işaretlemiştir.

İlgili tablodan ortaya çıkan sonuç, yerel yönetimlerin hizmet sunma gerekçeleri arasında yer alan, halka daha yakın olan yerel yönetimlerin, vatandaşların talep, arzu ve şikâyetleri bağlamında hizmet sunan birimleri daha yakından izleyip, gerektiğinde etkili önlemler alabileceği tezi çerçevesinde değerlendirildiği zaman, anlamlı gözükmemektedir. Dolayısıyla, yerel seçilmişler, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesinin, bu hizmetlerde hızlılık, duyarlılık ve sürekliliği artıracakı kamsındadır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda ortaya çıkabilecek beklentilere ilişkin olarak, siyasal partiler veya coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,05$).

Buradan hareketle, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezi test edilebilir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

hipotezlerinden, H_1 , H_0 lehine reddedilecektir çünkü p değeri, α değerinden büyük çıkmıştır.

3.2.9. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – En Önemli Yarar

Tablo 36: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Ortaya Çıkarabileceği Olası Yararların Dağılımı

Olası Yararlar	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Vatandaşların ihtiyacına daha duyarlı, tatmin edici yaklaşım	160	58	58	58
Sosyal güvencesi olmayanlara sağlık hizmeti sağlanması	34	12,3	12,3	70,3
Bazı kamu hizmetlerinin sadece merkezin yapabileceğinin kırılması	30	10,9	10,9	81,2
Mevcut kaynakların daha etkin ve entegre kullanımı	29	10,5	10,5	91,7
Diğer	14	5,1	5,1	96,7
Ek sermaye ve yatırım kaynakları oluşturma	5	1,8	1,8	98,6
Yeni vergi kaynakları oluşturma	4	1,4	1,4	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin olası yararlarına ilişkin soruyu, Meclis üyelerinin % 58’lik bir kesimi (160 üye), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, vatandaşların ihtiyaçlarına daha duyarlı ve tatmin edici yaklaşımın ortaya çıkmasını beklediklerini ifade ederek cevaplamıştır. Bir kavram ve uygulama olarak yerelleşmenin gerekçeleri arasında gösterilen yerel yönetimlerin vatandaşlara daha yakın olmaları sebebiyle gerçek ihtiyaçlara daha tatmin edici cevap verebileceği tezi, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğu tarafından kabul görmektedir. 34 üye (% 12,3), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, özellikle, sosyal güvencesi olmayan bireylere sağlık hizmeti sağlanması bağlamında yararlı olacağını öngörmektedir. Yerel yönetimlerin mevcut ve önceki yasal altyapı çerçevesinde, buna benzer popüler uygulamalar yaptığı bilinmektedir. Özellikle, Bakırköy belediyesinin yoksul vatandaşlara çok önceden beri, poliklinik hizmeti verdiği ve ücretsiz ilaç sağladığı bilinmektedir. 30 üye (% 10,9), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, bazı hizmetlerin sadece merkezi yönetim tarafından sunulabileceği anlayışının kırılması gibi bir yarar beklemektedir.

Bunu takip eden 29 üye (% 10,5) ise, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, mevcut kaynakların daha etkin ve entegre kullanımını beklemektedir. Geri kalan 23 üye (% 8,3) ise, yeni vergi kaynakları oluşturma, ek sermaye ve yatırım kaynakları oluşturma vb. gibi yararlar beklemektedir.

İlgili tablodan ortaya çıkan sonuç, yerel yönetimlerin vatandaşların talep, arzu ve şikâyetleri bağlamında, hizmet sunan birimleri daha yakından izleyip, gerektiğinde daha etkili önlemler alabileceği tezi çerçevesinde değerlendirildiği zaman, anlamlı gözükmemektedir. Dolayısıyla, yerel seçilmişler, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesinin, vatandaşların ihtiyaçlarına daha duyarlı ve tatmin edici yaklaşımı getireceği kanısındadır. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda ortaya çıkabilecek olası yararlarla ilişkin olarak, siyasal partiler veya coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buradan hareketle, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezi test edilebilir:

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

hipotezlerinden, H_1 , H_0 lehine reddedilecektir çünkü p değeri, α değerinden büyük çıkmıştır.

3.2.10. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesine İlişkin Beklentiler

Belediye ve Büyükşehir belediyelerine yönelik çalışmada, yerel yönetimlerin bazı özelliklerinin güçlendirilmesinin, bu yönetimlerin gördükleri hizmetleri nasıl etkileyeceğine ilişkin sorduğu sorulara, belediye ve Büyükşehir belediye üst düzey seçilmiş ve atanmışlarının verdikleri cevapları analiz eden Eren'e göre (2001, s.245), yerel yönetimlerin güçlendirilmesi sonunda, yerel kırtasiyecilik ve hizmet maliyetlerinin azalma olasılığı, deneklerin çoğunluğu tarafından desteklenmektedir. Bunun yanında, yerel yönetimlerin güçlendirilmesi sonucunda, yerel kamu hizmetlerinin miktarı, kalitesi, verimliliği, etkinliği ve hızı gibi olguların artış olasılığına ilişkin yargı, deneklerin yaklaşık % 92'lik bir kesimi tarafından benimsenmektedir.

Benzer biçimde, bu çalışmada da, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, ilgili yerelleşme sürecinin kamu yararı, yerel kırtasiyecilik, vatandaş memnuniyeti, hizmet verimliliği, hizmet hızlılığı, hizmetlerin kalitesi/maliyeti vb. unsurlar üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağına ilişkin tutum ve

beklentileri çeşitli sorular yardımıyla elde edilmiş, alınan cevapların analiz ve yorumları aşağıda yapılmıştır.

Tablo 37: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Kamu Yararı Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Artacak	225	81,5	81,5	81,5
Değişmeyecek	34	12,3	12,3	93,8
Azalacak	17	6,2	6,2	100
Toplam	276	100	100	

Araştırmaya katılan meclis üyelerinin 225'ine (% 81,5) göre, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından görülmesi, kamu yararını artıracaktır. 34 üyeye (% 12,3) göre, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından üretilmesi, kamu yararı üzerinde olumlu/olumsuz bir etkiye sahip olmayacakken, 17 üye (% 6,2), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda kamu yararının azalacağı kanısındadır.

İlgili tablodaki veriler, meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini, sağlık hizmetlerinin mevcut yapı içerisinde sunulmasına tercih ettiklerini göstermektedir. Kamu yararına bakış bağlamında, siyasal partiler ve coğrafi bölgeler çerçevesinde bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,05$). p değerine ilişkin çıkan sonuç, Hipotez 3 ve Hipotez 4'ün birer alt hipotezlerinin test edilmesinde işlevseldir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir (H_3)

H_0 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir (H_4).

Tablo 38: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kırtasiyecilik/Bürokrasi Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Azalacak	163	59,1	59,1	59,1
Değişmeyecek	60	21,7	21,7	80,8
Artacak	53	19,2	19,2	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin % 59,1'i (163 üye), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda yerel kırtasiyecilik/bürokrasinin azalacağı kanısındadır. 60 üye (% 21,7) ise, yerel düzeyde süregelen bürokrasi ve yerel kırtasiyeciliğin, sağlık hizmetlerini yerel yönetimler üstlense de, değişmeden devam edeceği kanısındadır. 53 üye (% 19,2), buna ek olarak, sağlık hizmetlerinde yaşanacak bir yerleşme sonucunda, yerel kırtasiyeciliğin daha da artacağını öngörmektedir. Dolayısıyla, toplamda, 163 üye, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, özellikle, sağlık bürokrasisinin kırtasiyecilik özelliğini azaltacağını öngörmesine karşılık, 113 üye, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık bürokrasisinin gücünü azaltıcı bir etkide bulunamayacağını savunmaktadır.

Tablo 39: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kırtasiyecilik/Bürokrasi Arasındaki İlişkiye Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Yerel Kırtasiyecilik/Bürokrasi			
		Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Toplam
AKP	Sıklık (f)	24	31	105	160
	Yüzde (%)	61,5	62	77,8	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	15	19,4	65,6	100
CHP	Sıklık (f)	15	19	30	64
	Yüzde (%)	38,5	38	22,2	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	23,4	29,7	46,9	100
Toplam	Sıklık (f)	39	50	135	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri	Sd		p değeri	
	6,714	2		0,035	

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP) sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarının, yerel kırtasiyecilik/bürokrasi üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine ilişkin bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 38’de gösterilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin yerel kırtasiyecilik/bürokrasi uygulamalarını daha da artıracığını düşünen üyelerin % 61,5’i, AKP’li, % 38,5’i ise, CHP’lidir. Bu sürecin, yerel kırtasiyecilik/bürokrasi uygulamaları üzerinde bir etkisi olmayacağını düşünen

üyelerin % 62'si, AKP'li, % 38'i ise, CHP'lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, yerel kırtasiyecilik/bürokrasi uygulamaların azalacağını düşünen üyelerin % 77,8'i, AKP'li, % 22,2'si ise, CHP'lidir.

Grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP'lilerin % 15'i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin yerel kırtasiyecilik uygulamalarını artıracığını düşünürken, CHP'lilerin % 23,4'ü aynı kanıdadır. AKP'lilerin % 19,4'ü, bu dönüşümün, yerel kırtasiyecilik üzerinde azaltma/artırma yönünde bir etkisi olmayacağını iddia ederken, CHP'lilerin % 29,7'si, aynı kanıdadır. Araştırma sonuçları, AKP'lilerin % 71,4'ünün, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin yerel kırtasiyeciliği azaltacağını düşündüğünü göstermektedir. Aynı kanıyı paylaşan CHP'lilerin oranı ise, % 46,9'da kalmaktadır.

Buradan hareketle, hem AKP'li hem de CHP'li üyelerin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların yerel kırtasiyecilik/bürokrasiyi azaltacağını belediklerini söylemek olanaklıdır. Fakat sonuçta, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerelleşme uygulamalarının yerel kırtasiyecilik/bürokrasi üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunduğunu belirtmek gereklidir ($p=0,035$). Buradan hareketle, Hipotez 4'ün ilk alt hipotezi test edilebilir.

İlgili tablo sonuçları;

H_0 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sektörün mevcut sorunlarının çözümüne yardımcı olmasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sektörün mevcut sorunlarının çözümüne yardımcı olmasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

hipotezlerinden, H_0 'ın, H_1 lehine reddedilmesini gerektirmektedir.

Tablo 40: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Vatandaşların Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Artacak	227	82,2	82,2	82,2
Değişmeyecek	39	14,1	14,1	96,4
Azalacak	10	3,6	3,6	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin % 82,2'si (227 üye), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, vatandaşların hizmetlere ilişkin memnuniyetinin artacağını düşünmektedir. 39 üye (% 14,1), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, vatandaş memnuniyetine ilişkin olası bir etkisinin olamayacağını öngörürken, 10 üye (% 3,6), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, vatandaş memnuniyeti üzerinde azaltıcı etki yapacağını savunmaktadır. İlgili tabloda yer alan veriler, yerel seçilmişlerin, sağlık hizmetlerinin kendi kontrolleri altında üretilmesinin, vatandaş memnuniyetini artıracığını düşündüklerini

göstermektedir. Bu veriler, ancak, yönetim bilimi alanyazının geleneksel merkezi yönetim – yerel yönetim karşılaştırmasında, yerel yönetimin olumlu yönleri dikkate alındığı zaman, anlamlı gözükmemektedir.

Tablo 41: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Vatandaş Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Vatandaş Memnuniyeti			
		Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Toplam
AKP	Sıklık (f)	141	16	3	160
	Yüzde (%)	74,6	59,3	37,5	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	88,1	10	1,9	100
CHP	Sıklık (f)	48	11	5	64
	Yüzde (%)	25,4	40,7	62,5	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	75	17,2	7,8	100
Toplam	Sıklık (f)	189	27	8	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri	Sd		p değeri	
	7,405	2		0,025	

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarının vatandaş memnuniyeti üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine ilişkin bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 40’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, vatandaş memnuniyetini daha da artıracığını düşünen üyelerin % 74,6’sı, AKP’li, % 25,4’ü ise, CHP’lidir. Bu sürecin, vatandaş memnuniyeti üzerinde bir etkisi olmayacağını düşünen üyelerin % 59,3’ü, AKP’li, % 40,7’si ise, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, vatandaş memnuniyetini azaltacağını düşünen üyelerin % 37,5’i, AKP’li, % 62,5’i ise, CHP’lidir.

Grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 88,1’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin vatandaş memnuniyetini artıracığını düşünürken, CHP’lilerin % 75’i, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 10’u, bu uygulamaların vatandaş memnuniyeti üzerinde azaltma/artırma yönünde bir etkisi olamayacağını iddia ederken, CHP’lilerin % 17,2’si, aynı kanıdadır. Araştırma sonucu analiz edilen veriler, AKP’lilerin % 1,9’unun, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin vatandaş memnuniyetini azaltacağını düşündüğünü göstermektedir. Aynı kanıyı paylaşan CHP’lilerin oranı ise, % 7,8’e çıkmaktadır.

Buradan hareketle, hem AKP'li hem de CHP'li üyelerin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, vatandaş memnuniyetini artıracığı yönündeki olguyu desteklediği görülse de, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerleşme uygulamalarının vatandaş memnuniyeti üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal parti üyeleri (AKP – CHP) arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,025$).

Buradan hareketle, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezi test edildiği zaman,

H_0 :“Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

hipotezlerinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

Tablo 42: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Personelinin Uygar Tavrı Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Artacak	185	67	67	67
Değişmeyecek	82	29,7	29,7	96,7
Azalacak	9	3,3	3,3	100
Toplam	276	100	100	

185 meclis üyesine (% 67) göre, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, sağlık alanında çalışan personelin, vatandaşlara daha uygarca davranmaları sonucunu verecektir. 82 üye (% 29,7), ise, sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin üretmesi durumunda bile, sağlık çalışanlarının vatandaşlara yönelik davranışlarında şikâyet edilen noktaların düzelmeyeceği kanısındadır. 9 üye (% 3,3), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık çalışanlarının daha kaba davranışlarıyla sonuçlanacağı yargısındadır. İlgili tablodaki veriler, yerel yönetimin olumlu yönleri gerçekleştirebildiği oranda anlam kazanmaktadır. Yerel seçilmişler, sağlık hizmetlerinin kontrolü kendilerinde olduğu zaman, sağlık hizmet personelinin daha uygar bir tavır içerisinde hizmet üretmelerini sağlayabileceklerini düşünmektedir.

Tablo 43: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Personelinin Uygar Tavrı Arasındaki İlişkiye Bakışı

Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - Hizmet Personelinin Uygar Tavrı	Temsil Edilen Siyasal Parti	Sıklık	Ortalama	Standart Hata
	AKP	160	1,29	0,040
CHP	64	1,47	0,074	
T – Testi	T değeri		P değeri	
	2,160		0,033	

Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerleşme uygulamalarının, hizmet personelinin uygar tavrı üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler

bağlamında AKP – CHP arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,033$). İlgili tabloda yer alan veriler, Hipotez 3’ün ilk alt hipotezinin test edilmesinde işlevseldir çünkü

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

hipotezlerinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir ($p < \alpha$)

Tablo 44: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Kalitesi Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Artacak	218	79	79	79
Değişmeyecek	45	16,3	16,3	95,3
Azalacak	13	4,7	4,7	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, hizmetlerin kalitesinin artacağı görüşü, 218 meclis üyesi (% 79), tarafından desteklenmektedir. 45 üye (% 16,3), hizmetlerin kalitesinin değişmeyeceğini belirtirken, 13 üye (% 4,7) ise, sağlık hizmet yerelleşmesinin hizmet kalitesini azaltacağı kanısındadır. İlgili tablodaki veriler, yerel seçilmişlerin sağlık hizmetlerinin kontrolünü almaları durumunda, hizmet kalitesinin artacağını düşündüklerini göstermektedir.

Tablo 45: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişkiye Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - Hizmet Kalitesi			
		Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Toplam
AKP	Sıklık (f)	134	22	4	160
	Yüzde (%)	75,3	62,9	36,4	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	83,8	13,8	2,5	100
CHP	Sıklık (f)	44	13	7	64
	Yüzde (%)	24,7	37,1	63,6	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	68,8	20,3	10,9	100
Toplam	Sıklık (f)	178	35	11	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri	Sd		p değeri	
	9,182	2		0,010	

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine ilişkin bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 44’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmet kalitesini daha da artıracığını düşünen üyelerin % 75,3’ü, AKP’li, % 24,7’si, CHP’lidir. Bu sürecin, sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde bir etkisi olmayacağını düşünen üyelerin % 62,9’u, AKP’li, % 37,1’i, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinin kalitesini daha da azaltacağını düşünen üyelerin % 36,4’ü, AKP’li, % 63,6’sı ise, CHP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 83,8’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığını düşünürken, CHP’lilerin % 68,8’i, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 13,8’i, bu uygulamaların hizmet kalitesi üzerinde azaltma/artırma yönünde bir etkisi olmayacağını iddia ederken, CHP’lilerin % 20,3’ü, aynı kanıdadır. Araştırma sonuçları, AKP’lilerin % 2,5’inin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmet kalitesini azaltacağını düşündüğünü göstermektedir. Aynı kanıyı paylaşan CHP’lilerin oranı ise, % 10,9’a çıkmaktadır.

Buradan hareketle, hem AKP’li hem de CHP’li üyelerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığı yönündeki olguyu desteklediği anlaşılrsa da, bu uygulamaların, sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında, son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,010$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3’ün ilk alt hipotezinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

Tablo 46: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Maliyeti Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Azalacak	148	53,6	53,6	53,6
Değişmeyecek	72	26,1	26,1	79,7
Artacak	56	20,3	20,3	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, sağlık hizmet maliyetlerinin azalacağı görüşü, 148 meclis üyesi (% 53,6), tarafından desteklenirken, 72 üye (% 26,1), maliyetlerin değişmeyeceğini öngörmektedir. 56 üye (% 20,3) ise, maliyetlerin artacağı

kanısındadır. Tabloda yer alan veriler, yerel seçilmişlerin, sağlık hizmetlerinin kendilerine bırakılması durumunda, sağlık hizmetlerinin, vatandaşlar üzerine yüklediği yükün azalacağı kanısında olduklarını göstermektedir.

Tablo 47: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmet Yerelleşmesi ve Hizmet Maliyeti Arasındaki İlişkiye Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - Hizmet Maliyeti			
		Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	5	5	27	37
	Yüzde (%)	8,9	6,9	18,2	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	13,5	13,5	73	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	14	17	24	55
	Yüzde (%)	25	23,6	16,2	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	25,5	30,9	43,6	100
G. Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	8	7	7	22
	Yüzde (%)	14,3	9,7	4,7	8
	Grup içi Yüzde (%)	36,4	31,8	31,8	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	19	19	42	80
	Yüzde (%)	33,9	26,4	28,4	29
	Grup içi Yüzde (%)	23,8	23,8	52,5	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	10	19	27	56
	Yüzde (%)	17,9	26,4	18,2	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	17,9	33,9	48,2	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	0	5	21	26
	Yüzde (%)	0	6,9	14,2	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	0	19,2	80,8	100
Toplam	Sıklık (f)	56	72	148	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd		p Değeri
	24,693		10		0,006

Coğrafi bölgelerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi ve hizmet maliyeti arasındaki ilişkiye bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 46'da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamaları sonucunda, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artacağını düşünen üyelerin % 8,9'u, Akdeniz bölgesinden, % 25'i, İç Anadolu bölgesinden, % 14,3'ü, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 23,7'si, Marmara Bölgesinden, % 24,7'si, Ege Bölgesinden, % 16,1'i, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, sağlık hizmet maliyetlerinin değişmeyeceğini düşünen üyelerin % 6,9'u, Akdeniz bölgesinden, % 23,6'sı, İç Anadolu bölgesinden, % 9,7'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 26,4'ü, Marmara Bölgesinden, % 26,4'ü, Ege Bölgesinden, % 6,9'u, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, sağlık hizmet maliyetlerinin azalacağını düşünen üyelerin % 18,2'si, Akdeniz bölgesinden, % 16,2'si, İç Anadolu bölgesinden, % 4,7'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 28,4'ü, Marmara Bölgesinden, % 18,2'si, Ege Bölgesinden, % 14,2'si, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artıracığını en çok düşünen bölge, G. Doğu Anadolu bölgesidir (% 36,4). İlgili uygulamalar sonunda, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin değişmeyeceğini en çok öngören bölge ise, Ege bölgesidir (% 33,9). Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltacağını en çok öngören bölge ise, Karadeniz (% 80,8) ve Akdeniz (% 73) bölgeleri şeklinde öne çıksa da, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerleşme uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,006$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : "Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır"

Tablo 48: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Maliyeti Arasındaki İlişkiye Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - Hizmet Maliyeti			
		Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Toplam
AKP	Sıklık (f)	27	35	98	160
	Yüzde (%)	60	66	77,8	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	16,9	21,9	61,3	100
CHP	Sıklık (f)	18	18	28	64
	Yüzde (%)	40	34	22,2	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	28,1	28,1	43,8	100
Toplam	Sıklık (f)	45	53	126	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd		p değeri
	6,124		2		0,047

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 47’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmet maliyetini daha da artıracığını düşünen üyelerin % 60’ı, AKP’li, % 40’ı, CHP’lidir. Bu sürecin, sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerinde bir etkisi olmayacağını düşünen üyelerin % 66’sı, AKP’li, % 34’ü, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinin maliyetini daha da azaltacağını düşünen üyelerin % 71,4’ü, AKP’li, % 28,6’sı ise, CHP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin sadece % 16,9’u, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinin maliyetini artıracığını düşünürken, CHP’lilerin ise, % 28,1’i bu görüştedir. AKP’lilerin % 21,9’u, bu uygulamaların, hizmet maliyeti üzerinde azaltma/artırma yönünde bir etkisi olmayacağını iddia ederken, CHP’lilerin % 28,1’i aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 61,3’ünün, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmet maliyetini daha da azaltacağını düşündüğü görülmektedir. Aynı kanıyı paylaşan CHP’lilerin oranı ise, % 43,8’de kalmaktadır.

Buradan hareketle, hem AKP’li hem de CHP’li üyelerin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltacağı yönündeki olguyu desteklediği anlaşılrsa da, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerleşme uygulamalarının sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında son derece az anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,047$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenenikleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenenikleri konusunda farklılaşma vardır”

Tablo 49: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Verimliliği Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Artacak	225	81,5	81,5	81,5
Değişmeyecek	39	14,1	14,1	95,7
Azalacak	12	4,3	4,3	100
Toplam	276	100	100	

Meclis üyelerinin % 81,5'lik bir kesimi (225 üye), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, bu hizmetlerin verimliliğinin artacağını düşünmektedir. 39 üye (% 14,1), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmetlerin verimliliği üzerinde bir etkisi olmayacağını düşünürken; 12 üye (% 4,3) ise, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmetlerin verimliliğinde bir azalmaya sebep olacağını düşünmektedir. İlgili tabloda yer alan veriler değerlendirildiği zaman, meclis üyelerinin önemli çoğunluğunun, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerindeki verimliliği artırmasını beklediği anlaşılmaktadır.

Tablo 50: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmet Verimliliği Arasındaki İlişkiye Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - Hizmet Verimliliği			
		Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Toplam
AKP	Sıklık (f)	138	18	4	160
	Yüzde (%)	74,6	64,3	36,4	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	86,3	11,3	2,5	100
CHP	Sıklık (f)	47	10	7	64
	Yüzde (%)	25,4	35,7	63,6	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	73,4	15,6	10,9	100
Toplam	Sıklık (f)	185	28	11	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anamlılık Testi	Ki-kare Değeri	Sd			p değeri
	8,236	2			0,016

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP) sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde nasıl bir etkisi

olabileceğine ilişkin bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 49’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmet verimliliğini daha da artıracığını düşünen üyelerin % 74,6’sı, AKP’li, % 25,4’ü, CHP’lidir. Bu sürecin, sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde bir etkisi olmayacağını düşünen üyelerin % 64,3’ü, AKP’li, % 35,7’si, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinin verimliliğini azaltacağını düşünen üyelerin % 36,4’ü, AKP’li, % 63,6’sı ise, CHP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 86,3’ü, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracığını düşünürken, CHP’lilerin % 73,4’ü, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 11,3’ü, bu uygulamaların, hizmetlerin verimliliği üzerinde azaltma/artırma yönünde bir etkisi olmayacağını iddia ederken, CHP’lilerin % 15,6’sı, bu görüştedir. AKP’lilerin % 2,5’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmet verimliliğini daha da azaltacağını düşünürken, CHP’lilerin % 10,9’u, aynı kanıdadır.

Buradan hareketle, hem AKP’li hem de CHP’li üyelerin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracığı yönündeki olguyu desteklediği anlaşılmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerleşme uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,016$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3’ün ilk alt hipotezinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

Tablo 51: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Hizmetlerin Sunumunda Hızlılık Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Artacak	232	84,1	84,1	84,1
Değişmeyecek	33	12	12	96
Azalacak	11	4	4	100
Toplam	276	100	100	

232 meclis üyesi (% 84,1), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmetlerin sunumunda önemli bir hızlılığa yol açacağını düşünmektedir. 33 üye (% 12) ise, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, hizmetlerin sunumunda bir hızlılık ortaya çıkarmayacağını öngörürken; 11 üye (% 4) ise, hizmetlerin, yerel yönetimler tarafından üretilmesi

durumunda, sunum hızının daha da azalacağını öngörmektedir. Tablodaki verilere bakıldığı zaman, meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğunun, sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, sağlık hizmetlerinin sunumunda hızlilik sağlayacağı kanısında olduğu anlaşılmaktadır. Meclis üyeleri, sağlık hizmetini kendilerinin üretmesi veya sunması veya denetlemesi durumunda, bu hizmetlerin hızlanacağı kanısındadır.

Tablo 52: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerleşmesi ve Hizmet Sunumundaki Hızlilik Arasındaki İlişkiye Bakışı

Sağlık Hizmetlerinin Yerleşmesi – Hizmet Sunumunda Hızlilik	Temsil Edilen Siyasal Parti	Sıklık	Ortalama	Standart Hata
	AKP	160	1,11	0,029
CHP	64	1,28	0,069	
T – Testi	T değeri		p değeri	
	2,263		0,026	

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,026$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezinden, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

Tablo 53: Sağlık Hizmetlerinin Yerleşmesi ve Hizmetlere Erişimde Bölgelerarası Uçurum Arasındaki İlişkiye Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Azalacak	155	56,2	56,2	56,2
Artacak	64	23,2	23,2	79,3
Değişmeyecek	57	20,7	20,7	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, hizmetlere ilişkin bölgelerarası uçurumu azaltacağını düşünen meclis üye sayısı, 155 kişidir. Bu sayı, araştırmaya katılan üyelerin % 56,2'lik bir kesimini oluşturmaktadır.

Yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin üstlenmesinin, sağlık hizmetlerinde aslında mevcut durumda da var olan bölgelerarası uçurumu daha da artıracığını savunan üye sayısı, 64 kişidir (% 23,2). 57 üye (% 20,7) ise, böyle bir durumun bölgeler arasında yer alan uçurumu artırma ya da azaltma yönünde bir etkisi olamayacağını öngörmektedir.

Tabloda yer veriler, bütüncül açıdan değerlendirildiği zaman, meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğu hizmetlerin yerleşmesinin, mevcut durumda sağlık sisteminin en

eleştirilen yönünü oluşturan, hizmetlere erişimde bölgelerarası uçurumu azaltmasını beklemektedir.

Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerelleşme uygulamalarının sağlık hizmetlerine erişimde bölgelerarası uçurum üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler veya coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,050$). Bu sonuç, hipotez 5'in üçüncü alt hipotezini test etmede işlevseldir.

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır”

3.2.11. Yerel Şartların Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Etkileri

Belediye ve Büyükşehir belediyelerine yönelik çalışmada, yerel yönetimlerin sundukları hizmetler üzerinde, bu yönetimlerin içinde buldukları bazı şartsal durumların nasıl etkili olduklarına ilişkin sorulara, belediye ve büyükşehir belediye üst düzey seçilmiş ve atanmışlarının verdikleri cevapları analiz eden Eren'e göre (2001, s.248), hizmetlerin etkin sunulması her zaman engelleyebilecek faktörlerin başında, *parasal olanakların yetersizliği (% 78,3)*, *kalifiye personel yetersizliği (% 65,2)*, *araç-gereç yetersizliği (% 59,1)* ve *yasal düzenlemelerden kaynaklanan kısıtlamalar* gelmektedir.

Eren (2001, s. 248), yerel kamu hizmetlerinin etkin biçimde sunulmasının önündeki engellerden en dikkat çekici olanlarının, “*parasal olanakların yetersizliği*” ve “*kalifiye personel yetersizliği*” olduğunu ifade etmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre de, “*mali ve ekonomik olanak yetersizliği*” ile “*yetiştirilmiş personelin sayı/kalite olarak yetersizliği*” yerel seçilmişlere göre, yerel yönetimlerin ilk iki sorunu arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, her iki çalışmanın sonuçları örtüşmektedir.

Meclis üyelerinin, yerel yönetimlerin içinde bulunduğu bazı şartların, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi üzerinde nasıl bir etkisinin olacağına ilişkin tutumlarını ortaya koymak için bazı sorular sorulmuştur.

Bu sorulara verilen cevapların analizi sonucunda, aşağıda yer alan verilere ulaşılmıştır. Ayrıca, bu verilerin nasıl değerlendirilmesi gerektiği yorumlanmıştır.

Tablo 54: Mali ve Ekonomik Yetersizliğin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Etkiler	227	82,2	82,2	82,2
Az Etkiler/Hiç Etkilemez	35	12,7	12,7	94,9
Fikrim Yok	14	5,1	5,1	100
Toplam	276	100	100	

Yerel yönetimlerin sahip oldukları mali ve ekonomik olanakların yetersiz olması durumunun, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağına ilişkin sorulan soruya, meclis üyeleri büyük bir çoğunlukla, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin etkileneceği yönünde cevap vermiştir.

Yerel şartlardan kaynaklanan mali ve ekonomik olanak yetersizliğinin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında etkili olacağını düşünen toplam meclis üyesi sayısı, 227 kişidir (% 82,3). Yerel ekonomik ve mali şartların, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi süreci üzerinde az etkili olacağını veya hiç etkilemeyeceğini düşünen üye sayısı, 35 kişidir (% 12,7). 14 üye (% 5,1) ise, konuya ilişkin görüş açıklamamıştır.

İlgili tablodan elde edilen verilere bakıldığında zaman, yerel seçilmişler, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi süreci üzerinde, yerel yönetimlerin sahip oldukları mali ve ekonomik şartların çok etkili olacağı kanısındadır. Yerel şartlardan mali ve ekonomik olanakların yetersizliğinin sağlık hizmetlerinin yerelleşme uygulamaları üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler ve coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,050$).

Bu sonuç, Hipotez 5'in ikinci alt hipotezini test etmede işlevseldir.

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde mali ve yönetsel yetersizlik içerisinde olacaklarını düşünmede farklılık yoktur”

H_1 : “Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde mali ve yönetsel yetersizlik içerisinde olacaklarını düşünmede farklılık vardır”

Tablo 55: Personelin Nicel veya Nitel Yetersizliğinin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Etkiler	223	80,8	80,8	80,8
Az Etkiler/Hiç Etkilemez	39	14,1	14,1	94,9
Fikrim Yok	14	5,1	5,1	100
Toplam	276	100	100	

Kalifiye personel yetersizliği gibi bir sorunun, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından üretilmesi süreci üzerinde etkisinin nasıl olabileceğine ilişkin soruya, 223 üye (% 80,8) “*etkiler*” şikkını işaretleyerek cevap vermiştir. 39 üye (% 10,1)

ise, personele ilişkin kalite düzeyinin, sağlık hizmetleri üzerinde az etkisi olacağını veya hiç etkisi olmayacağını düşünmektedir. 14 üye (% 5,1) ise, görüş açıklamamıştır. Yukarıda yer alan verilerden anlaşıldığına göre, meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde yürütülmesinin önündeki en önemli sorunlardan birisi olarak, yerel personelin nicel veya nitel yeterliliğini ön plana çıkarmaktadır.

Yerel şartlardan personelin nicel veya nitel yetersizliğinin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamalar üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasi partiler ve coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,050$).

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

Tablo 56: Yerel Kayırmacılığın Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Etkiler	149	54	54	54
Az Etkiler/Hiç Etkilemez	90	32,6	32,6	86,6
Fikrim Yok	37	13,4	13,4	100
Toplam	276	100	100	

Yerel kayırmacılığın, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretimi üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağı sorusuna, 149 üye (% 54) yerel kayırmacılığın sağlık hizmetleri sunumu üzerinde mutlaka etkisinin olacağını ifade etmektedir. 90 üye (% 32,6), böyle bir durumun az etkili olacağını veya hiç etkili olmayacağını iddia ederken, 37 üye (% 13,4) ise, görüş belirtmemiştir. Tablodaki verilerden de açık olduğu üzere, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesinin önündeki en önemli olası engellerden birisini, yerel kayırmacılık oluşturmaktadır.

