

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DESANTRALİZASYON VE TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMALARI*

DECENTRALIZATION IN HEALTH SERVICES AND ITS APPLICATIONS IN TURKEY

**Dr. Öğr. Üyesi Kazım BAŞ¹
Prof. Dr. Haydar SUR²**

ÖZET

Desantralizasyon kavramı, 1990'lı yıllardan sonra dünya ülkelerinde sağlık hizmetlerinde yapılan reformların temel bileşeni olmuştur. Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamaları her ülkenin kendine özgü tarihsel deneyiminden etkilenir. Türkiye'de 2003 yılında Sağlık Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli daha etkin sunulması için bazı reformlar yapılmıştır. Bu reformlarla merkezi düzeyde politika belirleyen ve hizmet üreten birimler birbirinden ayrılmıştır. Ayrıca yöneticilere daha fazla yetki verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde rekabet ve performansa dayalı çalışma anlayışı benimsenmiştir. Sağlıkta dış kaynak kullanımıyla piyasalaştırma gibi uygulamalara da ağırlık verilmiştir. Günümüzde de koronavirüs tedbirleri kapsamında il ve ilçe hıfzıssıhha kurulularına verilen yetkiler ile desantralizasyon uygulamalarının benimsendiği görülmektedir. Desantralizasyon, sağlık hizmet sunumunu teşvik etme, kaynakları ihtiyaçlara göre tahsis etme, toplum katılımını sağlama ve sağlıktaki eşitsizlikleri azaltma ve hizmet kalitesini artırma gibi nedenlerle, yaygın şekilde önerilmektedir. Literatür incelendiğinde Türkiye'de sağlık hizmetlerinde desantralizasyon konusunda sınırlı sayıda çalışma olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada, desantralizasyonun sağlık hizmetlerindeki önemi açıklanarak, literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Desantralizasyon, sağlıkta desantralizasyon, yönetim.

ABSTRACT

The concept of decentralization has been the main component of reforms in health services in the world countries after the 1990s. It was emphasized that the decentralization practice in health services is affected by the unique historical experience of each country. In the process that started with the Health Transformation Program in 2003 in Turkey, some reforms were made until 2012 in order to provide more efficient and quality services. With these reforms, the units that determine policy at the central level and produce services were separated from each other. In addition, managers have been given more authority. An understanding of work based on competition and performance has been adopted in healthcare services. Practices such as marketing through outsourcing in healthcare have also been emphasized. Today, within the scope of coronavirus measures, it is seen that decentralization practices have been adopted with the authorities given to provincial and district health boards. Decentralization is widely recommended for reasons such as promoting health service delivery, allocating resources according to needs, ensuring community participation and reducing inequalities in health and improving service quality. When the literature is examined, it is understood that there are a limited number of studies on decentralization in health services in Turkey. In this study, it is aimed to contribute to the literature by explaining the importance of decentralization in health services.

Key Words: Decentralization, health decentralization, management.

* Bu çalışma doktora tezinden türetilmiştir.

¹ Munzur Üniversitesi Tunceli Meslek Yüksekokulu/kbas@munzur.edu.tr

² Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi/ haydar.sur@uskudar.edu.tr

1. GİRİŞ

Seksenli yıllardan sonra neoliberal ekonomik politikalar, küreselleşme, toplumsal, ekonomik, siyasal gelişmelerle birlikte ulus devletlerin yenilenmesi öngörülüp, daha etkin yönetim sisteminin ortaya çıkması benimsenmiştir. Bu anlayışla devletin kamu hizmetlerindeki rolünün sınırlandırılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda dünyanın çoğu ülkesinde devletin merkezi rolü çerçevesinde bazı yetkiler yerel/bölgesel birimlere aktarılmıştır. Aktarılan bu yetkiler desantralizasyon (yerinden yönetim) kavramıyla açıklanmıştır. Kamu yönetiminde desantralizasyon uygulamaları başlıca üç aşamadan geçerek günümüze gelmiştir. İlk aşamada (1970-1980'li yıllar) hiyerarşik hükümet yapıları ile merkezileşen bürokrasilerden kaynaklı sorunların giderilmesine odaklanılmıştır. İkinci aşamada (1980'li yıllardan sonra) kamuda özelleştirmelerle birlikte özel sektörün kamuda karar verme kapsamının genişletilmesi amaçlanmıştır. Üçüncü aşamaya 1990 yılından sonra geçilerek, seçilmişler ve sivil toplum örgütleri aracılığıyla halkın yönetime daha geniş katılımı hedeflenmiş, yönetim kavramı benimsenmiştir (Cheema ve Rondinelli, 2007:11).

İkinci Dünya Savaşından sonra (1945) başlayan soğuk savaş döneminde merkezi yönetim (devlet) ekonomik büyümenin temeli olarak görülmüş, devletin ekonomik ve kamudaki rolü güçlenerek devam etmiştir. Yetmişli yıllardan sonra devletin rol ve işlevine olan bakış açısı değişerek devletin ekonomik ve kamudaki rolünün azaltılması amaçlanmıştır. Bu süreçte iyi yönetim için devlet (hükümet) dışı kuruluşlar ve sivil toplumun güçlenerek piyasadaki yerini aldığı bildirilmiştir (Nadeem, 2016:8). Seksenli yıllardan sonra ise uluslararası yardım kuruluşları tarafından, gelişmekte olan ülkelerde yürütülen kalkınma planları ve politikalarıyla merkezi yönetimin yerel üzerindeki aşırı yetkileri tartışılmaya açılmıştır. Kalkınma planında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eşit ekonomik büyümeyi teşvik etme ve dar gelirli kesimlerin temel ihtiyaçlarını karşılama konuları üzerinde durulmuştur. İlk olarak, desantralizasyonun ekonomik büyümeyi artırarak, büyümenin faydalarının toplumun geniş kesimlerine ulaştıracağı öngörülmüştür. Böylece bölgeler arası gelişmişlik farkını azaltıp, bölgelerin entegrasyonunu sağlayarak, yoksulluğu azaltmada ve kalkınmayı dengelemede, desantralizasyonla başarılı olacağı vurgulanmıştır. İkincil olarak ise gelişmekte olan toplumlarda dar gelirli kesimlerin devlet hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları için desantralizasyonun kamu hizmetinin yerel birimlerce planlanıp sunumuyla, karar süreçlerine toplum katılımını sağlamada uygun araç olacağı ifade edilmiştir (Rondinelli, 1981:134; Kigume ve Maluka, 2018:14). Bu süreçte uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri aracılığıyla yerelleşme yönelimleri artarak devam etmiştir. Ayrıca, ülkeler düzeyinde yapılan serbest ticaret anlaşmaları, uluslararası anlaşmaların koşullarına bağlı sağlanan krediler nedeniyle de merkezi hükümetler geleneksel rolleri konusunda seçim yapmak zorunda kalmıştır. Bu durum gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde merkezden uzaklaştıkça kritik rolleri dışındaki yetkilerin merkezi olmayan birimlere bırakılmasına neden olmuştur (Schneider, 2003:35). Türkiye'de 2004 yılından itibaren desantralizasyon kavramı altında toplanan bir dizi reformla, merkezi hükümet ile yerel / bölgesel otoriteler arasındaki ilişkilerin yeniden organize edilmesi amaçlanmıştır (Bayraktar ve Massicard, 2012:7). Sağlık hizmetlerinde başta Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olmak üzere diğer reform çabalarıyla sağlık hizmetlerinde rekabet, desantralizasyon gibi ilkeler vurgulanmış ve sağlık hizmetlerinde mali ve idari özerkliğin sağlanacağı belirtilmiştir (Ünal ve Tagiyev, 2016:484).

Desantralizasyon kavramı 1990'lı yıllardan sonra dünyanın çoğu ülkesinde sağlık sektöründe reform planlarının merkezinde yer aldığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaynakların ihtiyaçlara göre daha iyi tahsis edilmesini sağlamak, toplumu önceliklerle ilgili kararlara katılımını sağlama ve sağlıktaki eşitsizliklerin önleyeceğinden desantralizasyonun etkili bir

araç olduğuna inanılmaktadır (Østergren ve ark., 2007:225). Ayrıca desantralizasyon uygulamasının sağlık sektörü üzerinde büyük etkisinin olabileceği, sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu, finansmanı ve kalitesini arttıracığından yaygın şekilde önerilmektedir (Panda ve Thakur 2016:4).

