

Derleme Makale

Yerel Yönetimlerin Sağlık Hizmet Sunum Roller ve Faaliyetleri: AB Ülkeleri ve Türkiye

Delivery of Healthcare Roles and Activities of Local Governments: EU Countries and Turkey

Yeter DEMİR USLU

Prof.Dr. İstanbul Medipol Üniversitesi

yuslu@medipol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-8529-6466>

Makale Gönderme Tarihi	Revizyon Tarihi	Kabul Tarihi
01.02.2021	06.04.2021	24.05.2021

Öz

Ülkeler devlet yapılarına ve yerel yönetimlerin olanaklarına göre sağlık ile ilgili süreçlerde merkezi hükümet ve yerel yönetimler arası iş birliği yapar. Çalışmanın amacı da çeşitli ülkelerde farklı şekilde uygulanan sağlık ile ilgili alanlarda yerel yönetimlerin görev, yetki ve faaliyetlerini değerlendirerek merkezi hükümet-yerel yönetim iş birliği çerçevesinde AB ülkeleri ile Türkiye'nin karşılaştırmasını yapmaktır. Bu doğrultuda çalışma, literatür taraması ile elde edilen ikincil veriler ile derleme yöntemi kullanılarak hazırlanmıştır. AB ülkelerinin sağlık ile ilgili alanlarda desantralize süreci tek tip olarak uygulanmamaktadır. AB, her ülkenin kendi yönetim ve idari yapılarına göre uygun desantralizasyon uygulaması yapmasını önermektedir. Türkiye'de sağlık ile ilgili alanlarda yerel yönetimlere kısmi yetki ve sorumluluk verilirken, kendi devlet yapısını ve yerel yönetimlerin alt yapı uygunluğu dikkate alınmaktadır. Bu çalışmada sağlık ile ilgili alanlardaki tüm faaliyetlerde sadece yetkili merkezi yönetimin ya da tamamen yerel yönetimlerin yetki sahibi olması yerine; koordineli olarak sürecin birlikte yürütülmesinin, başarıya ulaşmada kritik rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri Kapsamı, Yerel Yönetimler, Karşılaştırmalı Sağlık Hizmetleri

Abstract

Countries cooperate with the central government and local governments in health-related processes, according to the state structures and the possibilities of local governments. The aim of the study is to evaluate the duties, powers and activities of local governments in health-related fields that are applied differently in various countries within in the central government-local government cooperation is to demonstrate Turkey's comparison with EU countries. In this direction, the study was prepared using the review method with the secondary data obtained as a result of the literature review. The decentralization process of EU countries in health-related areas is not applied uniformly. The EU recommends that each country implement appropriate decentralization according to their management and administrative structures. While giving limited authority and responsibility to local government in health-related areas to Turkey, it takes into account its own state structure and the suitability of local governments' infrastructure. In this study, it has been concluded that instead of having only the authorized central government or completely local governments in all activities related to health; coordinating the process together plays a critical role in achieving success.

Keywords: Health Services Scope, Local Governments, Comparative Health Services

Önerilen Atıf /Suggested Citation

Demir Uslu, Y., 2021, Yerel Yönetimlerin Sağlık Hizmet Sunum Roller ve Faaliyetleri: AB Ülkeleri ve Türkiye, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 56(2), 923-940

1. Giriş

Yerel yönetimler, kamunun hizmet sunumunu en etkili şekilde sağlayan ve halka en yakın birimler olarak ifade edilebilir. Halkın ilk başvurduğu hizmet birimleri olması nedeniyle yerel yönetimler genel yönetimle halk arasında köprü görevi görmektedirler. Bu nedenle kamusal mal ve hizmet sunumundaki rolleri oldukça önemlidir (Karakılçık ve Küçük, 2019). Toplumun ihtiyaç ve beklentilerindeki artış ve çeşitlenme, kentlerdeki nüfusun artması yerel yönetimlerin önemini daha da fazla artırmaktadır. İdareler arasında görev paylaşımının koşullara uygun ve sağlıklı bir şekilde yapılması kamu hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesine olanak verir. Son dönemde hesap verebilir ve demokratik yerel yönetim oluşturma çabaları kamu hizmetlerinin etkin ve verimli şekilde sunulmasının önemini artırmıştır. Aşırı merkezîyetçi bir idari yapının olduğu devletlerde yerel yönetimlerin üzerinde kurulan aşırı vesayet denetimi hizmetlerin üretiminde hızlilik, kaynakların verimli kullanımı ve demokratik kültürün gelişmesi konularının gelişimini engellemektedir. İdareler arasında hizmetlerin paylaşımı ve iş birliği etkin kaynak paylaşımı ile mümkün olacaktır (Dayar, 2015).

