

Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları

Studies of restructuring in Ministry of Health in the context of new public administration

İsmail Sevinç¹Kubilay Özer²

Received Date: 03 / 09 / 2016

Accepted Date: 11 / 11 / 2016

Öz

Dünya'da değişen kamu politikaları kaçınılmaz olarak ülkemiz kamu yönetimini etkilemektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sosyal devlet anlayışı, 1970 yılında dünyada yaşanan ekonomik kriz sonrası devlet yapılanmasında özel sektörün teknik ve uygulamalarının kullanılması gibi yeni yaklaşımlar ve arayışlarla değişmeye başlamıştır. Bu yaklaşımlar arasında en önemli yere sahip olan kuşkusuz Yeni Kamu Yönetimi anlayışı olmuştur. Özel sektör mantığı ve yönetim uygulamalarını kamuya uygulayan bu yeni teknik, insan kaynaklarının yönetimine öncelik vermektedir. Bu bağlamda 1960'lı yıllarda benimsenen sağlıkta sosyalizasyon politikalarından 1980'li yıllarda vazgeçilmeye başlanarak 1981, 1983, 1987 ve 1990 yıllarında sağlıkta özel sektörü ön plana çıkarmaya çalışan sağlık politikaları gündeme gelmiş, ancak önemli bir aşama kaydedilmemiştir. 2003 yılında Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı da yasalaşamayınca Sağlıkta Dönüşüm Programı adı verilen reform ile ülkemizde sağlık ortamı yeniden yapılandırılmaya başlanmıştır. 2011 yılında çıkarılan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile üçlü yapı güçlü yapı diye savunulan Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı yapısı Bağlı Kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu ve Hizmet Birimleri şekline dönüştürülmüştür. Bunun Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatına yansımaları ise illerde Sağlık Müdürlüğü'nün yanı sıra Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastane Birlikleri Sekreterliklerinin kurulması olmuştur. Bu çalışmada sağlıkta yaşanan küresel dönüşümün Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı üzerine etkileri incelenmek istenmiştir.

Anahtar sözcükler: Yeni Kamu Yönetimi, Sağlık Bakanlığı, Yeniden Yapılandırma

Abstract

Public policies changing in the world inevitably affect public administration of our country. Social state approach emerging after Second World War, after World Economic Crisis in 1970, have begun to change with new approaches and searches such as the use of techniques and practice of private sector in government structuring. Among these approaches, the one which has an important place doubtlessly has been approach of New Public Administration. This new technique applying the logic and management applications of private sector to public prioritizes to the management of human resources. In this context, by beginning to give up socialization policies in health in 1980s, adopted in 1960s, in the years of 1981, 1983, 1987 and 1990, health policies that bring private sector into the forefront have become the main topic, however, an important progress was not recorded. In 2003, when Public Administration Basic Draft failed to become law, health environment in our country started to be restructured with the reform called Transformation Program in Health. With statutory decree numbered 663, issued in 2011, structure of central organization of Ministry of Health, argued as "triad structure and strong structure", was turned into Subsidiaries, Board of Health Policies, and Service Units. The reflection of this to Provincial Organization of Ministry of Health have been the foundation of Health Directorships in the provinces as well as Directorships of Public Health, and Secretariat of Public Hospital Unity in the provinces. In this study, the effects of global transformation experienced in health on Central and Provincial Organization of Ministry of Health have been studied.

Keywords: New Public Administration, Ministry of Health, Restructuring

¹Sorumlu Yazar, Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye, isevinc@selcuk.edu.tr

²Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye, kubilayozer@hotmail.com

1. Giriş

Kamu yönetimi, işlevsel anlamda kamu politikaları belirleme ve uygulama, yapısal anlamda ise devletin örgütsel yapısını ifade etmektedir. Kamu, bir ülkedeki halkın bütünü, halk, amme anlamlarına gelirken kamu yönetimi bu bütünün sevk ve idaresi anlamına gelmektedir (Eryılmaz, 1999:3). Küreselleşen dünyada değişen kamu politikaları kaçınılmaz olarak ülkemizi de etkilemektedir. Bu etkileşim bu tarihe özel olarak sadece bu günü kapsamaz. Osmanlı Devleti döneminde 1939 Tanzimat Fermanı ve 1856 Islahat Fermanı ile başlayan değişim politikaları 1945, 1960, 1980, 1990 ve 2000’li yıllarda değişiklikler göstererek devam edegelmiştir. Günümüzde de dünyanın ve ülkemizin kamu yönetimi iç ve dış dinamiklerin etkisiyle reforme edilerek faaliyetlerine devam etmektedir.

İkinci Dünya Savaşı’nın ardından pek çok ülkede liberal ve kapitalist ekonomik yapılarının olumlu taraflarını alan bir ara model ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu ara modele sosyal devlet ya da sosyal demokrasi adı verilmiştir. Sosyal devlet modelinde devlet, tıpkı sosyalizmde olduğu gibi vatandaşların temel gereksinimlerini büyük oranda karşılamaktadır. Eğitim, sağlık, emeklilik, işsizlik ücretleri, yüksek memur ücretleri, yüksek asgari ücretler, geniş yan haklar, çalışan hakları, işsizlik maaşları, fakirlere yardım vb. pek çok uygulama, devlet tarafından finanse edilir. Bunun yanında rejimin şeffaf bir demokratik rejim olmasına, temsil oranının yüksek olmasına, meşruiyete, ifade özgürlüğüne, eşitlik ve adalet anlayışına özen gösterilir. Ayrıca mülk edinme ve serbest girişimde bulunma hakları da insanlara ve şirketlere verilmektedir (Saruhan ve Özdemirci, 2013:88).

Günümüzde birçok devletin yapısında ve işleyişinde sosyal devletten izler bulunmaktadır. Ne var ki bunun derecesini kurulduğu dönemdeki seviyede taşıyabilen ve ekonomisini sağlıklı şekilde yürütebilen ülkelerin sayısı çok azdır. Sosyal devlet politikasını benimsemiş birçok ülke özellikle 1973 petrol kriziyle başlayan dönemden sonra ekonomik sıkıntılar yaşamışlardır ve vatandaşlarına verdikleri bazı haklardan vazgeçmek zorunda kalmışlardır. Özellikle küreselleşme ile sağlık harcamalarının aşırı derecede artması, ortalama yaşam sürelerinin uzaması ve genç nüfusun azalması ile emeklilik sistemlerinin büyük açıklar vermesi, ülkelerin çoğunu zor durumda bırakmıştır. Devletler, kendi mülkiyetlerinde bulunan fabrikaları özelleştirmiş, emeklilik yaşlarını artırmış ve çeşitli sübvansiyonları azaltma yoluna gitmişlerdir. Ticaret anlaşmaları ile kalkan gümrük duvarları da devreye girince günümüzde sosyal devletlerin yavaş yavaş liberal ekonomiye dönüşüne şahit olunmaktadır. Buna neo liberal dönem adı verilmiştir (Saruhan ve Özdemirci; 2013:88).