Günümüzde yaşanan koronavirüs pandemisi nedeniyle dünyanın bazı ülkelerinde salgınla mücadelede, merkezi yetkilerle birlikte desantralizasyon uygulamalarına da ağırlık verildiği görülmektedir. Ülkemizde de koronavirüs tedbirleri kapsamında il ve ilçe hıfzıssıhha kurulları yetkilendirilmiştir (İçişleri Bakanlığı Genelgesi, 2020). Literatür incelendiğinde Türkiye’de sağlık hizmetlerinde desantralizasyon konusunda sınırlı sayıda çalışma olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada, desantralizasyonun sağlık hizmetlerindeki önemi açıklanarak, literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

2. DESANTRALİZASYON KAVRAMI VE TÜRLERİ

Desantralizasyon birçok bileşeni olan kavramdır olup, iyi anlaşılması için tanım ve sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Desantralizasyon kavramı kısaca “sorumluluğun alt birimlere, yerel otoritelere, özerk kuruluşlara, bölge temsilciliklerine devredilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Desantralizasyon uygulamasında merkezi düzeydeki yetkilerin devri aşağıdaki gibi belirlenebilmektedir.

- Merkezi hükümetin saha birimleri, bakanlıklar veya ajanslar,
- İkincil birimler ya da hükümet seviyeleri düzeyinde,
- Yarı-özerk kamu kurumları ya da kuruluşları,
- Bölge çapında bölgesel veya işlevsel makamlar,
- Hükümet dışı özel veya gönüllü kuruluşlar olarak yetki devri olacağı belirtilmiştir (Rondinelli vd., 1983:14; Akyar, 2008:21).

Yukarıda belirlenen bu yetki düzeylerinin çerçevesi merkezi hükümet/otorite tarafından belirlenmekte, yetkiler merkezi otoriteye bağlı geniş ya da kısıtlı olabilmektedir. Merkezi yönetimle yerel yönetim arasında yetki, sorumluluk, gelir paylaşımı ilişkisi yeni kamu yönetimi literatüründe desantralizasyon (yerinden yönetim/ adem-i merkeziyetçilik) kavramıyla ifade edilmiştir. Geniş anlamıyla ise daha üst düzeydeki yetkilerin daha alt düzeydeki birimlere, kamu işlevlerini içeren yetki ve sorumluluğun merkezi otoriteye bağlı yarı özerk yapıdaki hükümet kuruluşlarına, sivil toplum örgütlerine ve özel sektöre aktarılmasıdır (Seval, 2013:21) Desantralizasyon uygulamasıyla;

- Daha istikrarlı demokratik bir sistem oluşturmak,
- Hükümet verimliliğini ve etkinliğini arttırmak,
- Yerel ve ulusal düzeyde ekonomik kalkınmayla birlikte istikrarı sağlamak,
- Daha şeffaf bir yönetimi benimsemek,
- Vatandaşların karar alma sürecine katılımını sağlamak amaçlanmaktadır (Isufaj, 2014:460).

2.1. Desantralizasyon Türleri

Desantralizasyon daha önce ülkelerin kamu sektöründe uygulamaları sonucunda elde edilen deneyimlerle birlikte, siyasi, idari, mali, piyasa olarak isimlendirilen dört boyutu ve dekonsantrasyon (yetki genişliği), delegasyon (yetki transferi), devolüsyon (yetki devri), özelleştirme olmak üzere dört alt tipi ile sınıflandırılmıştır. Dünya ülkelerinin geçmiş

desantralizasyon tecrübeleri incelendiğinde, desantralizasyonun farklı düzeylerde uygulandığı görülmüştür (Akyar, 2008:21; Cheema ve Rondinelli, 2007:3).

2.1.1. İdari (Yönetimsel) Desantralizasyon

İdari desantralizasyon merkezi yönetim yapılarında bürokratik işleyişle ilgili karar ve bazı yetkilerin yerel düzeye aktarılmasıdır. Uygulamada dekonsantrasyon, delegasyon, devolüsyon olmak üzere üç şekilde gerçekleşmektedir. Merkezi hükümetten, idari ve yerel yönetim birimlerine yetki aktarılmasıyla siyasi sürecin yaygın katılımı sağlanarak, yerelleşme için kurumsal bir çerçeve sağlanmaktadır (Cheema ve Rondinelli, 2007:7; Berkün, 2017:642).

2.1.1.1. Dekonsantrasyon (Deconcentration)

Dekonsantrasyon, sorumluluk ve yetkinin daha az sayıda paylaşıldığı resmi bir idari yapı (dikey dekonantrasyon) içinden daha fazla sayıda idari aktöre aktarılmasıdır. Yani merkezi yönetim düzeyindeki yetki ve sorumluluğun sağlık uzmanlarına (yatay dekonsantrasyon), yönetim dışı gruplara aktarılmasını içermektedir (Vrangbaek,2007:45). Dekonsantrasyon yetki genişliği olarak da ifade edilmekle beraber, yönetim birimlerinde karar verme yetkisinin alt birim sorumluları ile uygulayıcılarına bırakılmasıdır (Mills, 1990:16; Berkün, 2017:651). Dekonsantrasyon uygulamada dikey ve bütünleşmiş (entegre) şekilde yapılandırabilmektedir. İdarenin dikey yapılanmasında, yerel birimlerde çalışan memurlar bakanlığına karşı sorumludur. Bütünleşmiş olan yapılarda ise merkezi idarenin yerelde yetkilisi bulunmaktadır. Yerel yetkili olarak vali, başkan ya da yerel yönetimin bakanı, kendi bölgesindeki bütün devlet işlevlerinden sorumlu olup merkezi yönetime karşı sorumludur (Mills, 1990:16). Türkiye’de sağlık hizmetlerinde idari bütünlük içinde sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli yürütülmesi için merkezin idari yetkilerinin (Sağlık Bakanlığı) bir kısmı yerel birimlere verilmiştir. Bakanlık adına sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi il sağlık müdürleri ve il müdürlüğüne bağlı ilçe sağlık müdürlerine verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ilde vali, ilçede ise kaymakam birinci derece yetkili kılınmıştır (Erdemir vd., 2019:11).

2.1.1.2. Delegasyon (Delegation)

Delegasyon, kavram olarak görevlerin devredilmesi anlamına gelmektedir. Merkezi hükümetin hizmet sunum sorumluluklarını yerine getirmek için merkezi (bakanlık) birime karşı tam sorumlu olan yarı özerk devlet kurumları, devlet dışı kuruluşlara, yetkilerin aktarıldığı heyet olarak ifade edilmektedir (Keskin, 2004:125). Delegasyonla, merkezi hükümet tarafından belirlenen sınırlar içinde asıl sorumluluk kendi üzerinde olmak koşuluyla tüm yetkiler devredilmektedir. Burada amaçlanan hizmet üreten birimler arasında rekabeti sağlayarak hizmet yarışıyla kaliteyi arttırmaktır (Akyar,2008:26). Ülkemizde Üniversite ve Vakıf hastaneleri delegasyona örnek verilmektedir (Hayran, 2017:4).

2.1.1.3. Devolüsyon (Devolution)

Devolüsyon merkezi yetkilerin bölgeler, belediyeler gibi alt düzey siyasi makamlara aktarılmasıdır (Vrangbaek, 2007:45). Aynı zamanda devolüsyon, karar alma yetkisinin merkezi hükümet ile bölgesel hükümetler arasında paylaşılmasını ifade etmektedir. Devolüsyonla özerk ve bağımsız olan yapılara geliri toplama ve harcama yetkisi verilmektedir. Verilen bu yetkilerle merkezi hükümete bağlı ulus-altı ve özerkliği olan yapılar oluşturulmaktadır (Keskin, 2004:126). Devolüsyonla yeni yerel otoriteler kurulup yetki devri yapılarak bazı işlevlerin denetimi de yerel otoritelere bırakılmaktadır. Devolüsyonda coğrafi sınırlar içinde belirlenen yasal çerçeveye yerel birimler merkezi otoriteden ayrılarak özerk, bağımsız yapılara dönüşmektedirler. Devolüsyon yerelleşmenin siyasi yönü olup bu uygulamayla karar verme yetkisi daha alt kademelere verilmektedir. Bu uygulamada kamu

faaliyetlerinin yerel otoriteye bırakılması önemli avantajı oluşturmaktadır. Ancak, maliyetin yüksek olması nedeniyle, özellikle sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili yerel birimlerde bazı finansal sorunlar yaşanabilmektedir (Çoban, 2009, s:78). Sağlık hizmetlerinde ülkemizde devölüsyon aşamasına geçilmediği ancak yerel yönetimlere bu konuda bazı yetkilerin verildiği belirtilmiştir (Hayran, 2017:4).