Merkezi yönetim ile yerel yönetim arasındaki görev bölüşümünde iktisadi ve geleneksel kriterler dikkate alınmaktadır. İktisadilikte; bir hizmet hangi yönetim tarafından daha uygun maliyetle yerine getirilip halka sunulabilirse o idare tarafından yürütülmelidir. Esas olan görevin veya hizmetin halka en yararlı, en ucuz ve en hızlı hangi kuruluş tarafından yerine getirileceğidir (Güngör, 2012). Bu minvalde yerel yönetimler, merkezi yönetimle karşılaştırıldığında daha küçük tüketim birimleri olduğundan, hizmetlere olan talep ve ihtiyaçların belirlenmesi ve giderilmesi konusunda daha iyi yeteneklidir. Sonuç olarak yerel talep ve ihtiyaçların karşılanmasında uygun hizmetlerin sunumu için daha avantajlı bir konuma sahiptir (Öncel, 1992). Geleneksel kriterler açısından ise; hizmetlerin yürütülmesindeki görev bölüşümünde yerleşmiş gelenekler başta olmak üzere yeni uygulama ve beklentilerin de etkisi bulunmaktadır. Geçmişten günümüze yerel yönetim veya merkezi yönetim tarafından yürütülmekte olan hizmetler aynı idareler tarafından yapılmaya devam edilmektedir (Güngör, 2012).

Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi çevresel, toplumsal ve ekonomik faktörler ile yakından ilişkilidir. Yani tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanında çevresel faktörlerin iyileştirilmesi, altyapının düzenlenmesi vb. unsurlar da dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda sağlığın tek bir açıdan değil çok yönlü olarak ele alınması gerekir. Toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi sadece merkezi yönetimin değil aynı zamanda yerel yönetimlerin de katkısıyla mümkün olacaktır (Şahin, 2009). Özellikle merkezi ve yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli kriterler arasında yer alan kapsayıcılığın, hakkaniyet ve eşitliğin sağlanmasında koordinasyon halinde hareket etmesi toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi açısından elzemdir. Temel sağlık hizmetleri, halk sağlığı ve sosyal hizmetlerin yürütülmesinde yerel yönetimlerin, kapsamlı tesis, uzman personel, teknoloji gerektiren ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi yönetimin daha fazla görev alması beklenmektedir. Nitekim dünyada bunun oldukça fazla örneği bulunmaktadır.

Avrupa Birliği (AB) Ülkeleri'nde sağlık konusu genellikle sosyal politikalar altında yer almaktadır. Sosyal politikalar da çoğunlukla halkın yaşam standartlarını geliştirebilmek için çalışmaktadır. AB ülkelerinde tek tip sosyal politika hizmeti oluşturulmamaktadır. Tam tersine her ülkenin sağlık sistemlerine uygun olacak şekilde uygulanmaktadır (Arıbaş, 2015).

AB üyesi ülkelerin yerel yönetim uygulamaları genellikle halk sağlığı ile ilgili ve koruyucu sağlık hizmetlerini içeren görevler kapsamında uygulanmaktadır. Yerel yönetimlerin sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi için yapmış oldukları çalışmalar AB Stratejisinin hedef noktasıdır. Sağlık piyasalarında sunulan hizmetlerin bir kısmı kimi AB ülkeleri için tam kamusal ya da kimi AB ülkeleri için yarı kamusal mal olmaktadır. Bu mal ve hizmetlerin sağlık boyutunda arz ve taleplerine ilişkin dışsallıklar yerel yönetim uygulamalarında farklılık oluşturmaktadır. Dolayısıyla sağlık piyasalarında yerel yönetimin rolünün gelişebilmesi için avantajların yanı sıra ülkelerin dezavantajları da göz önünde bulundurularak her ülkenin sağlık sistemleri boyutuna eş

olacak şekilde uygulamaların yapılması, ülkelerinin daha etkili bir yerel yönetim sistemine sahip olacağı anlamını taşıyacaktır.

AB üyesi ülkelerde yerel yönetim birimlerinin sağlık alanındaki yetkileri oldukça gelişmiş düzeydedir. Bu minvalde koruyucu sağlık hizmetlerinden acil hizmetlere kadar entegre bir çalışma sistemi bulunmaktadır. Ancak, AB ülkelerinde sağlık politikaları ülkelere özgü olarak uygulanıp ulusal bir düzeyde organize edilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015). Bu bağlamda ülkelerin insan gücü ve sağlık mevzuatları da farklılık göstermektedir.