Neo liberal dönemde sosyal devlete özgü klasik kamu yönetimi, geleneksel bürokratik hantal yapılanması ve zorlayıcı, sınırlayıcı bir yapıya sahip olduğu varsayımı ile eleştirilmektedir. Özel sektörün kriz dönemlerinden başarıyla çıkmasından esinlenerek eleştirilen klasik kamu yönetimi piyasa orjinli, bürokratik olmayan, fiyat tabanlı müşteri tercihli kamu hizmetlerinden oluşan yeni kamu yönetimi anlayışının zaman içinde ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Yeni kamu yönetimi anlayışı ve özelleştirme kavramı, 1979 yılında İngiltere’de Margaret Thatcher ile Muhafazakâr Parti’nin seçim manifestosunda yer almıştır. Bu alandaki ilk uygulamalar İngiltere’de Muhafazakâr Parti döneminde gerçekleştirilmiştir. Kasım 1980’de başkanlık seçimlerinin Ronald Reagan tarafından kazanılması ile uygulama ABD’nin de gündemine girmiş ve dünyaya ihraç edilir duruma gelmiştir.

2. Klasik ve yeni kamu yönetimi arasındaki değişim

Geleneksel kamu yönetimi örgütlenmesinin özünü oluşturan bürokrasi karşısında yeni kamu yönetimi anlayışı bazı öneriler getirmiştir. Bu önerilerin başında, bürokrasinin geleneksel bütçe süreçleri ile ağır kamu hukuku kurallarına dayanan yapısının ortaya çıkardığı sorunların aşılabilmesi için yeni araçların geliştirilmesine gereksinim duyulduğu ve bu gereksinimin de sözleşmecilik yolu ile giderilebileceği düşüncesi gelmektedir. Böylece kamusal hizmetlerin özel sektör tarafından sunulmasının önündeki engeller kaldırılacak ve kamu ile özel sektör arasındaki sınırların aşılabileceği ifade edilmektedir (Lane, 2000:305).

Yeni kamu yönetimi anlayışı ile kamu ve özel sektör arasında önceden kesin olduğu düşünülen sınırlar karışmaya başlamıştır. İhaleler ve kamu-özel ortaklıklarının yanı sıra çeşitli piyasa yöntemlerinin ve rekabetçi mekanizmaların kamu kurumlarında uygulanmaya başlanması, kamu-özel ayrılığına dayalı paradigmayı sarsmıştır. Siyaset-yönetim farklılığına dayalı paradigma, yeni kamu yönetiminin müşteri memnuniyeti, performans vb. önerileri karşısında sarsılmaya başlamıştır. Zira yeni durum hizmet talep edenlere sadece siyasetlerin değil bir anlamda idarecilerin de hesap vermesini gerektirmektedir. Yine yeni kamu yönetimi, üst düzey bürokratların rollerini ve hizmet anlayışlarını hükümet politikalarıyla uyumlaştırmaya yönelik değişiklikleri de gündeme getirmiştir. Bu durum bir taraftan siyasal hesap verebilirliği tartışmaya açarken diğer taraftan siyasetlerle bürokratlar arasında oluşacak etkileşimi ve siyaset-yönetim kaynaşmasını öne çıkarmıştır (Arıkboğa, 2007).

Klasik kamu yönetiminin temel kabullerindeki söz konusu sarsıntı, mevcut sistem üzerinde etkisini farklı şekillerde göstermiştir. Peters ve Wright (1996: 630-38), klasik ile yeni kamu yönetimi arasındaki değişimleri altı başlık altında toplamaktadır. Bu değişimler: i) Kamu yönetiminin kendi kendine yeterli olduğu düşüncesinin yerini kamu ile özel sektör arasında karşılıklı bağımlılık ve tamamlayıcılık vurgusu almaya başlamıştır. ii) Hiyerarşik/bürokratik örgütlenme modelinin yerini yalın organizasyonlar, alt kademelerin yetkilendirilmesi, takım çalışması, toplam kalite yönetimi vb. yöntemler almaya başlamıştır. iii) Tekdüzelik ve merkeziyetçilik yerini yerinden yönetime, farklılaşmaya ve esnekliğe bırakmıştır. iv) Üste doğru olan sorumluluk yeterli görülmeyip vatandaş memnuniyeti ve performans denetimi gündeme gelmiştir. v) Bireysel çabalardan ziyade memurun işgal ettiği pozisyonu baz alan klasik personel rejiminin yerini bireysel performansa, başarıya ya da başarısızlığa önem veren insan kaynakları yönetimi ve ücret politikaları almaya başlamıştır. vi) Bürokratların siyasetçilerden kesin tarafsızlığını ve soyutlanmasını öngören model, yerini siyasetçi-bürokrat etkileşimine bırakmıştır.

Kamu yönetimi reform süreçlerinden sağlık sistemleri de etkilenmiş, bu süreçte sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payını artıran, rekabetçiliği geliştiren, devletin düzenleyici rolünü ön plana çıkaran, finansal sürdürülebilirliği sağlayan, etkinsizlik, verimsizlik, kalitesizlik vb. sorunların çözülmesine yönelik düzenlemelerle karşı karşıya kalmıştır (Ener ve Demircan, 2008). Bu çalışmada 2002 yılı sonrası Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ve Yerel Yönetimler Reform Taslağı ile başlayan, sağlıkta dönüşüm programı ve 663 Sayılı KHK ile sağlıkta yaşanan dönüşümün Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

3. Türk kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çalışmaları

Türkiye’de son on beş yılda kamu yönetiminde yeniden yapılandırmaya dönük birçok hukuksal düzenleme girişi bulunmaktadır. Bunların en önemlileri 2003 yılında kamuoyunun gündemine gelen Türk kamu yönetiminin merkeziyetçi niteliğini kökten değiştirmeyi amaçlayan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ile Yerel Yönetim Reform Taslağı paketidir.

3.1. Kamu yönetimi temel kanunu tasarısı

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, Türk kamu yönetiminin temel ve geleneksel bir özelliği olan merkeziyetçiliği değiştirmeyi amaçlamaktadır. Merkeziyetçiliğin yarattığı sorunlar her dönemde şikâyet konusu olmakta; vatandaşlar, yöneticiler, siyasiler ve bilim adamları aşırı merkeziyetçi yapı ve işleyişten yakınmaktadırlar. Tasarı, kamu yönetiminin merkeziyetçi yapı ve işleyişini değiştirmeyi, merkezi yönetim tarafından sunulan bazı kamu hizmetlerini yeniden yapılandırılacak olan yerel yönetimlere devretmeyi amaçlamaktadır (Polatoğlu; 2003).