Tablo 57: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kayırmacılık Arasındaki İlişkiye Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Yerel Kayırmacılık			
		Etkiler	Fikrim Yok	Az Etkiler/Hiç Etkilemez	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	11	5	21	37
	Yüzde (%)	7,4	13,5	23,3	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	29,7	13,5	56,8	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	33	5	17	55
	Yüzde (%)	22,1	13,5	18,9	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	60	9,1	30,9	100
G. Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	12	8	2	22
	Yüzde (%)	8,1	21,6	2,2	8,0
	Grup içi Yüzde (%)	54,5	36,4	9,1	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	49	5	26	80
	Yüzde (%)	32,9	13,5	28,9	29
	Grup içi Yüzde (%)	61,3	6,3	32,5	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	29	12	15	56
	Yüzde (%)	19,5	32,4	16,7	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	51,8	21,4	26,8	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	15	2	9	26
	Yüzde (%)	10,1	5,4	10	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	57,7	7,7	34,6	100
Toplam	Sıklık (f)	149	37	90	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd			p Değeri
	32,103	10			<0,001

Coğrafi bölgelerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi ve yerel kayırmacılığı (siyasal patronaj) etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 56’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarının, siyasal kayırmacılık uygulamalarını etkileyeceğini düşünen üyelerin % 7,4’i, Akdeniz bölgesinden, % 22,1’i,

İç Anadolu bölgesinden, % 8,1'i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 32,9'u, Marmara Bölgesinden, % 19,5'i, Ege Bölgesinden, % 10,1'i, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi yönündeki uygulamaların, yerel kayırmacılık olgusu üzerinde etkili olmayacağını veya az etkili olacağını düşünen üyelerin % 23,3'ü, Akdeniz bölgesinden, % 18,9'u, İç Anadolu bölgesinden, % 2,2'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 28,9'u, Marmara Bölgesinden, % 16,7'si, Ege Bölgesinden, % 10'u, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi uygulamalarının, yerel kayırmacılığı etkileyip etkilemeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin % 13,5'i, Akdeniz bölgesinden, % 13,5'i, İç Anadolu bölgesinden, % 21,6'sı, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 13,5'i, Marmara Bölgesinden, % 32,4'ü, Ege Bölgesinden, % 5,4'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi yönündeki uygulamaların, yerel patronaj uygulamalarını etkileyeceğini en çok öngören bölge, Marmara bölgesidir. İlgili uygulamalar sonunda, yerel kayırmacılık uygulamalarının nasıl şekilleneceği konusunda en çok oranda görüş belirtmeyen bölge ise, G. Doğu Anadolu bölgesidir. Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi yönündeki uygulamaların, yerel kayırmacılık olgusunu etkilemeyeceğini veya en az oranda etkileyeceğini en çok öngören bölge ise, Akdeniz bölgesidir.

Sonuçta, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek yerleşme uygulamalarının, yerel kayırmacılık üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'ün ikinci alt hipotezi bağlamında H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

Tablo 58: Siyasal Parti Üyelerinin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Kayırmacılık Arasındaki İlişkiye Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi - Yerel Kayırmacılık			
		Etkiler	Fikrim Yok	Az Etkiler/Hiç Etkilemez	Toplam
AKP	Sıklık (f)	70	21	69	160
	Yüzde (%)	63,1	70	83,1	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	43,8	13,1	43,1	100
CHP	Sıklık (f)	41	9	14	64
	Yüzde (%)	36,9	30	16,9	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	64,1	14,1	21,9	100
Toplam	Sıklık (f)	111	30	83	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri	Sd			p değeri
		9,407	2		

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaların, yerel kayırmacılık üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine ilişkin bakışlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 57’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yerel kayırmacılığı etkileyeceğini düşünen üyelerin % 63,1’i, AKP’li, % 36,9’u, CHP’lidir. Bu sürecin, yerel kayırmacılık üzerinde bir etkisi olmayacağını veya az etkisi olacağını düşünen üyelerin % 83,1’i, AKP’li, % 16,9’u, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yerel kayırmacılık üzerinde nasıl bir etkisi olacağına dair görüş belirtmeyen üyelerin % 70’i, AKP’li, % 30’u ise, CHP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 43,8’i sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin yerel kayırmacılığı etkileyeceğini düşünürken, CHP’lilerin % 64,1’i aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 13,1’i, bu uygulamaların, yerel kayırmacılık üzerinde azaltma veya artırma yönünde nasıl bir etkisi olacağına ilişkin görüş bildirmezken, CHP’lilerin % 14,1’i, görüş bildirmemiştir. AKP’lilerin % 43,1’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yerel kayırmacılığı etkilemeyeceğini veya az etkileyeceğini düşünürken, aynı görüşü savunan CHP’lilerin oranı, % 21,9’da kalmaktadır.

Buradan hareketle, hem AKP’li hem de CHP’li üyelerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracığı yönündeki olguyu desteklediği anlaşılmalı birlikte, sağlık hizmetlerine yönelik yerleşme uygulamalarının, sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak,

siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,009$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'ün ikinci alt hipotezi bağlamında H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

Buna göre, CHP’li üyeler, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, sağlık hizmetlerine ilişkin olarak yerel düzeyde siyasal patronaj uygulamalarının daha fazla olacağı kanısındadır.

Tablo 59: Yönetimlerarası (Merkez ve Yerel) Görüş Farklılığının Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerindeki Olası Etkisi

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Etkiler	150	54,3	54,3	54,3
Az Etkiler/Hiç Etkilemez	106	38,4	38,4	92,8
Fikrim Yok	20	7,2	7,2	100
Toplam	276	100	100	

İktidar farklılaşmasından kaynaklanan ve Türk siyasal tarihi bağlamında önemli örnekleri bulunan, merkez ve yerel yönetimlerarası görüş farklılığı durumunun, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecine etkisinin olup olamayacağı sorusuna verilen cevaplar arasında, önemli bir farklılaşma bulunmaktadır.

Meclis üyelerinin % 54,3'lük bir kesimi (150 üye), yerel – merkez görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında etkili olacağını belirtmektedir. 106 üye (% 38,4), böyle bir durumun, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi üzerinde ya az etkili olacağını ya da hiç etkili olamayacağını belirtmektedir. 20 üye (% 7,2) ise, görüş belirtmekten kaçınmıştır. Dolayısıyla, merkezi yönetime gelen siyasal parti(ler) ile yerel seçimleri kazanan siyasal parti(ler) arasında farklılaşma varsa, bu durum, diğer hizmet alanlarında olduğu gibi, sağlık hizmetinin yerel düzeyde üretilmesini de etkileyebilir. Yerel yönetim – merkezi yönetimlerarası ilişkilerin en önemli ayağını akçal konuların oluşturduğu dikkate alınır, böyle bir iktidar farklılaşmasının, yerel yönetimlerarası farklılaşmayı körükleyeceği gözden kaçırılmamalıdır.

Tablo 60: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Merkez ve Yerel Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Merkez ve Yerel Görüş Farklılığı		
		Etkiler	Az Etkiler/Hiç Etkilemez	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	7	27	34
	Yüzde (%)	4,7	25,5	13,3
	Grup içi Yüzde (%)	20,6	79,4	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	35	17	52
	Yüzde (%)	23,3	16	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	67,3	32,7	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	17	1	18
	Yüzde (%)	11,3	0,9	7
	Grup içi Yüzde (%)	94,4	5,6	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	52	26	78
	Yüzde (%)	34,7	24,5	30,5
	Grup içi Yüzde (%)	66,7	33,3	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	28	21	49
	Yüzde (%)	18,7	19,8	19,1
	Grup içi Yüzde (%)	57,1	42,9	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	11	14	25
	Yüzde (%)	7,3	13,2	9,8
	Grup içi Yüzde (%)	57,1	42,9	100
Toplam	Sıklık (f)	150	106	256
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p değeri
	35,738		5	<0,001

Coğrafi bölgelerin, merkez – yerel görüş farklılıklarının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin bakışlarında farklılaşma olup olmadığı, Tablo 59’da gösterilmiştir.

Merkezi yönetim ve yerel yönetimlerarası olası iktidar farklılaşması sonucu kaynaklanabilecek görüş farklılıklarının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi

uygulamalarını etkileyeceğini düşünen üyelerin % 4,7'si, Akdeniz bölgesinden, % 23,3'ü, İç Anadolu bölgesinden, % 11,3'ü, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 34,7'si, Marmara bölgesinden, % 18,7'si, Ege Bölgesinden, % 7,3'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamalar üzerinde etkili olmayacağını veya az etkili olacağını düşünen üyelerin % 25,5'i, Akdeniz bölgesinden, % 16'sı, İç Anadolu bölgesinden, % 0,9'u, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 24,5'i, Marmara Bölgesinden, % 19,8'i, Ege Bölgesinden, % 13,2'si, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarını etkileyeceğini en çok öngören bölgeler arasında, G. Doğu Anadolu (% 94,4), İç Anadolu (% 67,3) ve Marmara (% 66,7) bölgeleri gelmektedir. Merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaları etkilemeyeceğini veya en az etkileyeceğini en çok oranda öngören bölgeler ise, Akdeniz (% 79,4), Ege (% 42,9) ve Karadeniz (% 42,9) bölgeleridir.

Sonuçta, yerel şartlardan merkezi yönetim – yerel yönetim görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamaları üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında, son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 : “Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

Tablo 61: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Merkez ve Yerel Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakışı

Temsil Edilen Siyasal Parti		Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Merkez ve Yerel Görüş Farklılığı		
		Etkiler	Az Etkiler/Hiç Etkilemez	Toplam
AKP	Sıklık (f)	66	82	148
	Yüzde (%)	55	83,7	67,9
	Grup içi Yüzde (%)	44,6	55,4	100
CHP	Sıklık (f)	45	15	60
	Yüzde (%)	37,5	15,3	27,5
	Grup içi Yüzde (%)	75	25	100
DTP	Sıklık (f)	9	1	10
	Yüzde (%)	7,5	1	4,6
	Grup içi Yüzde (%)	90	10	100
Toplam	Sıklık (f)	120	98	218
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd	p değeri
	21,125		2	p<0,001

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP – DTP), merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamalar üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 60’da gösterilmiştir.

Merkez – yerel görüş farklılaşmasının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkileyeceğini düşünen üyelerin % 55’i, AKP’li, % 37,5’i, CHP’li ve % 7,5’i, DTP’lidir. Merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi üzerinde bir etkisi olmayacağını veya az etkisi olacağını düşünen üyelerin % 83,7’si, AKP’li, % 15,3’ü, CHP’li ve % 1’i, DTP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 44,6’sı, merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkileyeceğini düşünürken, CHP’lilerin % 75’i ve DTP’lilerin % 90’ı, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 55,4’ü, merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkilemeyeceğini veya az etkileyeceğini düşünürken, CHP’lilerin % 25’i ve DTP’lilerin % 10’u, benzer kanı taşımaktadır. Buradan hareketle, hem DTP’li hem de CHP’li üyeler, merkez – yerel görüş farklılaşmasının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki

uygulamalarını etkileyeceği yönündeki olguyu desteklerken, AKP’li üyeler, tam tersini düşünmektedir.

Sonuçta, yerel şartlardan merkezi yönetim – yerel yönetim görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamalar üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP ($p<0,001$) ve AKP – CHP – DTP arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p<0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5’in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

Tablo 62: Yerel Yönetimlerin İç Görüş Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Üzerine Olası Etkisi

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Az Etkiler/Hiç Etkilemez	137	49,6	49,6	49,6
Etkiler	116	42	42	91,7
Fikrim Yok	23	8,3	8,3	100
Toplam	276	100	100	

Yerel yönetim iç görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunulması üzerinde etkisinin olup olamayacağına ilişkin sorulara, 116 meclis üyesi (% 42), böyle bir iç farklılaşmanın, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi üzerinde etkili olacağı kanısında oldukları cevabını vermişlerdir. Hâlbuki az etkileyeceğini veya etkilemeyeceğini belirten üye sayısı, toplamda 137 kişidir (% 49,6). 23 üye (% 8,3) ise, görüş belirtmekten kaçınmıştır. İlgili verilerden hareketle, yerel seçilmişlerin, yerel yönetim içi görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesini etkilemeyeceği kanısında oldukları söylenebilir.

Tablo 63: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Yönetim İç Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık Hizmet Yerelleşmesi - Yerel Yönetim İç Görüş Farklılığı		
		Etkiler	Az Etkiler/Hiç Etkilemez	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	7	29	36
	Yüzde (%)	6,0	21,2	14,2
	Grup içi Yüzde (%)	19,4	80,6	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	30	22	52
	Yüzde (%)	25,9	16,1	20,6
	Grup içi Yüzde (%)	57,7	42,3	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	15	3	18
	Yüzde (%)	12,9	2,2	7,1
	Grup içi Yüzde (%)	83,3	16,7	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	36	42	78
	Yüzde (%)	31	30,7	30,8
	Grup içi Yüzde (%)	46,2	53,8	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	21	24	45
	Yüzde (%)	18,1	17,5	17,8
	Grup içi Yüzde (%)	46,7	53,3	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	7	17	24
	Yüzde (%)	6	12,4	9,5
	Grup içi Yüzde (%)	29,2	70,8	100
Toplam	Sıklık (f)	116	137	253
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p değeri
	25,939		5	p<0,001

Coğrafi bölgelerin, yerel yönetimlerin kendi iç görüş farklılıklarının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin bakışlarında farklılaşma olup olmadığı, Tablo 62’de gösterilmiştir.

Yerel yönetimlerin kendi içlerinde olası iktidar farklılaşması (*belediye başkanlığı ile meclis üyelerinin çoğunluğunu elinde bulunduran partilerin farklılaşması*) sonucu

ortaya çıkabilecek görüş farklılıklarının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarını etkileyeceğini düşünen üyelerin; % 6'sı, Akdeniz bölgesinden, % 25,9'u, İç Anadolu bölgesinden, % 12,9'u, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 31'i, Marmara bölgesinden, % 18,1'i, Ege bölgesinden, % 6'sı, Karadeniz bölgesindedir.

Yerel iç görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamaları üzerinde etkili olmayacağını veya az etkili olacağını düşünen üyelerin, % 21,2'si, Akdeniz bölgesinden, % 16,1'i, İç Anadolu bölgesinden, % 2,2'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 30,7'si, Marmara bölgesinden, % 17,5'i, Ege bölgesinden, % 12,4'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamalarını etkileyeceğini en çok öngören bölgeler arasında, G. Doğu Anadolu (% 83,3), İç Anadolu (% 57,7) ve Marmara (% 46,2) bölgeleri gelmektedir. Merkez – yerel görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşme uygulamalarını etkilemeyeceğini veya en az oranda etkileyeceğini en çok öngören bölgeler ise, Akdeniz (% 80,6), Karadeniz (% 70,8) ve Marmara (% 53,8) bölgeleridir.

Sonuçta, yerel şartlardan yerel yönetimlerin iç görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşme uygulamaları üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmektedir ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

Tablo 64: Siyasal Konum Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi ve Yerel Yönetimlerin İç Görüş Farklılığı Arasındaki İlişkiye Bakış

Siyasal Konum		Sağlık Hizmet Yerelleşmesi – Yerel Yönetim İç Görüş Farklılığı			
		Etkiler	Fikrim Yok	Az Etkiler/Hiç Etkilemez	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	54	10	96	160
	Yüzde (%)	46,6	43,5	70,1	58
	Grup içi Yüzde (%)	33,8	6,3	60	100
Muhalefet	Sıklık (f)	62	13	41	116
	Yüzde (%)	53,4	56,5	29,9	42
	Grup içi Yüzde (%)	53,4	11,2	35,3	100
Toplam	Sıklık (f)	116	23	137	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare Değeri		Sd		p değeri
	16,426		2		<0,001

İktidar ve muhalefet parti üyelerinin, yerel yönetim iç görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamaları üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğine ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 63’de gösterilmiştir.

Yerel yönetim iç görüş farklılaşmasının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkileyeceğini düşünen üyelerin, % 46,6’sı, ulusal bağlam dikkate alındığında, iktidar olan AKP’lilerden oluşurken, % 53,4’ü, muhalefet partililerden oluşmaktadır. Yerel iç görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi üzerinde bir etkisi olmayacağını veya az etkisi olacağını düşünen üyelerin; % 70,1’i, AKP’li, % 29,9’u ise, muhalefet partili üyeleridir. Konuya ilişkin görüş belirtmeyen üyelerin; % 43,5’i AKP’li iken, % 56,5’i muhalefet partilerindedir.

Grup içi farklılaşmalar dikkate alınarak yapılacak analiz, AKP’lilerin % 33,8’i, yerel iç görüş farklılığının sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkileyeceğini düşündüklerini gösterirken, aynı görüşü ifade eden muhalefet partili üyelerin oranı, % 53,4’e çıkmaktadır. İktidar partili üyelerin % 60’ı, yerel yönetim iç görüş farklılığının sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini etkilemeyeceğini veya az oranda etkileyeceğini düşünürken, muhalefet partili üyelerin oranı, 35,3’te kalmaktadır. Dolayısıyla, muhalefet partili üyeler, yerel yönetim iç görüş farklılaşmasının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamalarını etkileyeceği yönündeki olguyu desteklerken, AKP’li üyeler, tam tersini düşünmektedir.

Buradan hareketle, yerel şartlardan yerel yönetim iç görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi uygulamaları üzerinde olası etkilerine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, iktidar ve muhalefet üyeler arasında, son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 : “Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

3.2.12. Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretimi

Tablo 65: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Hangi Aktör Tarafından Üretilmesi Gereği Sorununa Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Ortak Yönetim Modeli	109	39,5	39,5	39,5
Yerel Yönetimler	104	37,7	37,7	77,2
Özel Sektör	55	19,9	19,9	97,1
Sivil Toplum Kuruluşları	4	1,4	1,4	98,6
Diğer	4	1,4	1,4	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin, yerel düzeyde hangi aktör tarafından üretilmesi gerektiğine ilişkin soruya²⁶⁰, meclis üyelerinin % 39,5’lik bir kesimi (109 üye) “Ortak Yönetim Modeli” ni işaret ederek cevap vermektedir.

Ortak yönetim modelinin hayata geçirilebilmesi, yerel düzeyde yönetişimin gerçekleştirilebilmesi ve diğer yerel aktörlerin katılımının artırılması bağlamında, önemli ve anlamlı gözükmetedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan yerel yönetimler tarafından üretilmesi, meclis üyelerinin % 37,7’lik bir kısmı (104 üye), tarafından önerilmektedir. 55 üye (% 19,9), sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesini tercih etmektedir. Sivil toplum kuruluşlarının doğrudan üretimde bulunması 4 üye (% 1,4) tarafından önerilmektedir. 4 üye ise, “diğer” seçeneğini işaretlemiştir. Tablodaki verilerden açıkça görüldüğü üzere, meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi modeline ilişkin olarak, yerel düzeyde yer alan aktörleri içerisinde barındırabilecek, ortak bir

²⁶⁰ Benzer bir sorunun yer aldığı, Erol ESEN tarafından Antalya, Muğla ve Denizli yerel seçilmişleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, belediye meclisi ve il genel meclisi üyelerinin cevapları analiz edilmiştir. İlgili çalışmaya göre, sağlık ve sosyal hizmetlerin yerel düzeyde üretimi söz konusu olursa, yerel seçilmişlerin % 55,4’ü yerel yönetimleri işaret etmekte, % 27,6’sı özel sektörü göstermekte, % 9,6’sı sivil toplum kuruluşlarını işaret etmektedir (Esen ve Karkın, 2007, s.300).

yönetim modelini önermektedir²⁶¹. kinci olarak, yerel seçilmişler, sağlık hizmetleri üretiminin yerel yönetimler bünyesinde kalması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 66: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Hangi Aktör Tarafından Üretilmesi Gereği Sorununa Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık Hizmetlerinin Üretimi – Yerel Aktör İlişkisi			
		Yerel Yönetimler	Özel Sektör	Ortak Yönetim Modeli	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	12	10	13	35
	Yüzde (%)	11,5	18,2	11,9	13,1
	Grup içi Yüzde (%)	34,3	28,6	37,1	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	19	9	26	54
	Yüzde (%)	18,3	16,4	23,9	20,1
	Grup içi Yüzde (%)	35,2	16,7	48,1	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	10	1	10	21
	Yüzde (%)	9,6	1,8	9,2	7,8
	Grup içi Yüzde (%)	47,6	4,8	47,6	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	29	15	35	79
	Yüzde (%)	27,9	27,3	32,1	29,5
	Grup içi Yüzde (%)	36,7	19	44,3	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	28	8	17	53
	Yüzde (%)	26,9	14,5	15,6	19,8
	Grup içi Yüzde (%)	52,8	15,1	32,1	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	6	12	8	26
	Yüzde (%)	5,8	21,8	7,3	9,7
	Grup içi Yüzde (%)	23,1	46,2	30,8	100
Toplam	Sıklık (f)	104	55	109	268
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
		21,378	10	0,019	

²⁶¹ Bu görüşün, mevcut iktidar tarafından da paylaşıldığını, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi bağlamında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin illerde oluşturulacak bir kurul tarafından yönetilmesi çerçevesinde özerkleştirme girişimlerinden anlamak olanaklıdır. Konuya ilişkin olarak, Sağlık Bakanlığı, bazı pilot illerde hastane özerkliği uygulamasını öngören bir kanun tasarısı hazırlamış ve bunu kamuoyu görüşüne açmış bulunmaktadır.

Coğrafi bölgelerin, sağlık hizmetlerinin, hangi yerel aktör(ler) tarafından üretilmesi sorununa ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 65’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin, yerel yönetimler tarafından bizzat üretilmesi gerektiğini düşünen üyelerin; % 11,5’i, Akdeniz bölgesinden, % 18,3’ü, İç Anadolu bölgesinden, % 9,6’sı, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 27,9’u, Marmara bölgesinden, % 26,9’u, Ege bölgesinden, % 5,8’i, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin, özel sektör tarafından üretilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 18,2’si, Akdeniz bölgesinden, % 16,4’ü, İç Anadolu bölgesinden, % 1,8’i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 27,3’ü, Marmara bölgesinden, % 14,5’i, Ege bölgesinden, % 21,8’i, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin, ortak bir yönetim modeli geliştirilip üretilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 11,9’u, Akdeniz bölgesinden, % 23,9’u, İç Anadolu bölgesinden, % 9,2’si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 32,1’i, Marmara bölgesinden, % 15,6’sı, Ege bölgesinden, % 7,3’ü, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin, yerel yönetimler tarafından bizzat üretilmesi gerektiğini en çok oranda öneren bölgeler arasında, Ege (% 52,8) ilk sırada, G. Doğu Anadolu bölgesi (% 47,6), ikinci sırada gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi gerektiğini en çok öneren bölge, Karadeniz (% 46,2) bölgesidir. Sağlık hizmetlerinin, ortak bir yönetim modeli geliştirilip üretilmesi gerektiğini en çok öngören bölgeler arasında, İç Anadolu bölgesi (% 48,1) ilk sırada, G. Doğu Anadolu (% 47,6) ikinci sırada ve Marmara bölgesi (% 44,3) üçüncü sırada gelmektedir. Tabloda yer alan veriler sonunda, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretiminde hangi yerel aktörün etkin olması gerektiğine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,019$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 1’in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşmayacaktır”

H_1 : “Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşacaktır”

Tablo 67: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Hangi Aktör Tarafından Üretilmesi Gereği Sorununa Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık Hizmetlerinin Üretimi – Yerel Aktör İlişkisi			
		Yerel Yönetimler	Özel Sektör	Ortak Yönetim Modeli	Toplam
AKP	Sıklık (f)	53	42	60	155
	Yüzde (%)	64,6	85,7	69,8	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	34,2	27,1	38,7	100
CHP	Sıklık (f)	29	7	26	62
	Yüzde (%)	35,4	14,3	30,2	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	46,8	11,3	41,9	100
Toplam	Sıklık (f)	82	49	86	217
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd		p Değeri
	6,871		2		0,032

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), sağlık hizmetlerinin hangi yerel aktör(ler) tarafından üretilmesi sorununa ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 66’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin, yerel yönetimler tarafından bizzat üretilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 64,6’sı, AKP’li, % 35,4’ü, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin, özel sektör tarafından üretilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 87,7’si, AKP’li, % 14,3’ü, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin, ortak bir yönetim modeli geliştirilip, bu çerçevede üretilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 69,8’i, AKP’li, % 30,2’si ise, CHP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 34,2’si, sağlık hizmetlerinin, yerel yönetimler tarafından bizzat üretilmesi gerektiğini önermekte iken, aynı kanıyı paylaşan CHP’li üyelerin oranı, % 46,8’e çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin, özel sektör tarafından üretilmesini öneren AKP’lilerin oranı, % 27,1 iken, aynı öneriyi destekleyen CHP’lilerin oranı, % 11,3’te kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinin, ortak bir yönetim modeli etrafında şekillenmesini isteyen AKP’li üyelerin oranı, % 38,7 olarak gerçekleşirken, aynı öneriyi benimseyen CHP’lilerin oranı, % 41,9 olmaktadır.

Buradan hareketle, AKP’li üyelerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesini daha çok ortak bir yönetim modeli çerçevesinde istedikleri, CHP’li üyelerin ise, sağlık hizmetlerinin, daha çok, yerel yönetimler tarafından bizzat üstlenilmesi gerektiğini düşündükleri sonucuna varılmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin, yerel düzeyde üretiminde hangi yerel aktörün etkin olması gerektiğine ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p=0,032$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 1'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşmayacaktır”

H_1 :“Meclis üyeleri sağlık hizmetlerinin kimin tarafından sunulması gerektiğine ilişkin düşünceleri bağlamında farklılaşacaktır”

Tablo 68: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretilmesinde Yerel Yönetimlerin İşlevi Sorununa Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
18. soru (A) kısmı 1. seçenek işaretlenmiş (Sağlık hizmetlerini yerel yönetimler üretsün)	104	37,7	37,7	37,7
Hizmetlerin planlanma sürecinde	67	24,3	24,3	62
Hizmetlerin denetlenmesinde	59	21,4	21,4	83,3
Karar alma sürecine katılımda	22	8	8	91,3
Politika geliştirme sürecinde	14	5,1	5,1	96,4
Diğer	10	3,6	3,6	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonunda, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin üretilmesi ne gibi bir işleve sahip olması gerektiğine ilişkin soruya, meclis üyelerinin 104 tanesi (% 37,7), yerel yönetimler, sağlık hizmetlerinin üretiminin bütün işlevlerini üstlensin biçiminde yanıt vermektedir.

Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerini bizzat kendisi üretmemesi veya üretememesi durumunda ise, yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerine ilişkin işlevinin ne olması gerektiği belirlenmeye çalışılmıştır. Meclis üyelerinin 67 tanesi (% 24,3), yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin planlanması sürecinde olması gerektiğini, 59 üye (% 21,4) ise, yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin denetlenmesi işlevini üstlenmesi gerektiğini, 22 (% 8) üye ise, mutlaka karar alma sürecine katılması gerektiğini, 14 üye (% 5,1) ise, yerel yönetimlerin, yönetsel karar alma ve uygulamada teknik geliştirme işlevini kasteden politika (siyasa) geliştirme işlevini üstlenmesi gerektiğini belirtmektedir. 10 üye ise, “diğer” seçeneğini işaretlemiştir.

İlgili tabloda yer alan veriler analiz edildiği zaman, meclis üyelerinin, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretiminin bütün aşamalarını üstlenmek istedikleri görülmektedir. Bunun dışında, meclis üyeleri, yerel yönetimlerin, hizmetlerin planlanması sürecinde mutlaka yer alması gerektiğini düşünmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerin işlevine ilişkin olarak ise, coğrafi bölgeler veya siyasal partiler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,050$).

Tablo 69: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretilmesinde Sivil Toplum Örgütlerinin İşlevi Sorununa Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Politika geliştirme sürecinde	84	30,4	30,4	30,4
Hizmetlerin denetlenmesinde	65	23,6	23,6	54
Hizmetlerin planlanması sürecinde	61	22,1	22,1	76,1
Karar alma sürecine katılımda	46	16,7	16,7	92,8
Diğer	16	5,8	5,8	98,6
18. soru (A) kısmı 2. seçenek işaretlenmiş (Sağlık hizmetlerini sivil toplum örgütleri üretsın)	4	1,4	1,4	100
Toplam	276	100	100	

Sivil toplum örgütlerinin, sağlık yerelleşmesi sonrası olası konumuna ilişkin soruya, meclis üyelerinin % 30,4'ü, sivil toplum örgütlerinin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecindeki temel işlevinin, politika geliştirme olması gerektiği şeklinde cevap vermişlerdir. 65 üye (% 23,6), sivil toplum örgütlerinin, hizmetlerin denetlenmesi işleviyle yetkilendirilmesi gerektiğini düşünürken, 61 üye (% 22,1), sivil toplum örgütlerinin, hizmetlerin planlanması sürecinde yer alması gerektiğini belirtmektedir. 46 üye (% 16,7) ise, sivil toplum örgütlerinin, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde, özellikle, karar alma sürecine katılımlarının sağlanması gerektiğini belirtmektedir. 16 üye “diğer” seçeneğini işaretlerken, 4 üye (% 1,4) ise, sağlık hizmetlerinin doğrudan sivil toplum örgütlerince üretilmesini önermektedir. Günümüzde, sivil toplum örgütlerinin kamu hizmetlerinde mutlaka rol almaları gerektiği yönündeki sav dikkate alınır, meclis üyelerine göre, sivil toplum örgütleri yerel sağlık hizmetlerinde, temel olarak, politika oluşturma işlevi üstlenmelidir.

Sağlık hizmetlerinde, sivil toplum örgütlerinin işlevine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler veya siyasal partiler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,050$).

Tablo 70: Sağlık Hizmetlerinin Yerel Düzeyde Üretilmesinde Özel Sektör Örgütlerinin İşlevi Sorununa Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Hizmetlerin planlanma sürecinde	80	29	29	29
18. soru (A) kısmı 3. seçenek işaretlenmiş (Sağlık hizmetlerini özel sektör üretsin)	55	19,9	19,9	48,9
Karar alma sürecine katılımda	47	17	17	65,9
Politika geliştirme sürecinde	32	11,6	11,6	77,5
Hizmetleri Üretimde	25	9,1	9,1	86,6
Hizmetlerin denetlenmesinde	19	6,9	6,9	93,5
Diğer	18	6,5	6,5	100
Toplam	276	100	100	

Özel sektör örgütlerinin, sağlık hizmetlerine ilişkin rollerinin ne olması gerektiğine ilişkin soruya, Meclis üyelerinin % 29'u (80 üye), hizmetlerin planlanması işlevi şeklinde cevap vermiştir. 55 üye (% 19,9), sağlık hizmetlerinin, tamamen özel sektör tarafından üretilmesi gerektiğini düşünmektedir. 47 üye (% 17), özel sektörün, özellikle, sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma sürecine dâhil edilmesi gerektiğini belirtirken, 32 üye (% 11,6,) özel sektörün işlevinin, politika geliştirme olması gerektiğini düşünmektedir. 25 üye (% 9,1), özel sektör örgütlerinin, işlevi her ne olursa olsun, mutlaka, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde görev alması gerektiğini düşünmektedir. Bu bağlamda, özel sektörün, sağlık hizmetlerini üretmesini isteyen meclis üye sayısı, aslında, 80 üyeyi (% 29) bulmaktadır. 19 üye (% 6,9) ise, özel sektör firmalarının, sağlık hizmetlerinin denetiminde görev almasını beklemektedir. 18 üye ise, "diğer" seçeneğini işaretlemiştir. İlgili tablodaki veriler dikkate alındığı zaman, meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde, özel sektör örgütlerinin, sağlık hizmetlerinin planlanması işlevinde yer alması gerektiği kanısındadır. Sağlık hizmetlerinde, özel sektör örgütlerinin işlevine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler veya siyasal partiler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,050$).

3.2.13. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi – Sağlık Çalışanlarının Genel Durumu

Tablo 71: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Sağlık Çalışanlarının Genel Durumu Üzerine Etkilerine Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Sağlık çalışanlarının genel durumları yerel yönetimlere göre değişir	123	44,6	44,6	44,6
Sağlık çalışanlarının genel durumları daha iyi olur	111	40,2	40,2	84,8
Sağlık çalışanlarının genel durumları yerel yönetimlere göre değişmez	27	9,8	9,8	94,6
Sağlık çalışanlarının genel durumları daha kötü olur	10	3,6	3,6	98,2
Diğer	5	1,8	1,8	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bu alanda çalışan personelin özlük durumlarına etkisinin nasıl olacağına yönelik soruya, meclis üyelerinin % 44,6’lık bir oranı (123 üye), böyle bir sürecin, yerel yönetimlerin kendi iç şartlarına göre değişeceğini belirtmektedir. 111 üye (% 40,2) ise, her ne kadar çalışanların özlük haklarının aslında yerel şartlarca belirleneceği gerçeğine rağmen, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık çalışanlarının özlük haklarını daha da iyileştireceği kanısındadır. 27 üye (% 9,8), çalışanların özlük haklarının yerel şartlara göre değişmeyeceği kanısında iken, 10 üye (% 3,6) ise, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin çalışanların özlük haklarını daha da kötüleştireceği kanısındadır. 5 üye ise “diğer” seçeneğini işaretlemiştir. Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık çalışanlarının genel durumları üzerinde mutlaka etkisi olacağını beklemekle birlikte, bunun yerel yönetimlere göre değişeceğini öngörmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık çalışanlarının genel durumları üzerinde etkilerine ilişkin olarak, coğrafi bölgeler veya siyasi partiler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,050$).

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, Hipotez 3’ün ikinci alt hipotezi bağlamında, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, çalışanların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, çalışanların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

3.2.14. Sağlık Hizmetlerinin Tekrar Merkezileşme Olasılığı

Tablo 72: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinden Sonra Merkezileşme Olasılığına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	165	59,8	59,8	59,8
Katılmıyorum	82	29,7	29,7	89,5
Fikrim Yok	29	10,5	10,5	100
Toplam	276	100	100	

Sağlık hizmetlerinde gerçekleşecek olası yerelleşme süreci sonunda, bu hizmetlerin tekrar merkezi düzeye geri alınıp alınmayacağına ilişkin beklentilerin ne olduğunu tespit etmeye çalışan soruya, Meclis üyelerinin % 59,8'lik kesimi (165 üye), sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi düzeye geri alınabileceğini beklediklerini belirterek cevap vermektedir. 82 üye (% 29,7) ise, böyle bir tekrar merkezileşme eğiliminin olmayacağını öngörmektedir. 29 üye (% 10,5) ise görüş belirtmemiştir. Tablodaki veriler analiz edildiği zaman, meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğunun sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki uygulamanın bazı şartlar içerisinde tekrar merkezileştirilme olasılığı içerdiği kanısında oldukları görülmektedir.