Türkiye’de kamu hizmetleri konusunda görev paylaşımı Anayasa’nın 127. Maddesinde yer verilen “mahalli müşterek ihtiyaçlar” ifadesi ile yer almıştır. (Eryılmaz, 2012: 178). Anayasanın 127. maddesinde yönetimler arasındaki ilişkiler belirlenmiştir. Buna göre: “*merkezî idare, mahallî idareler üzerinde, mahallî hizmetlerin idarenin bütünlüğü ilkesine uygun şekilde yürütülmesi, kamu görevlerinde birliğin sağlanması, toplum yararının korunması ve mahallî ihtiyaçların gereği gibi karşılanması amacıyla, kanunda belirtilen esas ve usuller dairesinde idarî vesayet yetkisine sahiptir.*” Ayrıca merkezi yönetim, idarenin bütünlüğü ilkesini esasında idari vesayet yetkisiyle ile yerellik ilkesini sınırlayabilir (Aydın, 2011: 169).

Türkiye’de büyükşehir belediyesi başta olmak üzere il özel idaresi ve belediyelere ilişkin kanunlarda yapılan değişikliklerle idareler sağlık hizmetinin sunumunda farklı kapsam ve görevleri paylaşmaktadır. Özellikle 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu bu hizmetlerin sunumu ve kurumların koordine edilmesi açısından temel teşkil etmektedir. Kanunun 4. Maddesinde şehir, kasaba ve köylerdeki sağlığın korunmasına veya tıbbi ve toplumsal yardımlara ilişkin işlerin yürütülmesinde belediye ve mahalli idarelere icap ettiği durumlarda görev verilebileceği; aynı kanunun çeşitli maddelerinde ise bu idarelerin yürütecekleri görevler ve sorumluluklar, koordinasyon içinde olacakları paydaşlar açıkça belirtilmiştir. 1593 sayılı kanuna ek olarak, 5393 sayılı Belediye Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ve 442 sayılı Köy Kanunu yerel yönetimlerin sağlık hizmeti sunumundaki rol ve görevlerini içermektedir.

Bu çalışmanın amacı AB ülkelerinde ve Türkiye’de farklı şekilde uygulanan sağlık ile ilgili alanlarda yerel yönetimlerin görev, yetki ve faaliyetlerini değerlendirerek merkezi hükümet-yerel yönetim iş birliği çerçevesinde karşılaştırma yapmaktır.

2. Yöntem

Bu çalışma bir nitel araştırma olup; derleme bir makaledir. Ülkelerin siyasi ve ekonomik yapıları kamusal hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, koordine edilmesi ve denetlenmesini yani yönetimini yakından etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı, yetkili ve sorumlu kuruluşların rolleri de bu minvalde değişiklik göstermektedir. Bu çalışmanın amacı da çeşitli ülkelerde farklı örnekleri bulunan sağlık hizmet sunumunda yerel yönetimlerin görev, yetki ve faaliyetlerini değerlendirerek “merkezi hükümet-yerel yönetim iş birliği” çerçevesinde AB ülkeleri ile Türkiye’nin karşılaştırmasını ortaya koymaktır.

3. AB Ülkeleri ve Türkiye’de Yerel Yönetimler

Yerel yönetimler ülke sınırları içerisinde bulunan değişik coğrafi ölçülere sahip köy, kasaba, kent gibi yerleşim yerlerinde insan, hayvan dahil tüm canlıların yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamak için belirlenmiş hukuk düzeni içerisinde oluşturulmuş anayasal kuruluşlardır (Varcan, 2013). Özetle yerel yönetimler, kamunun hizmet sunumunu en etkili şekilde sağlayan ve halka en yakın birimler olarak ifade edilebilir. Halkın ilk başvurduğu hizmet birimleri olması nedeniyle yerel yönetimler genel yönetimle halk arasında köprü görevi görmektedirler. Bu nedenle kamusal mal ve hizmet sunumundaki rolleri oldukça önemlidir (Karakılçık ve Küçük, 2019).

AB ülkelerinde tek bir yerel yönetim yapısı oluşturulması her ne kadar gerçekleşme de, ortak prensipler bulunmaktadır. Bahsedilen bu ortak prensipler aynı zamanda “ortak yönetim” kavramına da dikkat çekmektedir (BİB, 2009). AB ülkelerinin tek yerel yönetim yapısının olmaması, AB’nin görev ayrımı ve örgüt olma şekli konusunda üye ülkelere karışamayacağına ve

herhangi bir yaptırımında bulunamayacağına dikkat çekmektedir. Ayrıca, AB'nin yerel özerklik ve yerinden yönetim prensiplerini yaygınlaştırarak bünyesindeki üye ülkeler aracılığıyla ortak bir pazar oluşturmak istediği bilinmektedir. Bu amacın en önemli sebebi olarak belirtilen tek bir pazar oluşturma isteğinin yalnızca karar mekanizmalarının tabana yayılması, yetkilerin genişletilmesi, yerel ve yerinden yönetimlerin özerkleştirilmesiyle sağlanacağı belirtilmektedir (Özer ve Akçakaya, 2014).