2.2. Siyasi (Politik) Desantralizasyon

Demokratik desantralizasyon olarak da adlandırılan siyasi desantralizasyon, idari, mali ve siyasi güçlerin, kamu hizmeti sunum işlevlerinin seçilmiş yerel yönetimlere aktarılmasını içeren bir kavramdır (Rondinelli, 1981:134). Yerel yönetimler, karar verme ve bunları kendi yetkileri kapsamında uyguladığından en geniş kapsamlı desantralizasyon türü olarak görülmektedir. Siyasi desantralizasyon yerel hizmet sunumunda vatandaşın etkili katılımı için elverişli ortam yaratmaktadır. Ayrıca siyasi desantralizasyon hükümetleri teşvik ederek, özgür ve adil seçimler yoluyla siyasi çoğulculuk için meşruiyet sağlamaktadır. Aynı zamanda siyasi desantralizasyon için bağışçı ülkelerden ve uluslararası kalkınma kurumlarından güçlü destek sağlanmaya çalışılır (Cheema ve Rondinelli, 2007:13). Siyasi/demokratik desantralizasyon iktidarın seçilmiş hükümetler aracılığıyla yetkilerin aşağıya doğru aktarılması olarak tanımlanmıştır (Larson, 2004:31). Siyasi desantralizasyon sürecinin bir ülkede başlaması için genellikle anayasal reformların kabul edilmesi, çoğulcu partilerin gelişmesi, yerel siyasi birimlerin ortaya çıkması, sivil toplumun tanınması ve katılımı gerekmektedir. Teorik olarak bakıldığında, siyasi desantralizasyon sivil toplum ile toplum temelli sivil alan yaratabilmektedir. Bu yapılmayla, kamu çıkar grupları ve komiteleri, iş dernekleri, sendikalar, medya, dini liderler aracılığıyla yerel düzeyde önemli kurumsal kapasite geliştirilerek karar alma süreçlerine dinamik katılım sağlanması amaçlanmaktadır (Diep vd., 2016:8).

2.3. Mali (Fiscal) Desantralizasyon

Mali desantralizasyon, kamu gelirlerinin hükümetin tüm düzeyleri arasında paylaşılmasında mali işbirliği araçları ve mekanizmalarını gerektirmektedir (Cheema ve Rondinelli, 2007:8). Mali desantralizasyonun önemli iki özelliği bulunmaktadır. Birincisi yerel yönetimlerin kendilerine verilen işlevleri yerine getirmek için yeterli kaynaklara sahip olmaları gerekmektedir. İkincisi ise yerel yönetimin finansmanı için mali kaynağa ihtiyaç duyulmaktadır (Hart ve Welham, 2016:11). Finansal sorumluluk desantralizasyonun önemli temel bileşenidir. Yerel yönetimler ve özel kuruluşların merkezi olmayan işlevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için yeterli geliri (yerel olarak yükseltilmiş veya merkezi hükümetten transfer edilmiş) ve harcama kararlarını verme yetkisine sahip olması gerekmektedir (Oplotnik ve Finžgar, 2000:43).

2.4. Piyasa/Ekonomik Desantralizasyon

Piyasa desantralizasyon devlete ait kamu işletmelerinin özelleştirilmesini ve piyasaların serbestleştirilmesini içeren bir kavramdır (Cheema ve Rondinelli, 2007:7). Piyasa desantralizasyon özelleştirme ve serbestleşme yoluyla merkezi hükümetin kamudaki fonksiyonlarının özel sektöre kaydırılmasıdır. Öncelikli olarak hükümetin sorumluluğunda olan işlevlerin, özel işletmeler, topluluk grupları, kooperatifler, gönüllü dernekler ile diğer sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülmesine izin verilmesini ifade etmektedir. Piyasa desantralizasyonun deregülasyon ve özelleştirme olmak üzere iki yanı bulunmaktadır. Deregülasyon, özel katılımı ilgili yasal kısıtlamaları azaltarak, devlet tarafından ya da düzenlenmiş tekeller tarafından daha önce sunulan hizmetler için özel tedarikçiler arasında rekabete izin veren düzenlemeleri içermektedir. Özelleştirme, tamamen piyasanın serbest

işleyişine dayanan mal ve hizmetlerin sağlanmasından, hükümetin ve özel sektörün hizmet ya da altyapı sağlamak için iş birliği yaptığı kamu-özel sektör ortaklıklarına kadar değişebilmektedir (Ford, 2002:6).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme

Seksenli yıllarla birlikte bazı ülkelerde sağlık hizmetlerindeki kamu-özel karması konusunda tartışmalar yapılmıştır. Serbest piyasanın, hizmetlerin üretim ve dağıtımında en verimli yol olduğu belirtilmiştir. Piyasa başarısızlığı durumunda da kamu sektörünün sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda baskın rolünü oynayarak eşitsizlikleri önleyeceği belirtilmiştir. 1980'li yıllardan sonra dünyanın çoğu ülkesinde sağlık hizmetleri kamudan özel sektöre kayarak, sağlık sektöründe değişim sürecini başlatmıştır. Bu süreç özelleştirme kavramıyla açıklanmıştır. Özelleştirmeler sadece ulusal sağlık sistemiyle sağlık hizmeti sunan ülkelerde değil aynı zamanda sosyal sigorta ve karma sağlık sistemiyle sağlık hizmeti veren ülkelerde de (Hollanda gibi) gerçekleşmiştir (Janssen ve Made, 1990:193).

Sağlık hizmetleri uzun yıllar kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak görülmüş, hükümetin (devlet) rolü ise sağlık örgütlerini desteklemek ve geliştirmekle sınırlandırılmıştır. 1970 yılında dünyada yaşanan petrol krizi ve ekonomik durgunlukla birlikte hükümetlerin sağlık hizmetlerine müdahalesi artarak devam etmiştir. Sağlıkta yürütülen reform çabaları tüm dünyada yıllarca devam ederek özelleştirme uygulamalarıyla da sağlık alanında önemli değişim yaratmıştır. Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin son otuz yılındaki reform trendi sürecinde özelleştirme ve desantralizasyon arasında ilişki kurulmuştur (André vd., 2016:21). Ayrıca sağlıkta özelleştirme uygulamaları; sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlığı, sağlıkta dışsallıklar, bilgi asimetrisi, ahlaki tehlike (talep ve arz eksenli) ve sigortasız riskler gibi nedenlerle kamu yararı gözetilerek eleştirilmiştir (Atun, 2007:247).

Koronavirüs Pandemi sürecinde dünyanın bazı ülkelerinde piyasalaştırılmış sağlık sistemlerinin zayıflıkları ve başarısızlıklarının açığa çıktığı vurgulanmıştır. Pandemi sürecinde özel sağlık hizmeti sunucularının bazıları likidite krizine bağlı hizmet sunumunu durdurarak çalışanlarını toplu işten çıkarmıştır. Bazı ülkelerde ise özel hastaneler yatak sayılarını azaltarak ya da yetkililerden gizleyerek koronavirüs hastalarının tedavisini kabul etmemiştir. Koronavirüs salgınıyla birlikte özel sağlık hizmetlerinde yaşanan piyasa başarısızlıklarını önlemek için ülkeler geliştirdikleri kamu politikalarıyla piyasaya müdahale etmiştir. Ayrıca salgınla daha etkin mücadele etmek için bazı ülkelerde özel hastaneler kamulaştırılmıştır. Dünya genelinde, pandemi ile birlikte kamu sağlık hizmetlerinin önemi bir kez daha önemli hale gelmiştir (Williams, 2020; Ang, 2020; BY DAILY SABAH WITH AFP,2020).

2.5. Desantralizasyonun Avantajları

Desantralizasyonun uygulandığı ülke örnekleri ve deneyimlerinden yola çıkılarak siyasi, idari, mali ve piyasa alanında bazı yararlarının olduğu vurgulanmıştır. Desantralizasyonun avantajlarını aşağıdaki olduğu gibi özetlemek mümkündür.

- Halkın beklenti tahminlerine uygun daha iyi hizmet verilebilmektedir.
- Merkezi yönetime göre yerelin daha esnek olmasından dolayı değişen koşullara uyum kolaylaşarak ihtiyaçların daha hızlı karşılanması sağlanabilmektedir.
- Çalışanların motivasyonu (istekliliğini) arttırabilmektedir.
- Demokratik kültürün gelişmesine katkı yapmaktadır.
- Yerel düzeyde toplumla bütünleşme sağlanarak hizmet sunumunu ve kalitesi arttırmaktadır.
- Düşük gelirli ve dezavantajlı kesimlerin yerel hizmetlere katılımını kolaylaştırmaktadır.

- Toplumun, kamu politikalarının belirlenmesinde söz sahibi olmasını sağlamakta,
- Yönetime kolay erişimi sağlayıp, bilgi edinme ve hesap sorma için ortam oluşturmaktadır.
- Yerelde sorunların sahiplenilmesini sağlayıp, buna bağlı sorunlara çözüm üretilmesini kolaylaştırmaktadır
- Yerel birimlerde işbirliğinin gelişmesiyle birlikte yönetimin yükünün azalmasına katkı yapmaktadır.
- Aşırı merkeziyetçi yapılar ve bürokrasiden kaynaklı sorunların azalmasına yardımcı olabilmektedir (Rondinelli, 1981:135; Akyar, 2008: 28; Isufaj, 2014:461; Hayran, 2017:4).