Tablo 73: Coğrafi Bölgelerin Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinden Sonra Merkezileşme Olasılığına Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık Hizmetlerinin Merkezileşmesi			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	25	1	11	37
	Yüzde (%)	15,2	3,4	13,4	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	67,6	2,7	29,7	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	38	7	10	55
	Yüzde (%)	23	24,1	12,2	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	69,1	12,7	18,2	100
G. Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	18	3	1	22
	Yüzde (%)	10,9	10,3	1,2	8
	Grup içi Yüzde (%)	81,8	13,6	4,5	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	39	7	34	80
	Yüzde (%)	23,6	24,1	41,5	29
	Grup içi Yüzde (%)	48,8	8,8	42,5	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	34	7	15	56
	Yüzde (%)	20,6	24,1	18,3	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	60,7	12,5	26,8	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	11	4	11	26
	Yüzde (%)	6,7	13,8	13,4	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	42,3	15,4	42,3	100
Toplam	Sıklık (f)	165	29	82	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
		22,672	10	0,012	

Coğrafi bölgelerin, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinden sonra tekrar bir merkezileşme süreci olup olmayacağına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 72’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin, yerelleşme süreci tamamlandıktan sonra olası tekrar bir merkezileşme sürecinin söz konusu olabileceğini düşünen üyelerin % 15,2’si,

Akdeniz bölgesinden, % 23'ü, İç Anadolu bölgesinden, % 10,9'u, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 23,6'sı, Marmara Bölgesinden, % 20,6'sı, Ege Bölgesinden, % 6,7'si, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin, yerleşme süreci tamamlandıktan sonra olası tekrar bir merkezleşme sürecinin söz konusu olamayacağını düşünen üyelerin % 13,4'ü, Akdeniz bölgesinden, % 12,2'si, İç Anadolu bölgesinden, % 1,2'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 41,5'i, Marmara Bölgesinden, % 18,3'ü, Ege Bölgesinden, % 13,4'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerine ilişkin, yerleşme süreci tamamlandıktan sonra olası tekrar bir merkezleşme sürecinin söz konusu olabileceğini en çok öngören bölgeler arasında, G. Doğu Anadolu (% 81,8) bölgesi ilk sırada, İç Anadolu bölgesi (% 69,1) ikinci sırada ve Akdeniz bölgesi (% 67,6) üçüncü sırada gelmektedir. Sağlık hizmetlerine ilişkin, yerleşme süreci tamamlandıktan sonra olası tekrar bir merkezleşme sürecinin söz konusu olmayacağını en çok öngören bölgeler arasında, ilk sırada Marmara bölgesi (% 42,5), ikinci sırada Karadeniz bölgesi (% 42,3) gelmektedir. Buradan hareketle, sağlık hizmetlerinin, yerleştikten sonra tekrar merkezleşebilme olasılığına ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunduğu sonucuna varılabilir ($p=0,012$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in ikinci alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : "Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde mali ve yönetsel yetersizlik içerisinde olacaklarını düşünmede farklılık yoktur"

H_1 : "Yerel yönetimlerin, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde mali ve yönetsel yetersizlik içerisinde olacaklarını düşünmede farklılık vardır"

3.2.15. Sağlık Hizmetlerinin Merkezileşmesinin Olası Gerekçeleri

Tablo 74: Sağlık Hizmet Merkezileşmesinin Olası Gerekçelerine Bakış

Sağlık Hizmetlerinin Merkezileşmesinin Olası Gerekçeleri	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
24. soru C seçeneği işaretlenmiş (<i>Hizmetlerin geri alınacağı fikrine katılmamış</i>)	82	29,7	29,7	29,7
Hizmetleri sunmada yerel yönetimlerin olası başarısızlığı	68	24,6	24,6	54,3
Vatandaşların olası memnuniyetsizliği	31	11,2	11,2	65,6
Merkezi hükümette iktidar değişikliği	31	11,2	11,2	76,8
24. soru B seçeneği işaretlenmiş (<i>Hizmetlerin geri alınabilip alınamayacağına ilişkin olarak fikir belirtmemiş</i>)	29	10,5	10,5	87,3
Hizmetlere erişimde bölgelerarası farklılıklar	14	5,1	5,1	92,4
Hizmetlerin sunumunda yerel yönetimlerarası mali ve ekonomik farklılıklar	12	4,3	4,3	96,7
Küresel boyutta olası merkezileşme eğilimleri	4	1,4	1,4	98,2
Uluslararası kurum ve kuruluşların olası merkezileşme baskı	3	1,1	1,1	99,3
Olağanüstü durumlar	1	0,4	0,4	99,6
Diğer	1	0,4	0,4	100
Toplam	276	100	100	

Olası merkezileşme durumunun gerekçesinin ne olabileceğinin tespit edilmesine yönelik soruya, Meclis üyelerinin % 29,7'lik kesimi (82 üye), sağlık hizmetlerinde bir merkezileşme beklemediğini belirtirken, % 24,6'lık oran (68 üye), yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini üretmede olası başarısızlıklarının gerekçe gösterileceğini beklemektedir. 31 üye (% 11,2), vatandaşların yerelleşmeden memnun olmayacaklarını öngörmektedir. 31 üye (% 11,2) ise, merkezi hükümette oluşabilecek bir iktidar değişikliğinin, sağlık hizmetlerinin merkezileşmesinde önemli rol oynayacağını beklerken, 29 üye (% 10,5), konuya ilişkin olarak fikir belirtmekten kaçınmıştır. 14 üye (% 5,1), hizmetlere erişimde bölgelerarası farklılık oluşabileceğini tekrar merkezileşme için bir gerekçe olarak değerlendirirken, 12 üye (% 4,3), hizmetlerin sunumunda yerel yönetimlerarası mali ve ekonomik farklılıkların bir gerekçe olarak dikkate alınacağını beklemektedir. 4 üye (% 1,4) ise, küresel boyutta olası merkezileşme eğilimlerinin ülkemizi de etkileyeceğini beklerken, 3 üye (% 1,1), uluslararası kurum ve kuruluşların

merkezileşme yönünde baskı yapabileceklerini belirtmektedir. 1 üye (% 0,4) ise, olağanüstü durumların ortaya çıkması halinde, merkezileşmenin söz konusu olabileceğini düşünmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi gerçekleştirildikten sonra bu hizmetlerin merkezileşmesine yol açabilecek olası gerekçelere ilişkin olarak, coğrafi bölgeler ve siyasal partiler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>0,050$).

3.2.16. Tutum ve Beklenti Ölçekleri

3.2.16.1. “Sağlık hizmeti, özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir”

Tablo 75: Güçlü Firmaların Tekel Oluşturabilirliği Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	160	58	58	58
Katılmıyorum	94	34,1	34,1	92
Fikrim Yok	22	8	8	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık hizmetleri, özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir” ifadesine, 160 meclis üyesi (% 58) katılırken, 94 meclis üyesi (% 34,1), katılmamaktadır. 22 üye (% 8) ise, görüş belirtmekten kaçınmıştır. İlgili tabloda yer alan verilere bakıldığı zaman, meclis üyeleri, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini kendileri görmeyip özel sektöre gördürmeleri durumunda, özel sektör firmalarının ulusal düzeyde tekel oluşturma olasılıklarını güçlü görmektedir.

Tablo 76: Coğrafi Bölgelerin “Güçlü Firmaların Tekel Oluşturabilirliği” Savına Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık hizmeti, özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir		
		Katılıyorum	Katılmıyorum	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	19	16	35
	Yüzde (%)	11,9	17	13,8
	Grup içi Yüzde (%)	54,3	45,7	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	37	13	50
	Yüzde (%)	23,1	13,8	19,7
	Grup içi Yüzde (%)	74	26	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	18	0	18
	Yüzde (%)	11,3	0	7,1
	Grup içi Yüzde (%)	100	0	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	46	31	77
	Yüzde (%)	28,8	33	30,3
	Grup içi Yüzde (%)	59,7	40,3	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	28	22	50
	Yüzde (%)	17,5	23,4	19,7
	Grup içi Yüzde (%)	56	44	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	12	12	24
	Yüzde (%)	7,5	12,8	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	50	50	100
Toplam	Sıklık (f)	160	94	254
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p Değeri
	17,448		5	0,004

Coğrafi bölgelerin, “Sağlık hizmeti özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 75’te gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabileceğini düşünen üyelerin % 11,9’u, Akdeniz bölgesinden, %

23,1'i, İç Anadolu bölgesinden, % 11,3'ü, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 28,8'i, Marmara Bölgesinden, % 17,5'i, Ege Bölgesinden, % 7,5'i, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabileceğini düşünmeyen üyelerin % 17'si, Akdeniz bölgesinden, % 13,8'i, İç Anadolu bölgesinden, % 33'ü, Marmara Bölgesinden, % 23,4'ü, Ege Bölgesinden, % 12,8'i, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabileceğini en çok öngören bölgeler arasında, G. Doğu Anadolu (% 100) ve İç Anadolu (% 74) bölgeleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabileceğini en çok oranda düşünmeyen ilk üç bölge arasında ise, Karadeniz (% 50), Ege (% 44) ve Marmara (% 40,3) bölgeleri yer almaktadır. Tabloda yer alan verilerden hareketle, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretiminin özel sektör örgütleri tarafından yapılması durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabilmesi olasılığına ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,004$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

Tablo 77: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP) “Güçlü Firmaların Tekel Oluşturabilirliği” Savına Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık hizmeti, özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
AKP	Sıklık (f)	79	10	71	160
	Yüzde (%)	63,7	66,7	83,5	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	49,4	6,3	44,4	100
CHP	Sıklık (f)	45	5	14	64
	Yüzde (%)	36,3	33,3	16,5	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	70,3	7,8	21,9	100
Toplam	Sıklık (f)	124	15	85	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	9,886	2		0,007	

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), “Sağlık hizmeti özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 76’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabileceğini düşünen üyelerin % 63,7’si, AKP’li, % 36,3’ü, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabileceğini düşünmeyen üyelerin % 83,5’i, AKP’li, % 16,5’i ise, CHP’lidir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturup oluşturmayacağı konusunda görüş belirtmeyenlerin % 66,7’si, AKP’li, % 33,3’ü ise, CHP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 49,4’ü, güçlü firmaların tekel oluşturabileceklerini düşünürken iken; aynı kanıyı paylaşan CHP’li üyelerin oranı, % 70,3’e çıkmaktadır. AKP’lilerin % 44,4’ü, güçlü firmaların tekel oluşturabileceklerini düşünmezken; benzer düşünce içerisinde olan CHP’li üyelerin oranı, % 21,9’da kalmaktadır. Buradan hareketle, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi sonucunda, güçlü firmaların tekel oluşturabilirliği konusunda AKP’li üyeler kararsız kalırken, CHP’li üyelerin ise, bu konuda daha net olarak, güçlü firmaların tekel oluşturacaklarını öngördüklerini ifade etmek gerekmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretimi özel sektör örgütleri tarafından yapılması durumunda, güçlü firmaların tekel oluşturabilmesi olasılığına ilişkin olarak, siyasal

partiler bağlamında, AKP – CHP arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,007$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

3.2.16.2. “Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi sürecinde, özel firmaların deneyiminin olup olmaması son derece önemlidir”

Tablo 78: “Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Sürecinde, Özel Firmaların Deneyiminin Olup Olmaması Son Derece Önemlidir” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	231	83,7	83,7	83,7
Katılmıyorum	24	8,7	8,7	92,4
Fikrim Yok	21	7,6	7,6	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde, özel firmaların deneyiminin olup olmaması son derece önemlidir” ifadesine meclis üyelerinin % 83,7’si katılmaktadır. 24 üye (% 8,7) ise, ifadeye katılmayarak böyle bir durumu, özel sektör firmalarının sağlık hizmeti üretmesi için zorunlu görmemektedir. 21 üye (% 7,6) ise, görüş belirtmemiştir. Tablodaki oranlara bakıldığı zaman, meclis üyelerinin büyük bir çoğunluğu, sağlık hizmeti sunmak isteyen özel sektör firmaların, geçmiş deneyimlerinin olması gerektiğini düşünmektedir. Sağlık hizmetleri yerel düzeyde üretileceği zaman, eğer yerel yönetimler bu hizmetleri doğrudan kendileri üretmek yerine özel sektöre gördürmek isterlerse, bu hizmetleri üretmek için başvuruda bulunacak örgütlerden, geçmiş deneyimlerinin olup olmadığının kontrol edileceği anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretiminin özel sektör örgütleri tarafından yapılması durumunda, özel firmaların geçmiş deneyimlerinin önemli olup olmadığına ilişkin olarak, siyasal partiler veya coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,050$).

3.2.16.3. “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, yeterli ve uygun sağlık personelinin istihdam edilmesini kolaylaştırır”

Tablo 79: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Sağlık Personeli İstihdamını Kolaylaştırabileceği Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	200	72,5	72,5	72,5
Katılmıyorum	42	15,2	15,2	87,7
Fikrim Yok	34	12,3	12,3	100
Toplam	276	10	100	

“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, yeterli ve uygun sağlık personelinin istihdam edilmesini kolaylaştırır” ifadesine meclis üyelerinin % 72,5’i (200 üye) katılmaktadır. % 15,2’lik bir kesim (42 üye) ise, bu yargıya katılmayarak, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin sağlık personelinin istihdam edilmesi sürecinde işlevi olamayacağı kanısındadır. 34 üye (% 12,3) ise, görüş belirtmemiştir.

İlgili tablo değerlendirildiği zaman, Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinden sonra, sağlık personeli istihdamının kolaylaşacağını düşünmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretiminin yeterli ve uygun sağlık personeli sağlayamayacağına ilişkin olarak, siyasal partiler veya coğrafi bölgeler bağlamında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p > 0,050$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4’ün ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sektörün mevcut sorunlarının çözümüne yardımcı olmasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sektörün mevcut sorunlarının çözümüne yardımcı olmasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

3.2.16.4. “Sağlık hizmetlerinin devri, bölgeselarası hizmet kalitesini daha da derinleştirir”

Tablo 80: Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesinin Bölgeselarası Hizmet Kalitesini Derinleştirebileceği Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	135	48,9	48,9	48,9
Katılmıyorum	97	35,1	35,1	84,1
Fikrim Yok	44	15,9	15,9	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık hizmetlerinin devri, bölgeselarası hizmet kalitesini daha da derinleştirir” ifadesine meclis üyelerinin % 48,9’luk bir kesimi (135 üye) katılırken, % 35,1’lik diğer kesimi (97 üye), katılmamaktadır. 44 üye (% 15,9) ise, görüş belirtmekten kaçınmıştır. İlgili tabloda yer alan verilere bakıldığı zaman; meclis üyelerinin yarıya yakın bir

çoğunluğunun sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin bölgeler arası kalite derinleşmesine yol açacağını düşündüğü görülmektedir.

Tablo 81: Coğrafi Bölgelerin “Sağlık Hizmetlerinin Devri, Bölgelerarası Hizmet Kalitesini Derinleştirir” Savına Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık hizmetlerinin devri, bölgelerarası hizmet kalitesini daha da derinleştirir			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	15	5	17	37
	Yüzde (%)	11,1	11,4	17,5	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	40,5	13,5	45,9	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	33	5	17	55
	Yüzde (%)	24,4	11,4	17,5	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	60	9,1	30,9	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	9	6	7	22
	Yüzde (%)	6,7	13,6	7,2	8
	Grup içi Yüzde (%)	40,9	27,3	31,8	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	51	4	25	80
	Yüzde (%)	37,8	9,1	25,8	29
	Grup içi Yüzde (%)	63,8	5	31,3	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	19	18	19	56
	Yüzde (%)	14,1	40,9	19,6	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	33,9	32,1	33,9	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	8	6	12	26
	Yüzde (%)	5,9	13,6	12,4	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	30,8	23,1	46,2	100
Toplam	Sıklık (f)	135	44	97	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	32,551	10		<0,001	

Coğrafi bölgelerin, “Sağlık hizmetlerinin devri, bölgelerarası hizmet kalitesini derinleştirir” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı Tablo 80’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşebileceğini düşünen üyelerin % 11,1'i, Akdeniz bölgesinden, % 24,4'ü, İç Anadolu bölgesinden, % 6,7'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 37,8'i, Marmara Bölgesinden, % 14,1'i, Ege Bölgesinden, % 5,9'u, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşmeyeceğini düşünen üyelerin % 17,5'i, Akdeniz bölgesinden, % 17,5'i, İç Anadolu bölgesinden, % 7,2'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 25,8'i, Marmara Bölgesinden, % 19,6'sı, Ege Bölgesinden, % 12,4'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin derinleşip derinleşmeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin % 11,4'ü, Akdeniz bölgesinden, % 11,4'ü, İç Anadolu bölgesinden, % 13,6'sı, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 9,1'i, Marmara Bölgesinden, % 40,9'u, Ege Bölgesinden, % 13,6'sı, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşebileceğini en çok öngören bölgeler arasında, Marmara (% 63,8) ve İç Anadolu (% 60) bölgeleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda bölgeler arası hizmet kalitesinin daha da derinleşmeyeceğini en çok öngören bölgeler arasında ilk iki sırada Karadeniz (% 46,2) ve Akdeniz (% 45,9) bölgeleri yer almaktadır. Tabloda yer alan verilerden hareketle, sağlık hizmet yerelleşmesinin bölgelerarası kalite farkını derinleştirebileceği yargısına katılıp katılmamaya ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in üçüncü alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır"

Tablo 82: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP – CHP – DTP) “Sağlık Hizmetlerin Devri, Bölgelerarası Hizmet Kalitesini Derinleştirir” Savına Bakışı

Siyasal Partiler		Sağlık hizmetlerin devri, bölgelerarası hizmet kalitesini daha da derinleştirir		
		Katılıyorum	Katılmıyorum	Toplam
AKP	Sıklık (f)	68	67	135
	Yüzde (%)	61,3	77,9	68,5
	Grup içi Yüzde (%)	50,4	49,6	100
CHP	Sıklık (f)	37	16	53
	Yüzde (%)	33,3	18,6	26,9
	Grup içi Yüzde (%)	69,8	30,2	100
DTP	Sıklık (f)	6	3	9
	Yüzde (%)	5,4	3,5	4,6
	Grup içi Yüzde (%)	66,7	33,3	100
Toplam	Sıklık (f)	111	86	197
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p Değeri
		6,256	2	0,044

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP – DTP), “Sağlık hizmetlerinin devri, bölgelerarası hizmet kalitesini derinleştirir” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 81’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşeceğini düşünen üyelerin % 61,3’ü, AKP’li, % 33,3’ü, CHP’li ve % 5,4’ü, DTP’lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşmeyeceğini düşünen üyelerin % 77,9’u, AKP’li, % 18,6’sı, CHP’li ve % 3,5’i, DTP’lidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 50,4’ü, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşeceğini düşünürken, CHP’lilerin % 69,8’i ve DTP’lilerin % 66,7’si, aynı kamdadır. AKP’lilerin % 49,6’sı, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin derinleşmeyeceğini düşünürken, CHP’lilerin % 30,2’si ve DTP’lilerin % 33,3’ü, aynı kanıyı taşımaktadır. Buradan hareketle, hem DTP’li hem de CHP’li üyelerin çoğunluğu, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin daha da derinleşeceği yönündeki olguyu desteklerken, AKP’li üyeler, kararsız kalmaktadır.

Buradan hareketle, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin bölgelerarası kalite farkını derinleştirebileceği yargısına katılıp katılmamaya ilişkin olarak, siyasi partiler bağlamında, AKP – CHP – DTP üyeleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunduğu belirtilmelidir ($p=0,044$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in üçüncü alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır"

3.2.16.5. "Devirden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir"

Tablo 83: "Devirden Beklenen Amaç Gerçekleşmezse, Sağlık Hizmetlerinin Tekrar Merkezi Yönetim Tarafından Üretilmesi Söz Konusu Olabilir" Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	154	55,8	55,8	55,8
Katılmıyorum	69	25	25	80,8
Fikrim Yok	53	19,2	19,2	100
Toplam	276	100	100	

"Devirden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir" yargısına meclis üyelerinin % 55,8'i (154 üye) katılmaktadır. 69 üye (% 25) ise, katılmadığını belirtmektedir. 53 üye (% 19,2) ise, görüş belirtmemiştir. Bu tablodaki verilere bakıldığında zaman, Meclis üyelerinin çoğunluğu, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini önemli bir devlet yaklaşımı olarak görmemekte, siyasi iktidarların değişmesi durumunda, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlerde kalmayacağını öngörmektedir.

Tablo 84: İktidar ve Muhalefetin “Devirden Beklenen Amaç Gerçekleşmezse, Sağlık Hizmetlerinin Tekrar Merkezi Yönetim Tarafından Üretilmesi Söz Konusu Olabilir” Savına Bakışı

Siyasal Konum		Devirden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	76	32	52	160
	Yüzde (%)	49,4	60,4	75,4	58
	Grup içi Yüzde (%)	47,5	20	32,5	100
Muhalefet	Sıklık (f)	78	21	17	116
	Yüzde (%)	50,6	39,6	24,6	42
	Grup içi Yüzde (%)	67,2	18,1	14,7	100
Toplam	Sıklık (f)	154	53	69	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	13,388	2		0,001	

İktidar ve muhalefet partilerine mensup üyelerin, “Devirden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 83’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin merkezileşme olasılığını düşünen üyelerin % 49,4’ü, AKP’li, % 50,6’sı, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin merkezileşme olasılığını düşünmeyen üyelerin % 75,4’ü, AKP’li, % 24,6’sı, muhalefet partili üyelerdir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, yerel düzeyde iktidarda olan AKP’lilerin % 47,5’i, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin merkezileşme olasılığını ciddi bir olasılık olarak değerlendirirken, muhalefet partili üyelerin % 67,2’si, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 32,5’i, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin merkezileşme olasılığını ciddiye almazken, muhalefet partililerin % 14,7’i, bu görüşe katılmaktadır. Toplamda 53 kişi (276 üye arasından) ise, konuya ilişkin görüş bildirmekten kaçınmıştır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, muhalefet partilerine mensup üyeler, olası tekrar bir sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki olguyu

desteklerken, AKP’li üyeler, yarıdan daha az bir oranda bu kaniya katılmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerin yerele devrinden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir yargısına ilişkin olarak, siyasi partiler bağlamında, iktidar ve muhalefet partili üyeler arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık yoktur”

H_1 :“Yerel yönetimlerin mevcut kaynak ve olanaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yetmeyeceği yargısına ilişkin farklılık vardır”

3.2.16.6. “Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur”

Tablo 85: “Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimlere Devri, Bölgeler Arasında Ödenek Dağılımında Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	120	43,5	43,5	43,5
Katılmıyorum	112	40,6	40,6	84,1
Fikrim Yok	44	15,9	15,9	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur” ifadesine ilişkin olarak meclis üyelerinin % 43,5’i (120 üye), katıldıklarını belirtirken, 112 üye (% 40,6), katılmadığını belirtmektedir. 44 üye ise, görüş belirtmekten kaçınmıştır. Tablodaki oranlara bakıldığı zaman, meclis üyelerinin, ödenek dağılımlarında eşitsizlik bekledikleri görülmektedir.

Tablo 86: Coğrafi Bölgelerin “Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimlere Devri, Bölgeler Arasında Ödenek Dağılımında Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	14	5	18	37
	Yüzde (%)	11,7	11,4	16,1	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	37,8	13,5	48,6	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	27	9	19	55
	Yüzde (%)	22,5	20,5	17	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	49,1	16,4	34,5	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	14	6	2	22
	Yüzde (%)	11,7	13,6	1,8	8
	Grup içi Yüzde (%)	63,6	27,3	9,1	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	43	8	29	80
	Yüzde (%)	35,8	18,2	25,9	29
	Grup içi Yüzde (%)	53,8	10	36,3	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	12	12	32	56
	Yüzde (%)	10	27,3	28,6	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	21,4	21,4	57,1	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	10	4	12	26
	Yüzde (%)	8,3	9,1	10,7	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	38,5	38,5	38,5	100
Toplam	Sıklık (f)	120	44	112	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
		26,646	10	0,003	

Coğrafi bölgelerin, “Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 85’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası ödenek dağılımında daha fazla eşitsizlik olabileceğini düşünen üyelerin % 11,7’si, Akdeniz bölgesinden, %

22,5'i, İç Anadolu bölgesinden, % 11,7'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 35,8'i, Marmara Bölgesinden, % 10'u, Ege Bölgesinden, % 8,3'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası ödenek dağılımında daha fazla eşitsizlik olmayacağını düşünen üyelerin % 16,1'i, Akdeniz bölgesinden, % 17'si, İç Anadolu bölgesinden, % 1,8'i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 25,9'u, Marmara Bölgesinden, % 28,6'sı, Ege Bölgesinden, % 10,7'si, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin derinleşip derinleşmeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin sayısı ise, 44 olarak gerçekleşmiştir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası ödenek dağılımında daha fazla eşitsizlik olabileceğini en çok öngören bölgeler arasında, G. Doğu Anadolu (% 63,6) ve Marmara (% 53,8) bölgeleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası ödenek dağılımında daha fazla eşitsizlik olmayacağını en çok öngören bölgeler arasında, Ege (% 57,1) ve Akdeniz (% 48,6) bölgeleri yer almaktadır. Tabloda yer alan verilerden hareketle, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri bölgelerarası ödenek dağılımında eşitsizlik oluşturur yargısına ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,003$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in üçüncü alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır"

Tablo 87: İktidar ve Muhalefetin “Sağlık Hizmetlerinin Yerel Yönetimlere Devri, Bölgeler Arasında Ödenek Dağılımında Eşitsizliğe Sebep Olur” Savına Bakışı

Siyasal Konum		Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	53	23	84	160
	Yüzde (%)	44,2	52,3	75	58
	Grup içi Yüzde (%)	33,1	14,4	52,5	100
Muhalefet	Sıklık (f)	67	21	28	116
	Yüzde (%)	55,8	47,7	25	42
	Grup içi Yüzde (%)	57,8	18,1	24,1	100
Toplam	Sıklık (f)	120	44	112	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	23,302	2		<0,001	

İktidar ve muhalefet partilerine mensup üyelerin, “Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 86’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası ödenek dağılımında daha fazla eşitsizlik olabileceğini düşünen üyelerin % 44,2’si AKP’li, % 55,8’i, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası ödenek dağılımında daha fazla eşitsizlik olmayacağını düşünen üyelerin % 75’i, AKP’li, % 25’i, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgelerarası hizmet kalitesinin derinleşip derinleşmeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 44 olarak gerçekleşmiştir.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, muhalefet partilerine mensup üyeler “Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur” savını desteklerken, AKP’li üyeler ise, yarıdan fazla bir oranla bu kaniya katılmamaktadır. Buradan hareketle, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgelerarası ödenek dağılımında eşitsizlik oluşturur yargısına ilişkin olarak, siyaset partiler bağlamında, iktidar – muhalefet partili üyeler arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p<0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in üçüncü alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır"

3.2.16.7. "Yerel koşulların farklı olması, sağlık hizmetlerine erişimde bölgelerarası eşitsizliğe sebep olur"

Tablo 88: "Yerel Koşulların Farklı Olması, Sağlık Hizmetlerine Erişimde Bölgelerarası Eşitsizliğe Sebep Olur" Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	161	58,3	58,3	58,3
Katılmıyorum	82	29,7	29,7	88
Fikrim Yok	33	12	12	100
Toplam	276	100	100	

"Yerel koşulların farklı olması, sağlık hizmetlerine erişimde bölgelerarası eşitsizliğe sebep olur" ifadesine meclis üyelerinin % 58,3'ü (161 üye) katıldığını belirtirken, % 29,7'lik bir oran (82 üye) katılmamaktadır. 33 üye (% 12) ise, görüş belirtmek istememiştir. Tablodaki veriler incelendiği zaman, meclis üyelerinin çoğunluğu, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, yerel düzeyde sağlık hizmetlerine ilişkin olarak bölgelerarası erişimde eşitsizlik olacağı kanısındadır.

Tablo 89: İktidar ve Muhalefetin “*Yerel Koşulların Farklı Olması, Sağlık Hizmetlerine Erişimde Bölgearası Eşitsizliğe Sebep Olur*” Savına Bakışı

Siyasal Konum		Yerel koşulların farklı olması, sağlık hizmetlerine erişimde bölgearası eşitsizliğe sebep olur			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	85	16	59	160
	Yüzde (%)	52,8	48,5	72	58
	Grup içi Yüzde (%)	53,1	10	36,9	100
Muhalefet	Sıklık (f)	76	17	23	116
	Yüzde (%)	47,2	51,5	28	42
	Grup içi Yüzde (%)	65,5	14,7	19,8	100
Toplam	Sıklık (f)	161	33	82	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
		9,567	2	0,008	

İktidar ve muhalefet partilerine mensup üyelerin, “*Yerel koşulların farklı olması, sağlık hizmetlerine erişimde bölgearası eşitsizliğe sebep olur*” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 88’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, sağlık hizmetlerine erişimde bölgearası eşitsizlik ortaya çıkabileceğini düşünen üyelerin % 52,8’i, AKP’li, % 47,2’si, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, sağlık hizmetlerine erişimde bölgearası eşitsizlik ortaya çıkabileceğini düşünmeyen üyelerin % 72’si, AKP’li, % 28’i, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bölgearası hizmet kalitesinin derinleşip derinleşmeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 33 olarak gerçekleşmiştir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, yerel düzeyde iktidarda olan AKP’lilerin % 53,1’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, sağlık hizmetlerine erişimde bölgearası eşitsizlik ortaya çıkabileceğini değerlendirirken, muhalefet partili üyelerin % 65,5’i, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 36,9’u sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, sağlık hizmetlerine erişimde bölgearası eşitsizlik ortaya çıkmayacağı değerlendirmesinde bulunurken, muhalefet partililerin ancak % 19,8’i, bu görüşe katılmaktadır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, hem iktidar partisine hem de muhalefet partilerine muhalefet partilerine mensup üyeler “*Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur*” savını

desteklemeleriyle birlikte, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgelerarası hizmetlere erişimde eşitsizlik oluşturur yargısına ilişkin olarak, siyasi partiler bağlamında, iktidar ve muhalefet partili üyeler arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,008$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'in üçüncü alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, bölgeler ve yönetimlerarası eşitsizliği güçlendireceğini beklemede farklılaşma vardır"

3.2.16.8. "İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır"

Tablo 90: "İlgili Devri Planlama ve Düzenleme Aşamasında, Hükümet, Sağlık Sektörünün Görüşlerini Dikkate Almamıştır" Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılmıyorum	112	40,6	40,6	40,6
Katılıyorum	105	38	38	78,6
Fikrim Yok	59	21,4	21,4	100
Toplam	276	100	100	

"İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır" biçimindeki düşünceye meclis üyelerinin % 40,6'sı (112 üye) katılmamaktadır. 105 üye (% 38) ise, bu görüşe katıldığını ifade etmektedir. 59 üye (% 21,4) ise, görüş beyan etmemiştir. Tabloda yer alan oranlara bakıldığında zaman, ilgili ifadeye katılan ve katılmayan üyelerin oranlarının birbirlerine çok yakın oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğunun iktidar partisinden oldukları dikkate alındığında zaman, AKP'li meclis üyelerinin de ya sözü edilen ifadeye katılarak, hükümetin sağlık sektörünün görüşünü dikkate almadığını düşündükleri ya da konuya ilişkin olarak görüş belirtmedikleri öncelikle dikkati çekmektedir ama çoğunluk olarak, meclis üyeleri, hükümetin, sağlık hizmetlerinde yerelleşmeyi gündemine alırken ilgili sektör ve örgütleriyle görüştiklerini veya onların görüşlerini dikkate aldıklarını, en azından, sağlık alanında yer alan örgütlerin görüşlerinin farkında olduğunu düşünmektedir.

Tablo 91: İktidar ve Muhalefetin “İlgili Devri Planlama ve Düzenleme Aşamasında, Hükümet, Sağlık Sektörünün Görüşlerini Dikkate Almamıştır” Savına Bakışı

Siyasal Konum		İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	36	33	91	160
	Yüzde (%)	34,3	55,9	81,3	58
	Grup içi Yüzde (%)	22,5	20,6	56,9	100
Muhalefet	Sıklık (f)	69	26	21	116
	Yüzde (%)	65,7	44,1	18,8	42
	Grup içi Yüzde (%)	59,5	22,4	18,1	100
Toplam	Sıklık (f)	105	59	112	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	49,188	2		<0,001	

İktidar ve muhalefet partilerine mensup üyelerin, “İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 90’da gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, hükümetin sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almadığını düşünen üyelerin % 34,3’ü, AKP’li, % 65,7’si, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, hükümetin sağlık sektörünün görüşlerini dikkate aldığını düşünen üyelerin % 81,3’ü, AKP’li, % 18,8’i, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, hükümetin sağlık sektörünün görüşlerini dikkate alıp almadığını konusunda görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 59 kişi olarak gerçekleşmiştir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, yerel düzeyde iktidarda olan AKP’lilerin % 22,5’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde hükümetin sağlık sektörünün görüşlerini almadığını düşünürken, muhalefet partili üyelerin % 59,5’i, aynı kamıdadır. AKP’lilerin % 56,9’u, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde hükümetin sağlık sektörünün görüşlerini aldığı değerlendirilmesinde bulunurken, muhalefet partililerin ancak % 18,1’i, bu görüşe katılmaktadır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, hem iktidar partisine hem de muhalefet partilerine muhalefet partilerine mensup üyeler, “İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır”

savını desteklemeleriyle birlikte, ilgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır yargısına ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, iktidar-muhalefet arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p<0,001$).