Yerel yönetim yapısı üç, iki ve tek kademeli olmak üzere üç farklı şekilde tasarlanabilmektedir. Ülkeler yerel yönetimlerini tek bir yapı doğrultusunda ilerletmek yerine kendilerine en uygun olan yöntem ile belirlerler. Bu doğrultuda üç kademeli yerel yönetim anlayışını Fransa, İspanya, Almanya, Belçika ve Polonya; iki kademeli yerel yönetim anlayışını İsveç, İtalya, Danimarka, Austurya, Yunanistan, Slovakya, Çekya, Finlandiya, Portekiz, Hırvatistan, Macaristan, Romanya ve Hollanda; tek kademeli yönetim anlayışını ise Letonya, İrlanda, Slovenya, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, Lüksemburg, Bulgaristan, Litvanya, Estonya ve Malta gibi ülkeler benimsemiştir (Tekdere, 2019).

Bazı AB ülkeleri ve Türkiye'nin yerel yönetimlerinin yapısı aşağıdaki gibi özetlenbilir (Gürün, 2018; OECD, 2020; Mecek ve Atmaca, 2020);

- Almanya, 1949 Temel Yasası uyarınca kurulan, 2006 ve 2009 yılında tekrardan düzenlenen ve işbirlikçi federalizm ilkesine dayanan federal bir sisteme sahiptir. Bu çerçevede Almanya 16 eyalet, 401 ilçe ve 11054 belediyesi ile üç kademeli bir yerel yönetim yapısına sahiptir.
- Avusturya federal bir devlet yapısına sahiptir. Avusturya'da 2098 belediye ve 9 eyaletten oluşan iki kademeli yerel yönetim yapısı bulunmaktadır.
- Belçika altı anayasal revizyon ile birlikte kademeli olarak üniter bir devlet yapısından federal bir devlet yapısına dönüştürülmüştür. Belçika 589 belediye, 10 il ve 6 eyalet olmak üzere üç kademeli yerel yönetim yapısına sahiptir.
- Danimarka yerleşme temelleri üzerine kurulmuş üniter bir yapıya sahiptir. 2007 yılındaki reform ile birlikte 98 belediye ve 5 bölge olmak üzere iki kademeli bir yerel yönetim yapısına kavuşmuştur. Belirtilen bu iki kademe arasında hiyerarşik bir bağ bulunmamaktadır.
- Fransa merkez otoritenin baskın olduğu üniter bir devlettir. Yerel yönetimi açısından ise AB'deki belediyelerin % 41'ini OECD'deki tüm belediyelerin ise yaklaşık olarak %27'sini oluşturacak kadar belediye sayısına sahiptir. Bu durumu daha yönetilebilir kılmak adına 2015 yılında bölgelerin sınırlandırılması ile ilgili yasa çıkarılmıştır. Bu çerçevede Fransa'da üç kademeli yerel yönetim yapısı bulunmaktadır. Bu yapının içerisinde 35357 belediye, 101 il ve 18 bölge bulunmaktadır.
- İrlanda parlamenter demokrosi ile yönetilen üniter bir yapıya sahiptir. İrlanda'nın yerel yönetim tarihi 1922 yılına kadar bir parçası olduğu Birleşik Krallığı ile büyük benzerlikler göstermektedir. İrlanda'nın yerel yönetim yapısı 2014 yılındaki Yerel Yönetim Reform Yasası ile birlikte günümüzdeki halini almıştır. Bu çerçevede eski 114 yerel meclis 31 yerel yönetim birimi altında birleştirilmiştir.
- İspanya 1978 Anayasasına göre özerkliği anayasal olarak kabul edilmiş üç kademeli yerel yönetime sahip üniter bir devlettir. Bölgesel topraklarda yer alan illerin ve belediyelerin organizasyonuna karar verme imkanı dahil olmak üzere, özerk topluluklara sahip yarı federal bir yapıya sahiptir. İspanya'da 8124 belediye, 50 il ve 17 özerk topluluktan oluşan yerel yönetim yapısı bulunmaktadır. Bunların yanında 3719 belediye altı olarak tanımlanan kuruluş bulunmaktadır.
- İsveç iki kademeli yerel yönetim sistemini benimsediklerini Anayasası'nın 7. Maddesinde dile getirmiştir. Yerel yönetimler aralarında hiyerarşik bir yapı olmayan 21 il/bölge konseyi ve 290 belediyeden oluşmaktadır.