2.6. Desantralizasyonun Dezavantajları

Ülkelerin siyasal, ekonomik, tarihi koşullarına bağlı desantralizasyon deneyimleri sonucunda bazı olumsuz yanlarının da olduğu vurgulanmıştır. Desantralizasyonun dezavantajlarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

- Yerel birimler hizmet ve yönetimi finanse edecek mali kaynaklardan yoksun kalabilmektedir.
- İnsan kaynaklarında özellikle belli uzmanlık gerektiren işlerin yerelde yürütülmesinde sorunlar yaşanabilmektedir.
- Merkezi otorite/devlet siyasi birliği olumsuz etkileyeceği kaygısı nedeniyle desantralizasyon konusunda istekli davranmayabilir,
- Yerel birimlerde kamu hizmetlerinin bütünlük içinde ve eşit yürütülmesi zorlaşabilir. Dolayısıyla bu durum bölgesel farklılıklar ve eşitsizliklere neden olabilmektedir.
- Yerel birimler merkezi yönetimin bütçe ve denetimlerine tabi olmak istemediğinde mali sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir.
- Hizmetler yerel güç sahibi grupların (siyasiler, kanaat önderi gibi) müdahalesine açık hale gelebilmektedir.
- Merkezi otorite yetkileri yerele devrettiğinde ve merkezi otorite kamu üzerindeki gücünü kaybedebilmektedir.
- Desantralizasyonla ülke içinde toplumsal maliyet ve fayda eşit dağılmadığı durumlarda göreceli olarak hizmetlerin daha iyi sunulduğu bölgelerde yoğunluk yaşanabilmektedir (Vaughan, 1990:148; Akyar, 2008:28; Hayran, 2017:4).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DESANTRALİZASYON

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon, hizmet verilen hedef nüfusu daha iyi tanımlayarak (özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde), kentsel ve kırsal alanlar arasındaki eşitsizlikleri azaltıp, yerel katılımı artırıp, kamu ve özel kuruluş faaliyetlerinin daha kolay uyumunu sağlayıp, yerel tercihlere göre rasyonel sağlık hizmeti sunulacağı gibi nedenlerle cazibeli görülüp, savunulmuştur (Aitken-Liissa,2002:57; Rubio ve Gomez, 2017:69). Kamu tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların çoğunun kamu hastaneleri tarafından tüketildiği vurgulanmaktadır. Bu kaynakların verimli kullanılabilmesi için gelişmekte olan ülkeler ve diğer ülkelerde kamu hastanelerinin acil reformla yapılandırılıp, özerk yapılar/yönetimlere dönüştürülmesi amaçlanmıştır (Şahin ve Sur, 2010:50).

Sağlık hizmetlerinin çeşitli özellikleri ve karmaşıklığı nedeniyle desantralizasyon uygulaması diğer hizmetlere göre zorlaşmaktadır. Sağlıkta hizmetlerinde desantralizasyonun iyi

planlanmadan ve tüm kesimlerin onayı olmadan uygulanması halinde hayal kırıklıklarıyla da sonuçlanacağı bildirilmiştir (Aitken-Liissa 2002:57). Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun amaç ve gerekçeleri aşağıda Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon ve Gerekçeleri

Amaç	Gerekçeler
Teknik geliştirmek ve verimlilik	- Daha az bürokrasi ve daha fazla maliyet bilinci - Alıcı ve sağlayıcıların işlevlerinin birbirinde ayrılması
Tahsis verimliliğini artırmak	-Kamu hizmetlerinin yerel tercihlerle iyi eşleştirilmesi - Hasta duyarlılığı gelişmesi
Yerel yönetimleri güçlendirmek	- Aktif yerel katılım - Yerel yönetim kapasitesinin gelişmesi
Hizmet sunum yeniliklerini artırmak	- Deneyim ve yerel koşullara uyum - Yerel yönetimlerde özerkliğin artması
Eşitliği artırmak	- Kaynakları yerel ihtiyaçlara göre ayırma - Belirli grupların ihtiyaçlarını daha iyi karşılaması - Kaynakların marjinal bölgelere ve gruplara dağıtılması (çapraz sübvansiyon mekanizmaları yoluyla)

Kaynak; Bankauskaite ve Saltman, (2007:16).

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun faydaları yaşanan ülke deneyimleri de göz önünde bulundurularak aşağıda verilmiştir.

- 1- Küçük yerleşim yerleri için coğrafi ve idari alanlar temelinde daha rasyonel ve bütünleştirici sağlık hizmeti düzenlenebilir (özellikle koruyucu sağlık hizmetleri için).
- 2- Desantralizasyonla yerel toplulukların kendi sağlık yönetimine daha fazla katılımları sağlanır. Bu da yerel sağlık ihtiyaçları ve sorunlarının daha uygun planlamasına olanak sağlar.
- 3- Yereldeki hedef nüfusu ile ilişkilendirilip, sorumlulukları tanımlanmış sağlık hizmetleri faaliyetiyle maliyetler içeren hizmetlerin tekrarlanmasını azaltılabilir.
- 4- Merkezi kaynakların seçici olarak yeniden tahsisi ile hem sağlık statüsünde hem de hizmet sunumunda bölge ile kentsel ve kırsal alanlar arasında eşitsizlikler azaltılabilir.
- 5- Hükümet, sivil toplum ve özel sağlık kuruluşlarının faaliyetleri daha yakından bütünleştirilebilir.
- 6- Merkezi düzeyde (Sağlık Bakanlığı) sağlık politikası ve planlama işlevleriyle birlikte üst düzey personeli birçok idari ve rutin sorumluluktan çıkararak güçlendirilebilir.
- 7- Sağlık programlarının uygulanmasında yerel idari konular üzerindeki merkezi kontrol azaltılarak geliştirilmesine olanak sağlar.
- 8- Birinci basamak sağlık tesisleri ve personeli üzerinde daha fazla toplum finansmanı ve kontrolünü teşvik edebilir.
- 9- Sağlık sektöründe sektörler arasındaki koordinasyon sağlanarak özellikle yerel yönetimlerde ve kırsal kalkınma faaliyetlerinde iyileştirilmeler sağlayabilir.
- 10-Uzun mesafeler, yetersiz iletişim, kötü yol şartları gibi nedenlerden kaynaklanan sorunlar ve gecikmeler önenebilir (Mills,1990:27; Aitken-Liissa , 2002:61).

Desantralizasyonda beklenen faydanın ortaya çıkmasında politika tasarımı, finansman, standart belirleme, hizmet dağıtımı ve yasal sorumluluğun belirlenmesi önemlidir. Genel olarak, yerel birimlere hangi fonksiyon ve programların transfer edileceği ve hangilerinin

merkezin kontrol altında tutulacağına karar verilirken sağlık hizmeti ihtiyaçlarına ve önceliklerine dikkat edilmelidir. Bir işlev merkezi düzeydeki hedeflere ulaşmak için kritikse ve yerel düzeydeki sürdürülebilirliğinin garantisi yoksa bu durumda desantralizasyon yaklaşımı benimsenmeyebilir (Aitken-Liissa, 2002:60).

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun başarıya ulaşmasında bazı genel kuralların önemli olduğu bildirilmiştir.