05.04.2003 tarihinde gündeme giren Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, o tarihten başlayarak tasarı sahiplerini şaşkına çeviren bir toplumsal dirençle karşılaşmıştır. Giderek yaygınlaşan direnç karşısında hükümet, taslağı neredeyse ayda bir değişikliğe uğratarak korumaya çabalamış, yaz döneminden önce TBMM’ye sunulacağı söylenen taslak ancak 03.11.2003 tarihinde TBMM’de yeniden gündeme gelebilmiştir (Güler; 2004). Bu kadar tartışma yaratan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı’na göre Sağlık Bakanlığı’nın da içinde olduğu 10 bakanlık taşrada (il ve ilçelerde) müdürlükler biçiminde örgütlenemeyecek, bu görevler il özel idareleri ile belediyelere devredilecektir. Diğer bir anlatımla adalet, güvenlik, istihbarat, dış politika, eğitim ve diyanet dışındaki sağlık, kültür, spor, çevre ve orman, tarım ve köy işleri, sanayi, ticaret ve bayındırlık bakanlıklarının görev ve yetkilerini yerel yönetimlere bırakması planlanmıştır. Bununla birlikte yerel yönetimler reform paketi de o günlerde gündemi işgal etmektedir.

3.2. Yerel yönetimler reform taslağı

Yerel yönetimler reform taslağı başlığı altında sunulan belediyeler kanunu taslağı, büyükşehir kanun taslağı, il özel idaresi kanunu taslağı ve belediye ve İl özel idaresi gelirleri kanun taslağından (Koç; 2003) oluşan reform tasarısı paketidir. Yerel yönetimler reform taslağı yerel yönetimler arasında görev bölüşümü yaparken bir taraftan işlevsel bir ayırım yapmakta diğer taraftan da bir coğrafik alan sınırlaması getirmektedir. Buna göre belediyeler belediye sınırları içinde, il özel idareleri ise il sınırları içinde ancak belediye sınırları dışında hizmet götürmekle yükümlü kılınmaktadır. Taslak, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arası yeni bir görev bölüşümü yaparken merkezi yönetimin sunduğu pek çok hizmeti, eskiye göre daha güçlendirilmiş olan il özel idarelerine devretmektedir (Polatoğlu 2003).

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ve yerel yönetimler reform taslağı ile sağlık ve sağlık eğitimi hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi düşünülmüştür. İl özel idaresi kanun taslağı madde 4’e göre Sağlık Bakanlığı’nca belirlenecek standartlara göre hastane, dispanser, sağlık ocağı vb. kurup işletmek il özel idarelerinin görevleri arasında sayılmaktadır. Belediye kanunu taslağı incelendiğinde madde 12/d’de “belde halkına sağlık sosyal yardım ve aile hekimliği hizmetleri sunmak” ifadesinin yer aldığı görülmektedir. Tasarılar incelendiğinde sağlık hizmetlerinden sorumlu temel birimin il özel idarelerinin olduğu görülmektedir. Taslağın geçici 1. maddesine göre il özel idaresine devredilen hizmetleri illerde yürütülmekte olan merkezi idarenin ildeki hizmet birimleri kadroları ile birlikte özel idaresine, İstanbul’da ise Büyükşehir Belediyesi’ne devri

Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.

söz konusudur. Bu madde ve tasarılar göre il özel idareleri belediye sınırları içinde hizmet götüremeyecek, hastane ve dispanser kurup işletemeyecektir. Bu haliyle tasarlarda tamamı belediye sınırları içinde olan sağlık işletmelerinin kimin tarafından işletileceğinin de muğlak olduğu görülmektedir (Polatoğlu, 2003).

Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı, 15.07.2004 tarihinde TBMM’de kabul edilerek 21.07.2004 tarihinde cumhurbaşkanlığına gönderilmiş, dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer 03.08.2004 tarihinde geçici maddeleriyle birlikte 60 maddeden oluşan kanunun 22 maddesini Anayasa’ya aykırı bulduğu için veto ederek bu maddeleri bir kez daha görüşülmesi amacıyla TBMM’ye iade etmiştir. İade gerekçesinde, yapılan düzenlemelerin merkezi yönetimi zayıflattığı ifade edilmiştir. Günümüze dek yaşanan gelişmeler Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı’nın siyasal iktidar tarafından parça parça yürürlüğe koymanın tercih edildiğini göstermektedir (Güler, 2005).

4. Sağlık Bakanlığı teşkilatlanmasında ilk düzenlemeler

Cumhuriyetin ilanyla yaşanan hızlı sosyal ekonomik değişimlere paralel olarak Türk sağlık sisteminin boyutları da zaman içinde değişmiştir. Geçmişe kısaca bakıldığında Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinde sürekliliğin yanında sağlık hizmetlerinin organizasyonunda bir kültür birliğinin varlığı söz konusu olsa da Cumhuriyet yönetimi Osmanlı Devleti’nden savaş yıllarının da etkisiyle köklü ve kurumsal bir sağlık sistemi devralamamıştır. 1871 yılında *Sıhhiye müfettişlikleri ve Memleket tabiplikleri kurulması ve atanması hakkında* “İdare-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi” çıkarılmıştır. Bu nizamname uyarınca, belirli il ve ilçe ve kasabalarda birer memleket tabibi ve gerektiğinde memleket tabip muavini çalıştırılmış, bunların aylıkları yerel yönetimlerce ödemiş ve bu tabipler haftanın belirli gün ve saatlerinde hastaları ücret almadan muayene etmişlerdir (Öztürk ve Günay, 1991). Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte mevcut yapılar geliştirilirken tüm kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalmayarak temel tercih değişiklikleri göstermiştir. Dünyada değişen kamu ve ekonomi politikalarından sağlık politikaları da etkilenmiştir.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışını takiben 03.05.1920 tarihinde 3 Sayılı Kanun ile kurulmuştur. 1923 yılında ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları ve azınlıkların vakıflarında veriliyordu. Bu yıllarda sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015). 1930 tarihinde çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve yine 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılarak Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına dair düzenlemeler yapılmıştır. Bu yıllarda sağlık politikaları “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” / “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütüldüğü, koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakıldığı, sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırıldığı, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulandığı; sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam vb. bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatıldığı görülmektedir. Bunların yanı sıra nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, illere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune

Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7’ye çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

5. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına yönelik düzenlemelerden birincisi, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanun, ikincisi 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, son düzenleme ise Değişim Yönetimi Programı ve Uygulama Planı kapsamında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’dir (Lamba ve ark., 2011). 1936 yılında oluşturulan sağlık teşkilatlanması, 1980 sonrası paradigma değişimine uğramış ve bu değişim 2011 yılına dek sürmüştür.

Cumhuriyet tarihinde Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilat yapısını uzun süre belirleyen ve 2011 yılına kadar etkisini sürdüren kanun, 1939 yılında çıkarılan 3017 Sayılı “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin” kanunudur (Resmi Gazete,1936). 3017 Sayılı Kanun’un 3. maddesinde merkez teşkilatı, 26. maddesinde taşra teşkilatı ilk defa düzenlenmiştir. Teşkilat yapısı incelendiğinde dikey, hiyerarşik ve sade bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandırılan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”, 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’nca onaylanmıştır. Bu plana göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmakta, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülmekte idi (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). 08.12.1954 tarihinde açıklanan Milli Sağlık Programı’nda ise 16 sağlık bölgesi (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van) yapılanması öngörülmüştür. Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programı’nda halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurularak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum, aşı vb. tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt, mama vb. çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak vb. hedefler bulunmaktaydı. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Bakanlar Kurulu’nda ve TBMM’nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşmasa da temel yapılanmada o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmasına neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı bünyesinde dikey örgütlenmeler başlamış, 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi uluslararası örgütlerden yardım temin edilerek Ankara’da 1953 yılında bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi kurulmuştur.