- İtalya 2001 yılında gerçekleştirdikleri Anayasa reformu ve 42/2009 sayılı Mali Federalizm Kanunu bölgelere daha fazla özerklik vermiştir. Yerel yönetimler; 14 metropoliten şehrin de dahil olduğu toplam 7960 belediye ve 20 bölgeden oluşan iki kademeli bir yapıya sahiptir. Ocak 2015 itibari ile yürürlüğe giren yasa ile beraber 107 ilin orta düzeydeki yerel yapısı ortadan kaldırılmıştır.
- Letonya Cumhuriyeti'nde 2009 yılında gerçekleştirilen örgütlenme reformu neticesinde iki düzeyli belediyeçilikten tek düzeyli belediyeçiliğe geçiş yaşanmıştır. Bu çerçevede Letonya 119 adet belediye seviyesindeki yerel birim altında toplanmıştır.
- 1 Ocak 1993'te kurulan Slovakya üniter bir devlet yapısına sahiptir. Şu anki durumunda Slovakya'da 2930 belediye ve 8 bölgeden oluşan iki kademeli yerel yönetim yapısı yer almaktadır.
- Yunanistan yerelleşme temellerine dayanan üniter bir devlet yapısına sahiptir. Yunanistan'ın aralarında hiyerarşik bir yapı bulunmayan 325 belediye ve 13 bölgeden oluşan iki kademeli yerel yönetim yapısı bulunmaktadır.
- Türkiye'de ise 1389 belediye ve 81 il olmak üzere iki kademeli yerel yönetim yapısı bulunmaktadır. Başka bir bakış açısı ile Türkiye'de yerel yönetimler birimleri "*belediye idaresi*", "*il özel idaresi*" ve "*köy idaresi*" olmak üzere üç farklı gruba ayrılır. Merkezi yönetimler ise; başkent ve taşra örgütü olmak üzere ikiye ayrılır. Anayasa hükümlerine göre taşrada teşkilatında kurulması zorunlu olan en üst idari birim "*il*" dir. İller "*ilçe*"lere; ilçeler ise "*bucak*"lara ayrılmıştır. Ancak, 11 Eylül 2014 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 6552 sayılı kanun ile tüm illerdeki "*bucak*"lar kaldırılarak, kaldırılan bucaklara bağlı "*belde*" ve "*köy*"ler, bucağın bağlı bulunduğu idari birime bağlanmıştır.

Yerel yönetim gelir ve giderlerinin artışı aynı doğrultuda değildir. Merkezi yönetimin isteği doğrultusunda gelir miktarında belirgin değişiklikler olmamasına rağmen, giderler konusunda günden güne artışın yaşandığı vurgulanmaktadır. AB ülkelerinin hizmet konusunda elde ettiği finansman kaynakları üye ülkeler arasında çeşitlilik göstermektedir. Kimi ülkelerde gelir olarak vergi kullanırken kimi ülkelerde de vergi haricindeki gelirler ve hibelerin finansman kaynağı olduğu sonucuna varılmaktadır (Türkoğlu ve Bucaktepe, 2015). Türkiye'de ise yerel yönetimlerin finansman kaynaklarının önemli bir kısmını, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasındaki kaynak paylaşımı sonucunda yerel yönetimlere ayrılan, genel bütçe vergi gelirleri oluşturmaktadır. Yerel yönetimlerin genel bütçe vergi gelirlerinin yanında harç, vergi gibi öz gelirler elde etme, belli sınırlar çerçevesinde borçlanma ve denkleştirme ödeneği gibi çeşitli finansman kaynakları da bulunmaktadır. Türkiye'de yerel yönetimlere bazı gelirlerin devredilmesi konusunda iki ayrı kanun düzenlemesi yapılmıştır. Bunlardan ilki, 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanunu'nda yer verilen, Eğlence Vergisi, İlan ve Reklam Vergisi, Yangın Sigortası Vergisi, Elektrik ve Havagazı Tüketim Vergisi, Çevre Temizlik Vergisi gibi vergiler, İşgal Harcı, Kaynak Suları Harcı, Tellallık Harcı, Tatil Günlerinde Çalışma Ruhsatı Harcı, Muayene ve Denetleme Harcı, Hayvan Kesimi, Bina İnşaat Harcı, Ölçü ve Tartı Aletleri Muayene Harcı gibi harçlar ve harcamalara katılma paylarıdır. Diğer kanun düzenlemesi ise 1319 sayılı Emlak Vergisi Kanunu'na düzenlenen vergi gelirleridir (Yüksel, 2016). Bunların yanı sıra 5779 sayılı "*İl Özel İdarelerine ve Belediyelere Genel Bütçe Vergi Gelirlerinden Pay Verilmesi Hakkında Kanun*" ile il özel idareleri ve belediyelere genel bütçe vergi gelirleri üzerinden aktarılabilecek paylara yönelik düzenleme yapılmıştır.