- 1- Program tasarımı: Merkezi yönetim bilgi oluşturma ve yayma, aile planlaması, aşılama programları gibi öncelikli ulusal programlar için bireysel toplulukların ötesine ulaşan dışsallıklara sahip parametreler oluşturma konusunda genellikle karşılaştırmalı bir avantaja sahiptir. Öte yandan yerel yönetimler, yerel koşullara uygun hizmet sağlama mekanizmalarının ayrıntılarını seçmek için daha iyi bir konuma sahip olabilmektedir.
- 2- Finansman: Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması yerel yönetimin sorumluluklarını yerine getirebilmesini sağlamak için genellikle merkezi hükümet transferlerini gerektirir. Sağlık bakımı, sağlık eğitim, asgari harcama seviyeleri gibi koşullar ile tutarlı, kaliteli ve sürdürülebilirliği sağlamak kaynaklara bağlıdır. Yerel hükümetler/birimler, ulusal standartlar tarafından belirlenen parametreler çerçevesinde harcama tahsislerini planlayarak kullanıcı ücretlerini ve diğer maliyet kurtarma mekanizmalarını daha iyi belirleyebilir ve topluluklarının ihtiyaçlarını karşılayabilir.
- 3- Standartları belirleme: Merkezi hükümetler genellikle sağlık profesyonellerinin ruhsatlandırılması için standartların belirlenmesi, ilaçların tescili ve kalite kontrolü gibi benzer işlevler için tek yetkiye sahiptir. Lisans kapasitesi dünya ülkelerinde nadiren yerel düzeyde yürütülür ve bu işlevi desantralize olan bazı ülkelerde az da olsa bazen tercih edilebilir. Hindistan gibi.
- 4- Hizmet dağıtımı: Sağlık hizmetlerinin en düşük hükümet seviyesine dağıtılması gerektiği söylene de farklı hizmetler arasındaki karmaşık bağlantılar nedeniyle uygun organizasyon rolleri için ilişkilerin ve organizasyon yapılarının dikkatli bir şekilde planlanması gereklidir. Sağlık yöneticilerinin tam katılımı olmadan fonksiyonel roller ve organizasyon yapıları tasarlanırsa dahi sağlık hizmet sunumunda ciddi aksaklıklar, engeller oluşmaktadır. Örneğin; Filipinler'de yıllarca süren entegre ilçe sağlık ocağı konsepti kapsamında, illere hastaneleri yönetme sorumluluğu verildiğinden, belediyelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumluluğunu yok etmiştir.
- 5- Yasal sorumluluk: Sağlık personelinin riske atılmasını önlemek, sağlık personelinin çalışması için desantralizasyonun yasal ve düzenleyici etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Papua Yeni Gine'de desantralizasyondan sonra il sağlık müfettişleri semt pazarları, restoranlar ve işyerlerinin temizliğine ilişkin ulusal mevzuatta tanınan yasal yetkilerini uygulayamadığı vurgulanmıştır (Vaughan, 1990:142; Vrangbaek, 2007:44; Aitken-Liissa, 2002:60).

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon Uygulamasında Hastane Özerkliği

Türk Dil Kurumuna göre özerklik, “Bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı, muhtariyet, otonomi, otonomluk” olarak ifade edilmektedir (TDK, 2020). Kavram Yunancadan “autonomos” kelimesinden gelmiş olup, otonomi; yani kendi kurallarına göre yönetim anlamına gelmektedir. Birçok ülkede sağlık hizmetlerinde reform çabasında kamu hastanelerinin özerkliği ilk tartışılan konusu olmuştur. Dünya ülkelerinde artan sağlık maliyetlerinde kamu hastanelerinin önemli bir payı olduğu

belirtilmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kıt sağlık kaynaklarının önemli bir kısmının kamu hastaneleri tarafından tüketildiği vurgulanmıştır. Hastane özerkliği sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmak, hakkaniyete uygun hizmet verilmesini sağlamak için sağlık sektöründe reformların en önemli kısmını oluşturmuştur (Şahin, 2010: 77). Dünya ülkelerinin çoğunda sağlık sistemi reformları ve politikalarında sağlık alanındaki sorunlarına çözüm bulmak için kamu hastanelerinin özerk yapılarla yönetilmesi gerektiği savunulmuştur. Özel sektör ile kamu hastaneleri karşılaştırıldığında, kamu hastaneleri genellikle verimsiz olarak değerlendirilmiştir. Kamu hastanelerinin sağlıkta yapılan toplam harcamalarının yaklaşık %60'ını tükettiği belirtilmiştir (Abdullah ve Shaw, 2007:45).

Kamu hastanelerinde, hükümetlerin hastaneye işlevlerine üzerinde kontrolü hastane özerklik derecesine bağlı olarak değişebildiği vurgulanarak, beş başlık altında gruplandırılmıştır.

- 1- Stratejik genel yönetim
- 2- Finansal yönetim
- 3- İnsan kaynakları yönetimi
- 4- Tedarik
- 5- İdari yönetim (Evelyn, 2004:152).

3.2.Resantralizasyon ve COVID-19 Sürecinde Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon

Nordik ve bazı Avrupa ülkelerinde 2000'li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinde desantralizasyon süreci yeniden merkezileşme politikalarıyla resantralizasyon düzenlemelerine yönelmiştir. Bu ülkelerde resantralizasyon politikalarının uygulanmasında yerelde sağlık sistemlerinde desantralizasyonla izlenen tutarsız politikalar olduğu belirtilmiştir. Yerelde (eyalet, belediye, il) desantralize olmuş sağlık hizmeti uygulamalarında bazı eşitsizlik ve mali sorunlar yaratacağı endişesiyle yeni merkezileşme önlemleri uygulamaya konulmuştur. Yine Avrupa'nın bazı ülkelerinde coğrafi eşitlik ve mali disiplin konuları öne sürülerek sistemin ulusal yapısını güçlendirmede merkezi hükümetin önemi ve gerekliliğine olan ihtiyaç vurgulanmıştır. Örneğin idari olarak Finlandiya, Norveç, Danimarka gibi ülkelerde, sağlık sektöründe yerelin kontrolünde sağlanan hizmetlerde özellikle savunmasız nüfusa yönelik artan eşitsizliklere bağlı kanıtlar olduğu bildirilmiş ve desantralizasyonun bazı bölgelerde eşitlikle ilgili sorunları arttırdığı vurgulanmıştır. Ayrıca yerel sağlık hizmetlerini finansmanında gelecekte pahalı bakım ihtiyaçlarını finanse etmek için yerelin yetersiz kalacağı belirtilip, yerelde idari düzenlemelerin de verimsiz olacağı vurgulanmıştır (Saltman, 2008:105; Terlizzi, 2018:13).

Günümüzde yaşanan koronavirüs pandemisi sürecinde dünya ülkelerinin başta sağlık sistemleri olmak üzere, ekonomik, sosyal ve toplumsal yapıları olumsuz etkilenmiştir. Salgını kontrol etmek için ülkeler çeşitli tedbirler uygulamıştır. Salgının kontrol edilmesi ve durdurulmasıyla ilgili bir yandan hükümetler düzeyinde merkezi kararlar alınmış, diğer yandan salgın kontrolü için yerele önemli yetkiler verilmiştir. Aynı zamanda salgın süreci tüm ülkelerin yönetim sistemlerinin gücünü de test etmiştir. Salgınla birlikte merkezi hükümetin koordinasyonu ile yerel birimlerle yönetişimin önemi daha iyi anlaşılmıştır (Bello-Gomez ve Pulido, 2021:1). İtalya'da bölgesel sağlık hizmetlerinde yönetişim (merkezi, bölgesel, yerel), hizmet sağlayıcılar, prosedür ve performans açısından heterojen yapıda olduğu ve bölgelere göre farklılık gösterdiği vurgulanmıştır. Yaşanan koronavirüs salgınıyla mücadelede merkezi olmayan yetkinliklerin entegrasyonunun modelin başarısında önemli olduğu belirtilmiştir (Carinci, 2020:1). Salgın sürecinde sağlık hizmetleri sisteminde evde bakım hizmetleri, mobil sağlık birimleri, tele tıp uygulamaları gibi desantralize sağlık hizmetlerinin önemi daha da

artarak dijital tıp teknoloji gelişerek hizmetlerin yerelleşmesine katkı sağladığı belirtilmiştir (Jayamani vd., 2020:2).

Türkiye’de korona virüs tedbirleri kapsamında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamında il ve ilçe hıfzıssıhha kurulları yetkilendirilmiştir. Böylece ülkemizde 1930’lu yıllarda bulaşıcı hastalıklarla mücadelede yerele inisiyatif sağlayan 1593 sayılı kanun günümüzde korona virüs salgınıyla güncelliğini korumuştur (İçişleri Bakanlığı Genelgesi, 2020). Ayrıca ülkemizde salgının durdurulması ve kontrol altına alınmasında merkezi çabalarla birlikte yerelde belediye, meslek odaları, sivil toplum örgütleriyle yönetim önemli unsur olduğu vurgulanmıştır.