1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983 yılında ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmiştir. 1978 yılında Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir.

Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısını değiştiren ikinci düzenleme 1983 yılında çıkarılan 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararnamedir (Resmi Gazete, 1983). 181 sayılı KHK döneminde (1983-2011) bakanlıkta sağlık hizmeti sunan birimler, genel müdürlük ve daire başkanlığı şeklinde ve çok parçalı bir yapıda ana hizmet birimleri altında sıralanmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından herhangi bir ayrıma gidilmemiştir.

1961 Anayasası herkesin tıbbi bakım görmesini, sosyal güvenlik hakkını ve uygun konut gereksiniminin karşılanmasını devletin ödevi olarak görmektedir (Özer, 1984). Oysa 1982 Anayasası sağlığı korumayı hem devletin hem bireyin ödevi olarak tanımlamakta ve devleti bu görevini kamu ile özel sağlık kuruluşlarını denetleyerek yerine getiren bir konuma indirgemektedir. 1982 Anayasası'nın bir başka önemli farklılığı da ilk kez genel sağlık sigortası ve katılım payından söz etmiş olmasıdır. İşte 1982 Anayasası'nın ruhuna yansıyan bu dönüşüm, yedinci (1996–2000) ve sekizinci (2001-2005) beş yıllık kalkınma planlarının da temel belirleyeni olmuştur. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak işletme haline dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için etkin sevk sistemi dahilinde işleyen aile hekimliğinin kurulması, prim temelli genel sağlık sigortası uygulanması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin ayrılması ve sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel sağlık ve hayat sigortalarının teşvik edilmesinin yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planlarına bu çerçevede nedeniyle alındığı ifade edilmektedir. Türkiye'de 2003 yılından beri uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın içerik itibarı ile özgün bir yenilik içermediği, aksine program hedeflerinin yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planları ile tümüyle örtüştüğü görülmektedir (Elbek ve Adaş, 2009).

1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı yasa ile kamu sektöründe ve sosyalleştirme kapsamında çalışan hekimlere serbest çalışma izni verilmiştir. 1982 Anayasası'nın 56. maddesine göre devlet ülke sınırları içinde yaşayan herkesin sağlıklı olarak yaşayabilmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Anayasa ile devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu birim ise Sağlık Bakanlığı'dır. Bakanlık bu görevi merkez ve taşra örgütü aracılığı ile yerine getirmektedir. Sağlık Bakanlığı illerde sağlık il müdürlüğü biçiminde örgütlenmiştir. Mevzuata göre sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür ve diğer kamu hizmetleri gibi ildeki sağlık örgütlenmesinin başında da bulunmaktadır. Yine mevzuata göre tüm sağlık kuruluşları İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlıdır. Bakanlık merkezi ile taşra birimleri arasındaki iletişim valilikler kanalıyla gerçekleştirilmektedir (Erençin ve Yolcu 2005). 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle başlayan özel sektörü ön plana çıkaran sağlık politikaları gündeme gelmişse de önemli bir aşama kaydedilmemiştir.

1990'lı yıllarda Türkiye'nin sağlık sistemi kamusal, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı daha çok birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekte, üçüncü basamak sağlık hizmetleri üniversitelere bağlı eğitim ve araştırma merkezlerinde (üniversite hastaneleri) verilmektedir. Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri ve sıtma merkezleri tarafından yerine getirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı yanında diğer kamu kuruluşları, üniversiteler, dernek, vakıf ve özel kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'de 2003 yılı verilerine göre 668 hastane, 5936 sağlık ocağı, 11740 sağlık evi ve bunların dışındaki diğer birimlerle toplam 19586 sağlık kuruluşu ile Sağlık Bakanlığı sektörde en büyük paya sahiptir. 2005 yılında SSK ve diğer bazı kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının

Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile bu sayı daha da artmıştır. 2003 yılı sonu itibarıyla 272 özel hastane faaliyet göstermekte olup bu hastanelerin 18 tanesi vakıf ve derneklere, 3'ü yabancılara, 5'i azınlıklara ve 246 tanesi de gerçek ve özel hukuk tüzel kişiliklerine aittir. İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'nın 47, üniversitelerin 5, diğer kamu kurumlarının 3 hastanesi bulunmaktadır. İstanbul'da özel hastane sayısı ise 136'dır.

2003 yılında uygulamaya konulan dönüşüm programının daha önceki yıllardan önemli farkı, çeşitli nedenlerle sağlığa ulaşamayan toplum kesimlerinin haklı öfkesini, özelinde hekimlere genelinde sağlık çalışanlarına yöneltebilmiş olmasıdır. Bu bağlamda gerek mevcut sağlık yapılanmasının var ettiği sorunların gerekse özellikle hekimlerin yaptığı etik ihlallerin toplumsal dokuda yarattığı öfke, reformların meşruiyet temelini oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici ve politika üretici bir rol üstlenmesi olarak formüle edilen ve "kürek çeken değil, dümen tutan bakanlık" şiarı ile yol çıkan programın temel hedefi, halkın sağlık düzeyini yükseltecek, maliyetleri düşürecek ve ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşan insanların güçleri oranında sağlık finansmanına katkı yapacakları bir sistemi oluşturmaktır. Etkililik, verimlilik ve hakkaniyet başlıkları altında tanımlanan bu üç hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan programın temel bileşenleri aile hekimliği, verimli sağlık işletmeleri, genel sağlık sigortası ve sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve motivasyonunu artırmaktır. Programın temel ilkeleri ise insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımçılık, uzlaşmacılık ve gönüllülük olduğu ifade edilmektedir (Elbek ve Adaş 2009).

6. Sağlıkta dönüşüm programı teşkilat yapılanmasına yansımaları

Uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı Dünya Bankası'nın 2002 yılında hazırladığı "Türkiye: Yaygınlığı Ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" başlıklı çalışmasına paralel bir program özelliği taşımaktadır. 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programının amaçları arasından personel rejimini etkileyen maddeler kısaca şöyle özetlenebilir: Sağlıkta yönetimin tekrar düzenlenmesi, idari birimlerin işlevlerinin belirlenerek Sağlık Bakanlığı'nın denetim ve planlama faaliyetlerinin merkeze alınması, sağlık hizmeti sunan kurumların yönetsel ve finansal bağımsızlığının olması, temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu bağlamda aile hekimliğinin oluşturularak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin aşamalı olarak yükseltilmesi olarak ifade edilmektedir (Başol ve Işık 2015).