4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yerel Yönetimlerin Roller

Sağlık hizmetlerinde yerel yönetim uygulamaları aynı zamanda toplumun sağlık ve kalkınması ile de doğrudan bağlantılıdır. Sürdürülebilir bir kalkınmanın sağlanmasında, ülkelerin refah seviyesinin yüksek olması beklenmektedir. Bu kapsamda, yerel yöneticilerin, her politikada sağlık ve sağlıkla ilişkili unsurları dikkate alması gerekir. İyi sağlık, tam iyilik hali ve sağlığın sosyal belirleyicilerinde düzeyin artması; toplumun sağlık düzeyini yükseltir, yaşam kalitesini ve

memnuniyetini artırır. Bu değişimler de toplumların gelişmişliğine katkı sunar (Kiraz, 2019). Örneğin; eğitim ve sağlık, beşerî sermayeyi oluşturan iki temel faktördür ve her iki faktörün, toplum üzerinde farklı etkilerinin bulunmasının yanı sıra birbirleriyle pozitif yönlü ilişkileri vardır. Sağlık; katılım, devamlılık ve tamamlama açısından eğitime katkı sağlarken, eğitim; bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmeleri konusundaki davranışlarını etkileme ve bilinç düzeyini artırma gücüne sahiptir (Gençoğlu ve Kuşkaya, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yerel yönetimlerin en önemli misyonları arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılmasında gerekli gördüğü faaliyetleri aşağıdaki gibi sıralamıştır (WHO, 2018):

- Toplumdaki hassas grupların belirlenerek, şehir içinde birbirini tamamlayan hizmet modellerinin eşitsizlikleri azaltacak şekilde tasarlanması gerekmektedir.
- Yerel düzeyde sosyal ve ekonomik alanların tamamını kapsayacak şekilde yaşlı nüfusun sağlığı güvence altına alınmalıdır.
- Yerel düzeyde sağlık etki değerlendirmesi stratejik olarak ele alınmalı ve bu konular dikkate alınarak planlama yapılmalıdır.
- Bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerinin azaltılması noktasında yerel yönetimler toplumun her düzeyini kapsayan stratejilere (sağlıklı beslenme, spor vb.; alkol ve tütün mamülllerinin tüketimini azaltmak) liderlik yapmalıdır.

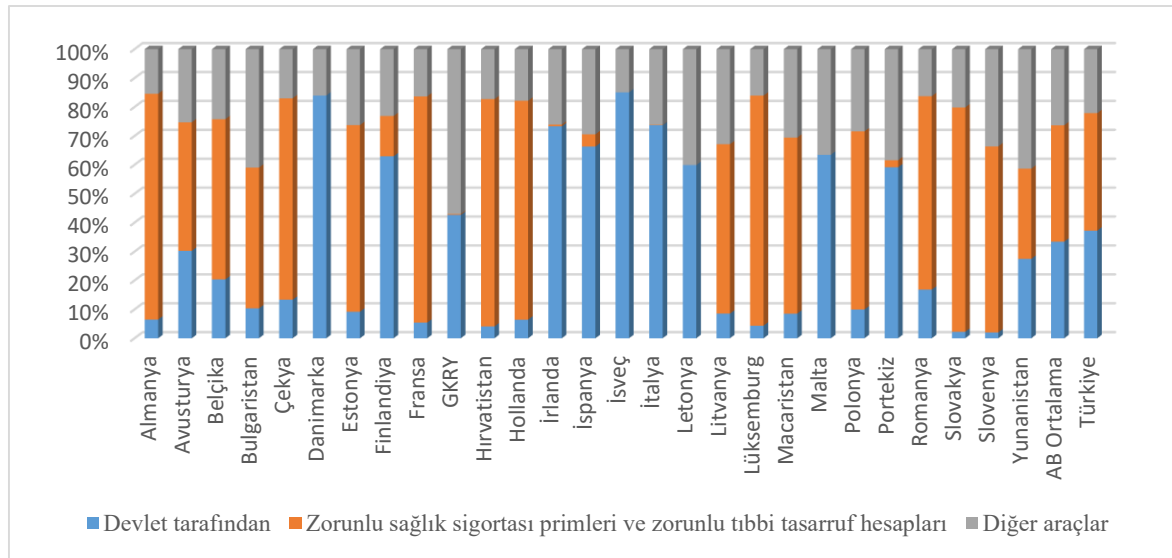
Yerel yönetimler halkın sağlığını ve refahını sağlamak adına yasaklı maddelerin kullanımını önleme yönündeki kampanyaların yanında, okullarda verilen eğitimler, spor ve egzersiz imkanlarının oluşturulmasına yönelik uygulamalar yürütmekte ve geliştirmektedir. Halk sağlığı açısından oldukça önemli olan bu hizmetler, yerel yönetimlerin de öncelikli alanları olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca; ambulans ve acil yardım hizmetleri, rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı bakımevleri sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Yerel yönetimlerin en önemli organı belediyeler sosyal güvencesi olmayan bireyleri sağlık hizmetleri sunmanın yanında, evde bakım hizmetleri ve kadınlara yönelik sağlık taramaları faaliyetlerini de yerine getirmektedir.