3.2.16.9. “Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler”

Tablo 92: “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılmıyorum	170	61,6	61,6	61,6
Katılıyorum	80	29	29	90,6
Fikrim Yok	26	9,4	9,4	100
Toplam	276	100	100	

“Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler” yargısına meclis üyelerinin % 61,6’sı katılmadığını belirtirken, % 29’u katılmaktadır. 26 üye (% 9,4) ise, görüş belirtmemiştir. İlgili tablo, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek bir yerelleşme sürecine, meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğunun olumlu bakması biçiminde değerlendirilebilir.

Tablo 93: Coğrafi Bölgelerin “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakışı

Coğrafi Bölgeler		Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	11	2	24	37
	Yüzde (%)	13,8	7,7	14,1	13,4
	Grup içi Yüzde (%)	29,7	5,4	64,9	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	24	6	25	55
	Yüzde (%)	30	23,1	14,7	19,9
	Grup içi Yüzde (%)	43,6	10,9	45,5	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	10	5	7	22
	Yüzde (%)	12,5	19,2	4,1	8
	Grup içi Yüzde (%)	45,5	22,7	31,8	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	21	5	54	80
	Yüzde (%)	26,3	19,2	31,8	29
	Grup içi Yüzde (%)	26,3	6,3	67,5	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	8	6	42	56
	Yüzde (%)	10	23,1	24,7	20,3
	Grup içi Yüzde (%)	14,3	10,7	75	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	6	2	18	26
	Yüzde (%)	7,5	7,7	10,6	9,4
	Grup içi Yüzde (%)	23,1	7,7	69,2	100
Toplam	Sıklık (f)	80	26	170	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
		24,657	10	0,006	

Coğrafi bölgelerin, “Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmet yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 92’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünen üyelerin % 13,8’i, Akdeniz bölgesinden, % 30’u, İç Anadolu bölgesinden, %

12,5'si, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 26,3'ü, Marmara Bölgesinden, % 10'u, Ege Bölgesinden, % 7,5'ü, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkilemeyeceğini düşünen üyelerin % 14,1'i, Akdeniz bölgesinden, % 14,7'si, İç Anadolu bölgesinden, % 4,1'i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 31,8'i, Marmara Bölgesinden, % 24,7'si, Ege Bölgesinden, % 10,6'sı, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyip etkilemeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin sayısı ise, 26 olarak gerçekleşmiştir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini en fazla oranda öngören bölgeler arasında, G. Doğu Anadolu (% 45,5) ve İç Anadolu (% 43,6) ve Akdeniz (% 29,7) bölgeleri gelmektedir. Sağlık hizmet yerleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkilemeyeceğini en fazla oranda öngören bölgeler arasında bölgeler arasında, Ege (% 75) ve Karadeniz (% 69,2) ve Marmara (% 67,5) bölgeleri yer almaktadır. Tabloda yer alan verilerden hareketle, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceği yönündeki yargıya ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,006$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'ün ikinci alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 :“Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerinin yerleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

Tablo 94: İktidar ve Muhalefetin “*Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler*” Savına Bakışı

Siyasal Konum		Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	28	16	116	160
	Yüzde (%)	35	61,5	68,2	58
	Grup içi Yüzde (%)	17,5	10	72,5	100
Muhalefet	Sıklık (f)	52	10	54	116
	Yüzde (%)	65	38,5	31,8	42
	Grup içi Yüzde (%)	44,8	8,6	46,6	100
Toplam	Sıklık (f)	80	26	170	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	24,812	2		<0,001	

İktidar ve muhalefet partilerine mensup üyelerin, “*Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler*” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 93’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünen üyelerin % 35’i, AKP’li, % 65’i, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkilemeyeceğini düşünen üyelerin % 68,2’si, AKP’li, % 31,8’i, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyip etkilemeyeceği konusunda görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 26 olarak gerçekleşmiştir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, yerel düzeyde iktidarda olan AKP’lilerin % 17,5’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda, bir bütün olarak sağlık sektörünün olumsuz etkileneceğini düşünürken, muhalefet partili üyelerin % 44,8’i, aynı kanıdadır. AKP’lilerin % 72,5’i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi durumunda sağlık sektörünü olumsuz etkilenmeyeceğini düşünürken, muhalefet partililerin % 46,6’sı, bu görüşe katılmaktadır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, hem iktidar partisine hem de muhalefet partilerine muhalefet partilerine mensup üyeler “*Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler*” savını desteklememelerine rağmen, bir bütün olarak düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceği yönündeki yargıya

ilişkin olarak, siyasal konum bağlamında, iktidar ve muhalefet partilerine mensup üyeler arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'in ikinci alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur"

H_1 : "Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır"

Tablo 95: Siyasal Parti Üyelerinin (AKP-CHP) "Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler" Savına Bakışı

Temsil Edilen Siyasal Parti		Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
AKP	Sıklık (f)	28	16	116	160
	Yüzde (%)	48,3	88,9	78,4	71,4
	Grup içi Yüzde (%)	17,5	10	72,5	100
CHP	Sıklık (f)	30	2	32	64
	Yüzde (%)	51,7	11,1	21,6	28,6
	Grup içi Yüzde (%)	46,9	3,1	50	100
Toplam	Sıklık (f)	58	18	148	224
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	21,426	2		<0,001	

Siyasal parti üyelerinin (AKP – CHP), "Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler" savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 94'de gösterilmiştir.

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünen üyelerin % 48,3'ü, AKP'li, % 51,7'si, CHP'lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünmeyen üyelerin % 78,4'ü AKP'li, % 21,6'sı ise, CHP'lidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyip etkilemeyeceğini konusunda görüş belirtmeyenlerin sayısı ise, 18 kişidir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP'lilerin % 17,5'i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünürken iken; aynı kanıyı paylaşan CHP'li üyelerin oranı, % 46,9'a çıkmaktadır.

AKP'lilerin % 72,5'i, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünmezken; benzer düşünce içerisinde olan CHP'li üyelerin oranı, % 50'de kalmaktadır. Bu durum, AKP'nin ulusal düzeyde iktidar olmasıyla açıklanabilir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini AKP öngördüğü için, yerel düzeyde yer alan AKP'liler de sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine destek vereceklerdir. CHP gerek ulusal gerek yerel düzeylerde ana muhalefet partisini temsil ettiği için, iktidar partisinin atacağı adımları, olumlu dahi olsa, eleştirme gereği hissetmektedir. Dolayısıyla, CHP'li üyelerin sağlık hizmetlerinin yerelleşmesini olumsuz bir gelişme olarak değerlendirmesi şaşırtıcı gözükmemektedir.

Buradan hareketle, bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyebileceği savına AKP'li üyeler katılmamakta, CHP'li üyeler ise, çoğunluk olmamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyebileceğini öngördüklerini ifade etmek gerekmektedir. Dolayısıyla, bir bütün olarak düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceği yönündeki yargıya ilişkin olarak, siyasal partiler bağlamında, AKP – CHP üyeleri arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'in ikinci alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 :“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

Tablo 96: Siyasal Görüşlerin (Merkezin Sağı – Merkezin Solu) “Bir Bütün Olarak Değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi Sağlık Sektörünü Olumsuz Etkiler” Savına Bakışı

Siyasal Görüş Olarak Konum		Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
Merkezin Sağında	Sıklık (f)	37	21	131	189
	Yüzde (%)	48,1	84	78	70
	Grup içi Yüzde (%)	19,6	11,1	69,3	100
Merkezin Solunda	Sıklık (f)	40	4	37	81
	Yüzde (%)	51,9	16	22	30
	Grup içi Yüzde (%)	49,4	4,9	45,7	100
Toplam	Sıklık (f)	77	25	168	270
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	25,086	2		<0,001	

Merkezin sağında ve solunda yer alan partilere mensup üyelerin, “Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 95’de gösterilmiştir.

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünen üyelerin % 48,1’i, merkezin sağında yer alan partilerden, % 51,9’u, merkezin solunda yer alan partilere mensup üyelerden oluşmaktadır. Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünmeyen üyelerin % 78’i, sağ görüşlü üyelerden, % 22’si, sol görüşlü üyelerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde rekabet olgusu konusunda görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 25 kişi olarak gerçekleşmiştir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, merkezin sağında yer alan partilere mensup üyelerin % 19,6’sı, bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceğini düşünürken, merkezin solunda yer alan partilere mensup üyelerin % 49,4’ü, aynı kanıdadır. Sağ görüşlü üyelerin % 69,3’ü, bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, sağlık sektörünü olumsuz etkilemeyeceğini düşünürken, sol görüşlü temsil eden partilere mensup üyelerin % 45,7’si, bu görüşe katılmaktadır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, merkezin sağında yer alan partilere mensup üyeler “*Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkiler*” savına çok yüksek oranda katılmazken, merkezin solunda yer alan partilere mensup üyeler, ilgili yargıya çoğunluğu aşmayan bir oranda katılmaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sağlık sektörünü olumsuz etkileyeceği yönündeki yargıya ilişkin olarak, siyasal görüş bağlamında, merkezin sağ ve soluna mensup parti üyeleri arasında son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p < 0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4’in ikinci alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir

H_0 : “*Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur*”

H_1 : “*Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır*”

3.2.16.10. “Büyükşehir ve alt kademe belediyelerin aralarındaki sorumluluk alanı açıkça belirtilmelidir”

Tablo 97: “*Büyükşehir ve Alt Kademe Belediyelerin Aralarındaki Sorumluluk Alanı Açıkça Belirtilmelidir*” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	259	93,8	93,8	93,8
Fikrim Yok	11	4	4	97,8
Katılmıyorum	6	2,2	2,2	100
Toplam	276	100	100	

“*Büyükşehir ve alt kademe belediyelerin aralarındaki sorumluluk alanı açıkça belirtilmelidir*” ifadesine 259 meclis üyesi (% 93,8) katılmaktadır. 11 üye (% 4) görüş belirtmezken, 6 üye (% 2,2) katılmadığını ifade etmiştir.

İlgili tablodan anlaşıldığına göre, meclis üyelerinin tamamına yakın çoğunluğu, Büyükşehir belediyeleri ile alt kademe/ilçe belediyeleri arasındaki görev tanımlarının netleştirilip, sorumluluk alanlarının açıkça belirtilmesinden yanadır. Büyükşehir ve alt kademe belediyelerin aralarındaki sorumluluk alanı açıkça belirtilmelidir yargısına ilişkin olarak, siyasal parti ve coğrafi bölgeler bağlamında, anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p > 0,050$).

Konuya ilişkin benzer araştırmasında, Eren (2001, s. 245), belediye ve Büyükşehir belediye üst yönetiminin belediyeler arası sorumluluk alanlarının açıkça belirlenmesi gereğine dönük ifadeye % 91,3 oranında onay verdiğini ifade etmektedir.

3.2.16.11. “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur”

Tablo 98: “Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi, Uluslararası Geçerliliği Olan Partiler Üstü Bir Konudur” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	207	75	75	75
Katılmıyorum	40	14,5	14,5	89,5
Fikrim Yok	29	10,5	10,5	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur” yargısına 207 meclis üyesi (% 75) katılırken, 40 üye (% 14,5) katılmadığını belirtmiştir. 29 üye (% 10,5) ise görüş belirtmemiştir.

İlgili tabloya göre, Büyükşehir belediye meclis üyeleri, mevcut hükümetin genelde kamu hizmetleri özelde ise, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi yönünde attıkları adımın, ilgili iktidar partisinin kendi siyasal ideolojisinden kaynaklanan veya mevcut ulusal konjonktürden kaynaklanan bir konu olmayıp, bunun uluslararası etkileşimden kaynaklanan partiler üstü bir konu olduklarını büyük bir çoğunlukla düşünmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur yargısına ilişkin olarak, siyasal parti, görüş ve konular bağlamında, anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,050$).

Tablo 99: Coğrafi Bölgelerin “Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi, Uluslararası Geçerliliği Olan Partiler Üstü Bir Konudur” Savına Bakış

Coğrafi Bölgeler		Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur		
		Katılıyorum	Katılmıyorum	Toplam
Akdeniz Bölgesi	Sıklık (f)	34	2	36
	Yüzde (%)	16,4	5	14,6
	Grup içi Yüzde (%)	94,4	5,6	100
İç Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	38	13	51
	Yüzde (%)	18,4	32,5	20,6
	Grup içi Yüzde (%)	74,5	25,5	100
G.Doğu Anadolu Bölgesi	Sıklık (f)	12	1	13
	Yüzde (%)	5,8	2,5	5,3
	Grup içi Yüzde (%)	92,3	7,7	100
Marmara Bölgesi	Sıklık (f)	60	13	73
	Yüzde (%)	29	32,5	29,6
	Grup içi Yüzde (%)	82,2	17,8	100
Ege Bölgesi	Sıklık (f)	48	2	50
	Yüzde (%)	23,2	5	20,2
	Grup içi Yüzde (%)	96	4	100
Karadeniz Bölgesi	Sıklık (f)	15	9	24
	Yüzde (%)	7,2	22,5	9,7
	Grup içi Yüzde (%)	62,5	37,5	100
Toplam	Sıklık (f)	207	40	247
	Yüzde (%)	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri		Sd	p Değeri
		20,588	5	0,001

Coğrafi bölgelerin, “Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 98’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi konusunun uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konu olduğunu düşünen üyelerin % 16,4’ü, Akdeniz bölgesinden, % 18,4’ü, İç

Anadolu bölgesinden, % 5,8'i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 29'u, Marmara Bölgesinden, % 23,2'si, Ege Bölgesinden, % 7,2'si, Karadeniz bölgesindedir.

Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi konusunun uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konu olduğunu düşünmeyen üyelerin % 5'i, Akdeniz bölgesinden, % 32,5'i, İç Anadolu bölgesinden, % 2,5'i, G. Doğu Anadolu bölgesinden, % 32,5'i, Marmara Bölgesinden, % 5'i, Ege Bölgesinden, % 22,5'i, Karadeniz bölgesindedir.

Grup içi dağılımlar dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi konusunun uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konu olduğunu en çok öngören bölgeler arasında, Ege (% 96) ve Akdeniz (% 94,2) ve G. Doğu Anadolu (% 92,3) bölgeleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerleşmesi konusunun uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konu olduğuna en çok oranda katılmayan bölgeler arasında, Karadeniz (% 37,5) ve Marmara (% 17,8) bölgeleri yer almaktadır. Tabloda yer alan verilerden hareketle, sağlık hizmetlerinin yerleşmesi, uluslararası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur yargısına ilişkin olarak, coğrafi bölgeler bağlamında, son derece anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,001$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 2'nin ikinci alt hipotezine ilişkin olarak, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : "Grup görüşünün, birey görüşü önünde olmasına ilişkin farklılık yoktur"

H_1 : "Grup görüşünün, birey görüşü önünde olmasına ilişkin farklılık vardır"

3.2.16.12. "Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır"

Tablo 100: "Sağlık Hizmetlerinin Üretilmesinde Rekabet Ortamı Oluşturulmalıdır" Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	245	88,8	88,8	88,8
Katılmıyorum	19	6,9	6,9	95,7
Fikrim Yok	12	4,3	4,3	100
Toplam	276	100	100	

"Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır" ifadesine 245 meclis üyesi (% 88,8) katılırken, 19 üye (% 6,9) katılmamıştır. 12 üye (% 4,3) ise, görüş belirtmemiştir. Rekabet oluşumuna ilişkin tablodan anlaşıldığına göre, sağlık yerleşmesi sürecinin tamamlanmasından sonra, Büyükşehir belediyeleri tarafından üstlenilecek sağlık hizmetlerinde rekabet ortamının oluşturulacağı²⁶² sinyalleri görülmektedir.

²⁶² Kamu hizmetlerinde rekabet olgusuna ilişkin olarak, Eren'in çalışmasında (2001, s.244) belediye ve Büyükşehir belediyeleri üst düzey seçilmiş ve atanmışları, kamu sektöründe rekabet olgusunun tesis edilmesi gereğini % 70,5'lik bir oranla desteklemektedir.

Tablo 101: Siyasal Görüşlerin (Merkezin Sağ – Merkezin Solu) “Sağlık Hizmetlerinin Üretilmesinde Rekabet Ortamı Oluşturulmalıdır” Savına Bakışı

Siyasal Görüş Olarak Konum		Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
Merkezin Sağında	Sıklık (f)	173	8	8	189
	Yüzde (%)	72,4	66,7	42,1	70
	Grup içi Yüzde (%)	91,5	4,2	4,2	100
Merkezin Solunda	Sıklık (f)	66	4	11	81
	Yüzde (%)	27,6	33,3	57,9	30
	Grup içi Yüzde (%)	81,5	4,9	13,6	100
Toplam	Sıklık (f)	239	12	19	270
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
		7,751	2	0,021	

Merkezin sağında ve solunda yer alan partilere mensup üyelerin, *Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır*” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 100’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde rekabet ortamına yer verilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 72,4’ü, merkezin sağında yer alan partilerden, % 27,6’sı, merkezin solunda yer alan partilere mensup üyelerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretiminde rekabet olgusuna yer verilmesi gerektiğini düşünmeyen üyelerin % 42,1’i, sağ görüşlü üyelerden, % 57,9’u, sol görüşlü üyelerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde rekabet olgusu konusunda görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 12 kişi olarak gerçekleşmiştir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, merkezin sağında yer alan partilere mensup üyelerin % 91,5’i, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde rekabet olgusunu önemli bir değişken olarak değerlendirirken, merkezin solunda yer alan partilere mensup üyelerin % 81,5’i, aynı kanıdadır. Sağ görüşlü üyelerin % 4,2’si, sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde rekabet olgusunu önemli bir değişken olarak değerlendirmeyen, sol görüşü temsil eden partilere mensup üyelerin % 13,6’sı, bu görüşe katılmaktadır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, hem merkezin sağında hem de solunda yer alan partilere mensup üyeler “*Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır*” savını çok yüksek oranlarda desteklemelerinin yanında, sağlık

hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır yargısına ilişkin olarak, siyasal görüş bağlamında, merkezin sağ ve solu arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,021$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

Tablo 102: İktidar ve Muhalefetin “Sağlık Hizmetlerinin Üretilmesinde Rekabet Ortamı Oluşturulmalıdır” Savına Bakışı

Siyasal Konum		Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır			
		Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Toplam
İktidar	Sıklık (f)	149	5	6	160
	Yüzde (%)	60,8	41,7	31,6	58
	Grup içi Yüzde (%)	93,1	3,1	3,8	100
Muhalefet	Sıklık (f)	96	7	13	116
	Yüzde (%)	39,2	58,3	68,4	42
	Grup içi Yüzde (%)	82,8	6	11,2	100
Toplam	Sıklık (f)	245	12	19	276
	Yüzde (%)	100	100	100	100
Anlamlılık Testi	Ki-kare değeri	Sd		p Değeri	
	7,555	2		0,023	

İktidar ve muhalefet partilerine mensup üyelerin, “Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır” savına ilişkin bakışlarında bir farklılaşma olup olmadığı, Tablo 101’de gösterilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde rekabet ortamına yer verilmesi gerektiğini düşünen üyelerin % 60,8’i, AKP’li, % 39,2’si ise, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde rekabet olgusuna yer verilmesi gerektiğini düşünmeyen üyelerin % 31,6’sı, AKP’li, % 68,4’ü, muhalefet partili üyelerdir. Sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde rekabet olgusuna ilişkin görüş belirtmeyen üyelerin toplamı ise, 12 kişi olarak gerçekleşmiştir.

Konuya ilişkin grup içi farklılaşmalar dikkate alındığında, AKP’lilerin % 93,1’i, sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde rekabet olgusunu önemli olarak değerlendirirken,

muhalefet partili üyelerinin oranı da, % 82,8'e kadar çıkmaktadır. AKP'lilerin % 3,8'i, sağlık hizmetlerinin üretimi sürecinde rekabet olgusunu önemsiz olarak değerlendirirken muhalefet partililerin oranı, % 11,2'ye çıkmaktadır.

Tabloda yer alan karşılaştırmalı verilerden hareketle, hem iktidar partisine hem de muhalefet partilerine muhalefet partilerine mensup üyeler “Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır” savını çok yüksek oranlarda desteklemelerine karşın, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır yargısına ilişkin olarak, siyasal konum bağlamında, iktidar – muhalefet arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p=0,023$).

p değeri, α değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezi bağlamında, H_0 , H_1 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

3.2.16.13. “Halkın sağlık hizmetlere ilişkin karar alma sürecine katılımı için gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmalıdır”

Tablo 103: “Halkın Sağlık Hizmetlere İlişkin Karar Alma Sürecine Katılımı İçin Gerekli Altyapı ve Olanaklar Sağlanmalıdır” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	248	89,9	89,9	89,9
Fikrim Yok	18	6,5	6,5	96,4
Katılmıyorum	10	3,6	3,6	100
Toplam	276	100	100	

“Halkın sağlık hizmetlere ilişkin karar alma sürecine katılımı için gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmalıdır” ifadesine²⁶³ 248 meclis üyesi (% 89,9) katılırken, 18 üye (% 6,5) katılmamıştır. 10 üye (% 3,6) ise, görüş belirtmemiştir. Dolayısıyla, halkın sağlık hizmetlere ilişkin karar alma sürecine katılımı için gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmalıdır yargısına ilişkin olarak, siyasal ve coğrafi bağlamlarda anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,0050$).

²⁶³ Büyükşehir belediye meclis üyelerinin önemli çoğunluğu, halkın sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma veya uygulama süreçlerine katılımını önemsemektedir. Benzer biçimde, Eren'in araştırmasında (2001, s. 244), belediye ve Büyükşehir belediye üst yönetimi, yönetime katılma olanakları sağlanmalıdır yargısına % 82,6'lık bir oranla destek vermektedir.

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, Hipotez 4'ün ikinci alt hipotezine ilişkin olarak, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Sağlık hizmet yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmet yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

3.2.16.14. “Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi sağlanmalı ve kalite ön plana çıkarılmalıdır”

Tablo 104: “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi Sağlanmalı ve Kalite Ön Plana Çıkarılmalıdır” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	261	94,6	94,6	94,6
Fikrim Yok	14	5,1	5,1	99,6
Katılmıyorum	1	0,4	0,4	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi sağlanmalı ve kalite ön plana çıkarılmalıdır” ifadesine 261 meclis üyesi (% 94,6) katıldığını belirtmiş, 14 üye (% 5,1) ise, görüş bildirmemiştir. 1 üye (% 0,4) ise, katılmadığını ifade etmiştir.

Buradan hareketle, meclis üyelerinin önemli çoğunluğunun sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasından yana olduğu görülmektedir. Sağlık yerelleşmesi sağlandığı zaman, Büyükşehir belediyelerinin üstlendikleri sağlık hizmetlerinde kaliteyi ön plana çıkarmak istedikleri öngörülebilir²⁶⁴. Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi sağlanmalı ve kalite ön plana çıkarılmalıdır yargısına ilişkin olarak, siyasal ve coğrafi bağlamlarda anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,0050$).

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 :“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma yoktur”

H_1 :“Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, yönetsel, ekonomik ve toplumsal gelişime katkı sağlamasına ilişkin yargıda farklılaşma vardır”

²⁶⁴ Eren'in (2001, s. 244) çalışmasında, kamu hizmetlerinde kalite güvencesi sağlanmalı ve kalite öne çıkarılmalıdır ifadesi, belediye ve Büyükşehir belediye başkan, genel sekreter veya başkan yardımcılarının % 91,3'ünün onayını aldığı görülmektedir.

3.2.16.15. “Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetlerde performans ve memnuniyeti ölçebilecek sistemler geliştirilmelidir”

Tablo 105: “Sağlık Çalışanlarının Sundukları Hizmetlerde Performans ve Memnuniyeti Ölçebilecek Sistemler Geliştirilmelidir” Savına Bakış

	Sıklık (f)	Yüzde (%)	G. Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Katılıyorum	258	93,5	93,5	93,5
Fikrim Yok	15	5,4	5,4	98,9
Katılmıyorum	3	1,1	1,1	100
Toplam	276	100	100	

“Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetlerde performans ve memnuniyeti ölçebilecek sistemler geliştirilmelidir” ifadesine 258 meclis üyesi (% 93,5) katılırken, 15 üye (% 5,4) çekimser kalmıştır. 3 üye (% 1,1) ise, katılmamıştır.

İlgili tablonun analiz edilmesinden ortaya çıkan sonuç, meclis üyelerinin büyük ve önemli bir çoğunluğu sağlık hizmetlerinde, çalışanların performansını ve hizmetlerden yararlanan vatandaşların memnuniyetini ölçebilecek sistemlerin getirilmesinden yana olduklarıdır. Eren (2001, s. 244) yaptığı araştırmada, kamu hizmetlerinde çıktığı esas alan bir ölçme-değerlendirme sisteminin geliştirilmesine ilişkin öneriye, belediye ve Büyükşehir belediye üst yönetimlerinin, toplamda, % 80,9'luk bir onay verdiğini ifade etmektedir. Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetlerde performans ve memnuniyeti ölçebilecek sistemler geliştirilmelidir yargısına ilişkin olarak, siyasal veya coğrafi bağlamlarda anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0,0050$).

p değeri, α değerinden büyük olduğu için, Hipotez 3'ün ilk alt hipotezi çerçevesinde, H_1 , H_0 lehine reddedilmelidir.

H_0 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma yoktur”

H_1 : “Sağlık hizmetlerini yerel yönetimlerin sunması halinde, vatandaşların olumlu etkilenecekleri konusunda farklılaşma vardır”

3.3. ALAN ARAŞTIRMASININ SONUÇLARI VE UYGULANABİLİR SİYASA ÖNERİLERİ

Türk sağlık hizmetleri bağlamında gerçekleştirilecek yerelleşme uygulamalarına yardımcı olmak, bu uygulamalara, kısmen de olsa yol göstermek amacıyla gerçekleştirilen alan araştırmasının ortaya koyduğu sonuçların, çalışma açısından son derece önemli olanlarına aşağıda değinilmektedir. İlgili çalışma çerçevesinde gerçekleştirilen alan araştırması sonuçlarına göre, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin sağlık hizmet yerelleşmesine yönelik tutum ve beklentilerinin ortaya konulması paralelinde oluşturulan siyasa önerileri de aşağıda sunulmaktadır

3.3.1. Meclis Üyelerinin Makro ve Mikro Sorunlara Bakışı ve Öneriler

Sonuç: *Meclis üyeleri, yerel düzeyde yer alan sağlık hizmetlerinin, yerel yönetimlerin görevi olması gerektiğini düşünmektedir.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde yerel yönetimlerin istekliliği dikkate alınmalıdır.*

Öncelikle, sağlık hizmetlerinin kendi içerisinde üç gruba ayrıldığı (*koruyucu ve önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici*) ve önleyici kamu hizmetlerinin evrensel olarak merkezi düzeyde kalmasına ilişkin gereklilik dikkate alınır, bu çalışma boyunca kullanılan yerelleşme kavramının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında yer alan, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri kapsadığı belirtilmelidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen evrensel yerelleşme çabalarının, ilk basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocağı ve sağlık evlerinin yerel yönetimlere devredilmesini de sıklıkla içerdiği belirtilmelidir. Dolayısıyla, ülkemizde gerçekleştirilecek sağlık yerelleşmesi uygulamalarına yönelik öncelikli adımın, mevcut sağlık ocak ve evlerinin yerel yönetimlere devredilmesi biçiminde gelişmesi söz konusu olabilir.

Ayrıca, meclis üyelerinin tercih, tutum ve beklentilerini yansıtan yargılar analiz edilirken, bu üyelerin hareket noktalarının kendi yöre veya konumları olduğuna dikkat edilmelidir. Kamu yararının, hizmetlerde hızlılığın, duyarlılığın, sürekliliğin artacağını beklemeye ilişkin yerel algılamalar, konumları gereğidir. O yüzden, bir bölge bağlamında artacak kamu yararının, hizmet hızlılığının, duyarlılığın veya sürekliliğin, ulusal artışa denk gelmeyeceği bilinmekle beraber, bu kadar yüksek bir oranda artış beklenmesi bütün bölgelerde olası artışı beraberinde getirmek şeklinde, tümevarım yöntemiyle, olası ulusal kamu yararı artışını öngörmeye yardımcı olmaktadır. Aslında, kamu yararı kavramı çok soyut bir kavram olup, içerisinde yer aldığı kavramların da tanımını zorlaştırmaktadır. Yine de, kabaca, kamu yararı kavramıyla, bütününe yararına olanın, topluluğun veya

bireylerin yararına olanına tercih edilmesi anlamını taşıdığı kabul edilirse, tekrar seçilebilme, hesap verebilme, şeffaf bir yönetim çerçeveleri bağlamında, seçilmiş bireylerin atanmış bireylere göre kamu yararını daha fazla önemseyecekleri iddia edilebilir. Zaten, demokratik yönetimlerde, atanmışların değil, seçilmişlerin yönetmesi temeldir. Yine de, uygulamada böyle bir kuramı yanlışlayacak birçok örnekle karşılaşmak olasıdır.

Buradan hareketle, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi, yerel yönetimlerin sürecin içerisine doğrudan girmesini gerektirmektedir. Küresel düzlemde gerçekleştirilen yerelleşme sürecinin doğal takipçisinin özelleştirme olduğu dikkate alınır, yerel yönetimlerin kendilerine bırakılan sağlık hizmetlerini özelleştirme yoluna girmeleri güçlü bir diğer olasılık olarak belirmektedir.

Sonuç: *Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinin, kamu yönetimine ilişkin ortaya çıkan güvensizliğin ortadan kaldırılmasında işlevsel olacağını düşünmektedir.*

Öneri: *Kamu yönetimine ve hizmetlerine yönelik güven artışı sağlanması bağlamında, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi teşvik edilmelidir.*

Sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma ve uygulama süreçleri yerel düzeyde gerçekleşirse, vatandaşların hizmetlere ilişkin planlama, karar alma ve uygulama vb. süreçlere, merkezi yönetimle karşılaştırıldığı zaman, daha fazla katılacakları sonucuna varılabilir²⁶⁵. Bu bağlamda, vatandaşların memnuniyetini²⁶⁶ artırabilecek olası bir diğer faktör olarak da, vatandaşların talep ve şikâyetlerine daha rahat ve sonuçta etkili olabilecek muhatap bulabilmeleri gösterilebilir. Merkezi yönetimine bağlı çalışan bürokrasinin vatandaşlara karşı görece bağımsızlığı bilinmektedir. Bürokrasinin yerel yönetimlere bağlı çalışması, bu bağımsızlığı, vatandaşların lehine olacak biçimde azaltabilir.

²⁶⁵ Yerel yönetimler, merkezi yönetimle karşılaştırıldığı zaman, vatandaşlara daha yakın yönetsel birimlerdir. Sağlık hizmetleri gibi gündelik hayatın en çok kullanılan hizmetlerden yerel yönetimlerin sorumlu olması durumunda, vatandaşların hizmet alım sürecinde ortaya çıkacak olası zorluk, sorun veya başarısızlıktan doğrudan ilgili yerel yönetimi sorumlu tutma olasılığı artacaktır. Vatandaşlar, en azından kuramsal düzeyde, kendisine daha rahat muhatap bulabilecektir. Fiziksel olarak merkezi yönetimin taşra teşkilatı, en az yerel yönetimler kadar vatandaşa yakın olsa da, taşra teşkilatında çalışan bürokratların yerel bireylere karşı yönetsel açıdan bir bağımsızlık geliştirmesi söz konusudur. Ayrıca, yerel yönetimlerin tekrar seçilebilmelerinde üstlendikleri hizmetleri gereği gibi yerine getirmelerinin etkisi dikkate alınır, yerel yönetimlerin yerel nitelikli hizmetlerle birlikte, diğer yerel kamu hizmetlerini üstlenmeleri rasyonel gözükmektedir.

²⁶⁶ Bilgin'e (2005, s. 34) göre, vatandaşların kamu yönetimine ilişkin memnuniyetsizliği birçok sebepten kaynaklanmaktadır. Bunlar arasında en göze çarpanı, hizmet alım sürecinde herkese eşit davranılmaması, bazı bireylerin kayırılmasıdır. TÜSİAD'ın Aralık 2002'de yaptırdığı "Kamu Reformu Araştırması" kapsamında görüşülen kişilerin yarısından çoğu, kamu kurumlarına işi düşen vatandaşlara kötü ya da çok kötü davranıldığını belirtmektedir (TÜSİAD, 2002, s.14). Dolayısıyla, kamu hizmetlerinde vatandaş memnuniyeti temel alınmalıdır (Bilgin, 2005, s. 43).

3.3.2. Meclis Üyelerinin Sağlık Hizmet Yerelleşmesi Süreci, Engel, Gerekçe, Aktör ve Sonuçlarına Bakışı

Sonuç: *Meclis üyelerinin çoğunluğu, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini üstlenebilmek için gerekli deneyim ve insan kaynakları gücü olmadığını gerekçe göstererek, sağlık hizmet yerelleşmesine yönelik en önemli engelin bu noktadan kaynaklanacağını belirtmektedir.*

Öneri: *Sağlık yerelleşmesi sürecine ilişkin olarak, yerel yönetimlere geçiş süreci tanınmalı ve yerel yönetimler gerekli insan kaynakları bakımından desteklenmelidir.*

Sağlık hizmet yerelleşmesi süreci, taşrada çalışan personelin de yerelleşmesini içerirse, böyle bir kaygıya yer olmadığını belirtmek gerekmektedir. Aksi durumda, yerel yönetimlerin mevcut haliyle sağlık hizmetleri gibi en yoğun ve süreklilik arz eden bir kamu hizmetini üstlenmesi başarısızlığı da içerebilecek uzun bir uyum dönemi gerektireceği tartışma götürmez bir gerçektir.