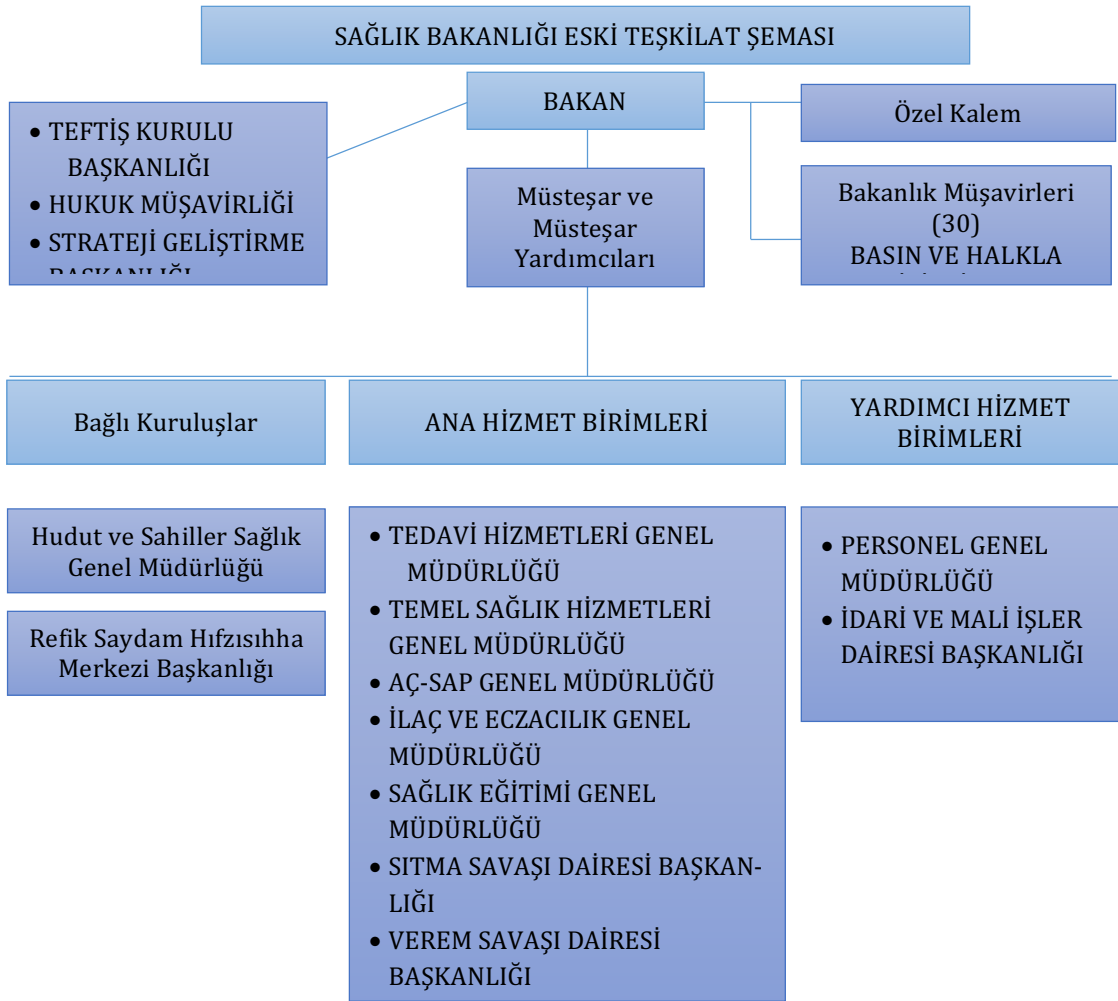
6.1. Merkez teşkilatında değişim

Sağlıkta dönüşüm programı ile ilk planda Sağlık Bakanlığı'nın temel sorumluluğu, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, eşgüdümlemesi ve denetlenmesine indirgenerek Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının özel işletmeler haline dönüştürülmesi hedeflendiği ifade edilmektedir (Erçetin ve Yolcu 2008).

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının 663 sayılı KHK öncesinde yapılanmasını dikey hiyerarşik yapılanma, geleneksel görev bölümü, politika belirleme, denetleme ve icra faaliyetlerini aynı anda yürüten bakanlık merkez teşkilatı, karar alma ve icra yetkisinin ve görevlerinin bakanlıkta toplandığı merkeziyetçi anlayışta olduğu şekil 1 incelediğinde söylenebilecektir.

Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.