AB ülkelerinde son dönemde nüfus yapısının değişmesiyle; “yaşlanma” süreci yerel yönetimlerin önemli bir önceliği haline gelmiştir. Ancak her AB üyesi ülke için bu durum geçerli değildir. Çünkü; sağlık sistemleri her ülke için farklılık göstermektedir. Stratejik hedef, ülkeler için aynı olsa da ekonomik, coğrafi ve siyasal yapılarıdaki farklılıklar bu sistemlerin farklı sonuçlar doğurmasına sebebiyet vermektedir. Özellikle kalkınma ve sağlığı geliştirmeye yönelik politikalar sağlık finansman modeli olarak; yerel yönetim düzeyi “Beveridge Modeli”nde olan ülkelerde daha zorunlu bir kamu hizmeti olarak yer alırken; “Bismarck Modeli”nde ise öncelikli kamu olarak kendini göstermektedir. Bu bağlamda AB ülkeleri tarafından belirlenen ilkeler ya da sözleşmeler bir olsa da uygulama boyutu farklı olmaktadır. Sağlık finansman kaynaklarında yaşanan farklılıkların temelinde de sağlık sistemlerinin çeşitliliği bulunmaktadır. Bu kapsamda AB ülkelerinde sağlık, genel olarak yukarıda da ifade edilen iki farklı sistem üzerine inşa edilmiştir.

AB sağlık hizmetleri; eğitim, barınma, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler doğrultusunda sosyal politika yapısının temelini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, sağlığın ekonomik boyutundan ziyade sosyal boyutunun da var olduğu gerçeğine ulaşılmaktadır. Buna ek olarak, sağlık boyutunun geliştirilebilmesi açısından AB tarafından belirlenen uzun vadeli hedeflerin sürdürülebilirlik, kalite ve erişilebilirlik olduğu vurgulanmaktadır (Ünsal, 2016).

Hizmet sunucularının özerkliğinin güçlendirilmesi ve tüketicilerin seçim özgürlüğünün maksimum seviyeye ulaştırılması, sağlık hizmet sunumu kalitesini arttırırken maliyetleri de azaltmaktadır. Bu durumun en temel noktası piyasada yaratılan rekabet ortamı olarak vurgulanmaktadır (Akıncı, 2002). Sağlık harcamalarının finansmanı da ülkelerin sağlık

sistemlerine göre farklılık göstermektedir. Yerel ve merkezi yönetimlerin sağlık harcamaları ve finansman kaynakları yetki ve sorumluluk kapsamı nispetinde değişiklik göstermektedir. Bu minvalde; Danimarka (%83,9), İsveç (%85) sağlık harcamalarının 3/4'ünden fazlasını hükümet bütçesinden karşılarken, Almanya (%78,1), Fransa (%78,2), Hırvatistan (%78,6), Hollanda (%75,7), Lüksemburg (%79,5) ve Slovakya (%77,6) sağlık harcamalarının 3/4'ünden fazlasını zorunlu sağlık sigortası primlerinden ve tıbbi tasarruf hesaplarından karşılamaktadır. Türkiye'de zorunlu sağlık sigortası ve hükümet bütçesinin toplam sağlık harcamalarına oranı %77,4'tür. Türkiye'deki sağlık harcamaları finansman kaynaklarının dağılımı AB ortalamasının dağılımı ile büyük benzerlik göstermektedir. Sağlık harcamalarına kaynak oluşturan diğer kaynakları başlıca; cepten sağlık harcamaları, bağışlar vb. kaynaklar oluşturmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: AB üyesi Ülkeler ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Ana Finansman Kaynakları (2018)

Kaynak: Eurostat, 2020; OECD, 2020

Sağlık harcamalarının doğru zamanda doğru şekilde gerçekleştirilmesi, gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilebilmesi ve kaynak kullanımında verimliliğin sağlanabilmesi için büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu durum, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmaktadır. Sağlığın sosyal bir kavram olmasından dolayı sağlık hizmetleri sağlık harcamalarının yanında başka faktörlerden de etkilenmekte ve aynı şekilde birçok faktörü doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir.

4.1. AB Ülkeleri ve Türkiye Yerel Yönetimlerin Sağlık Hizmet Kapsamı

AB ülkeleri ve Türkiye'nin yerel yönetimlerinin sağlık hizmetleri kapsamında yasama, planlama, uygulama ve finansman faaliyetlerinin gerçekleştirme durumları Tablo 1'de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir.