Sonuç: *Meclis üyeleri, ikinci en önemli engel kaynağını, merkezi yönetimin taşra uzantılarında çalışan bürokrasinin direncinde görmektedir.*

Öneri: *Bürokrasinin yerelleşme süreci önünde engel oluşturmaması için, öncelikle, siyasal liderlik gösterilmelidir. Bunun yanında, bürokratların dönüşümün sonucundan minimum düzeyde olumsuz etkilenmeleri sağlanmalıdır.*

Merkezden üretilen birçok kamu hizmetinde olduğu gibi, bürokrasi, sağlık hizmetlerinde de vatandaşa karşı güçlü konumdadır. Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi süreci, hekimler ve diğer sağlık personeli dâhil, sağlık bürokrasinin vatandaşa karşı güçlü ve dokunulmaz konumunu kırmaya yardımcı olabilir. Konuya ilişkin il sağlık müdürlükleri üzerinde bir araştırma yapan Balcı'nın (2005, s. 115) çalışması da, bu araştırmada ortaya çıkan sonucu desteklemektedir. Balcı'nın araştırmasında sağlık müdürlüklerinin taşra örgütlenmesinin nasıl olması gerektiğine ilişkin bir soruya, il sağlık müdürlüğü yöneticileri, sadece % 19'luk bir oranla il özel idarelerini işaret ederken, yalnızca % 6'sı belediyeleri önermektedir. Buna karşın, % 59'luk bir oran, il içindeki bütün sağlık hizmetlerini düzenleyici konumda olan il sağlık müdürlüklerinin mevcut haliyle kalmasını önermektedir. % 83,5'lik bir oran ise, bakanlığın hizmet sunumuna ilişkin işlevlerini, mevcut haliyle, il sağlık müdürlüğüne devretmesi gerektiği görüşündedir. Sözü edilen araştırma verileri de dikkate alındığı zaman, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yetkilerin il özel idareleri veya belediyeler çerçevesinde gerçekleşecek bir yerelleşme sürecine, il sağlık müdürlüğü bürokrasisinin direnç göstereceğini beklemek oldukça rasyonel gözükmektedir.

Sonuç: *Yerel seçilmişler, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde, yerel aktörler tarafından üretilmesinin, bu hizmetlerde hızlılık, duyarlılık, süreklilik, kalite, memnuniyet vb. artıracığı kanısındadır.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinde hızlılık, duyarlılık, süreklilik, vatandaşların ihtiyaçlarına daha duyarlı ve tatmin edici yaklaşım gibi olumlu özelliklerin artması noktasında sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi teşvik edilmelidir.*

Bakış açılarının ve hareket noktalarının kendi yöreleri olduğu dikkate alınır, yerel seçilmişlerin sağlık hizmet yerelleşmesinin, sağlık kamu hizmetlerinde hızlılık, duyarlılık ve sürekliliği artıracığını beklemeleri rasyoneldir. Ancak, sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesine²⁶⁷ ilişkin olgunun ancak belirli ölçüler çevresinde anlamlı olması söz konusudur. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin gerek ulusal gerekse yerel düzeyde üretimi kaliteye ilişkin bir farklılaşmayı beraberinde getirmemelidir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin sağlık hizmetlerinde kalite artışını sağlaması ancak örgütsel, yönetsel ve kurgusal düzenlemelerle usulen sağlanabilir yoksa esasa ilişkin bir kalite artışı beklenmemelidir.

Sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimce sunulmasına yönelik eleştiri, şikâyet ve sorunlar dikkate alınır, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sonucunda, bu hizmetlerin en azından mevcut düzeyde bile tutulabilmesi başarı kabul edilmelidir. Bütün bu öngörülerin gerçekleşme olasılığının birçok şarta bağlı olduğu dikkate alınır, sağlık hizmet yerelleşmesinin sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesinin, yavaşlık, duyarsızlık ve kesintilerle işleme olasılığına karşı merkezi yönetimin yerel yönetimleri değişik açılardan sürekli desteklemesi gerekmektedir.

Sonuç: *Yerel seçilmişler, sağlık hizmet yerelleşmesi süreci üzerinde, yerel yönetimlerin sahip oldukları mali ve ekonomik şartların çok etkili olacağı kanısındadır.*

Öneri: *Sağlık yerelleşmesi sürecinde, merkezi yönetim, yerel yönetimleri mali ve ekonomik açılardan desteklemelidir.*

Yerel yönetim – merkezi yönetim ilişkilerinde mali konuların çok hassas, artan mali kaynakların yerel yönetimler lehine önemli bir alan oluşturduğu bilinmekle birlikte, yerel yönetimlerin gelir yapılarının güçlendirilmesi gereği açıktır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim düzeyine alınıp alınamayacağına ilişkin soruya verilen cevaplar dikkate alındığı zaman, en önemli olası gerekçe olarak, sağlık

²⁶⁷ Genelde kamu hizmetlerinde, özelde ise, sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanabilmesinin bir yolu olarak Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ilkelerinin kamu sektörüne yaygınlaştırılması uygulanabilir bir öneri olarak gözükmektedir. Mevcut durumda da gerek kamu gerekse üniversite hastanelerinin TKY ilkelerine göre kurgulanmaya başladıklarını belirtmek gerekmektedir. Bilgin'e (2005, s. 43) göre, kamu hizmetlerinin yeterli ve kaliteli sağlanması yönetime ilişkin vatandaş memnuniyeti girdisinin sağlanmasında işlevseldir.

hizmetlerini sunmada yerel yönetimlerin olası başarısızlığının öne çıktığı görülmektedir. O zaman, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini sunmada olası başarısızlığının önlenmesi veya azaltılabilmesi için, merkezi yönetimin acilen, yerel yönetimlerin mali yapılarını çok güçlü hale getirecek yasal önlemleri alması, gerekli ve kaçınılmaz bir adım olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç: *Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde yürütülmesinin önündeki en önemli engellerden birisi olarak, yerel personelin nicel/nitel yeterliliğini ön plana çıkarmaktadır.*

Öneri: *Sağlık yerelleşmesi sürecinde yerel yönetimlerin personel yapısı güçlendirilmeli, yerel yönetimlere bağlı kamu görevliliği sistemi garanti altına alınmalı ve teşvike edilmelidir.*

Bu çalışma sonucu ortaya çıkan veriler, ayrıca, sağlık hizmet yerelleşmesi sürecine ilişkin en önemli bir diğer engel kaynağının yerel yönetimlerin personel yapısı olduğunu ortaya koymaktadır. Konuya ilişkin bir alan araştırması gerçekleştiren Eren'e göre de, yerel yönetimlerin günümüz şartlarına uygun bir personel sistemine ihtiyaç duymaktadır (2001, s.235). Bu bağlamda değerlendirildiği zaman, sağlık hizmet yerelleşmesi sürecinden önce gerçekleştirilmesi gereken en önemli adımlardan birisini, genelde ulusal özelde ise, yerel yönetimlerin personel alım ve yönetim yapılarının süreçle uyumlu hale getirilmesi gerekliliği oluşturmaktadır²⁶⁸.

Sözü edilen konuya ilişkin önemli açılımlardan birini, personelin hizmetlerle birlikte devri oluşturabilir. Diğer ülkelerde gerçekleşen yerelleşme uygulamalarının bir bölümü personel devrini de içerirken, bazısının sağlık personelinin özlük haklarının merkezde kaldığı ve bu hakların merkezi yönetim tarafından belirlendiği bir uygulamayı içerdiği görülmektedir. Bu gerçekten hareketle, Türkiye'de gerçekleştirilecek yerelleşme uygulamalarının nasıl bir yöntem izleyeceğini şimdiden öngörmek sorunsaldır. Sağlık yerelleşmesi süreci henüz başlamadığı için, bu konuda net bir şey söylemek mümkün değildir. Yine de, uygun personel sorununun aşılması, ancak il sağlık müdürlüğü bünyesinde görev yapan deneyimli bürokrasinin yerel yönetimlere transfer edilmesiyle çözümlenebileceği belirtilmelidir. Böyle bir transferin, Türk yönetim sistemi çerçevesinde değerlendirilirse, gerçekleşmesinin zor olacağı bilinmelidir. Böyle bir

²⁶⁸ Elbette, AKP'nin hem yerel düzeyde hem de ulusal düzeyde iktidarda olduğu dikkate alınırsa, aslında böyle bir kaygıyı giderebilecek yetkiye sahip olduğu iddia edilebilir. AKP'nin yerel yönetimlerin yeterli yetişmiş personele sahip olmaları için iktidar oldukları 2002 yılından günümüze kadar ne yaptığına bakıldığı zaman, en önemli adımın, norm kadro çalışması olduğu görülmektedir. Norm kadroya ilişkin olarak da yerel seçilmişlerin tepkili oldukları bilinmektedir. Dolayısıyla, iktidarda yer alan AKP'nin yerel yönetimlerin çektikleri personel sorununu aşmak için yasal altyapı hazırlamak için önünde engel olmadığını farkına varması gerekmektedir.

transfer söz konusu olsa bile, özlük haklarına ilişkin konunun önemli bir ayrıntı olarak yer alacağı bilinmelidir. Merkezi hükümetin taşrada çalışan personeli ancak, özlük hakları merkezde kalmak koşuluyla yerel yönetimlere devredilebilir. Aksi halde, taşra teşkilatlarında çalışan personelin direnç göstereceği açıktır. Bu transferin gerçekleşmesi durumunda, personelin nitel ve nicel yeterliliği sorunu geçici olarak da olsa çözümlenmiş olacaktır.

Sonuç: *Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesinin önündeki en önemli olası engellerden bir diğerini, yerel kayırmacılık oluşturmaktadır.*

Öneri: *Türk siyasal hayatında son derece önemli bir sorun olan siyasal kayırmacılık anayasal bağlamda önlenmelidir. Liyakat ve hakkaniyet olgusu, siyasal kayırmacılığın önüne geçirilmelidir.*

Yerel yönetim ile merkezi yönetimin karşılaştırılmasına ilişkin kuramsal tartışmalarda belirtilen olumlu ve olumsuz yönler dikkate alınırca, yerel yönetimlerin en önemli sıkıntılarında birisini yerel müdahalelere ve kayırmacılığa açık olmaları oluşturmaktadır. Eğer yerel yönetimler, çok hassas bir hizmet alanı olan sağlık hizmetlerini yürütmek istiyorlarsa, Türk siyasetinin önemli noktalarından birini oluşturan kayırmacılık sorununu (*patron-yanaşma ilişkisi veya siyasal patronaj ilişkisi*) önlemek zorundadır.

Sonuç: *Meclis üyelerine göre, merkezi yönetimin yürütücüsü konumundaki hükümeti oluşturan siyasal parti(ler) ile yerel seçimleri kazanan siyasal parti(ler) arasında farklılaşma varsa, bu durum, diğer hizmet alanlarında olduğu gibi, sağlık hizmetinin yerel düzeyde üretilmesini de etkileyebilir.*

Öneri: *Siyasal yarış, seçim meydanlarında bırakılmalı ve seçim sonrası dönemde ülkeye hizmet temel anlayış haline getirilmelidir.*

Yerel yönetim – merkezi yönetim arası ilişkilerin en önemli ayağını akçal konuların oluşturduğu dikkate alınırca, böyle bir iktidar farklılaşmasının yerel yönetimler arası farklılaşmayı olumsuz yönde körükleyeceği gözden kaçırılmamalıdır. Ulusal düzeyde iktidar olan siyasal partiler, kendi partilerinden olan yerel yönetimleri bir şekilde destekleyecekleri için, zaten var olan, yerel yönetimlerarası eşitsizliğin de artmasına sebep olacaklardır. Dolayısıyla, siyasal partiler arasında yaşanan yarış seçim meydanlarında bırakılmalı, iktidar olan anlayış ülkeye hizmet etme çerçevesinde muhalefeti ve muhalif görüşleri cezalandırmamalı, muhalefet ve muhalif görüşler de, ülkeye hizmet etme anlayışı çerçevesinde, yapıcı ve olumlu muhalefet anlayışını benimsemelidir.

Sonuç: *Yerel seçilmişler, yerel yönetim içi görüş farklılığının, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesini etkilemeyeceğini düşünmektedir.*

Öneri: *Gerekli olan durumlarda, parti politikası çerçevesinde hareket etmek zorunluluk olmaktan çıkarılarak, seçilmişlerin vekillik görevlerinin gereğini yapmaları sağlanmalıdır.*

Türk yerel yönetim sisteminde belediye başkanlarının doğrudan halk tarafından seçilmesi söz konusu olduğu için, belediye ve Büyükşehir belediye yönetimlerinde “güçlü başkanlık” olarak adlandırılan durum söz konusudur. Yerel yönetimlerin karar alma organı olan meclislere üye seçilmesi sürecinde bazen, belediye başkanlığını kazanan siyasal partinin, yerel yönetim meclisinde çoğunluğu sağlayamaması söz konusu olabilmektedir. Bu bağlamda, yerel yönetimlerin kendi iç görüş farklılıkları da ortaya çıkabilmektedir. O zaman, yerel yönetimlerin, önemli hizmet alanını ilgilendiren kararların alım sürecinde, parti politikalarının dışına çıkarak, farklı siyasal partileri temsil eden üyelerle fikir birliği sağlayabilmeleri söz konusu olabilir. Burada önemle belirtilmesi gereken bir konu, siyasal alanda seçilmiş üyelerin, kamu yararının gerektirdiği noktalarda, parti politikası dışına çıkmaları olgusunun önemli bir nokta olduğudur.

Sonuç: *Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesinde hangi aktör etkili olmalı sorusuna ilişkin olarak, yerel düzeyde ilgili tüm aktörleri içerisinde barındırabilecek, ortak bir yönetim modelini önermektedir.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, yerel düzeyde, konuya ilişkin tüm tarafların yer alacağı ortak bir yönetim modeli geliştirilmelidir.*

Sağlık hizmetleri alanında katılımcılık ve paylaşımcılığın ne kadar zorlu bir süreç olacağı bilinmekle birlikte, her bireyin hayatını mutlak surette ilgilendiren sağlık hizmetlerinde söz sahibi olabileceği bir ortamın yerel düzeyde sağlanabilmesi son derece anlamlı olacaktır. Kurumsal bağlamda böyle bir yapılanma sağlanamasa bile, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, sağlık hizmetlerinin yerel aktörler tarafından sağlanması süreci üzerinde konuya ilişkin tüm tarafların söz sahibi olacağı bir “*Yerel Sağlık Kurulu*” işlevsellik sunabilir.

Sonuç: *Meclis üyeleri, yerel yönetimlerin hizmetlerin planlanması sürecinde mutlaka yer alması gerektiğini düşünmektedir.*

Öneri: *Yerel yönetimler, sağlık hizmetlerini bizzat üretmese bile, yerel yönetimlerin, hizmetlerin planlanması sürecinde katkı sağlayabilecekleri mekanizmalara katılması sağlanmalıdır.*

Sağlık yerelleşmesi sonunda, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin bizzat üretmeleri söz konusu olmasa bile, yerel yönetimler sözü edilen hizmetlerin planlanmasında, denetlenmesinde mutlaka yer almalıdır. Konuya ilişkin olarak son dönemde gündeme getirilen “Özerk Sağlık Kuruluşu” modelinde bile yerel yönetimlerin planlama sürecine katkı sağlayabilecekleri öngörülebilir.

Sonuç: *Meclis üyelerine göre, sivil toplum örgütleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde, temel olarak, politika oluşturma işlevi üstlenmelidir.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde sivil toplum kuruluşlarının katkısı mutlaka sağlanmalıdır.*

Bu çalışma çerçevesinde, sivil toplum örgütü kavramının diğer sivil toplum örgütlerini içermekle birlikte, temel olarak, sağlık hizmetlerine ilişkin meslek odalarını (Tabip odaları, Eczacı odaları vb.) kapsadığı dikkate alınmalıdır. Kamu kurumu niteliğinde olan Eczacı odaları, Tabip odaları vb. meslek örgütlerinin temel olarak, meslek üyelerinin çıkarlarını korumak ve kollamak üzere kuruldukları dikkate alınır, sağlık hizmetlerine ilişkin, meslek odalarının sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecine özellikle politika belirleme işleviyle katılması, sonuçta, meslek üyelerinin çıkarları ile kamu yararının uzlaştırılabilmesi amacını gerçekleştirmede yardımcı olabilir. Yoksa sivil toplum örgütlerinin süreçten dışlanması da, sürecin asıl aktörü haline getirilmeleri de, özellikle bu hizmetlerin alıcısı konumundaki vatandaşların çıkarları bağlamında, dengesiz sonuçlar verecektir çünkü sivil toplum örgütlerinin hiçbir şekilde ne siyasal ne de yönetsel hesap verilebilirliklerinin olmadığı, önemle dikkate alınmalıdır.

Sonuç: *Meclis üyelerinin önemli bir çoğunluğu, sağlık hizmet yerelleşmesi uygulamasının, bazı şartlar içerisinde, tekrar merkezileştirilme olasılığı içerdiği kanısındadır.*

Öneri: *Sağlık hizmet yerelleşmesi süreci, olağanüstü durumlar hariç, başladıktan sonra tekrar merkezileşmesi olanaklı olmayacak biçimde kurgulanmalıdır.*

Türkiye'deki yerel yönetim ve merkezi yönetimlerin gördükleri kamu hizmetlerinin yıllar içerisinde merkezi yönetim lehine geliştiği dikkate alınır, böyle bir beklentinin anlamlı olduğu ifade edilmelidir çünkü Türk siyasal sisteminde merkezi yönetim, kamu hizmetlerinin görülmesine ilişkin olarak, karar alıcı ve uygulayıcı, yerel yönetimler ise, sadece uygulayıcı konumdadır. Böyle bir geleneğe rağmen, yerel yönetimlerin yetenek ve yetkinliklerini gösterme noktasında, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından görülmesi desteklenmelidir.

Ayrıca, merkezi hükümetin sağlık hizmetlerini merkezileştirmesine neleri gerekçe gösterebileceğine ilişkin olasılıklar analiz edildiği zaman, yerel yönetimlerin ilgili hizmetleri üretmedeki olası başarısızlıkları seçeneğinin, göreceli olarak birinci sırada yer aldığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri maliyet – yoğun bir hizmet alanı olduğu için, yerel yönetimlerin olası başarısızlığının en önemli kaynağını, mevcut mali yapı oluşturacaktır. Küresel düzlemde sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, ilgili hizmet devrinin, zorunlu olarak mali devri de içerdiği anlaşılmaktadır. Eğer, benzer süreç ülkemizde de gelişirse, yerel yönetimlerden genelde, Büyükşehir belediyelerinin sağlık hizmetlerini üretebilecekleri, Büyükşehir belediyelerinin de ancak çok güçlü mali yapıya sahip olan İstanbul, Ankara, İzmir vb. Büyükşehirlerin buna uyum gösterebilecekleri dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla, sağlık hizmet yerelleşmesi, yerel yönetimlerin mali kaynak bağlamında önemli bir süre boyunca desteklenmesini gerektirebilir. Bu bağlamda, merkezi hükümet, yerel yönetimlerin gelirlerini artıracak önlemleri almasına uygun yasal altyapı hazırlamanın yanında, uzunca bir süre yerle yönetimleri mali açıdan desteklemek zorunluluğunu dikkate almalıdır. Dolayısıyla, eğer yerelleşme adımlarının arkasında yer alan gerekçe, devlet bütçesinin bazı hizmet yüklerinden kurtarılması ise, yerelleşme süreci sonunda, yerel yönetimlerin akçal bağlamda desteklenmeleri zorunluluğu, hükümet tarafından dikkate alınmalıdır.

3.3.3. Meclis Üyelerinin Sağlık Hizmet Yerelleşmesine İlişkin Tutum ve Beklentileri

Sonuç: *Meclis üyeleri, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini kendileri görmeyip özel sektöre gördürmeleri durumunda, özel sektör firmalarının ulusal düzeyde tekel oluşturma olasılıklarını güçlü görmektedir.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretimi sürecinde, özel sektör firmalarının tekel oluşturmalarına, olumlu katkılar sağlayamayacağına anlaşılması durumunda, izin verilmemelidir.*

Meclis üyelerine göre, sağlık hizmetleri alanında bazı firmaların, ulusal düzeyde tekel oluşturabilmeleri mümkün görülmektedir. Yalnız, meclis üyelerinin, sağlık hizmetleri alanında, ayakta kalabilmek için, rekabete ve kaliteye de önem verecekleri dikkate alınır, sağlık yerelleşmesi sürecinin yol açacağı olası tekelleşme sürecinin olumsuz algılanmaması gerekebilir. Güçlü olan sağlık firmaları, ancak kaliteli hizmet sundukları oranda bu hizmetleri görebilir. Ayrıca, hizmetlerin özel sektör tarafından görülmesi durumunda, maddi gücü olmayan vatandaşların da ilgili hizmetlerden faydalanabilmesi için değişik yol ve yöntemler (*örneğin, kupon uygulaması, muhtaç bireyler için kontenjan ayrılması vb.*) geliştirilebileceği de dikkate alınmalıdır. Zaten, yerel düzeyde sunulacak hizmetlerden olası memnuniyetsizlik durumunun, ulusal düzeyde oluşacak memnuniyetsizliklerden daha hızlı çözümleneceği beklenir. Yerel yönetimlerin hizmetleri üstlenmelerine ilişkin kuramsal gerekçeler dikkatle incelendiği zaman, vatandaşlardan yerel yönetimlere ulaşacak olumsuz geri bildirim veya şikâyetlerin daha etkin biçimde çözümleneceklerini beklemek irrasyonel olmayacaktır.

Bu bağlamda, özel sektör firmalarının oluşturacağı örgütsel tekelleşmenin, kontrol edilebilirlik ve hesap verilebilirlik bağlamında, sorunsal olmamasının sağlanması gerekir. Sağlık hizmet yerelleşmesinden sonra, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından üretilmesi durumunda, bu hizmetleri yürütmek isteyen özel sektör firmalarının geçmiş deneyimlerinin olup olmaması meclis üyeleri açısından önemlidir. Siyasal bağlamda hizmetleri üstlenen yerel yönetimler, ilgili hizmetlerin görülmesi için özel sektöre lisans vermek durumunda kalırsa, ilgili özel sektör firmasının geçmiş deneyimini dikkate alacağı anlaşılmaktadır.

Sonuc: *Meclis üyelerinin çoğunluğu, sağlık yerelleşmesinin, sağlık hizmetlerinde bölgelerarası kalite derinleşmesine yol açacağını düşünmektedir.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde, hizmetlerin kalitesinde bölgelerarası farklılık oluşması engellenmelidir.*

Diğer ilişkili sorularda da olduğu gibi, meclis üyeleri, sağlık hizmet yerelleşmesini istemelerine karşın, böyle bir durumun (*en azından geçiş süreci bağlamında*) bir takım olumsuzlukları beraberinde getireceği kanısındadır. Yerel şartlarda mevcut durumda da yer alan, ileride daha da derinleşmesi son derece olası olan bölgelerarası farklılıkların sağlık hizmetlerine yansımaması için merkezi yönetim elindeki araçları kullanmak durumundadır. Özellikle, sağlık yerelleşmesi sürecinin Sağlık Bakanlığı'nı eşgüdüm sağlayıcı konumuna yerleştirdiği dikkate alınır, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinde standardı sağlama işlevini sürdürmesi gereği ortadadır. Bu bağlamda, sağlık hizmet yerelleşmesini gerçekleştirecek olan siyasal iktidarın bu noktaları dikkate almasında yarar görülmektedir.

Sonuc: *Meclis üyeleri, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretimi sürecinde, yerel yönetimlere ilişkin ödenek dağılımlarında eşitsizlik beklemektedir.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde, kaynak dağılımında eşitlik ve hakkaniyet gözetilmelidir.*

Bu durumu iki farklı açıdan ele almak gerekebilir. Öncelikle, yerel şartlar farklı olduğu için, özellikle sağlık hizmetlerinde uygulanacak yerleşmenin ilk dönemlerinde (*geçiş dönemi*) siyasal iktidar, akçal, örgütsel veya yapısal açılardan zayıf durumda olan yerel yönetimlere pozitif ayrımcılık yaparak, onlara diğerlerinden ayrıcalıklı biçimde yaklaşabilir. İkinci olarak, Türk siyasal hayatının vazgeçilmez kurallarından biri haline gelen, yerel-ulusal düzeyler arasında iktidar farklılaşması sonunda, merkezi düzeyde iktidar olan siyasal parti, kendi partisinden olan yerel yönetimlere, muhalefette olan yerel yönetimlerle karşılaştırıldığı zaman, siyasal korumacılık uygulayabilir. Günümüzde de sıklıkla karşılaşıldığı gibi, ulusal düzeyde iktidar olan AKP, kendi partisinden olan belediyelere ve belediye başkanlarına gerek borç ödemelerinde, gerek dış kredi alımlarında birçok açıdan kolaylık sağlamaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmet yerelleşmesinden sonra, yerel yönetimlere kaynak sağlamada eşitsizlik veya adaletsizlik ortaya çıkabileceği için, siyasal iktidarların bu noktaya dikkatli yaklaşması gerekebilir.

Sonuç: *Meclis üyelerinin çoğunluğunun görüşüne göre, sağlık yerelleşmesi sonucunda, yerel düzeyde, sağlık hizmetlerine ilişkin olarak bölgeler arası erişimde eşitsizlik olacaktır.*

Öneri: *Sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde, hizmetlere bölgelerarası erişim bağlamında eşitsizlik ve hakkaniyet olgusuna dikkat edilmelidir.*

Elbette, yerel koşullar birbirinden farklı olacağı için bölgeler arası eşitsizliğin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Her ne kadar, yerel yönetimler kendi kategorileri içinde yasal olarak eşit kabul edilseler de, birbirlerinden farklılaşmaktadır. Gerek gelir düzeyleri yönünden, gerek hizmet etmek zorunda oldukları nüfus sayıları açısından, gerekse de hastalık karakterleri bakımından farklılaşmanın olacağı dikkate alınır, hükümetin, sağlık yerelleşmesi sürecinde bölgeler arası pozitif ayrımcılık yapması gerekebilir.

Sonuç: *Meclis üyelerinin tamamına yakın çoğunluğu, Büyükşehir belediyeleri ile alt kademe/ilçe belediyeleri arasındaki görev tanımlarının netleştirilip, sorumluluk alanlarının açıkça belirtilmesinden yanadır.*

Öneri: *Yerel yönetimler arasında, görev ve yetki konusunda açıklık sağlanmalıdır.*

Günümüzde Büyükşehir belediyeleri ile alt kademe/ilçe belediyeleri arasında görev ve yetki çakışmasından kaynaklanan kimi sorunlar olabildiği için, bu durumun ilgili yönetimlerce anlaşılabilir bir formata getirilmesi önemlidir. Özellikle, Türkiye gibi siyasal kültürünün dayanışmayı ve katılımı tam anlamıyla teşvik etmediği ve siyasal baskıların sıkça kullanıldığı ülkelerde, yerel iktidar farklılaşmasının, sonuçta, vatandaşlara zarar vermesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla, siyasal kültürümüzün olgunlaşmasına kadar geçecek sürede yerel yönetimler arası görev ve yetki alanlarının olabildiğince netleştirilmesinde, son derece önemli *kamu yararı* bulunmaktadır.

Sonuc: *Büyükşehir belediye meclis üyelerinin önemli çoğunluğu, halkın sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma ve uygulama süreçlerine katılımını önemsemektedir.*

Öneri: *Vatandaşların sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma ve uygulama süreçlerine katılımı sağlanmalı ve teşvik edilmelidir.*

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler eliyle sunulması sürecinde, Büyükşehir belediyelerinin halkın katılımı için gerekli önlemleri alıp, halkın katılımı için gerekli altyapıyı sağlayacağı anlaşılmaktadır. Elbette, vatandaşların yönetsel karar alma ve uygulama süreçlerine katılımının örgütler yardımıyla yapılması gerekecektir. Demokratik sistemlerde, bireylerin yönetime katılımının sağlanabilmesinin etkin ve etkili olabilmesi, bireyler olarak değil, örgütler biçiminde katılmayı gerektirmektedir. Bu bağlamda, vatandaş katılımının, genellikle ve özellikle sivil toplum örgütleri yoluyla olacağı öngörülürse, sağlık hizmet yerelleşmesinin yerel düzeyde, konuya ilişkin sivil toplum oluşumunu teşvik edeceği veya hızlandıracağı öngörülebilir.

Sonuc: *Meclis üyelerinin büyük ve önemli bir çoğunluğu, sağlık hizmetlerinde çalışanların performansını ve hizmetlerden yararlanan vatandaşların memnuniyetini ölçebilecek sistemlerin getirilmesinden yana görüş belirtmektedir.*

Öneri: *Sağlık çalışanlarının performansını ve kullanıcıların memnuniyetini ölçebilecek sistemler geliştirilmelidir.*

Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin Büyükşehir belediyeleri tarafından üretilmesi durumunda, sağlık çalışanlarının performansları denetlenecek ve vatandaşların hizmetlerden memnun olup olmadıkları kontrol edilecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Soyut devlet olgusunun somut yansıması olarak kabul edilen kamu hizmeti kavramı, tanımlanma zorluğu çekmesinin yanı sıra, içerik ve yöneme ilişkin olarak, konuya ilişkin tartışmaların odak noktasında yer almaktadır. Kamu hizmetine ilişkin genel geçer, net bir tanımın yapılamazlığı, duruma koşut ve değişebilen tanımları sonuç vermektedir. Yine de, organik, maddi ve hukuki rejim gibi unsurlar ve süreklilik ve düzenlilik, eşitlik, bedelsizlik, değişime uyum sağlama ve etkinlik gibi özellikler yardımıyla, kamu hizmetinin anlaşılır olması ve çerçevesinin belirginleşmesi söz konusudur. Ayrıca, maddi, şekli ve organik kavramsallaştırmalar, kamu hizmeti kavramının anlaşılabilirliği noktasında oldukça yararlı bir işlevsellik sunmaktadır.

Kamu hizmetleri, hizmet kategorisinin alt dallarından birini oluşturduğu için, hizmetlerin özellikleri arasında yer alan, elle tutulamazlık, dayanıksızlık ve eşzamanlılık kamu hizmetlerinin de genel çerçevesini çizmektedir. Kamu hizmetlerinin bir alt dalı olan sağlık hizmetleri ise, özellikle, acil karakter taşıma, düzensiz talep, asimetriklik, yaşam ve ölümle doğrudan ilişkili olma gibi ek bazı özellikler taşıması sebebiyle, genel hizmetlerden ve kamu hizmetlerinden farklılaşan bir görünüm sergilemektedir.

Kamu hizmeti kuramının ekonomik, siyasal, yönetsel ve tarihsel çerçevesi ile ilgili kurama ilişkin uluslararası ve çağdaş gelişmeler, bu kuramın geçirdiği değişim ve dönüşümün irdelenmesi noktasında önemli bir açılım sağlamaktadır. Bu bağlamda, kuramsal açıdan, modern ve modern sonrası düşünce sistemleri öne çıkmaktadır. Modern düşünce yapısının ve ilkelerinin her alanda akılcı, ideal, evrensel, bütüncül ve en iyi olanı bulma çabası çerçevesinde şekillenen standart modeller geliştirme arayışı, “bir ve tek” olanın ortaya çıkarılmasına yönelik uğraşlarla birleşerek, devlete (*ulus – devlet*) sosyal, ekonomik ve siyasal alanlarda, düzenleyici ve müdahale edici işlevleri kendi bünyesinde toplamasını dikte etmiştir. Bu arayışlar, sonuç olarak, üretimin artırılması, verimliliğin en üst düzeye çıkarılması, diğer işlevlerin rasyonel biçimde yerine getirilmesi gibi süreçleri, sadece meşru yönetim mekanizmasının (*devletin*) yerine getirebileceğini öngörmüştür. Sanayileşme dönemiyle birlikte zirveye çıkan modernizm düşüncesi ve bu düşünce yapısına ilişkin kavramsallaştırmalar, gelenekleri ve yerelliği bir tarafa iterek, evrensele, ideale, ussallığa ve tek düşünce biçimine ulaşma isteğinin yansımaları olmuştur.

Bu durum, yönetsel ve siyasal alanda ulus – devletin, merkeziyetçiliğin, bütünlüğün ve hiyerarşinin ortaya çıkmasının ana gerekçeleri arasındadır. Buna karşın, paradigmatik düzlemde, yerleşik modernist paradigmalardan eleştirilmeye başlanması ve yeni alternatiflerin ortaya çıkması, sonuçta, modernizmin, “modern sonrası” olarak adlandırılan düşünsel bakış açısıyla sorgulanmaya başlamasını sonuç vermiştir. Modern

sonrası düşünce sistemi, özünde, bütünlüğü, merkezîyetçiliği, teklîği ve modernizmin ürettiği diğer kavramsallaştırmaları yadsıyarak, yerine, yerellik, parçallık, çoğulculuk vb. gibi kavramları yerleştirmeye çalışan bir düşünce sistemini temsil etmektedir. Bu düşünsel açılım, nesnellik yerine öznellik, katılık yerine esneklik, toplanma, bir araya gelme yerine, yayılmayı önermektedir. Modern sonrası bağlamda benimsenen düşünsel yapılar, toplumsal alanın, hatta kamusal alanın birçok yerinde uygulanma olanağı bulmaya başlamıştır. Siyasal ve yönetsel bağlamda, devletin de içerisinde bulunduğu yönetim mekanizmasının, sadece tek bir aktör tarafından denetlenip yönlendirilmesi yerine, özel kesim örgütleri, sivil toplum kuruluşları, uluslararası örgütler ve diğer siyasal güç kullanan kesimler arasında karşılıklı ve etkileşimli bir biçimde şekillenecek bir ilişkiler ağına dönüştürülmesini savunan modern sonrası görüş, çerçevesi çizilmeye çalışılan kamu hizmetlerinin yerelleşmesi yönündeki çabalarla uyumlu gözükmektedir.