Şekil: 1 Sağlık Bakanlığı eski teşkilat şeması

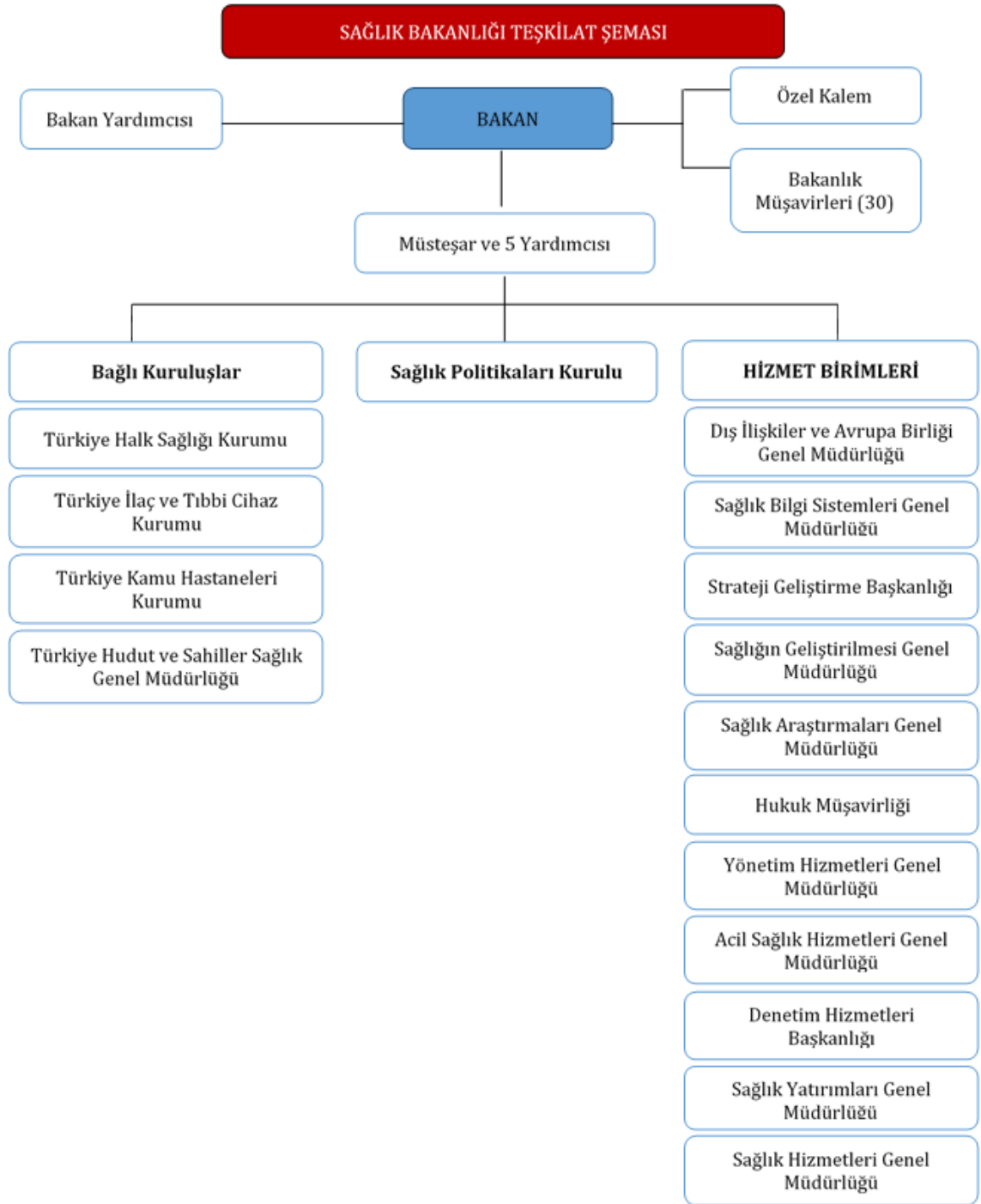


Kaynak:<http://www.slideshare.net/MustafaSaidYILDIZ/yeniden-yapilanma-sonrasi-saglik-bakanligi-insan-kaynaklari>, 01.07.2016.

663 sayılı KHK ile merkezi teşkilatta diğer bakanlıklara paralel sayı ve içerikte yönetsel görevlilerin yerine ileri düzeyde kurumsal uzmanlaşma sonucu daha çok sayıda ve çeşitlilikte idari pozisyon; taşrada hiyerarşik olarak alt düzeyde örgütlenmiş idari mali yönetim görevleri yerine taşraya yetki devri sonucu idari ve mali yönetim görevlerinin daha üst düzeyde temsili hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı müfettişleri yerine denetçi, AB uzmanları, ek olarak sağlık uzmanları istihdam edilmeye başlanmıştır. 663 Sayılı KHK öncesi sözleşmeli yöneticiler yokken yöneticiler sözleşme ile istihdam edilmeye başlanmıştır.

663 sayılı KHK sonrası yatay, kurumsal uzmanlaşmaya dayalı yapılanmaya geçilmiş, politika belirleme planlama işlevlerini bakanlık merkez teşkilatında, düzenleme ve denetleme işlemlerini bağlı kuruluşlarda icra faaliyetlerini yetki devriyle Kamu hastane birliklerinde yürüten yetki devri esaslı çalışan bakanlık, yetki devri esaslı çalışma ve görev ve sorumlulukların taşraya aktarılması hedeflenmiştir.

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı yeni teşkilat şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2012) Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar, s.6, Ankara

181 sayılı KHK'ye göre bağlı kuruluşlar, hizmet birimleri ve yardımcı hizmet birimlerinden oluşan teşkilat yapısı Bağlı Kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu ve Hizmet Birimleri şekline dönüştürülerek hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlamaya yönelik hizmetler arasında bir ayrıma gidilmiştir (Bkz. Şekil 2). Ayrıca yeni yapıda doğrudan ba-

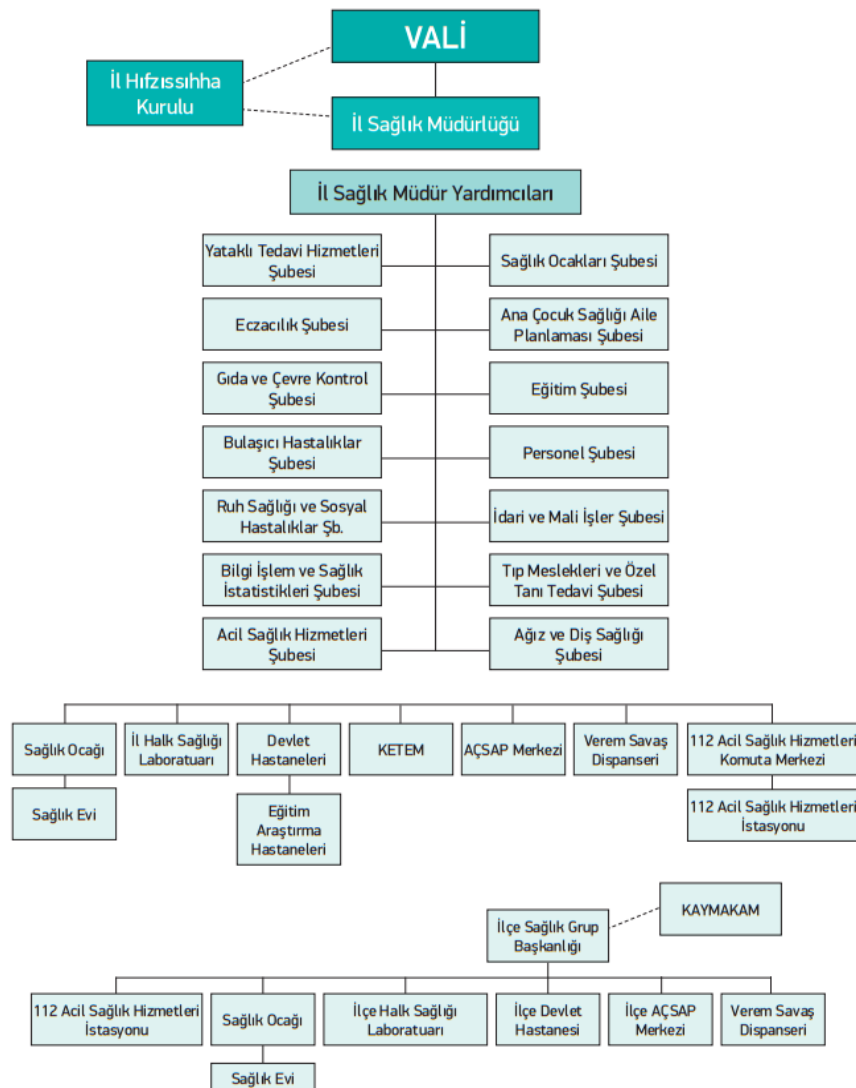
Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.

kana bağlı bir bakan yardımcılığı kadrosu da tahsis edilmiştir (Lamba ve ark 2014). Bağlı kuruluşlar sayıca artmıştır. Daha önce Sağlık Bakanlığı ana hizmet birimleri ve taşradaki müdürlükler tarafından yerine getirilen hizmet üretme ve sunumu işlevi, yeni yapılanma ile bağlı kuruluşlar aracılığı ile yerine getirilmektedir.