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DESANTRALİZASYON

Türkiye’de sağlık hizmetleri örgütlenme yapısının merkezi ve bürokratik bir yapıya sahip olduğu, sağlık hizmetlerinde sorumlu kurumun Sağlık Bakanlığı olduğu belirtilmiştir. Merkezi yapıya bağlı sorunları gidermek için merkezin bazı yetkileri yerel birimlere verilmiştir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından desantralizasyon uygulaması 1990’lı yıllardan sonra sağlık reformu çalışması kapsamında tartışılmıştır. Bu dönemde sağlık reformlarıyla amaçlanan, sosyal güvenlik kurumlarının tek yapıda birleştirilmesi, 1.Basmak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine geçiş, kamu hastaneleri yönetimde özerklik sağlanarak birer işletmeye dönüştürülmesi, sağlık bakanlığının yeniden yapılandırılarak daha işlevsel hale getirilmesi amaçlanmıştır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planıyla (2001-2005) Türkiye’de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılacağı vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerinde ise; Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim ilkesiyle yapılandırılarak yerel birimlere daha fazla yetki ve sorumluluk verileceği ifade edilmiştir (Aktel vd., 2013: 35; Aba, 2018:145; Biçer ve İlman, 2019:17). 2004 yılından sonra desantralizasyon uygulamalarını da içeren reformlarla merkezi hükümet ile yerel/bölgesel otoriteler arasındaki yetkilerin yeniden organize edilmesini amaçlamıştır (Bayraktar ve Massicard, 2012:7). Bu kapsamda 2004 yılında 5227 sayılı kanunla “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” tasarısı kabul edilmiştir. 5227 sayılı kanunla özelleştirme, yerelleşme ve yönetimi güçlendirecek uygulamaların benimseneceği ifade edilmiştir. Ancak Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı 2004 tarihinde TBMM’de kabul edilerek cumhurbaşkanlığına gönderilmiştir. Fakat dönemin cumhurbaşkanı yapılan düzenlemelerin merkezi yönetimi zayıflattığı ve diğer gerekçelerle birlikte anayasaya aykırı bularak veto edip bazı maddelerinin görüşülmesi için meclise (TBMM) geri gönderilmiştir. Dönemin hükümeti ise bu süreçte birlikte Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı’nın parça parça yürürlüğe koymayı tercih ettiği belirtilmiştir (Sevinç ve Özer, 2016:1377). 2005 yılında yürürlüğe giren 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu’yla il özel idarelerine yerelde bazı sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında görevler verilmiştir. 2005 tarihli 5393 sayılı Belediye Kanunu ile belediyelere yerel ya da ortak nitelikte her türlü sağlık tesisi açma ve işletebilme hakkı verilmiştir. 2005 yılında 5396 sayılı kanun ile 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na ek madde eklenmiştir. “Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek ya da özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir”. İfadesi yer almıştır. Bu düzenlemeyle Türkiye’de sağlık hizmetlerinde, Şehir Hastaneleri gibi özel sektörün önü açılarak, bazı sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliğiyle yapılması amaçlanmıştır (Sözer, 2013, s:220; Kara, 2016, s:255). Yeni kamu yönetimi anlayışıyla 2003 yılında 4982 sayılı Bilgi Edinme Kanunu ve 2004 yılında da

5176 sayılı Kanun’la Kamu Görevlileri Etik Kurulu’nun kurulması gibi önemli düzenlemeler yapılmıştır (Eryılmaz, 2013:57).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. 2004 yılı 5258 sayılı “Aile Hekimliği Kanunu” ile 2007 yılında hazırlanan “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ve 2011 yılı 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’yle yürürlüğe konulan kanunlar olmuştur (Yavuz ve Hamzaoğlu, 2009:354; Yavuz, 2015:4). Bu dönemde sağlık hizmetlerinde benimsenilen benimsenen değişiklikler aşağıda özetlenerek verilmiştir.

- Bakanlık bünyesinde politika belirleyen birimler ile hizmet sunan birimler birbirinden ayrılarak hizmet sunan kuruluşlar daha özerk bir yapıya dönüştürülmüştür.
- Hizmet sunumunda taşradaki birimlere daha fazla yetki devri yapılarak yatay örgütlenme tercih edilmiştir.
- Hizmet sunan kamu hastane birlikleri ile hastanedeki yöneticiler birimlerindeki faaliyetinden sorumlu tutularak, bu yöneticiler için esnek istihdamla birlikte performansa dayalı sözleşme imzalanmıştır. Böylece yönetici atamalarında kurum dışından (özel sektörden) yönetici atamasının önü açılmıştır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan kuruluşların yönetimleri birbirinden ayrılmıştır.
- Bakanlık merkez ve taşra teşkilatlarında uzmanlaşmaya dayalı bir yapı benimsenmiştir.
- Kamu hastanelerinde kaynak kullanımında verimlik, etkinlik ve ekonomiklik ilkeleri ön planda tutulacağı vurgulanmıştır.
- Dış kaynak kullanımı yaygınlaşmıştır ve bu kapsamda kamu hastanelerinde bazı hizmetler (temizlik, yemek, bazı tıbbi hizmetler gibi) kurum dışından özel sektörden hizmet satın alınma yoluna gidilmiştir.
- Yapılan yasal düzenlemelerle kamu sağlık kurumları rekabetin ön planda olduğu ve özel sektör işletmeciliğine göre yapılandırılması amaçlanmıştır (Lamba vd., 2014: 53).

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında 663 sayılı Kararnameyle değişiklik yapılmıştır. Merkezi düzeyde Bakanlık teşkilatı yapısında “Sağlık Politikaları Kurulu” ve “Hizmet Birimleri” şeklinde iki ayrı yapı oluşturulmuştur. Bu değişiklikte Bakanlığın hizmet üreten ve politika belirleyen birimler birbirinden ayrılarak merkeziyetçi olan yapısının azaltılıp, daha işlevsel olması amaçlanmıştır. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Böylece İl düzeyinde de sağlık hizmetlerinin sunumunda üç idari yapı öngörülüp, aşırı merkezi yapılardan uzaklaşarak mali ve idari özerkliğe sahip sağlık kurumlarının ön plana çıkacağı bir modelin benimseneceği ifade edilmiştir. 663 sayılı KHK’nin 30. maddesinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun taşradaki görevlerini Kamu Hastane Birliklerinin yerine getireceği ifade edilmiştir. Taşradaki Kamu Hastane Birlikleri’nin ise genel sekreterliğe bağlı hastane yöneticilerinden oluşacağı belirtilerek, tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmet başkanlıklarının kurulup genel sekreterlik bünyesinde görevlerini yürüteceği vurgulanmıştır. Hastane yöneticisine bağlı başhekim, başhekim yardımcıları, mali hizmetler, idari hizmetler, tıbbi hizmetlerin her biri için ayrı hastane müdürleri görevlendirilerek, yöneticilerle performansa dayalı sözleşmeler imzalanmıştır. Ancak kamu hastaneleri birlikleri modeliyle istenilen başarı elde edilemediğinden, kamu hastanelerinin yönetiminde 2017 tarihli 694 sayılı KHK ile yeniden değişiklik yapılarak, Kamu Hastane Birlikleri yönetim modeline son verilmiştir. 694 sayılı kararnameyle (Mad.188) “Hastaneler

hastane başhekimini tarafından yönetilir” denilerek. 663 sayılı kararnamede Kamu Hastaneleri Birliklerine bağlı hastane yönetimini üstlenen “Hastane Yöneticisi” kadrosu kaldırılmıştır (Resmi Gazete, 2011; Yılmaz, 2018:183; Durmuş ve Durmuş, 2019:227). Farklı kurumlar tarafından işletilen kamu hastaneleri (SSK hastaneleri vb.) tek çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı’na devredilip daha etkin ve verimli hizmet verilmesi amaçlanmıştır. SDP ile her bölgenin sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı, coğrafik yapısı, hastaların akışı, sağlık kurumlarına ulaşılabilirliğiyle birlikte sosyal-ekonomik yapısı dikkate alınarak, Türkiye’de 30 Sağlık bölgesi belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmeti sunum açısından ülke geneli için belirli sağlık alanları ve bağlı bölge sağlık merkezleri ile merkezi konumdaki iller belirlenmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yapılan değişiklikle Kamu Özel Ortaklığı Daire Bakanlığı’nın Bakanlık ana hizmet birimleri arasında yerini alarak kamu özel ortaklığı yöntemi ile birlikte Türkiye’de bütünleşmiş sağlık kampüsleri uygulaması hayata geçirilebilmiştir. Böylece hem hastane sayısı hem de yatak sayısında iyileşme sağlanması hedeflenmiştir. SDP kapsamında hastanelerin rolleri, yönetim ve örgütlenme biçimleri kurumsal olarak A, B, C, D ve E grubu olarak sınıflandırılarak hastanelerin daha işlevsel hale gelmesi amaçlanmıştır. SDP ile sağlık kuruluşlarında daha şeffaf yönetimin oluşturulması ve bürokrasinin azaltılması için bazı önemli çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık sektöründe başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere kamu hastane hizmetleri yeniden yapılandırılarak, merkezi hastane randevu sistemi, sağlık bilgi sistemi, evde sağlık bakımı, performans sistemi, kalite ve akreditasyon, acil sağlık hizmetleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde değişiklik yapılarak sağlık sektörü daha etkin hale getirildiği belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikle sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Yine 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu kanunuyla da SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu çatısında bir arada birleştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) reformuyla da sağlığın finansmanı için kaynak oluşturulmaya çalışılmıştır (Eke, 2014:145; Eke ve Kerman, 2014: 67; Gülşen ve Yıldırım, 2017:164).