Modern sonrası düşünce yapısının neo – liberal eksenli düşünce sistemiyle örtüşmesinin ürettiği kavramsal tartışmalar, özellikle, modern ulus – devletin bürokratik yapısı²⁶⁹ üzerinde etkili olmuştur. Dolayısıyla, modern sonrası düşünce yapısı, devletin yönetim mekanizmasındaki bürokrasi bağlamı tek aktörlüğünün zorunlu hale getirdiği rol ve işlevlerden, mümkün olabildiğince çekilmesini (minimum devlet) önermektedir. Bir başka deyişle, modern sonrası düşünce yapısı, devletten vatandaşa “tek taraflı olarak, üstten lütfen verilen bir hizmet” biçimindeki anlayışın terk edilmesini savunmaktadır. Modern sonrası yaklaşıma göre, kamusal kurum ve kuruluşlar, özel ve sivil örgütleri, karar alma ve uygulama mekanizmalarında veya hizmet üretim ve sunum sürecinde “ortak” olarak kabul etmelidir. Kamu hizmetlerini bürokrasinin ürettiği ve sunduğu dikkate alınır, bu bağlamda, kamu hizmetlerinin, görsel kaynağını 19. yüzyılın son çeyreğinden alan, kavram ve kapsama ilişkin önemli krizlerden birini aşmaya çalıştığı görülmektedir. Sözü edilen krizin özsel kaynağının, bürokrasi bağlamında, devletin kendisi olduğunu savunan görüş ve kuramlar, sözü edilen krize yönelik hazırladıkları reçetelerde, değişik önlem ve öneri paketleri sunmaktadır. Sözü edilen görüş ve kuramların daha fazla katılım, demokrasi, şeffaflık, hesap verebilirlik, meşruiyet, özel girişim vb. kavramlar etrafında şekillendirdikleri özelleş(tir)me, sivilleş(tir)me ve yerelleş(tir)me gibi yaklaşımlardan, özellikle, yerelleş(tir)me yaklaşımı, sağlık kamu hizmetleri çerçevesinde, bu çalışmanın ana eksenini oluşturmaktadır.

²⁶⁹ Bürokrasinin, bu bağlamda, en çok eleştiriyi almasında, hiç kuşkusuz, içinde bulunduğu modernist düşünce yapısının getirdiği “hiyerarşik olma” özelliğini taşıması etkili olduğu gibi, “büro maksimizasyonu” gibi kendi özgül yapılanmasından kaynaklanan bir takım olumsuz özellikleri de etkili olmuştur.

19. yüzyıl sonları itibariyle gittikçe şiddetini artıran küreselleşme akımı içerisinde, genel olarak devleti, özel olarak da, ulus – devleti zayıflatıcı süreçleri²⁷⁰ barındırmaktadır. Sosyal bilimler alanyazınında son dönemler itibariyle oldukça geniş yer kaplayan küreselleşme olgusu, bütün ülkelere, koruyucu siyasa ve kurumlarını, yeni küresel ortamda, daha rekabetçi ve etkin yöntemlerle değiştirme gereğini²⁷¹ hissettirmektedir. “*Devlet Reformu*”, “*Yönetim Reformu*” veya “*Kamu Yönetimi Reformu*” olarak da isimlendirilen yeniden yapılanmaya ilişkin süreç²⁷², bütün ülke gündemlerinde ana maddelerden birini oluşturmaktadır.

Her ülkenin kendi öznel koşulları bulunduğu için, dönüşüm çabalarının ülkeler arasında, belirli ölçülerde farklılaşması şaşırtıcı olmamalıdır²⁷³. Yine de, küresel ölçekte ortaya çıkan reform çalışmalarının ortak veya ayrışan yönlerinin, benzeşen veya çelişen kısımlarının, bazı genellemeler altında bir araya getirilmesi mümkündür. Doğrudan yönetimde ve sonuçları itibariyle kamu hizmetlerinin sunumunda değişim arayışlarına yol açan ortak nedenler arasında, “*üç açık*” diye tanımlanabilen bütçe açığı, performans açığı ve güven açığı öncelikle gelmektedir. İlgili açıkların sisteme yönelik ortaya çıkardığı krizler, yine sistem içindeki aygıtların performanslarının artırılması, şeffaflık, düzenleme, hesap verebilme gibi önemli araçların geliştirilmesi ve en önemlisi yönetsel işlevlerin yönetilenlerle olabilecek en üst seviyede paylaşmasıyla aşılmaya çalışılmaktadır.

Kamu hizmetleri bağlamında söz konusu olan kavram tanımlama gücünün, sağlık ve sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Sağlık kavramına yönelik üretilen tanımların, salt

²⁷⁰ 21. yüzyıl başlarında, kaynağını, özellikle, 20. yüzyılın son çeyreğinden alan ve toplumun tüm kesimlerini birçok yönüyle ilgilendiren bir değişim ve dönüşüm sürecinin yaşanmakta olduğu yaygın kabul görmektedir. Aslında, değişim ve dönüşüm süreçlerinin sürekli yaşanıyor olmasına rağmen, son dönemlerde yaşanan bu süreci daha önemli hale getiren kontrolsüz yayılma, karşı konulamama gibi bazı unsurlar bulunmaktadır. Dolayısıyla, tartışmalar daha çok, bir süredir tanık olunan ilgili değişim ve dönüşüm sürecinin daha önce yaşanan diğer köklü toplumsal değişikliklerden ayrışan yönlerinin belirlenmesi, ilgili değişim ve dönüşüm süreçlerinin gelecekte alabileceği olası durumların kestirilmesi gibi konular üzerinde toplanmaktadır. Yönetimler, sözü edilen bu değişim ve dönüşüm süreçlerini, kendi açılarından anlamlı hale getirmeye, böylece denetlenebilir, yönlendirilebilir bir harekete dönüştürmeye çabalamaktadır.

²⁷¹ Yönetsel açıdan, küresel bağlamda, ortaya çıkan değişim ve dönüşüm çabaları, genel hatlarıyla, iki bölüme ayrılabilir: Birisi, devletin toplumun bütün kesimlerindeki rolünün yeniden tanımlanmasına yönelik çalışmaları, diğeri de, yönetimde yapılacak reformları içermektedir. İlk çaba, daha çok ontolojik (*yapısal*) bir değişikliği zorunlu kılarken, ikinci çaba, metodolojik (*yöntemsel*) bir değişikliği içermektedir. Devletin rolünün yeniden tanımlanmasına ilişkin çabalar, genellikle, ilgili yönetsel sistemde daha köklü dönüşüm ve değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Yönetim reformu sonucunda ise, yönetimin geleneksel veya mevcut yapısı çok fazla değiştirilmeyerek, içsel – dışsal etkinliği ve verimliliği artıracak yeni yol ve yöntemlerin oluşturulmaya çalışılması söz konusu olmaktadır.

²⁷² Küresel düzlemde, yönetimler, ürettikleri kamu hizmetlerini daha iyi duruma getirmek amacıyla yoğun reform dizisi gerçekleştirmeye yönelmiştir. Yaklaşık yirmi yılı aşkın bir süredir bütün kürede, değişik boyut ve kapsamlarda, kamu yönetimi reformları gündemdedir. Bu reformların önemli bir çoğunluğu, özel sektör yönetimine içkin bazı yol ve yöntemlerin kamu yönetiminde de kullanılması bağlamında, kuramsal ve ideolojik yeni açılımlar sunduğunu savlayan “*Kamu İşletmeciliği*” yaklaşımıyla ilişki halindedir.

²⁷³ Konuya ilişkin olarak, Parlak, “*yerleşmenin evrensel unsurlarının çatısı altında, doğal olarak, her ülke kendi koşulları ve gereksinimleri doğrultusunda bunun ayrıntısını ve kendi öznel uygulamasını belirleyecektir*” demektedir (2005, s. 10).

kişisel değil, aynı zamanda sosyal alanı da içermesi zorunluluğu, önemli bir kuramsal açılım sunarken, sözü edilen tanımlanma sorununu da güçleştirmektedir. Günümüzde sağlık alanı, sadece medikal bilimlerin ilgilendiği bir alan olmayıp, sosyal bağlamda da irdelenmesi gereken bir alandır. Bu bağlamda, sağlık olgusu, bir bütün olarak, toplumsal sınıfların özelliklerini yansıtan bir karakter taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri, sahip olduğu bazı özellikler nedeniyle, üretim ve sunum aşamasına ilişkin kuramsal bir farklılaşmayla karşı karşıyadır. Bu hizmetlerin, herhangi bir hizmet dalı gibi normal piyasa koşullarında üretilip, tüketilebileceğini belirtenler bulunduğu gibi, sağlık hizmetlerinin herhangi bir mal veya hizmet gibi salt piyasa koşullarında üretilip tüketilmesinin olanaklı olmadığını belirtenler de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin olumlu ve olumsuz dışsallık, ikici özellik, bilgi asimetrisi vb. unsurları taşıdığı dikkate alınır, sağlık hizmetlerinin tümden bölünebilmesi, dolayısıyla, pazarlanabilmesi veya tamamen piyasa aktörlerine bırakılması ve piyasa dinamiklerince yönlendirilmesi, son derece sorunsal gözükmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin kamusalılığı²⁷⁴ vazgeçilmezdir. Dolayısıyla, sağlık alanında birçok aktör bulunmasına rağmen, bu alanda en etkili aktör olarak devlet öne çıkmaktadır. Devletin egemenlik hakkından kaynaklanan yetkileriyle, bütün mal ve hizmetlere ilişkin süreç ve piyasaları düzenlediği, gerektiğinde, mal ve hizmetleri kullanıcılara sunan veya piyasadan talep edilen işlevleri de yerine getiren özelliği dikkate alındığı zaman, mevcut durumda, devletin, sağlık alanında en önemli aktör olduğu görülmektedir

Kamu yönetimlerinde gerçekleştirilmeye çalışılan reform süreçlerinin önemli bir ayağını, kamu hizmet reform sürecinin oluşturduğu daha önce ifade edilmişti. Kamu hizmetlerine ilişkin reform süreçlerinden birisi olan yerelleşme de gelişmiş, gelişmekte olan ve geçiş ülkelerinde sürekli gündemde tutulan bir reform türüdür²⁷⁵. Bu açıdan değerlendirildiği zaman, yerelleşme olgusunun, kamu yönetimine ilişkin alanyazında üzerinde görüş bildirilen, tartışılan, eleştirilen veya desteklenen süreçlerin arasında bulunduğu görülmektedir. Yerelleşmenin tanımlanabilirliğine ilişkin olarak da, ortak bir tanımla değil, ortak noktayı paylaşan birçok tanımla karşılaşılabileceği söz konusu olduğu

²⁷⁴ Kamu hizmetlerinin sürdürülebilir olmasının, temel ve gerekli bir şart olduğu dikkate alınır, sağlık sistem ve hizmetlerinin de sürdürülebilir olması, toplumsal yaşamın devam etmesi noktasında son derece yaşamsal bir öneme sahiptir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilir olması için, değişen koşullara uyum sağlayabilmesi, gerekli ve yeterli örgütsel kapasite ve esnekliğe sahip olması, ihtiyaç duyulan hizmetin gerektiği süre ve düzeyde sunulabilmesi, toplumun tamamını kapsayabilecek üretim ve finansman yöntemlerine sahip olması gerekir.

²⁷⁵ Evrensel uygulama bağlamında, yerelleşme süreci, temelde, iki aşama halinde gerçekleştirilmektedir. Birinci aşama, siyasal süreci, ikinci aşama da yönetsel veya mali süreci içermektedir. Sağlık hizmet yerelleşme süreci, yönetsel yaklaşım temel alındığı zaman, kamu yönetimi yaklaşımı, yerel mali yaklaşım, sosyal sermaye yaklaşımı, efendi – köle yaklaşımı olarak dört farklı yaklaşım çerçevesinde incelenmektedir. Çalışmada temel alınan kamu yönetimi yaklaşımı ise, yerelleşmeye ilişkin olarak, yetki genişliği, yetki devri, delegasyon, özelleştirme olarak dört farklı biçim içermektedir.

belirtilmelidir. Bu tanımların benzeşen yönleri bir araya getirilirse, kavramsal olarak yerelleşmenin, çeşitli yönetsel süreçler bağlamında, merkezi otoriteden daha aşağıdaki eşiklerde bulunan yerel yönetsel otoritelere yetki, kaynak ve sorumluluk devri içerdiği görülmektedir. Bu bağlamda, yerelleşme, temel olarak, coğrafi ve örgütsel bağlamda, merkezi yönetimin sağladığı yetki ve güç birleşimi yerine, yetki ve güç dağılımı öngörmektedir²⁷⁶.

Bu bağlamda, sağlık reformlarının evrensel düzlemde, üç dönem şeklinde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Birinci dönem, 1940'lı ve 1950'li yılları kapsamaktadır. Öncelikle gelişmiş, zengin ülkelerde, daha sonra, gelişmekte olan fakir ülkelerde, sosyal refah devleti çerçevesinde gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar, 1960'lı yıllarda artan maliyetlerden dolayı ciddi baskı altında kalmış, 1970'li yıllarda tüm ülkeleri etkileyen ekonomik kriz, bu reformların tekrar gözden geçirilmeleri sonucunu vermiştir. İkinci dönem sağlık reformları, ilk kademe sağlık hizmetlerinin evrensel kapsayıcılığının, ekonomik bağlamda, gerçekleştirilebilmesi noktasında gündeme gelmiştir. Üçüncü dönem sağlık reformları²⁷⁷ ise, 1990'lı yıllarla birlikte, çoğunlukla, gelişmekte olan ülkelerde uluslararası kurumların zorlama olarak da değerlendirilebilecek tavsiyeleri çerçevesinde gündeme gelmiştir.

Sağlık hizmet yerelleşmesine yönelik evrensel düzeyde gerçekleştirilen uygulamalar, hakkaniyetin, katılımın, hesap verilebilirliğin, şeffaflığın sağlanması, maliyetlerin sınırlanması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması veya kullanıcıların memnun edilmesi, sosyal güvenlik çatısının kapsamının genişletilmesi, verimliliğin, etkinliğin ve hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması gibi *amaçlar* çerçevesinde anlam kazanmaktadır. Sağlık hizmet yerelleşmesi ile beklenen *olumlu sonuçlar*²⁷⁸ arasında,

²⁷⁶ Yerelleşmenin nasıl ve nereye kadar olacağına ilişkin çerçeve (*diğer faktörlerin açıklayıcılığı altında*), temelde, siyasal irade tarafından belirlenmektedir. Sağlık hizmetleri özelinde, yaklaşık otuz yıldır gündemde olan yerelleşmenin ülkeden ülkeye farklılıklar göstermesi, ülkelerarası düzeyde, hükümet politikalarının, siyasal örgütlenmelerin, yönetim yapılarının ve amaçların farklılığıyla açıklanabilirse de, böyle bir farklılaşmanın asıl belirleyicisinin, tercih edilen siyasal sistem olduğu vurgulanmalıdır.

²⁷⁷ Üçüncü dönem sağlık reformlarının dar bir çerçeve içerisinde, uluslararası finans kuruluşları ile ulusal hükümetlerin, ortaklaşa biçimde, ulusal sağlık finansman ve sunum yöntemlerini tekrar düzenlemesi biçiminde algılanmasında yarar görülmektedir. Bu çerçevede, üçüncü dönem sağlık reformlarının, temelde, sağlık koşullarının iyileştirilmesini, müşteri memnuniyetinin artırılmasını, teknik ve erişimsel hakkaniyetin sağlanmasını amaçladığı ifade edilmelidir. 1980'li yıllarla birlikte ortaya çıkan ideolojik dönüşüm çerçevesinde, son dönem sağlık reformlarının, önceki dönemlerin aksine, arz yönlü değil talep yönlü olduğu da dikkat çekmektedir. Asıl vurguyu bireysel seçim ve sorumluluğa yapan böyle bir yaklaşımın, siyasal bağlamda ortaya çıkardığı en önemli sonuç, gerçek ihtiyaçların talep mekanizmalarına dahil olamamasıdır. Yani, imkanı olan ile olmayanın sağlık sistemi bağlamında ayrışması, imkanı olmayanın sistemden dışlanmasıdır. Bu durum, klasik liberal ve kapitalist yöntemlerin en önemli sakıncaları arasında yer almaktadır. Bireysel çıkarların maksimize edilmeye çalışılması, asıl ihtiyaç sahibi çoğunluğun sistem dışı kalması sonucunu verebilir.

²⁷⁸ Yalnız, yerelleşmeyle ortaya çıkması beklenen *olumlu varsayımların*, her zaman gerçekleşmeyebileceği dikkate alınmalıdır. Örneğin, hizmet yerelleşmesi sonucu ortaya çıkması beklenen "*yerel duyarlılık artışı*"nı doğrulayan bulgular var olsa da, bu duyarlılığın, tüm vatandaşlara değil, sadece bazı gruplara

öncelikle, vatandaşların, hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan yerel yönetimlerden siyasal bağlamda hesap sorabilmesi tezi öne çıkmaktadır. Hesap verebilirliğe ilişkin bu tez, kuramsal olarak, sorumlu yerel yönetimlerin sağlık hizmet üretim ve sunumunu sürekli olarak denetlenmesini sonuç verecektir. Ayrıca, yerel yönetimlerin sağlık hizmet üretimini gerçekleştirmeleri bağlamında ortaya çıkabilecek hesap verebilirlik kavramı, salt hukuksal olarak kalmayacak, ayrıca, yönetsel ve siyasal bağlamda da geçerli olacaktır.

Yerelleşme sürecinin başarıya ulaşmasında, bazı *kısıtlayıcı etkiler* de söz konusu olabilir. Bu kısıtlayıcılar arasında, siyasal desteğin olmayışı, yerel yönetimlerin teknik kapasitelerinin²⁷⁹ yetersiz olması ve öncelik sıralamasına ilişkin tercihlerin farklılaşabilmesi sayılabilir. Sağlık hizmet yerelleşmesi sürecinde, başta anayasal ve yasal çerçeveden kaynaklanabilecek bazı *engel* alanlarının olabileceği, sağlık bürokrasinin direnç gösterme olasılıkları, yerel yönetimlere devredilecek sağlık personelinin uyum sorunu çekebilecekleri ve toplumsal bazda da, bazı direnç noktalarının ortaya çıkabileceği bilinmeli, bunlara ilişkin, ayrıca önlem alınmalıdır.

Sağlık hizmet yerelleşme sürecinin ortaya çıkarabileceği bazı *olumsuz* sonuçlar da bulunmaktadır²⁸⁰. Bu sonuçlar arasında, sağlık hizmetlerinde parçalanma, eşitsizlik ve hakkaniyetsizlik artışı, bazı çıkar gruplarının artan oranda siyasal yönlendirmesi ve zayıflayan kamu sektör kontrolü öne çıkmaktadır. Ayrıca, coğrafi bölgeler bağlamında artan hakkaniyetsizlik, yerel yönetimlerin gerekli yönetsel yeteneği kazanamaması, beklendiği kadar artmayan performans gibi olumsuzluklara dikkat çekilebilir. Sağlık hizmet yerelleşmesi sürecinde, insan kaynakları ve çalışanların durumuna ilişkin bir olumsuzluk da ortaya çıkabilir. Sağlık hizmet yerelleşmesi, mal ve hizmet satın alım sürecinde ölçek ekonomilerine ilişkin bir olumsuzluğa da yol açabilir. Malzeme, ilaç ve

yönelik artışına ilişkin bulgular da söz konusu olabilmektedir. Ayrıca, yerelleşme sonunda, vatandaşların hizmet üretim ve sunum süreçlerine katılımı istenilen oranda sağlanamayabilir.

²⁷⁹ Dünyada ve ülkemizde yerel yönetimlerin önemli bir çoğunluğu, sağlık kamu hizmetlerinin etkin sunumu noktasında yeterli nüfus büyüklüğüne, teknik yeterliliğe, siyasal ve teknik liderliğe, gerekli mali, ekonomik ve insan kaynaklarına sahip değildir. Dolayısıyla, merkezi yönetimlerin, yerel yönetimlere konuya ilişkin her türlü ek destek sağlamalarının yanında, yerel yönetimlerin de kendi aralarında işbirliğine gidebilmeleri için gerekli olan siyasal, hukuksal, yönetsel ve ekonomik altyapıyı da oluşturmaya çalışması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde, mali kaynak dağılımında, ölçeğin ve nüfusun salt geçerli ölçüt olarak alınması sağlıklı olmayabilir.

²⁸⁰ Alanyazında dikkat çekilen bir *sakıncanın*, bu bağlamda, ayrıca ifade edilmesinde yarar görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi sürecinde değişik ülke deneyimleri, sözü edilen süreçte, başka ülkelere elde edilen teknik sağlık deneyiminin tam anlamıyla dikkate alınmadığını göstermektedir. Halbuki dönüşüm içerken birçok süreç gibi yerelleşme süreci de, kendi içerisinde, sonuca etki edebilecek bazı zayıflıklar taşımaktadır. Bu bağlamda, herhangi bir sürecin başarılı olması, sürece ilişkin ortaya çıkmış olan güçlüklerin ve zayıf noktaların dikkate alınmasıyla doğru orantılıdır. Dolayısıyla, yerelleşme sonunda, yerel yönetsel birimlerin, yerel diğer güç odakları karşısında güçsüz kalmaları veya yerel politikacıların, siyasal tekel kurmaları *sorunu* önemlidir. Gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirilen bazı yetki devri uygulamaları, yerel elitleri güçlendirmiş, özel çıkarları koruyacak bir patronaj ağını ortaya çıkarmıştır.

sair hizmet alımına ilişkin olarak, yerel yönetimlerin tecrübesizliği, bu bağlamda, öncelikle dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmet yerelleşme sürecinin *en zayıf* noktası, bölgeler arasında, sağlık hizmetlerine erişimde, ortaya çıkması muhtemel eşitsizliktir. Yerelleşme sonucunda, her bölge kendi çıkarını önceleyeceği için, uyumlu bir ulusal sağlık sisteminin oluşması sorunlu gözükmektedir.

Yerelleşme biçimleri, kendi içinde farklılaşabileceği gibi, yerelleşmenin herhangi bir biçiminin de uygulandığı ülkeye göre değişik formatlar alabilmesi söz konusudur. Ülkeler arasında siyasal ve yönetsel birçok fark bulunduğu için, elbette, bir ülkede başarılı olmuş herhangi bir uygulamanın veya siyasanın, başka bir ülkeye taşınması söz konusu olduğu zaman, yerelleşme süreci, zorunlu olarak yerel koşulları da dikkate alınmalıdır. Siyasal bağlamda neyin yapılıp neyin yapılmayacağına ilişkin kararlar siyasal iradeye ait olsa da, neyin nasıl yapılacağına ilişkin kararlar, teknik ve siyasal danışmanlık gerektiren süreçlerdir. Yerelleşmeye ilişkin aktarımsal veya özgün bir siyasa da, çerçevesi çizilen bu genellemeden ayırık değerlendirilemez.

Ülkelerin siyasal ve yönetsel sistemlerinin farklı olması, tercih edilecek yerelleşme biçimlerini etkilediği ifade edilmişti. Sözü edilen farklılık, salt yerelleşme tercihlerine ilişkin değil, aynı zamanda yerelleşme güdülerine de ilişkindir. Ülkeler açısından, genelde reformlara, özelde ise, yerelleşmeye gidilmesine ilişkin değişik güdüler söz konusu olabilir. Bu bağlamda alanyazında en çok sözü edilen güdüleyiciler arasında, kalite, etkinlik, verimlilik, şeffaflık, hesap verilebilirliğin sağlanması ve daha iyi ve duyarlı bir kamu hizmeti sunma çabası gösterilebilir. Ayrıca, maliyetlerin artışı, toplumsal kesimlerin sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri, kitle iletişim araçlarının etkisi, sosyal güvenlik sistemlerinin tam kapsayıcı olmaması, uluslararası kuruluşların etkisi ve ekonomik kalkınma diğer gerekçeler arasında sayılabilir. Bunlardan başka, yönetimler, demokratikleşme sürecini gerçekleştirmek, bütçe açıklarını kısmak, mali krizden çıkmak, kaynakların etkin dağılımını sağlamak, hizmetleri etkin ve verimli yürütmek, yolsuzluğu önlemek veya şeffaflığı geliştirmek ve hesap verebilir bir kamu yönetimi sağlamak için de yerelleşmeyi teşvik edebilir. Kalkınmakta olan ülkeler bağlamında, yerelleşme tercihi, sağlık reformuna duyulan gereksinim, artan maliyetlere, demografik ve epidemiyolojik değişikliklere, nüfus hız artışına ve kaynakların kısıtlılığına da dayandırılabilir.

Sağlık hizmet reformlarının farklı kıtalar bağlamında irdelenmesi önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, örneğin, Latin Amerika, sağlık hizmet yerelleşmesinin öncelikle gerçekleştirildiği kıtalar arasında, Afrika ile birlikte yer almaktadır. Sözü edilen kıta özelinde, yerelleşme sonunda, yönetsel kademeler arasında önemli eşgüdüm sorunu

ortaya çıkmış, yerelleşmeyle birlikte, yerel sağlık çalışanları, kendi hizmet yükümlülüklerinin hafiflemesi için sevk zincirinde gereksiz şişkinliklere sebep olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin genel olarak zayıf, ayrıca, kaynak kısıtlılığı, kısıtlı kaynakların öncelikle nereye kullanılacağı sorunu, motive olamayan veya az sayıda olan personel sorunu gibi sıkıntılarla yüzleştiği bilinmektedir. Afrika ve Asya ülkelerinin gelişmekte olan ülkeler grubuna dâhil oldukları kabul edilirse, yukarıdaki önermenin Asya ve Afrika ülkeleri için de geçerli olduğu öngörülebilir.

Gelişmekte olan ülkeler, sağlık sistemlerini güçlendirmek için uluslararası kurumların desteğinde değişik programlar uygulanmaktadır. Bu bağlamda, Afrika'da uygulanmaya çalışılan sağlık hizmet reformları, öncelikle kamu sektörünü canlandırmayı ve özel sektörün gelişimini olabildiğince desteklemeyi amaçlamaktadır. Afrika kıtası bağlamında, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin²⁸¹ tamamlanamadığı ve ilgili sürece devam edip etmemek noktasında, ülkelerin çekingen kaldığı ifade edilmektedir.

Asya ülkelerinin siyasal ve yönetsel yapıları, genelde merkeziyetçi bir yapı sergilemesine karşın, 1990'lı yıllarla birlikte küresel düzlemde egemen demokratikleşme yönündeki baskılar sonuç vermiş ve bölgedeki ülkeler, demokratikleşme çerçevesinde, yerelleşme uygulamalarını birer birer gerçekleştirmeye başlamıştır. Bu bağlamda, ilk defa Filipinler, yerel yönetimler yasası ile yerel düzeyde yönetişimi başlatmış, 1997 yılında, yenilenen Tayland Anayasası, yerelleşmeyi önceleyen bir yapı sergilemiş, 1999 yılında, Endonezya Hükümeti, 30 yılı aşkın merkezileşme uygulamalarını bir kenara bırakarak, yerelleşmeye dönük, radikal sayılabilecek adımlar atmıştır. 2000 yılında da, Kamboçya, hem siyasal hem de yönetsel yerelleşmeye dönük adımlar atmıştır.

Avrupa kıtasında yer alan ülkelerin sağlık hizmet yerelleşmelerine ilişkin örnekler, Avrupa Birliği (AB) çerçevesinde irdelenmektedir. 1980'lerden itibaren, Avrupalı birçok devlet, sağlık sistemlerini tekrar gözden geçirmiş, bu gözden geçirme sürecine ilişkin olarak temelde, iki önemli anlayış değişimi söz konusu olmuştur. İlki, Avrupa'nın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri reformunda, temel ilkenin, yerelleşme olmasına ilişkindir. Buradan hareketle, Avrupa Birliği ülkelerinde, sağlık hizmetleri için yerelleşme eğilimi, ana akımı temsil etmektedir. Diğeri, Avrupalı devletlerin, kısıtlı olan kaynaklarını, verimli ve adaletli olduğu düşünülen fon mekanizmalarıyla dengeleme gayreti içerisinde olmalarına ilişkindir.

Türk sağlık hizmetleri de, son dönemler itibariyle yerelleşmeye konu edilmektedir. Kronolojik olarak değerlendirildiği zaman, sağlık hizmetleri bağlamında,

²⁸¹ Afrika ülkelerinde gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin yerelleşmesine bakıldığı zaman, bu sürecin, temelde, yukarıdan aşağıya doğru yönlendirilen, kısıtlayıcı bir takım standartlarca şekillendirilmiş ve merkezi hiyerarşinin çok sıkı tutulduğu bir yapı çerçevesinde kurgulandığı görülmektedir.

23 Nisan 1920 tarihinde Ankara’da fiili temeli atılan devletin ve meclisin önemli adımlarından birisi, sağlık hizmetlerini bağımsız bir bakanlık bünyesinde toplamak yönünde olmuştur. Sözü edilen dönemde, dünyanın çok az ülkesinde, sağlık hizmetlerinin ayrı bir bakanlığın sorumluluğunda yürütüldüğü görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin, bir genel müdürlük yerine, az sayıda olan bakanlıklardan birine verilmesi, sağlığa verilen önemin göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Yeni kurulan bakanlığın en önemli görevi, koruyucu hizmetler alanıyla sınırlanmış, tedavi edici hizmetlere ilişkin uygulamalar, yerel yönetimlere bırakılmıştır. Buradan hareketle, Cumhuriyet’in ilk yıllarından II. Dünya Savaşı’na kadar olan dönemde, tedavi edici sağlık hizmetlerinde, yerel yönetimlerin temel sorumlu oldukları görülmektedir. Yalnız, küresel konjonktürün, savaş sonrası dönem ve alternatif siyasal rejim olasılıklarını güçlü biçimde ortaya çıkarması gibi etkenler bağlamında zorlamasıyla, merkezi yönetim, tüm sağlık hizmetlerini entegre olarak sunma çerçevesinde aşama aşama güçlendirilmiştir. Sonuçta, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak, merkezi yönetim tarafından sunulması anlayışının kabul edildiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması konusunda, Türkiye, evrensel açımdan farklılaşmaktadır. 1970’lerden itibaren birçok ülkede gözlemlenen yoğun yerleş(tir)me çabalarının aksine, Türkiye, bu alandaki çabalarını ancak 21. yüzyılın başlarından itibaren somut reformlara dönüştürmeye başlamıştır. Oysa Cumhuriyet’le birlikte yerel yönetimlerin de önemli oranda söz sahibi olduğu sağlık hizmetleri alanı, II. Dünya Savaşı’ndan sonra, merkezi yönetimin sorumluluğunda gelişmeye devam etmiş, 1960’lı yıllardan itibaren, sosyal güvenlik sistemi dâhil, birçok konuda yoğun sorunlarla pençeleşmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın taşra uzantıları bünyesinde yapılandırılan hizmet üretimi ve sunumunun beraberinde getirdiği yapısal sorunlar, daha sonraki yıllarda sağlık hizmetlerine yönelik artan taleplerle birleşmiş, teknolojik ilerleme ile artan kaynak sıkıntısı, bölgelerarası sosyal ve ekonomik eşitsizlikler ve nitelikli işgücü darlığı nedeniyle, sağlık alanının mücadele etmek zorunda olduğu yük oldukça fazlaşmıştır.

Sayılan tüm bu olumsuzlukların sonucu olarak, 1990’lı yıllarda ortaya çıkan, ancak, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması hedefiyle sınırlı kalan çabalar, başarılı olamamış, sağlık hizmetleri alanındaki reform ihtiyacını daha da artmıştır. 1980’li yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinde özel sektörün gittikçe artan oranda teşvik edilmesi, sağlığa ayrılan bütçe payının giderek azalması, kişisel sağlık harcamaları miktarının kurumsal harcamaların önüne geçmesi ve özel sektörden yapılan hizmet alımlarının payının artması, Cumhuriyet döneminden beri sağlık alanında benimsenen kamusal gelenekten uzaklaşmanın bir ifadesi olarak ortaya çıkmaktadır.

1998 yılında oluşturulan Belediye Kanunu Taslağı ile başlayan ve I. ve II. AKP Hükümetleri döneminde genişletilerek, yeni bir kalkınma hamlesi içerisinde sağlık alanındaki sorunları yerleşme yoluyla çözme çabaları, yetki ve sorumlulukların önemli ölçüde yerel birimlere devrini öngörmektedir. 2004 yılında *Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun*'un Cumhurbaşkanı tarafından anayasanın bazı hükümleri ile çeliştiği gerekçesi ve tekrar görüşülmesi amacıyla TBMM'ye iade edilmesinden sonra, yerleşmeye dönük reformların kapsamı önemli ölçüde daraltılmıştır. Yine de, yürürlüğe giren yeni Büyükşehir Belediye Kanunu ve Belediye Kanunu ile belediyelere sağlık hizmetleri alanında yeni yetkiler verilmiş ve olası görev, yetki ve işlev devirlerinin önü de açılmıştır.