6.2. Taşra teşkilatında değişim

181 Sayılı KHK'ye göre sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür ve diğer kamu hizmetleri gibi ildeki sağlık örgütlenmesinin başında vali bulunmaktadır. Yine mevzuata göre ildeki tüm sağlık kuruluşları sağlık müdürlüğüne bağlıdır. İlde verilen sağlık hizmetlerinin denetçisi il sağlık müdürüdür (Öztek 1995 s: 386).

Şekil 3. Sağlık Bakanlığı Eski Taşra Teşkilat Şeması

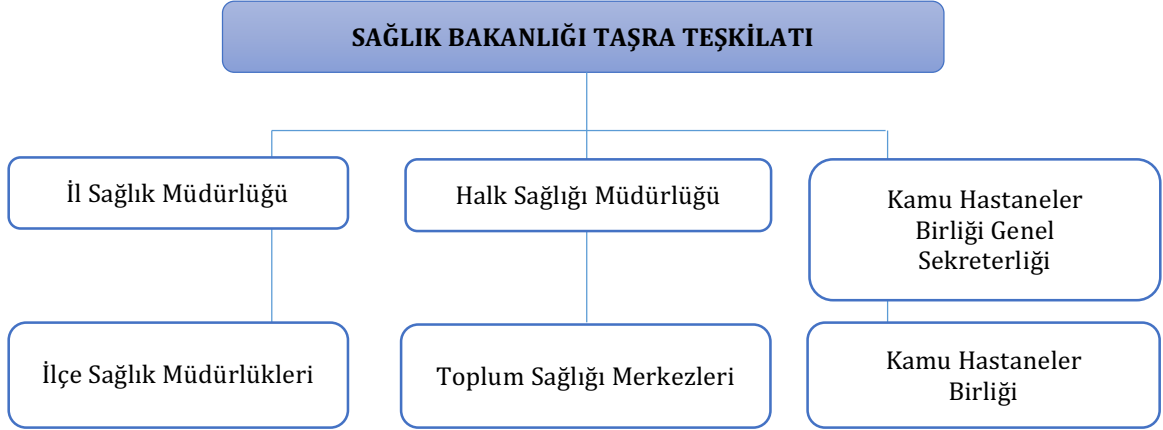


Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan,
<http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejikplan.pdf> s:29, 18.06.2016.

663 sayılı KHK ile bakanlık taşra teşkilatı da merkez teşkilatındaki yapılanmaya paralel bir dönüşüme tabi tutularak bakanlık ve bağlı kuruluşlara uygun olarak yeniden yapılandırılmıştır.

Bu yapılandırılmada il ve ilçe sağlık müdürlükleri ile sağlık grup başkanlıkları Sağlık Bakanlığı'nın, Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun, Halk Sağlığı Müdürlükleri ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur.

Şekil 4.Sağlık Bakanlığı yeni taşra teşkilat şeması



Kaynak: <http://www.slideshare.net/MustafaSaidYILDIZ/yeniden-yapilanma-sonrasi-saglik-bakanligi-insan-kaynaklari>, 19.09.2016.

Böylece sağlık hizmetlerinin sunulması, finansmanı ve hizmet sunucular arasında koordinasyon sağlanması personel rejimi ve hizmetin gördürülme biçiminde bazı değişiklikler ortaya çıkmıştır (Aktel ve ark 2013). İlk olarak yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmetin kamu hastane birlikleri ile yürütülmesi, ikinci olarak 1. basamak sağlık hizmetlerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerine devri ile bakanlık ve İl Sağlık Müdürlüğü hizmet sunan değil denetleyen bir yapıya kavuşturulmaya çalışılmıştır. Bu arada taşrada İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastane Birlikleri Sekreterliği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün koordineli bir şekilde hizmeti yürütmesi beklenmektedir. Özellikle Kamu Hastane Birlikleri kapsamında profesyonel yönetici ve sözleşmeli personel uygulaması ön plana çıkmıştır.

7. Sonuç

Yeni kamu yönetimi anlayışının sağlık sektörüne yansımaları olarak değerlendirilebilecek sağlıkta dönüşüm programı Sağlık Bakanlığı personel rejimine etkisi büyük olmuş, göreceli yarar ve çelişkileri beraberinde getirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın insan kaynakları yönetimi, yapılan değişimlerin etkisi görülmeden değiştirilerek sarmal şeklinde değişim devam etmektedir. En son kamuoyu ile paylaşılan "Sağlık Turizmi Başkanlığı Kanunu İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı"nda (İTO, 2016) 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 25. maddesi bakanlık taşra hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi planlanmaktadır. 663 sayılı KHK'de bakanlığın taşra teşkilatı; "İllerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İl sağlık müdürlükleri bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir" maddesi "Bakanlığın taşra teşkilatı; illerde kurulan il sağlık müdürlüklerinden oluşur. İllerde sözleşmeli il sağlık müdürü görevlendirilir" şeklinde değiştirilerek il sağlık müdürünü de sözleşmeli statüye almaktadır. Taslak ayrıca üçlü yapının önüne geçmek adına taslağın 2. maddesinde il sağlık müdürünün görevlerine Halk Sağlığı Genel Sekreteri ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri'nin kurumlarınca yapılacak

Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.

performans değerlendirmesinde dikkate alınmak üzere bakanlıkça belirlenecek oranda performans değerlendirmesi yapmak ve Halk Sağlığı Genel Sekreteri ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri'nin sözleşmelerinin devamı ile feshinde ve sona erdirilmesinde görüş bildirme eklenmiştir.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilat yapısında diğer bir değişim planı da 56. maddede vurgulanmıştır. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye aşağıdaki ek madde olarak 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin eki (I) sayılı cetvelin Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatına ait bölümünden il sağlık müdürü ve ilçe sağlık müdürü kadroları ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatına ait bölümünden müdür ve müdür yardımcısı kadroları iptal edilerek anılan cetvellerden çıkarılmıştır. Böylelikle Sağlık Bakanlığı teşkilatlanmasını tümüyle bürokratların siyasetçilerden kesin tarafsızlığını ve soyutlanmasını öngören model, yerine siyasetçi-bürokrat etkileşimine bırakmıştır. Bu etkileşim ise bazı sorunları çözerken başka sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bürokratların siyasetçilerle ilişkilerinin üst seviyelerde olması ve sözleşmelerinin her an feshedilebileceği nedeniyle eski idari vesayetin yerini siyasi vesayet almakta, bürokratların ve siyasilerin eskiye göre daha keyfi davranmalarına neden olabileceği göz ardı edilmektedir.