Türkiye’de sağlık hizmetleri (Koruyucu ve tedavi edici) uzun yıllar toplumun tümünü kapsayacak şekilde kamu tarafından yürütülen hizmet olarak görülmüştür. Fakat SDP ile sağlık sektöründeki reform çabalarıyla temel sağlık hizmetleri yine devletin asli görevleri arasında görülmüştür. Ancak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde piyasa tarafından üretilmesi ve desteklenmesi (özel sağlık hizmetleri) politikaları benimsenmiştir. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin piyasa tarafından sunumunda yıllara göre artış gözlenmektedir (Altay, 2007: 42). Örneğin Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 2006 yılında Türkiye’de 278 olan özel hastane sayısı artarak 2016 yılında 571’e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018:3).

Türkiye’de 2002 yılında 58. Hükümet tarafından yayınlanan acil eylem planında “Herkes için sağlık” başlıklı stratejiler içinde kamu sağlık sektöründe alt kademelere doğru yetki devri yapılarak önemli düzenlemelerin hayata geçirileceği ifade edilmiştir. Ayrıca bu dönemde sağlık alanında rekabet, dış kaynak kullanımı, performans, desantralizasyon gibi ilkeler vurgulanıp, sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarına ağırlık verilmiştir (Balcı, 2005: 58; Ünal ve Tagiyev, 2016:484; Doğan, 2017:6; Yılmaz, 2018:193). Bu dönemde Türkiye’de Kamu Hastaneleri Birlikleri aracılığıyla kamu hastanelerinde öngörülen yönetim modelinin başarısız olduğu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde istenilen başarının elde edilemediği vurgulanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2016 yılında “Sağlık Dönüşüm Programı- 2. Fazı” açıklarak, Sağlık hizmetlerinde; “Sağlıkta Gelişim Kalite ve Sürdürülebilirlik Dönemi”ne geçildiğini bildirmiştir (Aba, 2018:160).

5. SONUÇ

Dünyada sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamaları 1990'lı yıllardan itibaren çoğu ülkede sağlıkta yapılan reformların önemli bileşeni olmuştur. Desantralizasyonla, kamu sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumu, kaynakları yerel ihtiyaçlara göre planlanması, belirli grupların ihtiyaçlarını daha iyi karşılanması, dezavantajlı ya da öncelikli gruplara daha iyi hizmet sağlayarak eşitsizlikleri giderip ve demokrasinin gelişmesine katkı sağladığı için önerilmiştir. Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun olumlu yanları kabul edilmekle birlikte bazı olumsuzluklarının da olduğu bildirilmiştir. Desantralizasyon uygulamasında başarının ülkelerin desantralizasyon deneyiminin yanında tarihi, siyasi, ekonomik ve kültürel yapısına da bağlı olduğu vurgulanmıştır.

Türkiye'de sağlıkta desantralizasyon uygulaması Sağlık Bakanlığı tarafından 1990'lı yıllardan sonra sağlık reformu çalışması kapsamında tartışılmıştır. 2003 yılında Sağlık Dönüşüm Programıyla başlayan süreçte 2012 yılına kadar sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli daha etkin sunulması için bazı reformlar yapılmıştır. Bu reformlarla merkezi düzeyde politika belirleyen ve hizmet üreten birimler birbirinden ayrılarak daha işlevsel hale gelmiştir. Yöneticilere daha fazla yetki verilerek yatay örgütlemeye gidilmiştir. Sağlık hizmetlerinde rekabet ve performansa dayalı çalışma anlayışı benimsenmiştir. Sağlıkta dış kaynak kullanımı yaygınlaşarak ve piyasalaştırma gibi uygulamalara ağırlık verilmiştir. Kamu hastanelerinde idari ve mali özerklik sağlamak için kamu hastaneleri birlikleri modeliyle yeni yönetim modeli uygulamaya konulmuştur. Türkiye'de bu süreçte sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamalarında istenilen başarıya ulaşılamadığı da vurgulanmıştır. Bu kapsamda Türkiye'de sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamalarının başarılı olması için:

- Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon konusunda daha fazla araştırma yapılması,
- Sağlık yönetimi ve çalışanlarının desantralizasyon konusunda bilinçlendirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin başarısında, sağlık dışı kurumların olumlu etkileri yadsınamaz farklı sektörlerin sağlık hizmetlerinde (özellikle belediyelerin koruyucu sağlık hizmetlerindeki işlevi) rolü ve yerel kapasitesinin artırılması,
- Piyasa desantralizasyonu ile kamu-özel sağlık hizmetleri arasında sağlıklı dengenin kurulabilmesi için kamu sağlık hizmetlerinin sağladığı sosyal faydaların göz önünde bulundurulmasının,
- Koronavirüs salgını ve toplumun sağlığını tehdit edebilecek diğer olası risklerde sağlık sorunlarının çözümünde yerelin yönetsel, kamu sağlık hizmet kapasitelerini geliştirip ve daha fazla yetki verilmesi,
- Merkezi düzeyde kapsayıcı yaklaşım politikalarıyla birlikte yerelin yetkilerini artırıcı politikaların geliştirilmesi ve benimsenmesi önerilmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

Aba, G., (2018), Sağlık Politikası ve Planlaması, 1.Baskı, Ankara: Nobel.

Abdullah, M.T, and Shaw, J., (2007), “A Review of the Experience of Hospital Autonomy İn Pakistan”, *International Journal of Health Planning And Management*, 22: 45-62.

Aitken-K. RL., (2002), “Decentralization of the Health Sector”, in J,Litvack and J. Seddon, (Ed.). *Decentralization Briefing Notes:Strengthening Operational Skills in Community Driven Development*, (pp.57-61), Washington, D.C. World Bank Institute.

Aktel, M. Altan, Y. Kerman U. ve Eke, E., (2013), “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2): 34-62.

Akyar, F. K., (2008), *Kamu Hizmetlerinin Desantralizasyonu Sürecinde Türkiye’de Belediye Hizmetleri ve Gelirleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.*

Altay, A., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.

André, C. Batifoulier, F. and Ferreira, M. J., (2016), “Health Care Privatization Processes İn Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification”, *International Social Security*, 69(1): 1-23.

Ang, Cynthia, A., (2020). “Oman: Private Hospitals Cannot Turn Away COVID-19 Patients”, *Middle East Insurance Review*. 7 July. <https://www.meinsurance.com/News/View-NewsLetter-Article?id=72520&Type=MiddleEast> .

Atun, R. (2007), “Privatization as Decentralization Strateg”, in J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos and R. B. Saltman (Ed.), *Decentralization in Health Care, Strategies and Outcomes*, (pp.246-272). *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. First Published 2007: Open University Press.

Balcı, A., (2005), *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim; Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Basımevi.

Bankauskaite, V. and Saltman, R.B. (2007), “Strategic Dimensions; Central Issues İn the Decentralization Debate”, in J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos and R. B. Saltman (Ed.), *Decentralization in Health Care, Strategies and Outcomes*, (pp.9-21). *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. First Published 2007: Open University Press.

BY DAILY SABAH WITH AFP (2020). “France, Italy, Spain İn Bid To Nationalize Businesses, Hospitals As Virus Hits”, *Istanbul Business*, Mar 17, 2020 1:26 Pm Gmt+3, <https://www.dailysabah.com/business/france-italy-spain-in-bid-to-nationalize-businesses-hospitals-as-virus-hits/news>. Erişim Tarihi: 14.06.2021.

Bayraktar, U. and Massicard, E., (2012), “Decentralisation in Turkey”, *Agence Française de Développement, Focales*: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00800106>.

Bello-Gomez, R.A., and Sanabria-Pulido, P.,(2021), “The Costs And Benefits of Duality: Colombia’s Decentralization and the Response to The COVID-19 Pandemic”, *Revista de Administração Pública*, <https://doi.org/10.1590/0034-761220200567>.

Biçer, E.B. ve İlman, E., (2019), “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı”, *İçinde, Z. Öztürk (Ed.), Sağlık Kurumlarında Yönetim (ss.9-41)*, 1.Baskı,Ankara: Siyasal Kitabevi.

Berkün, S.. (2017), “Kamu Açısından Yönetim”, HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 6(16): 638-663.

Carinci, F., (2020), “Covid-19: Preparedness, Decentralisation, and the Hunt For Patient Zero”, Editorials, BMJ 2020;368:bmj.m799 doi: 10.1136/bmj.m799.

Cheema, G.S. and Rondinelli, D.A., (2007), “From Government Decentralization to Decentralized Governance”, in D.A. Rondinelli and G.S.Cheema (Ed.), Decentralizing Governance: Emerging Concepts and Practices, (pp.1-20), Washington: Brookings Institution Press.

Çoban, H., (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İzmir.