Büyükşehir belediyelerinin mevcut ve gelecekteki sağlık hizmet üretimi, çalışmanın önemli noktalarından birini oluşturmaktadır. Konuya ilişkin olarak, gerekli yasal altyapının henüz tam anlamıyla oluşmaması nedeniyle, Büyükşehir belediyelerince henüz istenilen düzeyde kullanılmayan bu yetkiler, bir anlamda geçiş dönemi içerisinde bulunmaktadır. Yine de, özellikle İstanbul, İzmir, Ankara, Antalya, Samsun, Diyarbakır gibi Büyükşehir belediyelerinin sağlık hizmet yerleşmesinin örnekleri bağlamında, çok önemli açılımlar gerçekleştirdiği dikkat çekmektedir. Büyükşehir belediyeleri, kendi personelinin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için ürettikleri sağlık hizmetlerini, öncelikle, sosyal güvenceden yoksun insanlara doğru genişletmiştir. Sağlık hizmetlerini sosyal amaçlarla birleştiren Büyükşehir belediyeleri, gittikçe artan oranda önleyici, koruyucu ve tedavi edici hizmetler üretmekte, ayrıca, ücretsiz ilaç dağıtımında ve ihtiyaç sahiplerine sağlık hizmetleri satın alma bağlamında, maddi katkılarda bulunmaktadır.

Yukarıda çerçevesi çizilen kuramsal noktaların, Türk sağlık hizmetlerinin yerleşmesi sürecine yansıtılabilmesi için, bu çalışma çerçevesinde bir alan araştırması gerçekleştirilmiştir. İlgili alan araştırması çerçevesinde, Türk yerel yönetim birimlerinin en güçlü temsilcileri olan Büyükşehir belediye meclislerini oluşturan yerel seçilmişlerin, sağlık hizmet yerleşmesine ilişkin tutum, beklenti ve önerileri tespit edilmiştir. Araştırmanın temel konusunu, kamusal hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan yeni yol ve yöntemlerin, Büyükşehir belediyeleri özelinde, yerel yönetimler tarafından nasıl yerine getirilecekleri, özellikle, sağlık kamu hizmetlerinin sunumu bağlamında, yerleşme sürecinin nasıl gerçekleştirilmesi gereğinin yol ve yöntemlerinin ortaya konulması oluşturmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacını, Büyükşehir Belediyeleri örneğinde, yerel seçilmişlerin, sağlık kamu hizmet yerleşmesinin hangi yönde kurumsallaşma göstermesine ilişkin bilimsel temelli bir bakış açısının geliştirilmesi oluşturmaktadır.

Araştırmanın temel hipotezleri, beş ana başlık altında toplanmaktadır. Öncelikle, meclis üyelerinin, partiler ve bölgeler bağlamında, makro ve mikro sorunların tespiti ve sağlık hizmet yerleşmesinin aktörlerinin belirlenmesinde farklılaşacağı öngörülmektedir. İkinci olarak, meclis üyelerinin, siyasal parti bağımlılığı bağlamında, bağımsız hareket etme veya grup kararı içerisinde hareket etmelerine ilişkin olarak farklılaşacakları öngörülmektedir. Üçüncü olarak, meclis üyelerinin, sağlık hizmet yerleşmesi sonunda, sağlık hizmetlerinin, bizzat yerel yönetimler eliyle görülmesini isteyip istememeleri bağlamında farklılaşacakları öngörülmektedir. Dördüncü olarak, meclis üyelerinin, sağlık hizmet yerleşmesini olumlu algılayıp algılamamaları bağlamında farklılaşacağı öngörülmektedir. Son olarak, meclis üyelerinin, sağlık hizmet yerleşmesi sürecine ilişkin mali, yönetsel ve örgütsel kaygı düzeylerine ilişkin farklılaşmaları öngörülmektedir. Araştırmada, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin sağlık hizmet yerleşmesine ilişkin bakışları, bağımlı değişkeni, eğitim, cinsiyet, yaş, hizmet süresi, bölge ve partiler de bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Elbette, her araştırmada olduğu gibi, bu araştırmanın da bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk sınırlılık, araştırma için belirlenen yerel yönetimlerin tür ve kapsamlarına ilişkindir. İkinci sınırlılık, örneklemin, bazı ölçütler bağlamında homojen olmamasına ilişkindir. Üçüncü sınırlılık ise, anket sorularının ve tutum ölçeklerinin uzunluğu ve sayısına ilişkindir. Araştırmanın maliyet ve süre bağlamlarında makul tutulması zorunluluğu, bir diğer sınırlılık noktasını göstermektedir. Araştırmanın örneklemini, her coğrafi bölgeyi ve siyasal partiyi temsil etmek üzere 8 adet Büyükşehir Belediye Meclis Üyeleri arasından seçilmiştir. *Tabakalı Rastgele Örnekleme Yönteminin* kullanıldığı araştırmanın evrenini, 852 meclis üyesi oluşturmakta, *Neyman Dağıtım Yöntemi* ile oluşan örneklem ise, 276 üyeden oluşmaktadır. Hoşgörü miktarı ise, yüzde beş olarak belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan soru formu, üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım, Büyükşehir belediye meclis üyelerinin kişisel bilgilerine ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu kısım, belediye meclis üyelerinin cinsiyeti, görev yeri, temsil ettikleri siyasal parti, görev süresi, yaşı, eğitimi, mesleği ve çalışma alanları hakkında bilgilere ulaşılmasını sağlayacak tanımlayıcı sorular içermektedir. İkinci kısım, meclis üyelerinin sağlık hizmet yerleşmesi sürecine ilişkin bakışlarını ölçmeyi sağlayacak soruları içermektedir. Üçüncü kısım, meclis üyelerinin sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde üretilmesi sürecinde hangi tutum ve beklentilere sahip olduğu ve hangi önerilerde bulunmak istediklerine ilişkin soruları kapsayan ölçekler yardımıyla oluşturulmuştur. Çalışmanın sonuçlandırılmasında, hem çalışmanın alan araştırması sonucunda ortaya çıkan birincil veriler, hem de alanyazında yer alan ikincil veriler kullanılmıştır. Alan araştırması

sonucunda ortaya çıkan verilerin analiz ve yorumlanmasında, öncelikle, üyelere ilişkin demografik özellikler ortaya konmuştur. Bunu, meclis üyelerin makro ve mikro sorunlara bakışının bağımsız değişkenler çerçevesinde irdelenmesi izlemiştir. Meclis üyelerinin sağlık hizmet yerelleşmesi süreci bağlamında önemsedikleri engeller, gerekçeler, aktörler ve ortaya çıkabilecek olumlu ve olumsuz sonuçlar ortaya konmuştur. Sonuçta ise, tutum ölçekleri yardımıyla, meclis üyelerinin tutum, beklenti ve önerileri değerlendirilmiştir.

Son söz olarak denilebilir ki; siyasal ve yönetsel tespitlerin yanı sıra, bilimsel olarak da üzerinde fikir birliği bulunduğu şekliyle, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumu, mevcut durum itibariyle, yönetsel, örgütsel ve finansal birçok sorunla karşı karşıyadır. Türk sağlık sistemi, özellikle kamu örgütleri bağlamında, son yirmi yıl temel alınarak değerlendirilirse, sürekli olarak, reform arayışı içerisinde. Sağlık sisteminin sorunlarının çözümünde, 1980'li yıllardan itibaren yoğun biçimde tercih edilen sektörel reform çabalarının aksine, daha kapsamlı ve öze ilişkin çözüm modelleri içeren yerelleşme çabaları, sözü geçen sorunlara ilişkin bir çözüm yolu sunmaktadır. Konuya ilişkin genel alanyazın incelendiği zaman, yerelleşmenin, son dönemler itibariyle önemli bir reform alanı oluşturduğu görülmektedir. Dolayısıyla, Türkiye'nin, 2000'li yıllara girişle birlikte, genel olarak kamu hizmetlerinde, özel olarak da, sağlık hizmetlerinde yerelleşmeye dönük reformlar gerçekleştirme azminde olduğu savlanabilir. Çözüm sürecinin evrensel noktaları dikkate alması gerekliliği, diğer birçok ülkede yapılan hatalardan kaçınmak adına, sağlık hizmetlerinin sunumunu önemli ölçüde üstlenmeye aday yerel yönetimlerin, bu yeni sorumluluklarına hazırlanmalarına yardım edilmesi, merkezi yönetimin karşı karşıya olduğu en acil gerekliliklerden birisidir. Aynı zamanda, merkezi yönetimin taşra birimlerinde görev yapan sorumlularının bu dönüşüm sürecine dâhil edilmesi gerekliliği gözden kaçırılmamalıdır. Hızla seçim atmosferine giren Türkiye'deki siyasal konjonktürde, sağlık hizmetleri özelinde, kamu reformlarının sürdürülmesi konusunun, seçmenlerin istekleriyle de önemli ölçüde örtüştüğü dikkat edilmesi gereken bir gerçekliktir.

KAYNAKLAR

....., Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, Cumhurbaşkanı Sayın Süleyman Demirel'e Arz, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1996.

....., Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma – I: Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim, T.C. Başbakanlık, Ankara, 2003.

....., Kamu Yönetimi Temel Kanunu Taslağı Değerlendirme Raporu, TESEV, Ocak 2004.

....., Sayın Cumhurbaşkanının Geri Gönderme Gerekçelerinin Işığı Altında Kamu Yönetimi Reform Yasalarının Son Durumu, TESEV, 2004, (www.tesev.org.tr/etkinlik/VetorRaporTESEV.doc).

....., Kamu Yönetimi Reformu, Ed. Mehmet Aközer ve Ayla Ortaç, TÜSİAD, 2002 (Yayın No: TÜSİAD-T/2002-12/335).

....., Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'na İlişkin Türkiye Kamu – Sen'in Görüşleri (II): Kamu Yönetimi Reformu mu? Ulus Devletin Tasfiyesi mi?, Türkiye Kamu-Sen, Ankara, 2004.

....., Sağlık Hizmetleri ve Belediyeler, T.T.B., Çalıştay Raporu, 22-23.12.1990 Ankara, 1990.

....., Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı, 2003, Ankara

....., Teşkilat-ı Esasiye Kanunu, 3. Tertip Düstur, Cilt: 1, s. 196, Ceride-i Resmîye, 1-7 Şubat 1337, Kanun No: 85, 1921.

....., Teşkilat-ı Esasiye Kanunu, T. Düstur, Cilt 26, s.170, Resmi Gazete 15.1.1945-5905, Kanun No: 4695, Kanun Tarihi: 10.01.1945.

....., Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961), Kurucu Mecliste Kabul Tarihi : 27.5.1961, Halkoyuna Sunulmak Üzere Tasarının Resmi Gazete ile İlanı: 31.5.1961, Kanunun Resmi Gazete ile İlanı: 20.7.1961 / Sayı: 10859, Kanun No: 334, Kabul Tarihi: 09.07.1961.

....., VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), DPT, RG. 25.08.1995, S. 22354 (Mükerrer), 1995.

<http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1988/K1988-08.htm>
(15.07.2007).

<http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1992/K1992-55.htm>
(15.07.2007).

<http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1994/K1994-42.htm>
(15.07.2007).

<http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1995/K1995-23.htm>
(15.07.2007).

Acartürk, E. ve Özgür, H., “Teoride ve Türkiye’de Desantralizasyon”, Kamu Yönetimi: Kuramdan Uygulamaya, Der. Abdullah Yılmaz ve Mustafa Ökmen, 143 – 182, Gazi Kitapevi, Ankara, 2004.

Akgül, A. ve Çevik, O., İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS’te İşletme Uygulamaları, Emek Ofset, Ankara, 2003

Akıllıoğlu, T., “Kamu Yararı Kavramı Üzerine Düşünceler”, Amme İdaresi Dergisi, C. 24, S. 2, (1991), 3 – 15.

Aksu, G., Acuner, A. M. ve Tabak, R. S., “Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği)”, Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Mecmuası C. 55, S. 4, (2002), 271 – 282.

Aktan, C.C., “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, 12.07.2007

Alexis, O., “Is Decentralization the Key to Achieving Equity in Health Care in Developing Countries?”, <http://www.iphn.org/obrey 2.rtf> (E.T. 22.07.2005).

Allen, P., “New Localism in the English National Health Service: What is it for?”, Health Policy, Vol. 79, (2006), 244 – 252.

Alonso, Y., “The Biopsychosocial Model in Medical research: The Evolution of the Health Concept over the Last Two Decades”, Patient Education and Counseling, Vol. 53, (2004), 239 – 244.

Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S. 64, (2007), 33 – 58.

Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E., *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya Kitapevi, Adapazarı, 2005.

Annick, M., “The Chilean Health System: 20 Years of Reform”, *Salud Publica de Mexico*, Vol. 44, N. 1, (2002), 60 – 68.

Ateş, H., “Kamu Yönetiminde Güven Problemi ve Halkın Devlete Güveni”, *Çağdaş Kamu Yönetimi II*, (Der.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, (2004), 355 – 387.

Atkinson, S. ve Haran, D., “Back to Basics: Does Decentralization improve Health System Performance? Evidence From Ceara in North-East Brazil”, *Bulletin of the WHO*, November 2004, Vol. 83, N. 11, 822 – 826.

Bakar, C. ve Akgün, S., *Türkiye'de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikaye*, *Toplum ve Hekim Dergisi*, c. 20, S. 5, 2005

Balcı, A., *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul, 2005.

Baloğlu, B., “Sağlık ve Sosyal Sınıflar”, Orhan Türkdoğan’a Armağan, *Sosyoloji Konferansları*, İstanbul Üniversitesi İktisat Fak., Metodoloji ve Sosyoloji Araştırmaları Merkezi, İstanbul, 2005.

Bayar, D., “Kamu Yönetiminin Temel Kanunları”, *Maliye Dergisi*, S. 149, (2005), 1 – 32, <http://www.maliye.gov.tr/apk/md145/dbayar.pdf> (E.T. 06.12.2005).

Belek, İ., *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası*, Sorun Yay., İstanbul, 2001

Bilgin, K. U., “Kamu Yönetiminde Kaliteli Hizmet Anlayışı”, *Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri*, C. I, Ankara, (1995), 172 – 190.

Bilgin, M. H., “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Tartışmaları”, *Perşembe Konferansları*, Rekabet Kurumu, (2005), 29 – 52.

Björkman, J. W., “Who Governs the Health Sector? Comparative European and American Experiences with Representation, participation and Decentralization”, *Comparative Politics*, Vol. 17, N. 4, (1985), 399 – 420.

Black, N. ve Gruen, R., *Understanding Health Services*, Open University Press, New York, 2005.

Bossert, T., “Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance”, Harvard University Publications, www.hsph.harvard.edu/ihsq/publications/pdf/No-54.PDF, 2003, (E.T. 22.07.2005).

Boyne, G. A., “Sources of Public Service Improvement: A Critical Review and Research Agenda”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 13, N. 3, (2003), 367 – 394

Brugha, R. ve Zwi, A., “Improving the Quality of Private Sector Delivery of Public Health Services: Challenges ad Strategies”, *Health Policy and Planning*, Vol. 13, N. 2, (1998), 107 – 120.

Buchan, J., “Health Sector Reform and Human Resources: Lessons from the United Kingdom”, *Health Policy ve Planning*, Vol. 15, N. 3, (2000), 319 – 325.

Çalıkoğlu, Ş., *A Study of Infant Mortality in Turkey in Relation to Health Policy*, Bilkent Üniversitesi, Ekonomik ve Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Ankara, 2001.

Canpolat, H., *Türk Belediye Sisteminde Ölçek ve Model Sorunu*, İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Kontrolörleri Derneği, Yayın No:17, Ankara, 2002.

Cantarero, D., “Decentralization and Healthcare Expenditure: The Spanish Case”, *Applied Economics Letters*, Vol. 12, (2005), 963 – 966.

Carranza, O. R., “Decentralization and Municipalization of Social Programmes”, *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 60, (1994), 229 – 233.

Cassels, A., “Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries”, *Journal of International Development*, Vol.7, N. 3, (1995), 329 – 347.

Chagin, K. ve Struyk, R. J., “Russian Nonprofits as Contracted Providers of Municipal Social Services: Initial Experience”, *International Journal of Public Administration*, Vol. 27, N. 6, (2004), 417 – 437.

Çevik, H. H., *Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2004

Çıngı, H., *Örnekleme Kuramı*, Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Basımevi, Ankara, 1990.

Çoban, H., *Bilgi Toplumuna Planlı Geçiş: Bilgi Toplumuna Geçmek İçin Stratejik Planlama ve Yönetim Bilgi Sistemi Uygulaması*, DPT, Ankara, 1996.

Cohn, D., “Creating Crises and Avoiding Blame: The Politics of Public Service Reform and the New Public Management in Great Britain and the United States”, *Administration ve Society*, Vol. 29, N. 5, (1997), 584 – 616.

Collins, C., Araujo, J. ve Barbosa, J., “Decentralizing the Health Sector: Issues in Brazil”, *Health Policy*, Vol. 52, (2000), 113 – 127.

Costa-Font, J. ve Rico, A., “Devolution and the Interregional Inequalities in Health and Healthcare in Spain”, *Regional Studies*, Vol. 40.8, (2006), 1 – 13.

Coşkun, B., “Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Tarihsel Geçmiş ve Genel Bir Değerlendirme”, *Türk İdare Dergisi*, S. 448, Y. 77, (2005), 13 – 48

Custers, T., Onyebuchi, A. A. ve Klazinga, N., S., “Is There a Business Case for Quality in The Netherlands? A Critical Analysis of the Recent Reforms of the Health Care System”, *Health Policy*, 2006 (Article in Press).

Dahl, R. A. “A Democratic Paradox?”, *Political Science Quarterly*, Vol. 115, N. 1, (2000), 35 – 40.

Demir, C. ve Usta, H., “Türkiye Kamu Sağlık Harcamalarına bir Bakış”, *Sağlık ve Toplum*, Y. 11, S. 2, (2001), 3 – 7.

Demirel, D., “Küresel Eksende Devletin Yeni Kimliği: Etkin Devlet”, *Sayıştay Dergisi*, S. 60, (2006), 105 – 128.

Denhardt, R. B., “The Future of Public Administration: Challenges to Democracy ve Ethics”, *Public Administration and Management*, Paris, 1999.

Dent, M., Howorth, C., Mueller, F. ve Preuschoft, C., “Archetype Transition in the German Health Service? The Attempted Modernization of Hospitals in a North German State”, *Public Administration*, Vol. 82, N. 3, (2004), 727 – 742.

Devas, N., “Indonesia: What do We Mean by Decentralization?”, *Public Administration and Development*, Vol.17, (1997), 351 – 367.

De Vos, P., De Ceukelaire, W., Van der Stuyft, P., “Colombia and Cuba, Contrasting Models in Latin America’s Health Sector Reform”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 11, N. 10, 1604 – 1612.

Diamond, L., “Demokrasinin Üç Paradoksu”, Der. L. Diamond ve M. Plattner, 127 – 141, Yetkin Yayınevi, Ankara, 1995.

Duran, L., İdare Hukuku Ders Notları, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1982.

Düren, Z., 2000’li Yıllarda Yönetim, Alfa Yayınları, İstanbul, 2000.

Dussault, G. ve Dubois, C., “Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies”, *Human Resources for Health*, Vol. 1, (2003), 1 – 16.

Elias, P. E. M. ve Cohn, A., “Health Reform in Brazil: Lessons to Consider”, *American Journal of Public Health*, Vol. 93, N.1, (2003), 44 – 56.

Ener, M. ve Yelkikalkan, N., “Gelişmekte olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi”, *Kocaeli Üniversitesi SBE Dergisi C. 6, S. 2, (2003), 99 – 113.*

Erden, H., Türkiye’de Yeniden Yapılanma Sürecinde Kamuya Ait Sağlık Kuruluşlarının Stratejik Politika Alternatifleri, Gazi Üniversitesi SBE Hastane İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Ankara, 2003.

Eren, V., “Kamu Yönetiminde bir Rekabet Aracı olarak ‘Hizmet Karşılaştırması’ Yoluyla Yenilik ve Başarı Geliştirme”, *Amme İdaresi Dergisi, C. 35, S. 2, (2002), 61 – 75.*

Erençin, A., “Yerel Yönetimler ve Yeni Kamu Yönetimi Tartışmaları”, *Çağdaş Yerel Yönetimler, C. 11, S. 4, (2002), 25 – 40.*

Ergör, G ve Öztekin, Z., “Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi”, http://195.142.135.65/who/doc_pdf/saglik_pol.pdf (10.07.2007).

- Ergun, T., Kamu Yönetimi: Kuram, Siyasa ve Uygulama, TODAİE, Ankara, 2004.
- Eryılmaz, B., Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılandırılması, Birleşik Yayıncılık, İstanbul, 1997.
- Eryılmaz, B., Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 2002
- Eryılmaz, B., “Türkiye’de Bürokrasinin Sorunları”, Türkiye’de Kamu Yönetimi, (Der.) Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman, 185 – 192, Yargı Yayınları, Ankara, 2003.
- Eryılmaz, B., Kamu Yönetimi, Erkam Matbaacılık, İstanbul, 2006.
- Eryılmaz, M., “Sağlığa Zararlı Reform”, CHP Yerel Yönetimler Dergisi, S. 9, Şubat 2004.
- Eryılmaz, M., “Yerel Yönetimler Yasa Tasarısı ve Sağlık Hizmetleri”, CHP Yerel Yönetimler Dergisi, S. 4, 2001.
- Esen, E., ve Karkın, N., “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerel Dönüşümü: Sorunlar, Beklentiler, Tutumlar”, (Der.) Hüseyin Özgür ve Muhammet Kösecik, yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar-II, Nobel yayın Dağıtım, Ankara, 2007
- Etiler, N. ve Yavuz, C.I., “Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri”, Toplum ve Hekim Dergisi, C. 19, S. 4, 2004, 285-292.
- Exadaktylos, N. M., “Organisation and Financing of the Health Care Systems of Bulgaria and Greece – What Are the Parallels?”, BMC Health Services Research, Vol. 5, N. 41, (2005), 1 – 7.
- Figueras, J., Saltman, R. ve Elias, M., “Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview”, LSE School of Health, Discussion Paper N. 8, 1998, <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP8.pdf> (E.T.: 27.07.2005).
- Fox, C. J. ve Miller, H. T., Postmodern Public Administration: Towards Discourse, Sage Publications, Thousand Oaks, London, 1995.

Fritzen, S. A., “Reorienting Health Ministry Roles in Transition Setting: Capacity and Strategy Gaps”, *Health Policy*, 2006, doi:10.1016/j.healthpol.2006.11.009 (Article in Press).

Fukuyama, F., “Why There Is No Science of Public Administration”, *Journal of International Affairs*, Vol. 58, N.1, (2004), 189 – 201.

Giarelli, G., “Convergence or Divergence: A Multidimensional Approach to Healthcare Reforms”, *International Review of Sociology*, Vol. 14, N. 2, (2004), 171 – 203

Glassman, A., Reich R. M., Lseron, K. ve Rojas, F., “Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic”, *Health Policy and Planning*, Vol. 14, N. 2, (1999), 115 – 126.

Görmez, K., *Yerel Demokrasi ve Türkiye*, Vadi Yayınları, Ankara, 1997.

Göymen, K., “Türk Yerel Yönetiminde Katılımcılığın Evrimi: Merkezîyetçi bir Devlette Yönetişim Dinamikleri”, *Amme İdaresi Dergisi*, C. 32, S. 4, TODAİE, Ankara, (1999), 67 – 83

Göymen, K., “Türkiye’de Yerel Yönetimler ve Yönetişim: Gereksinmeler, Önermeler, Yönelimler”, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, C. 9, S. 2, TODAİE, Ankara, (2000), 3 – 13

Gözler, K., “3 Ekim 2001 Tarihli Anayasa Değişikliği: Bir Abesle İştigal Örneği”, *Anayasa Yargısı Dergisi*, S. 19, 2002, <http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/anyarg19/kozler.pdf> (31.12.2005).

Gözler, K., *İdare Hukukuna Giriş*, Ekin Kitapevi, 3. Baskı, Bursa, 2005, <http://www.idarehukuku.gen.tr/ihgiris-bolumler.htm>, (29.12.2005).

Gözübüyük, Ş., *Yönetim Hukuku*, 9. Bası, Turhan Kitapevi, Ankara, 1996.

Green, A., Ross, D., Mirzoev, T., “Primary Health Care and England: The coming of age of Alma Ata?”, *Health Policy*, Vol. 80, (2006), 11 – 31.

Guess, G. M. ve Sitko, S. J., “Planning, Budgeting and Health Care Performance in Ukraine”, *International Journal of Public Administration*, Vol. 27, N.10, (2004), 767 – 798.

Guess, G. M., “Comparative Decentralization Lessons from Pakistan, Indonesia and the Philippines”, *Public Administration Review*, Vol. 65, N. 2, (2005), 217 – 230.

Gül, H. ve Özgür, H., “Adem-i Merkeziyetçilik ve Merkezi Yönetim – Yerel Yönetim İlişkileri”, *Çağdaş Kamu Yönetimi II*, (Der.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, (2004), 161 – 207.

Gülan, A., “Kamu Hizmeti Kavramı”, *İdare Hukuku ve İlimleri Dergisi*, Y. 9, S. 1 – 3, İstanbul, (1988), 147 – 159.

Güler, B. A., *Yerel Yönetimler: Liberal Açıklamalara Eleştirel Yaklaşım*, TODAİE, Ankara, 1998.

Gündüz, N., *Toplumsal Sağlık ve Kamu Kesiminin Sağlık Üretimine Katkısı: Türkiye Uygulaması*, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, PAU Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli, 2005.

Haddad, S., Nougara, A. ve Fournier, P., “Learning from Health System Reforms: Lessons from Burkina Faso”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 2, N. 12, (2006), 1889 – 1897.

Hagen, T. P. ve Kaarbøe, O. M., “The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central Government takes over Ownership of Public Hospitals”, *Health Policy*, Vol. 76, (2006), 320 – 333.

Haktankaçmaz, M. İ., “Türk Kamu Yönetiminde Yönetişimin Uygulanabilirliği”, *Amme İdaresi Dergisi*, C. 37, S. 1, (2004), 45 – 62.

Hamamcı, C., *Yerel Yönetimlerin Sağlık İşlevleri ve Çevre Sağlığı*, Yuvarlak Masa Toplantı Kitapçığı, Türk Belediyecilik Derneği – Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, 1995.

Hanson, K., Atuyambe, L., Kamwanga, J., McPake, B., Mungule, O., Ssenooba, F., “Towards Improving Hospital Performance in Uganda and Zambia: Reflections and Opportunities for Autonomy”, *Health Policy*, Vol. 61, (2002), 73 – 94.

Harpham, T. ve Pepperall, J., “Decentralizing Urban Health Activities in Developing Countries”, *Development in Practice*, Vol. 4, N. 2, (1994), 92 – 99

Hart, C. W. L., Heskett, J. L. ve Sasser, Jr., W. E., “The Profitable Art of Service Recovery”, *Harvard Business Review*, Vol. 68, N. 4, (1990), 148 – 149.

Hearst, N. ve Blas, E., “Learning from Experience: Research on the Health Sector in the Developing World”, Health Policy and Planning, Vol. 16, N. 2 (Suppl. 2), 2001, 1 – 3.

Hewitt, P., “A Vision for Public Health in the 21st Century”, Public Health, Vol.120, (2006), 1098 – 1101.

Homedes, N. ve Ugalde, A., “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America?” Health Policy, Vol.71, (2005), 83 – 96.

İnce, N. M., Elektronik Devlet: Kamu Hizmetlerinin Sunulmasında Yeni İmkanlar, DPT, Ankara, 2001.

Iriart, C., Merhy, E. E., Waitzkin, H., “Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Healthy Policy Reform”, Social Science ve Medicine, Vol. 52, (2001), 1243 – 1253.

Işık, A., “Sağlık Ekonomisi: Finansman ve Ekonometrik bir Analiz Çerçevesi”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1997.

İkizler, H.C., Spor, Sağlık ve Motivasyon, Alfa Yayınları, İstanbul, 2002

Jeppsson, A., Birungi, H., Östergen, P., Hagström, B., “The Global-Local Dilemma of a Ministry of Health Experiences from Uganda”, Health Policy, Vol. 72, (2005), 311 – 320

Kaan, T., “Sağlığın Yerelleşmesi”, Yerel Yönetimler Sempozyum Bildirileri, (Der.) Birgül Ayman Güler ve Ayşegül Sabuktay, Ankara, (2002), 397 – 405.

Kapani, M., Politika Bilimine Giriş, Bilgi Yayınları, Ankara, 2000.

Kapar, R., “Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler”, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE Dergisi, C. 1, S. 1, (1999), 167 – 189

Karabulut, K., “Sağlık Sektöründe Özelleştirme”, Atatürk Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, C. 15, S. 1-2, (2001), 31 – 41

Karadağ, C., Sağlık Sistemlerinde Yeniden Yapılanma, Ankara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Ankara, 1999.

Karaelmas, D., Sağlık Sektörü Analizi: Azgelişmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği, Marmara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, İstanbul, 1994.

Karahanoğulları, O. (a), Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim), Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 2001.

Karahanoğulları, O. (b), “Kamu Hizmetinin Kurulmasında Yerel Yönetimlerin Yetkisi”, Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, C. 10, S. 4, 2001, 23 – 35

Karahanoğulları, O., “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Taslağındaki Anayasaya Aykırılıklar”, Mülkiye, C. XXVII, S. 241, 2003.

Karatepe, O. M., “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliğine Yönelik Kavramsal Bir İnceleme”, Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi Bildirileri, TODAİE Yayını, Ankara, 1998.

Karkın, N., Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Değişim Süreci: e-Devlet Uygulamaları ve Denizli Belediyesi Örneği, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, PAU Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli, 2003.

Kavruk, H., “Türkiye’de Kamu Hizmetlerinin Yapısı ve Kamu Hizmeti Anlayışına Yön Veren Çağdaş Gelişmeler”, Türk İdare Dergisi, S. 399, (1993), 139 – 161.

Kazgan, G., Küreselleşme ve Ulus – Devlet: Yeni Ekonomik Düzen, Üçüncü Baskı, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yay., İstanbul, 2002.

Keese, J. R. ve Argudo, M. F., “Decentralization and NGO-Municipal Government Collaboration in Ecuador”, Development in Practice, Vol. 16, N. 2, (2006), 114 – 127.

Kerman, U., 1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sağlık Politikaları, Süleyman Demirel Üniversitesi, S.B.E, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Isparta, 1999.

Kernaghan, K., “The Postbureaucratic Organization and Public Service”, International Review of Administrative Sciences, Vol. 66, N. 1, (2000), 91 – 93.

Kettl, F., D., Reinventing Government: A Fifth Year Report Card, Center for Public Management, Brooking Institution, Washington D.C., 1998.

Khaleghian, P., “Decentralization and Public Services: The Case of Immunization”, Social Science ve Medicine, Vol. 59, (2004), 163 – 183.

Kolehmainen-Aitken, R., “Decentralization’s Impact on the Health Workforce: Perspectives of Managers, Workers and National Leaders”, *Human Resources for Health*, Vol. 2, N. 5, (2004), 1-11.

Kongar, E., *Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği*, Remzi Kitapevi, İstanbul, 1995.

Korkut, F., “Rehberlikte Önleme Hizmetleri”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, S. 9, (2003), 441 – 452.

Kotkin-Jazsi, T. S., “State Public Health Departments and Changes in Federal Policies: Managed Care, Welfare Reform and Privatization”, *International Journal of Public Administration*, Vol. 24, N. 6, (2001), 511 – 520.

Köklü, N., “Tutumların Ölçülmesi ve Likert Tipi Ölçeklerde Kullanılan Alternatif Seçenekler”, *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fak. Dergisi*, C. 28, N. 2, 1995, 81 – 89.

Kristiansen, S. ve Santoso, P., “Surviving Decentralization? Impacts of Regional Autonomy on Health Service Provision in Indonesia”, *Health Policy*, Vol. 77, (2006), 247 – 259.

Kutbay, E., “Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye”, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, Y. 3, S. 11 – 12, (2002), 33 – 35.

Kutlu, Ö., *Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi: Teorik Çerçeve ve Ülke Uygulamaları*, Çizgi Kitapevi, Konya, 2006.

La Forgia, G., Levine, R., Diaz, A. ve Rathe, M., “Fend for Yourself: Systemic Failure in the Dominican Health System”, *Health Policy*, Vol. 67, (2004), 173 – 186.

Lakshminarayanan, R., “Decentralization and its Implications for Reproductive Health: The Philippines Experience”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 11, N. 21, (2003), 96 – 107.

Leblebici, D. N., Ömürgönülşen, U. ve Aydın, M. D., “Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımında Önemli Bir Araç: Toplam Kalite Yönetimi”, *H.Ü. İ.İ.B.F Dergisi*, C. 19, S. 1, (2001), 123 – 135.

Lian, P. C. S. ve Laing, A. W., "Public Sector Purchasing of Health Services: A Comparison with Private Sector Purchasing", *Journal of Purchasing and Supply Management*, Vol. 10, (2004), 247 – 256.

Liu, Y., Berman, P., Yip, W., Liang, H., Meng, Q., Qu, J. ve Li, Z., "Health Care in China: The Role of Non-Government Providers", *Health Policy*, Vol. 77, (2006), 212 – 220

Lloyd-Sherlock, P., "Health Sector Reform in Argentina: A Cautionary Tale", *Social Science and Medicine*, Vol. 60, (2005), 1893 – 1903.

Lovelock, C. ve Gummesson, E., "Whither Services Marketing? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives", *Journal of Service Research*, Vol. 7, N.1, (2004), 20 – 41.

Lovelock, C. H., *Services Marketing*, Prentice Hall International Inc., New Jersey, USA, 1996.

Martinez-Vasquez, J. ve McNab, R. M., "Fiscal Decentralization and Economic Growth", Georgia State University, Andrew Young School of Policy Studies, Working Paper 01-01, Atlanta, Georgia, USA, (2001), 1 – 40.