Yerel karar alıcıların toplumun gereksinimlerine daha iyi yanıt verebilecek olması, toplumun yerel hizmetlerin planlanması ve denetlenmesine katılımının demokrasiyi geliştirecek olması ve yerel düzenlemenin kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlayacak olması, desantralizasyon uygulamalarının temel gerekçeleri olarak ifade edilmektedir. Ancak Latin Amerika'da yaşanan deneyim, Dünya Bankası patentli bu gerekçeleri doğrulamamıştır. Çünkü Latin Amerika'da desantralizasyon uygulaması sonrasında verimli işletmeler haline gelen sağlık kurumları, kazançlarını maksimize etmek için hasta olmayan insanlar, yanlış teşhisler, mükerrer hesaplar ve yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar vb. yollarla her zaman kârı öncelemişlerdir. Reformların gerekçesi olan kalite ise bu verimli işletmelerin unutulmuş bileşeni olmuştur. Öte yandan Latin Amerika tecrübesi yerel inisiyatiflerin sağlık politikaları açısından her zaman doğru kararlar veremediğini de göstermiştir. Örneğin sağlık için ayrılan kaynaklar Bolivya'da belediye başkanı tarafından yol yapımına harcanmış; Meksika'da komşu eyaletlere sağlık dışı harcama kalemleri için transfer edilmiş; Nikaragua'da ise tuvalet inşası için ayrılan çimento köylüler tarafından satılmıştır. Ayrıca bu reform politikası sağlık işletmelerinde yüksek maaşla çalışan yönetici sayılarında artışa neden olarak verimsiz kaynak kullanımına; yönetsel kademelerde koordinasyon sorununa; merkezi alımın ortadan kalkması sonucunda sağlık kurumlarının pahalı tıbbi malzeme ve ilaç alımına neden olarak kır ile kent ve büyük ve küçük kent arasındaki sağlık eşitsizliğini artırdığı ifade edilmektedir (Elbek ve Adaş, 2009).

Kaynakça

- Aktel M., Altan Y., Kerman U. ve Eke E. (2013) "*Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerine Bir Analiz*", Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2), s.49.
- Arıkoğa E. (2007) *Türk Yerel Yönetim Sisteminde Reform ve Yeni Kamu Yönetimi*, Kamu Yönetimi Yazıları, B. Eryılmaz, M. Eken, M. L. Şen (Der.), Nobel Yayınları, s.42-70.
- Başol E. ve Işık A. (2015) "*Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler*", IAAOJ Social Science, 2(2), s.1-26.
- Elbek O. ve Adaş E., B. (2009) "*Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme*", Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12(1), s.33-44.

Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Studies of restructuring in Ministry of Health in the context of new public administration. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.

- Ener M. ve Demircan E. (2008) “*Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları*”, Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 13(1), s.57-82.
- Erçetin A. ve Yolcu V. (2008) “*Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetim*”, Memleket Siyaset Yönetim, C:3, S:6, s.118-136.
- Eryılmaz B. (2013) *Kamu Yönetimi*, Umuttepe Yayınları, İstanbul.
- Güler B. A. (2005) “*Çerçeve Sunuş*”, Kamu Yönetimi Reformu, Çevre ve Bölge Kalkınma Ajansları Yasa Tasarısı Sempozyumu, TMMOB Çevre Mühendisleri Odası ve YAYD, Ankara.
- Güler B. A. (2004) *Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine Hukuk ve Adalet*, Eleştirel Hukuk Dergisi 1(2).
- İTO, (2016) *Sağlık Turizmi Başkanlığı Kanunu İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnameler de Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı*, http://www.istabip.org.tr/site_icerik_2016/haberler/mayis/saglik_trzm_hk.pdf, E.T.:01.06.2016.
- Koç Y. (2003) *Yerel Yönetim Reform Taslağı*, Türk-İş Dergisi.
- Lamba M., Altan Y., Aktel M., ve Kerman U. (2014) “*Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme*”, Amme İdaresi Dergisi, 47(1), s.53-78.
- Lane J. E. (2000) *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches*, Third Edition, Sage Publications, London.
- Özer A. (1984) *Gereççeli ve 1961 Anayasası Mukayeseli 1982 Anayasası*, Bilim Yayınları, Ankara.
- Öztek Z. (1995) “*Sağlık Yönetimi*”, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, M. Betan, Ç.Güler (Der.), Güneş Kitabevi, Ankara.
- Öztürk Y. Ve Günay O. (1991) “*1991 Atatürk Döneminin Sağlık Politikaları*”, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayınları, Yayın No:2, S:5, Kayseri.
- Polatoğlu A. (2003) “*Türk Kamu Yönetim Sisteminin Yeniden Örgütlenmesi Üzerine Düşünceler*”, Amme İdaresi Dergisi, 36(4), s.1-16.
- Resmi Gazete, (2015) *663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname*, www.resmigazete.gov.tr E.T.: 08.06.2016.
- Resmi Gazete, *14.12.1983 tarih ve 18251 Sayılı Sağlık Bakanlığı’nun Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kararname*, www.resmigazete.gov.tr E.T.: 08.06.2016.
- Sağlık Bakanlığı, (2003) *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>, E.T.: 05.06.2016.
- Sağlık Bakanlığı, (2010) *2010 Stratejik Plan*, <http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejikplan.pdf>, E.T.: 05.06.2016.
- Sağlık Bakanlığı (2012) Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar, Ankara, <http://www.cu-med.org.tr/wpcontent/uploads>
- TÜİK, (2015) *2015 Sağlık harcamaları istatistikleri*, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, E.T.: 15.06.2016.

Extended abstract in English

Public policies changing in the world inevitably affect public administration of our country. Social state approach emerging after Second World War, after World Economic Crisis in 1970, have begun to change with new approaches and searches such as the use of techniques and practice of private sector in government structuring. Among these approaches, the one which has an important place doubtlessly has been approach of New Public Administration. New Public Administration Approach has a very important place between the approach of classic public administration and private sector management. This new technique applying the logic and management applications of private sector to public prioritizes to the management of human resources. In this context, by beginning to give up socialization policies in health in 1980s, adopted in 1960s, in the years of 1981, 1983, 1987 and 1990, health policies that bring private sector into the forefront have become the main topic, however, an important progress was not recorded.

In 2003, when Public Administration Basic Draft failed to become law, health environment in our country started to be restructured with the reform called Transformation Program in Health. From financial point of view, although it is said that program, supported by International Monetary Fund and World Bank, and in which World Health Organization is determinative, is toward solving health problems of Turkey, it is in compliance with the transformation in health in the world. Local policy makers' meeting the society's needs, improving democracy with participation of society to planning and monitoring of local services and effective use of local arrangements sources can be defined as the main justification of decentralization practices. However, the experience in Latin America confirmed these "patented" justifications by World Bank. Because, after the decentralization practice in Latin America, the health institutions which became efficient businesses prioritized profit through patients, wrong diagnosis, duplicate accounts and the bills for unprescribed drugs in order to maximize their earnings.

Quality which is the reason of reforms became the forgotten compound of these efficient businesses. On the other side, Latin America showed that local experience initiatives do not always make right decision in terms of health policies. With statutory decree numbered 663, issued in 2011, structure of central organization of Ministry of Health, argued as "triad structure and strong structure", was turned into Subsidiaries, Board of Health Policies, and Service Units.

The reflection of this to Provincial Organization of Ministry of Health have been the foundation of Health Directorships in the provinces as well as Directorships of Public Health, and Secretariat of Public Hospital Unity in the provinces. In this study, the effects of global transformation experienced in health on Central and Provincial Organization of Ministry of Health have been studied.