Diep, L. Archer, D. and Gueye, C., (2016), “Decentralisation in West Africa: The Implications For Urban Climate Change Governance”, London; Working Paper: 1-60. ISBN 978-1-78431-293-0.

Durmuş, A. ve Durmuş, M.N., (2019), “Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi”, 5(2); 216-229.

Eke, E., (2014), Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Eke, E. ve Kerman, U., (2014), “Sosyal Devletten Neoliberal Devlete Türk Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19(1): 65-80.

Erdemir, L. Korkmaz, Z.F. Ünal, H. Bilen, H.İ. Karataş, M.O. Dokuyucu, O. vd., (2019), İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticileri El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

Eryılmaz, B. (2013), “Temel Kavramlar” İçinde S. Sözen (Ed.), Kamu Yönetimi (ss.2-55), 1. Baskı, Eskişehir: Web-Ofset.

Evelyn, A., (2004), “Autonomy of Apex Hospitals In Uganda: Too Little, Too Slow”, Health Policy And Development, 2(2): 151-160.

Ford, J., (2002), “Rationale for Decentralization”, in J.Litvack and J. Seddon (Ed.), Decentralization Briefing Notes: Strengthening Operational Skills in Community Driven Development (pp.6-9), Washington, D.C.: 1-75. World Bank Institute.

Gülşen, M. A. ve Yıldırım, M., (2017), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi”, Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,10(4):159-172.

Hart, T. and Welham, B., (2016), Fiscal Decentralisation, A Public Financial Management Introductory Guide, Shaping Policy For Development, London: Overseas Development Institute.

Hayran, O., (2017), “Sağlık Reformlarının Başarısı Açısından Desentralizasyon-Resantralizasyon Döngüsü ve Ülkemizdeki Son Durum”, J Biotechnol and Stratejic Healt Res.,1: 1-6.

Isufaj, M., (2014), “Decentralization And The Increased Autonomy İn Local Governments”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 109: 459 -463.

İçişleri Bakanlığı Genelgesi (01.12.2020), “Koronavirüs ile Mücadele Kapsamında-Yeni Kısıtlama ve Tedbirler Genelgeleri”, <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadele-kapsaminda-sokaga-cikma-kisitlamalari-yeni-kisitlama-ve-tedbirler-genelgeleri>, Erişim Tarihi: 05.02.2021.

Janssen, R. and Made, J, V. D., (1990), “Privatisation İn Health Care: Concepts, Motives And Policies”, *Health Policy*, 14: 191-202.

Jayamani, J., Thangaraju, P., Thangaraju, E. and Venkatesan, S., (2020), “Decentralisation of Healthcare System Due to COVID-19 and Its Impact on Hospital Based Laboratories- Pandemic Panic Patients’ Reflection?”, *Journal of Responsible Technology*, Volume 1,100003, <https://doi.org/10.1016/j.jrt.2020.100003>.

Kara, M., (2016), “Türkiye’de Merkezileşme-Yerelleşme Tartışmaları ve Hizmet Sunumunda Ölçek Sorunu”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 14(27): 249-276.

Keskin, N. E., (2004), “Eğitimde Reform”, *Mülkiye Dergisi*, 245: 125-148.

Kigume R. and Maluka, S., (2018). “Health Sector Decentralisation İn Tanzania: How Do İnstitutional Capacities İnfluence Use Of Decision Space?” *International Journal of Health Policy and Management*:1-17.

Lamba, M. Altan, Y. Aktel, M. ve Kerman, Uysal., (2014), “Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1): 53-78.

Larson, A. M., (2004), “Democratic Decentralisation İn The Forestry Sector: Lessons Learned From Africa, Asia And Latin America”, *Managua-Nicaragua:Center For International Forestry Research (CIFOR)*: 1-37. ISSN 0854-9818.

Mills, A., (1990), “Decentralization Concepts And İssues: A Rewiev”, in M. Anne, J.P.Vaughan, D.L.Smith, T. Iraj. (Ed.), *Health System Decentralization. Concepts, İssues And Country Experience* (pp.11-39),WHO, Geneva:Printed in England.

Nadeem, M., (2016), “Analyzing Good Governance and Decentralization in Developing Countries”, *Journal of Political Sciences & Public Affairs*, 4(3): 1-8.

Østergren, K. Silvia, B. Danishevski, K. and Oddvar, K. (2007), “Implementation of health care decentralization”, in J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos and R. B. Saltman (Ed.), *Decentralization in Health Care, Strategies and outcomes*, (pp.225-245). European Observatory on Health Systems and Policies Series. First Published 2007: Open University Press.

Oplotnik, Ž. and Finžgar, M., (2000), “Eu Member States And Fıscal Decentralization-Empirical Comparison”, *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences*, 6(3): 39-64.

Panda, B. Thakur, H. P., (2016), “Decentralization And Health System Performance -A Focused Review Of Dimensions, Difficulties, And Derivatives İn India”, *BMC Health Services Research*, 16(6):561.

Resmî Gazete (KHK/663-2011), “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, T.C. Resm Gazete: 11.02.2011/ 28103. Ankara. <https://www.resmigazete.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 03.11.2020.

Rubio, D.J. and Gomez, P.G., (2017). “Decentralization of Health Care Systems and Health Outcomes: Evidence From a Natural Experiment”, *Social Science & Medicine*: 188: 69-81.

Rondinelli, D.A. (1981), “Government Decentralization İn Comparative Perspective: Theory And Practice İn Developing Countries. *International Review of Administrative Sciences*”, (47):133-145.

Rondinelli, D. A. Nellis, J. R. and Cheema G. S., (1983), *Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience*. The World Bank, Staff Working Paper: 581, Management And Development Series, Number: 8. Washington, D.C., U.S.A.

Sağlık Bakanlığı (2018), <https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/>, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017 Haber Bülteni, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara. . Erişim Tarihi: 05.01.2020.

Seval, Ç.Z. (2013), *Türkiye'de Desantralizasyon Çabaları Çerçevesinde Yerel Yönetimlerin Kamu Altyapı Yatırımlarının Finansmanında Sermaye Piyasasından Yararlanma İmkanları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.*

Schneider A., (2003), “Decentralization: Conceptualization and Measurement”, *Studies in Comparative International Development*, 38(3):32-56.

Sevinç, İ. ve Özer, K., (2016), “Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları”, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(4):1373-1387.

Sözer, A. N., (2013), “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, özel Sayı*, 15: 215-253.

Şahin, S.,(2010), *Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.*

Şahin, S. ve Sur, H., (2010), “Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 15: 50-58.

Saltman, R.B., (2008), “Decentralization, Re-Centralization and Future European Health Policy”, *European Journal of Public Health*, 18(2): 104-106.

Terlizzi, A., (2018), “Health System Decentralization And Recentralization İn Italy”: Ideas, Discourse, and Institutions *Social Policy & Administration*, 2018;1-15. DOI: 10.1111/spol.12458.

Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2020), Özerklik, <http://tdk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 06.03.2020.

Ünal A. ve Tagiyev, R., (2016), “Sağlık Sisteminde Desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan Sağlık Sistemleri Üzerine Bir İnceleme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, CİEP Özel Sayısı*: 480-497.

Vaughan, J.P., (1990), “Lessons From Experience”, İn M. Anne, J.P.Vaughan, D.L.Smith, T. Iraj. (Ed.), *Health System Decentralization. Concepts, İssues And Country Experience (Pp.132-151)*, WHO, Geneva: Printed İn England.

Vaughan, J.P. (1990), *Health System Decentralization. Concepts, İssues And Country Experience*, İn M. Anne, J.P.Vaughan, D.L.Smith, T. Iraj. (Ed.). Chapter in; *Lessons From Experience (p.132-151)*. WHO, Geneva: Printed İn England.

Vrangbaek, K., (2007), “Towards a Typology For Decentralization İn Health Care, Key Factors İn Assessing Decentralization And Recentralization İn Health Systems”, in R. B. Saltman, B. Vaide. V. Karsten. (Ed.), Decentralization in Health Care, Strategies and outcomes (pp.44-66), European Observatory on Health Systems and Policies Series. First Published, 2007: Open University Press.

Yılmaz. A. (2018), “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Reformlar”, içinde D.Tengilimoğlu (Ed.) Sağlık Politikası (ss.183-210), 1.Baskı, Ankara: Nobel.

Yavuz M. ve Hamzaoğlu O., (2009). “Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi: Ülke Örnekleri ve Türkiye”, Toplum ve Hekim, 24(4-5): 348-356.

Yavuz, C, I., (2015), “Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm”, Toplum ve Hekim, 30(1): 3-12.

Williams, O. D. (2020). “COVID-19 and Private Health: Market and Governance Failure”, Society for International Development, <https://doi.org/10.1057/s41301-020-00273-x>.