Mayo, H. B., *Demokratik Teoriye Giriş*, Çev. Emre Kongar, Türk Siyasi İlimler Derneği Yay. No: 6, Ankara, 1964

McGregor, S., "Neoliberalism and Health Care", *International Journal of Consumer studies*, Vol. 25, N. 2, (2001), 82 – 89

McIntyre, D. ve Klugman, B., "The Human Face of Decentralization and Integration of Health Services: Experiences from South Africa", *Reproductive Health Matters*, Vol. 11, N. 21, (2003), 108 – 119

Meyer-Emerick, N., Mothusi, B. ve K. Molaodi, D., "Decentralization of Service Delivery as Adopted by the Central District Council in Botswana", *Public Administration and Development*, Vol. 24, (2004), 225 – 233

Millar, M. ve McKeivitt, D., "Accountability and Performance Measurement: An Assessment of the Irish Health Care System", *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 66, (2000), 285 – 296.

Mills, A., “Decentralization and Accountability in the Health Sector from an International Perspective: What are the Choices?”, *Public Administration ve Development*, Vol. 14, (1994), 281 – 292.

Montero-Granados, R., Jiménez, J. D., Martin, J., “Decentralisation and Convergence in Health Among the Provinces of Spain (1980-2001)”, *Social Sciences ve Medicine*, Vol. 64, (2007), 1253 – 1264.

Morgan, C. ve Murgatroyd, S., *Total Quality Management in the Public Sector: An International Perspective*, Open University Press, Buckingham, 1994.

Mosca, I., “Is Decentralization the Real Solution? A Three Country Study”, *Health Policy*, Vol. 77, (2006), 113 – 120.

Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C. ve Varela, A., “Strengthening User Participation through Health Sector Reform in Columbia: A Study of Institutional Change and Social Representation”, *Health Policy and Planning*, Vol.16, N.2, (2001), 52 – 60.

Mutlu, A., “Eğitim ve Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu”, *Mali Yerelleşme: Teori ve Uygulama Üzerine Yazılar*, Der. Ayşe Güner ve Serdar Yılmaz, 30-58, Güncel Yayıncılık, İstanbul, 2006.

Newell, J. N., Collins, C. D., Baral, S. C., Omar, M. A., Pande, S. B., “Decentralization and TB Control in Nepal: Understanding the Views of TB Control Staff”, *Health Policy*, Vol. 73, (2005), 212 – 227.

Okutan, C., *Kamu Hizmetlerinin Görülüş Usulü Olarak Yap-İşlet-Devret*, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, İstanbul, 1996.

Onar, S. S., *İdare Hukukunun Umumi Esasları*, C. I, Üçüncü Baskı, İstanbul 1966.

Orhan, A., *Büyükşehir Belediyeleri’nde Sağlık Hizmetleri*, Gazi Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Ankara, 1993.

Orhaner, E., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fak. Dergisi*, S. 1, (2006), 1 – 22.

Oyaya, C. O. ve Rifkin, S. B., “Health Sector Reforms in Kenya: An Examination of District Level Planning”, *Health Policy*, Vol. 64, (2003), 113 – 127.

Öcek, Z.A., Çiçeklioğlu, M. ve Türk, M., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi?”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, C. 15, S. 8, 144-148.

Özay, İ., Günışığında Yönetim, Alfa Yayınları, İstanbul, 1996.

Özdemir, A. T., Yerel Yönetimlerin Sağlık İşlevleri ve Çevre Sağlığı, Yuvarlak Masa Toplantı Kitapçığı, Türk Belediyecilik Derneği – Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, 1995.

Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R., “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, C. 56, S. 4, (2003), 207 – 216.

Özel, M., “Kamu Yönetiminde Yeni bir Örgütlenme İlkesi: Yerellik (Subsidiaritaet)”, Çağdaş Yerel Yönetimler, C. 9, S. 3, (2000), 25 – 43.

Özer, B., “Restructuring the Turkish Welfare State: The Healthcare Reform”, The Conference on New Challenges for Welfare State Research, Research Committee 19 of the International Sociological Association, Toronto, Ontario, August 21-24, 2003.

Özkal, İ., Sağlık Sektörü Örneğinde Türkiye’de Devletin Küçültülmesi ve Etkenleştirilmesi, Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi SBE, Ankara, 2000.

Özkara, B., “Kamu Örgütlerinde Halkla İlişkiler Yoluyla Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi”, Amme İdaresi Dergisi, C. 32, S. 3, (1999), 95 – 113.

Özsarı, S. H., “Ulusal Sağlık Politikası”, Bahçeşehir Üniversitesi, Ulusal Sağlık Politikası Seminer Notu, İstanbul, 2005.

Öztekin, A., Kamu Yönetiminin Yapısı ve Sorunları Dersi Ders Notları, Antalya, 2004.

Öztekin, A., Siyaset Bilimine Giriş, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2003

Öztekin, A., Yönetim Bilimi, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2002

Pala, K., “Türkiye için Nasıl bir Sağlık Reformu”, Bursa, 2007, http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf (10.07.2007)

Parlak, B., “Küresel Gelişmeler ve Avrupa Birliği Uygulamaları Ekseninde Yerelleşme”, Teoriden Pratiğe Kamu Yönetimi: Yaklaşımlar, Sorunlar ve Metodlar, (Der). N. Talat Arslan, 2005, Alfa Akademi Yayınları, İstanbul, 2005.

Parlak, B. ve Sobacı, Z., Kuram ve Uygulamalarda Kamu Yönetimi: Ulusal ve Global Perspektifler, Alfa Akademi Yayınları, Bursa, 2005.

Patnaik, P., Accumulation and Stability under Capitalism, Oxford University Press, Oxford, 1996.

Peckham, S., Exworthy, M., Greener, I. ve Powell, M., “Decentralizing Health Services: More Local Accountability or Just More Central Control”, Public Money and Management, Vol. 25, N. 4, (2005), 221 – 228.

Pinto, R. F., “Service Delivery in Francophone West Africa: The Challenge of Balancing Deconcentration and Decentralization”, Public Administration and Development, Vol. 24, (2004), 263 – 275.

Pirler, O., Gürsoy, E. Z. ve Başsoy, A., İl Düzeyinde Merkezi İdare-Mahalli İdare Görev Bölüşümü, Türk Belediyecilik Derneği – Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, 1997.

Pirler, O., Tortop, N. ve Başsoy, A., Belediyeler ve İdari Vesayet (Uygulama ve Öneriler), Türk Belediyecilik Derneği – Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, 1995.

Pirler, O., Yerel Yönetimlerin Sağlık İşlevleri ve Çevre Sağlığı, Yuvarlak Masa Toplantı Kitapçığı, Türk Belediyecilik Derneği – Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, 1995.

Polatoğlu, A., Kamu Yönetimi: Genel İlkeler ve Uygulamalar, ODTÜ Geliştirme Vakfı Yay. ve İletişim A.Ş., Ankara, 2001.

Polatoğlu, A., “Türk Kamu Yönetim Sisteminin Yeniden Örgütlenmesi Üzerine Düşünceler”, Amme İdaresi Dergisi, C. 36, S. 4, (2003), 1 – 16.

Raine, R. ve McIvor, M., “9 Years On: What Progress Has Been Made on Achieving UK Health Care Equity?”, The Lancet, Vol. 368, (2006), 1542 – 1545.

Robertson, R., Küreselleşme: Toplum Kuramı ve Küresel Kültür, (Çev.) Ümit Hüsrev Yolsal, Bilim ve Sanat Yay., Ankara, 1999

Rodriguez, E., De Puelles, P. G. ve Jovell, A. J., “The Spanish Health Care System: Lessons for Newly Industrialized Countries”, *Health Policy and Planning*, Vol. 14, N. 2, (1999), 164 – 173.

Romzek, B. S., “Dynamics of Public Sector Accountability in An Era of Reform”, *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 66, N. 1, (2000), 23 – 26.

Rosenbaum, A., Rodriguez-Acosta, C. ve Rojas, M. V., “Decentralizing the Health Service Delivery System in an Emerging Democracy: A Case Study of Organizational Change, Civil Society Participation and Local Institution Building in Paraguay”, *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 66, (2000), 655 – 672.

Sağır, M. ve Karkın, N., “Demokrasinin Güncel Sorunları ve Demokratik Paradokslar”, *Akdeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*, S. 10, (2005), 1 – 25.

Şahin, B. ve Top, M., “Küçülen Dünyada Büyüyen Beklentiler: Geleceğin Sağlık Sistemleri”, *Sağlık ve Toplum*, Y. 12, S. 3, (2002), 3 – 14.

Saint-Jean, O., “Health Care System in France”, *Psychogeriatrics*, Vol. 4, (2004), 114-116.

Saltık, A., “Sağlık Ekonomisi”, *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, C. 25, S. 4, 2003 (Özel Ek).

Saltman, R. B. ve Bankauskaite, V., “Implementing Decentralization in European Health Care System: Searching for Policy Lessons”, *European Health Policy Group Session, European Conference of Health Economists, London School of Economics*, 8 – 11 September, 2004.

Saltman, R. B. ve Figueras, J., “Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms”, *Health Affairs*, Vol. 17, N. 2, (1998), 85 – 108.

Saran, M. U., *Küreselleşme Sürecinde Kamu Yönetiminde Değişim ve Kamu Hizmetleri Alanında Toplam Kamu Yönetimi*, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara Üni. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2001.

Saygılıoğlu, N. ve Arı, S., *Etkin Devlet: Kurumsal bir Tasarı ve Politika Önerisi*, Sabancı Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2003

Sezer, Y. ve Karkın, N., “Kamu Yönetiminin Modernleşmesinde Şeffaflaşma Sorunu”, *Türk İdare Dergisi*, Y. 74, S. 436, Ankara, (2002), 227 – 246

Sezer, Y., Kamu Hizmetlerinin Görülmesinde Yap – İşlet – Devret Modeli, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2000.

Smith, B.C., “The Decentralization of Health Care in Developing Countries: Organizational Options”, Public Administration and Development, Vol. 17, (1997), 399 – 412.

Soyer, A., “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, Praksis, S. 9, (2003), 301 – 319.

Soyer, A., “Sağlıkta Dönüşüm Öyküsünün Son Üç Yılı”, TES – İŞ Dergisi, (2006), 76 – 79.

Sur, H., “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, www.merih.net/m1/whaysur12.htm (E.T. 25.07.2006).

Şaylan, G., “Bağımsız Bir Disiplin Olarak Kamu Yönetimi: Yeni Paradigma Arayışları”, Amme İdaresi Dergisi, C. 29, S. 3, (1996), 3 – 16.

Şaylan, G., “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, Amme İdaresi Dergisi, C. 32, S. 2, (2000), 1 – 22.

Şen, S., “Esnek Uzmanlaşma ve Kamu Yönetimi Reformu”, Mülkiye, C. XXVIII, S. 243, (2003), 147 – 169

Şenatalar, B., “Sağlık Ekonomisine Genel bir Bakış”, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi C. 25, S. 4, Özel Ek, (2003), 25-30

Tan, T., “Anayasa Mahkemesi Kararlarında Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, Anayasa Yargısı Dergisi, C. 8, (1991), 233 – 252

Tan, T., “Kamu Hizmeti, Özelleştirme ve Bürokrasinin Azaltılması Üzerine”, TİD, S.378, (1988), 73-90

Tatar, F., “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama”, Amme İdaresi Dergisi, C. 30, S. 2, (1997), 73 – 89

Tatar, M. ve Tatar, F., “Primary Health Care in Turkey: A Passing Fashion”, Health Policy and Planning, Vol. 12, N. 3, 1997, 224 – 233.

Tatar, M. ve Tatar, F., *Yerel Yönetimler ve Sağlık, Türk Belediyecilik Derneği ve Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, 1998.*

Tatar, F., Tatar, M. ve Şahin, İ., “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’deki Uygulamaları”, *Amme İdaresi Dergisi, C. 30, S. 3, (1997), 77 – 96.*

Tatar, M., “Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış”, *Amme İdaresi Dergisi, C. 26, S. 4, (1993), 137 – 151.*

Tekinel, O. ve Onur, D., “XIII. Beş Yıllık kalkınma Planı Öncesi Türkiye Geneli’nde ve Kahramanmaraş İlinde Sağlık Sektörünün Durumu”, *KSU Fen ve Mühendislik Dergisi, C.4, S.1, (2001), 19 – 27, <http://dondurma.ksu.edu.tr/fmd/sayi/41/41.19-27.pdf> (E.T. 05.08.2005)*

Tekinkuş, M. ve Tatoğlu, E., “Türkiye’de Büyükşehir Belediyelerinde Uygulanmakta Olan Kalite Yönetiminin Temel Boyutlarının Belirlenmesine Yönelik Faktör Analitik Bir Çalışma”, *8. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, 275 – 286, Nevşehir, Mayıs 2000.*

Tengilimoğlu, D., “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri”, *Ankara Üni. SBF Dergisi, C. 55, S. 1, 2000, 188 – 202.*

Thompson, G., “Introduction: Situating Globalization”, *International Social Science Journal, V. 51, N. 160, (1999), 139 – 152.*

Top, M., “Yolsuzluk ve Sağlık Hizmetleri”, *Amme İdaresi Dergisi, C. 37, S. 2, (2004), 75 – 95.*

Toprak, Z., “İl Özel İdarelerinin Görevleri ve Kamusal Hizmet Yaklaşımı”, *TİD, Y.62, S.387, (1990), 151 – 162.*

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., “Reforming the Reform: The Greek National Health System in Transition”, *Health Policy, Vol. 62, (2002), 15 – 29.*

Turner, M., “From Commitment to Consequences: Comparative Experiences of Decentralization in the Philippines, Indonesia and Cambodia”, *Public Management Review, Vol. 8, N. 2, (2006), 253 – 272.*

Türkoğlu, R., “Eğitimde Yerelleşme Sorununa Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ve Yerel Yönetim Yasa Tasarısının Getirdiği Çözümler Konusunda Yerel Yöneticilerin Görüşleri”, İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, C. 5, S. 8, (2004), <http://web.inonu.edu.tr/~efdergi/dergi/Turkoglu.htm> (E.T. 20.07.2005).

Uler, Y., “Anayasa Hukukunda ve İdare Hukukunda Kamu Hizmeti”, Anayasa Yargısı Dergisi, C. 15, (1998), 252 – 256, <http://www.anayasa.gov.tr/ anyarg15/yuler.pdf> (E.T. 31.12.2005).

Uluğ, F., “Yönetimde Yeniden Yapılanma ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı üzerine Eleştirel bir Bakış”, Amme İdaresi Dergisi, C. 37, S. 1, (2004), 1 – 28.

Ulusoy, A. D., “Kamu Hizmeti Anlayışında Yeni Yönelimler: Avrupa Yapılanmasının Kamu Hizmeti Teorisine Etkisi”, Amme İdaresi Dergisi, C. 31, S. 2, (1998), 21 – 40.

Üstüner, Y. ve Keyman, E. F., "Globalleşme, Katılımcı Demokrasi ve Örgüt Sorunu", Ekonomik Yaklaşım, C. 6, S. 17-18, (1995), 33 – 50.

Üstüner, Y., “Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu”, Amme İdaresi Dergisi, C. 33, S. 3, (2000), 15 – 31.

Ulusoy, A., “Hükümetin Yönetim Reformu Paradoksu”, Radikal 2, 16 Kasım 2003.

Uz, M. H., “Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, Amme İdaresi Dergisi, C. 32, S.1, (1999), 103 – 122.

Van Slyke, D. M., “The Mythology of Privatization in Contracting for Social Services”, Public Administration Review, Vol. 63, No.3, (2003), 296 – 315.

Vargo, S. L. ve Lusch, R. F., “The Four Service Marketing Myths: Remnants of A Goods-Based, Manufacturing Model”, Journal of Service Research, Vol. 6, N. 4, (2004), 324 – 335.

Vural, A. A., E-Devlet/E-Hizmet: Bilgi Toplumuna Geçiş Sürecinde Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Bir Model, Basılmamış Y. Lisans Tezi, TODAİE, Ankara, 2002.

Walsh, K., “Quality and Public Services”, Public Administration, Vol. 69, (1991), 503 – 514.

Wilson, W., “İdare’nin İncelenmesi”, Woodrow Wilson: Seçme Parçalar, (Çev.) Nermin Abadan, 53-73, Siyasi İlimler Türk Derneği, Ankara, 1962.

Yalçındağ, S., Belediyelerimiz ve Halkla İlişkileri, TODAİE, Ankara, 1996.

Yıldırım (a), H. H., “Türk Sağlık Reformları Neden Uygulanamıyor? Avrupa Sağlık Reformları Işığında bir Değerlendirme”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi: 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, Der. M. Tatar vd., 627-634, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Ankara, 20-21 Mayıs 2000.

Yıldırım (b), H. H., “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları için Çıkarılacak Dersler”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 5, S. 1, (2000), 1 – 25.

Yıldırım (c), H. H., “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, Amme İdaresi Dergisi, C. 32, S.1, (1999), 123 – 134.

Yıldırım, H. H. ve Yalçın, T., “Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Crowne Plaza, İstanbul, 27-28 Eylül 2001, 544 – 560.

Yıldırım, H. H., “Seçimler, Sağlık ve Siyaset”, www.absaglik.com, 24 Haziran 2007.

Yıldırım, H. H., “Nasıl bir Sağlık Reformu?”, www.absaglik.com, 17 Temmuz 2007.

Yıldız, Z., “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri”, Verimlilik Dergisi, Milli Produktivite Merkezi, S. 4, (1996), 79 – 92.

Yılmaz, O., Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri, DPT, Ankara, Şubat 2001, <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> (E.T.: 07.08.2005).

Yılmaz, S., Türkiye’de Sağlık Sistemi Sorunları ve Reform Önerileri, Süleyman Demirel Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış YL Tezi, Isparta, 1999.

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ SÜRECİNDE
YEREL YÖNETİMLERİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEĞİ**

I. Kişisel Bilgiler

1. Cinsiyetiniz?

| Erkek

| Kadın

2. Görev yerinizin bulunduğu Büyükşehir?

| Adana

| Antalya

| Eskişehir

| İzmir

| Ankara

| Diyarbakır

| İstanbul

| Samsun

3. Temsil ettiğiniz siyasi parti?

| AKP
| MHP| ANAP
| SHP| CHP
| SP| DYP
| Bağımsız| DSP
| Diğer:.....

| DTP

4. Kaç yıldır Büyükşehir belediye meclis üyesisiniz?
belirtiniz.....Yıl

Lütfen,

5. Yaş grubunuz nedir?

| 18 – 25 arası

| 26 – 35 arası

| 36 – 45 arası

| 46 ve daha üzeri

6. Eğitim durumunuz nedir?

| İlköğretim
(5+3 Yıl)| Lise
(ve dengi)| Üniversite
(2 / 4 yıllık)| Lisansüstü
(Master / Doktora)

7. Halen çalışmakta olduğunuz (veya en son çalıştığınız) mesleğiniz nedir?

| İşçi

| Memur / Sözleşmeli personel

| Serbest meslek / Şirket sahibi

| Emekli / Öğrenci /
Stajyer / Çalışmıyor

8. Çalışmakta olduğunuz (veya en son çalıştığınız) alan hangisidir?

| Sağlık/Sosyal/Kültür
| Halkla ilişkiler/Pazarlama
| Turizm
| Kamu Kuruluşu
| İnşaat/Müteahhitlik
| Mühendislik
| Hukuk| Eğitim/Araştırma
| Bankacılık/Sigortacılık/Finans
| Medya/Basın
| Esnaf ve Sanatkarlık
| Ticaret/Sanayi
| Muhasebe/Mali Müşavirlik
| Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

II. Sağlık Hizmetlerinde Yerelleşmeye Bakış

9. Aşağıdaki seçeneklerden hangileri, günümüzde, Türkiye'nin karşı karşıya olduğu **en önemli** sorunlar arasındadır? (Lütfen, **en fazla 3** seçenek işaretleyiniz.)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Sosyal ve ekonomik eşitsizlik | Enflasyon |
| AB ile ilişkiler | İşsizlik |
| ABD ile ilişkiler | Azınlıklar ve etnik kökenli sorunlar |
| Bürokrasinin hantallığı/verimsizliği | IMF ve Dünya Bankası ile ilişkiler |
| Demokrasi ve insan hakları sorunları | Köktencilik/radikal akımlar |
| Yolsuzluklar | Eğitim seviyesinin düşüklüğü |
| Kamu hizmetlerinin yerelleştirilmesi | Diğer..... |

10. Aşağıdaki seçeneklerden hangileri, yerel yönetimlerin karşılaştığı **en önemli** sorunlar arasındadır? (Lütfen, **en fazla 2** seçenek işaretleyiniz.)

- | |
|---|
| Mali kaynakların yetersizliği |
| Merkezdeki siyasetçi ve bürokratların yerel yönetimleri, merkezin taşra uzantısı olarak görmesi |
| Seçilmiş yerel temsilcilerin yönetsel alana ilişkin bilgi ve deneyim yetersizliği |
| Yerel yönetimlerin tam özerk ve güçlü olamamalarından kaynaklanan güvensizlik |
| Yerel siyasetçi ve bürokratların merkezi yönetim birimlerine aşırı bağımlı olması |
| Yetişmiş personelin sayı ve kalite olarak yetersizliği/eksikliği |
| Halkın yerel karar alma ve uygulama süreçlerine katkısının/ilgisinin düşük olması |
| Diğer..... |

11. Aşağıda belirtilen alanlardaki temel yetki ve sorumluluklar, hangi yönetsel düzeyde görülmelidir?

	Merkezi Yönetim	Yerel Yönetimler	Fikrim Yok
Çevre koruma			
Konut sağlama			
Gençlik ve spor			
Eğitim			
Sağlık hizmetleri			
Sosyal hizmetler			
İşsizlikle mücadele			
Dış politika			
Savunma			
Kültür			
Turizm			
Tarım			
Altyapı hizmetleri			

12. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunulması, kamu yönetimine ilişkin olumsuz bakış açısını nasıl etkiler?

- | |
|--|
| Vatandaşların güveninin kazanılmasında çok etkili olur |
| Vatandaşların önemli çoğunluğunun güveninin kazanılmasında etkili olur |
| Fikrim yok |
| Vatandaşların bir kısmının güveninin kazanılmasında etkili olur |
| Vatandaşların güveninin kazanılmasında hiç etkili olmaz |

13. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi sürecinde **en önemli** engel nereden kaynaklanabilir? (Lütfen, **tek seçenek** işaretleyiniz.)

- Merkezin taşra uzantılarında çalışan bürokrasinin direnci
- Yerel yönetimlerin ilgili hizmetleri devralmadaki olası isteksizliği
- Yerel yönetimlerin tecrübe ve kalifiye personel yetersizliği
- Statü olarak yerel yönetimlere bağlı olmanın personele getireceği hoşnutsuzluk
- Hizmetlere erişim/kullanma sürecinde meydana gelebilecek aksamaların oluşturacağı belirsizlik
- Sağlık alanında çalışan örgütlerin yerelleşme sürecini çeşitli kanallarla protesto etmesi
- Diğer:.....

14. Sağlık hizmet yerelleşmesinin **en önemli** gerekçesi aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Lütfen, **tek seçenek** işaretleyiniz.)

- Mali ve ekonomik gerekçeler
- Hükümetin siyasal tercihleri
- Mevcut yönetsel gerekçeler (Merkezi yönetimin aşırı büyümesi)
- Uluslar arası kurumların (IMF, DB, vb.) baskısı
- Diğer ülkelerdeki sağlık ve sosyal alana ilişkin başarılı uygulamaları ülkemize taşıma isteği
- Diğer:.....

15. Sağlık hizmet yerelleşmesine ilişkin aşağıdaki yararlardan **en çok** hangisi sizin beklentinizi yansıtmaktadır? (Lütfen, **tek seçenek** işaretleyiniz.)

- Vatandaşlarla yönetsel birimler arasındaki engellerin kaldırılması
- Hizmetlerin sunumunda hızlilik, duyarlılık ve süreklilik sağlanması
- Kamu hizmetlerinin sunumuna ilişkin yaklaşımlarda çağrı yakalama
- Yerel yönetim ve aktörlerin yapabilirliklerine güvenme
- Merkezi yönetimin yerele ait işlerden artık çekilmesi gereği
- Diğer:.....

16. Sağlık hizmet yerelleşmesi gerçekleşirse, aşağıdaki alanlarda nasıl bir değişiklik beklersiniz? Lütfen **her bir** ifadenin uygun olan seçeneğini ayrı ayrı işaretleyiniz.

	Çok Artacak	Artacak	Değişmeyecek	Azalacak	Çok Azalacak
Kamu yararı					
Yerel kırtasiyecilik/bürokrasi					
Vatandaşların memnuniyeti					
Hizmet personelinin uygar tavrı					
Hizmetlerin kalitesi					
Hizmetlerin maliyeti					
Hizmetlerin verimliliği					
Hizmetlerin sunumundaki hızlilik					
Hizmetlere erişimde bölgeler arası uçurum					

17. Sağlık hizmetlerinin yerel aktörler tarafından görülmesi durumunda aşağıda belirtilen unsurların bu hizmetler üzerinde nasıl bir etkisi olmasını beklersiniz? Lütfen, **her bir** ifade için görüşünüzü ayrı ayrı belirtiniz.

	Kesinlikle Etkiler	Etkiler	Fikrim Yok	Az Etkiler	Hiç Etkilemez
Mali ve ekonomik olanakların yetersizliği	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
Kalifiye personel yetersizliği	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
Yerel kayırmacılık	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
Yasal düzenlemelerden kaynaklanacak kısıtlamalar	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
Merkezi ve yerel yönetimler arasındaki siyasal görüş farklılığı	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
Yerel yönetimlerin kendi içlerindeki görüş farklılıkları	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

18. Yerelleştirilmek istenen "**sağlık ve sosyal hizmetler**" sizce hangi yerel aktör tarafından üretilmelidir?

Sağlık Hizmetleri	Sosyal Hizmetler
⋮ Yerel yönetimler (19. sorunun a kısmını cevaplamayınız)	⋮ Yerel yönetimler (19. sorunun b kısmını cevaplamayınız)
⋮ Sivil toplum kuruluşları (20. sorunun a kısmını cevaplamayınız)	⋮ Sivil toplum kuruluşları (20. sorunun b kısmını cevaplamayınız)
⋮ Özel sektör (21. sorunun a kısmını cevaplamayınız)	⋮ Özel sektör (21. sorunun b kısmını cevaplamayınız)
⋮ Ortak bir yönetim modeli	⋮ Ortak bir yönetim modeli
⋮ Diğer:	⋮ Diğer:

19. Sağlık ve sosyal hizmetlerin görülmesinde/gördürülmesinde **yerel yönetimler** hangi konumda olmalıdır?

a) Sağlık Hizmetleri	b) Sosyal Hizmetler
⋮ Hizmetlerin planlanma sürecinde	⋮ Hizmetlerin planlanma sürecinde
⋮ Politika geliştirme sürecinde	⋮ Politika geliştirme sürecinde
⋮ Hizmetlerin denetlenmesinde	⋮ Hizmetlerin denetlenmesinde
⋮ Karar alma sürecine katılımı	⋮ Karar alma sürecine katılımı
⋮ Diğer (Lütfen, belirtiniz).....	⋮ Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

20. Sağlık ve sosyal hizmetlerin görülmesinde/gördürülmesinde **sivil toplum örgütleri** hangi konumda olmalıdır?

a) Sağlık Hizmetleri	b) Sosyal Hizmetler
⋮ Politika geliştirme sürecinde	⋮ Politika geliştirme sürecinde
⋮ Hizmetlerin planlanması sürecinde	⋮ Hizmetlerin planlanması sürecinde
⋮ Hizmetlerin denetlenmesinde	⋮ Hizmetlerin denetlenmesinde
⋮ Karar alma sürecine katılımı	⋮ Karar alma sürecine katılımı
⋮ Diğer (Lütfen, belirtiniz).....	⋮ Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

21. Sağlık ve sosyal hizmetlerin görülmesinde/gördürülmesinde **özel sektör örgütleri** hangi konumda olmalıdır?

a) Sağlık Hizmetleri

- | Hizmetlerin planlanma sürecinde
- | Politika geliştirme sürecinde
- | Hizmetlerin denetlenmesinde
- | Karar alma sürecine katılımda
- | Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

b) Sosyal Hizmetler

- | Hizmetlerin planlanma sürecinde
- | Politika geliştirme sürecinde
- | Hizmetlerin denetlenmesinde
- | Karar alma sürecine katılımda
- | Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

22. Sağlık hizmetlerinin yerel aktörler tarafından üretilmesi durumunda, sağlık çalışanlarının durumlarındaki **en önemli** değişiklik ne olurdu? (Lütfen, **tek seçenek** işaretleyiniz.)

- | Sağlık çalışanlarının genel durumları daha iyi olur
- | Sağlık çalışanlarının genel durumları daha kötü olur
- | Sağlık çalışanlarının genel durumları yerel yönetimlere göre değişir
- | Sağlık çalışanlarının genel durumları yönetimlere göre değişmez
- | Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

23. Sağlık hizmetlerinin yerel aktörler tarafından sunulmasının **en önemli** yararı sizce ne olabilir? (Lütfen, **tek seçenek** işaretleyiniz.)

- | Vatandaşların ihtiyaçlarına daha duyarlı ve tatmin edici yaklaşılması
- | Sosyal güvencesi olmayan bireylere kamuya yük olmayacak sağlık hizmeti sağlanması
- | Yeni vergi kaynaklarının oluşturulması
- | Ek sermaye ve yatırım kaynaklarının ortaya çıkması
- | Mevcut kaynakların daha etkin ve bütünleştirilmiş kullanımı
- | Bazı kamu hizmetlerinin sadece merkezi hükümet tarafından sunulabileceği anlayışının kırılması
- | Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

24. Merkezi hükümetin sağlık hizmetlerine ilişkin yerel yönetimlere devrettiği yetki ve sorumlulukları geri alabileceği görüşüne katılır mısınız?

- | **Katılıyorum** (Lütfen, 25. soru ile devam ediniz)
- | **Fikrim Yok** (Lütfen, 26. soruya geçiniz.)
- | **Katılmıyorum** (Lütfen, 26. soruya geçiniz.)

25. Devredilen hizmetlerin geri alınmasına ilişkin olası **en önemli** gerekçe sizce aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Lütfen, **tek seçenek** işaretleyiniz.)

- | Hizmetlerin sunumunda yerel yönetimlerin olası başarısızlığı
- | Vatandaşların olası memnuniyetsizliği
- | Merkezi hükümette olası iktidar değişikliği
- | Hizmetlere erişimde bölgeler arası farklılıklar
- | Hizmetlerin sunumuna ilişkin yerel yönetimler arası mali ve ekonomik farklılıklar
- | Küresel boyutta olası yeniden merkezileşme eğilimleri
- | Uluslar arası kurum ve kuruluşların merkezileşmeye dönük olası baskıları
- | Diğer (Lütfen, belirtiniz).....

III. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Öneriler

26. Sağlık hizmetlerinin yerel aktörlere devrine ilişkin farklı görüşler bulunmaktadır. Lütfen, aşağıdaki **her bir** ifade için sizin görüşünüzü **en iyi** yansıtan seçeneği belirtiniz.

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Sağlık hizmeti özel sektör tarafından sunulursa, güçlü firmalar tekel oluşturabilir.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
2. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde, özel firmaların yeterli deneyiminin olup olmaması son derece önemlidir.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
3. Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi, yeterli ve uygun sağlık personelinin istihdam edilmesini kolaylaştırır.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
4. Sağlık hizmetlerinin devri, bölgeler arasındaki hizmet kalitesini daha da derinleştirir.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
5. Devirden beklenen amaç gerçekleşmezse, sağlık hizmetlerinin tekrar merkezi yönetim tarafından üretilmesi söz konusu olabilir	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
6. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri, bölgeler arasında ilgili hizmetlere ilişkin ödenek dağılımında eşitsizliğe sebep olur.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
7. Yerel koşulların birbirinden farklı olması, sağlık hizmetlerine erişimde bölgeler arası eşitsizliğe sebep olabilir.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
8. İlgili devri planlama ve düzenleme aşamasında, hükümet, sağlık sektörünün görüşlerini dikkate almamıştır	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
9. Bir bütün olarak düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi, sağlık sektörünü olumsuz etkiler.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

27. Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri sürecinde, aşağıda yer alan **her bir** ifadeye ilişkin görüşünüzü **en iyi** yansıtan seçeneği belirtebilir misiniz?

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Büyükşehir ve alt kademe belediyelerin aralarındaki sorumluluk alanı açıkça belirtilmelidir.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
2. Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi, uluslar arası geçerliliği olan partiler üstü bir konudur.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
3. Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
4. Halkın sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma sürecine katılımı için gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmalıdır.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
5. Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi sağlanmalı ve kalite ön plana çıkarılmalıdır.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
6. Sağlık hizmet çalışanlarının sundukları hizmetlerde performans ve memnuniyeti ölçebilecek sistemler geliştirilmelidir.	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

Araştırmaya gösterdiğiniz ilgi, ayırdığınız zaman ve sağladığınız katkı için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Erol ESEN
(Doktora Adayı)

Naci Karkın

ÖZGEÇMİŞ

- Adı ve Soyadı** : Naci KARKIN
- Doğum Tarihi ve Yeri** : 08.04.1979, Çiftlik Köyü – Nevşehir
- Medeni Durumu** : Evli
- Eğitim Durumu** : Lisansüstü
- Mezun Olduğu Lise** : Nevşehir Ticaret Meslek Lisesi
- Lisans Diploması** : Orta Doğu Teknik Üniversitesi / Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
- Yüksek lisans Diploması** : Pamukkale Üniversitesi / Kamu Yönetimi
- Tez Konusu** : Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Değişim:
e-Devlet Uygulamaları ve Denizli Belediyesi Örneği
- Yabancı Dil / Diller** : İngilizce (Çok iyi), Almanca (Başlangıç)