Tablo 1: AB ve Türkiye Yerel/Bölgesel Yönetimlerin Sağlık Hizmetleri Yetkilendirme Kapsamı

Ülkeler	Yasama	Planlama	Uygulama	Finasman	Ülkeler	Yasama	Planlama	Uygulama	Finasman
Almanya	✗	+	+	+	İsveç	✗	+	+	+
Avusturya	+	+	+	+	İtalya	+	+	+	+
Belçika	✗	+	+	+	Letonya	+	+	✗	+
Bulgaristan	✗	✗	+	+	Litvanya	✗	+	+	+
Çekya	✗	+	+	+	Lüksemburg	✗	✗	+	✗
Danimarka	✗	+	+	+	Macaristan	✗	✗	+	+
Estonya	✗	+	+	+	Malta	✗	✗	✗	✗
Finlandiya	✗	+	+	+	Polonya	✗	+	+	+
Fransa	✗	+	+	+	Portekiz	✗	✗	+	✗
GKRY	✗	✗	✗	✗	Romanya	✗	✗	+	+
Hırvatistan	✗	+	+	+	Slovakya	✗	✗	+	+
Hollanda	✗	+	+	+	Slovenya	✗	+	✗	+
İrlanda	✗	✗	✗	✗	Yunanistan	✗	✗	+	✗
İspanya	+	+	+	+	Türkiye	✗	✗	+	+

Kaynak: (European Observatory on Health Care Systems, 1999; European Union, 2012)

Tablo 1'e göre İspanya, Avusturya ve İtalya gibi ülkelerin sağlık hizmetlerin de yerel yönetimleri yasama, planlama, uygulama ve finansman faaliyetlerinin tamamında aktif olarak rol almaktadır. Almanya, Belçika, İsveç, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hırvatistan, Hollanda, Litvanya ve Polonya ülkelerin sağlık hizmetlerin de yerel yönetimleri yasama harici planlama, uygulama ve finansman faaliyetlerinde yer almaktadır. Lüksemburg, Yunanistan ve Portekiz ülkeleri sağlık hizmetlerinin sadece uygulama faaliyetlerinde yerel yönetimlerden yararlanmaktadır. GKRY, İrlanda ve Malta ülkeleri sağlık hizmetleri kapsamında belirtilen faaliyetlerin hiçbirinde yerel yönetimlere yetki vermemiştir. Türkiye'nin de içinde yer aldığı Bulgaristan, Macaristan, Romanya ve Slovakya gibi ülkeler ise sağlık hizmetlerinin uygulama ve finansman faaliyetlerinde kısmen yerel yönetimlerden yararlanmaktadır. Türkiye'de yerel yönetimler mikro düzeyde çeşitli planlamalar yapmaktadır. Tabloda planlama faaliyetinin yer almasının sebebi makro düzeyde değerlendirme yapılmasıdır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kapsamı çerçevesinde sunduğu hizmetleri yerel yönetimlerle ortaklaşa gerçekleştirmektedir. Yasama ve Planlama gibi ulusal düzeyde gerçekleştirilmesi gereken faaliyetleri merkezi hükümet aracılığı ile yürütürken; uygulama ve finansman gibi yerel düzeyde yürütülmesi uygun olan faaliyetleri ise kısmen yerel yönetimlerce yürütmektedir. Bu süreci koordine ederken de yerel yönetimlerin mevcut durumlarını dikkate alarak gerekli koşulları sağlamaktadır. Türkiye'de belediyeler, yerel yönetim organları içinde özellikle koruyucu sağlık

ve çevre sağlığı, yaşlı ve engelli bakımı, evde bakım hizmetleri vb. sağlık hizmetlerinin sunumunda en etkin rolü bulunan yönetimlerdir. Belediyeler sağlık hizmeti sunumunda kentte yaşayanların sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilirken, köy ve muhtarlıklar belli toplum sağlık hizmetleri dışında kişisel sağlık hizmetlerinin talebi için kaynak kullanmaktan daha çok, kişilerin, sosyal yardıma muhtaç oldukları hakkında belge düzenlemektedirler (Sayım, 2011). Kanunlar gereği belediyeler gıda ve işyeri denetimlerini, sağlık tesisi kurma ve işletme (rehabilitasyon merkezi, yaşlı bakımevleri vb.), acil yardım ve ambulans hizmetleri ve yasa gereği, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını vermek durumundadır (Kök ve Sayım, 2011).

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 4. Maddesinde şehir, kasaba ve köylerdeki sağlığın korunmasına veya tıbbi ve toplumsal yardımlara ilişkin işlerin yürütülmesinde belediye ve mahalli idarelere icap ettiği durumlarda görev verilebileceği açıkça belirtilmiştir. Buna ek olarak aynı kanunun 18., 19. ve 20. Maddelerinde bu idarelerin yürütecekleri görevler de açıkça belirtilmiş, 21. ve 22. Maddelerinde ise söz konusu görevlerin yerine getirilebilmesi için personel istihdamına yönelik düzenlemelere yer verilmiştir.

Belediyelerin sağlıkla ilgili her türlü tesisi açması ve işletmesi, sağlık projelerine yatırım desteği vermesi, hastanelere indirimli veya ücretsiz olarak içme ve kullanma suyu tedarik etmesi mümkündür. Bunun yanında belediyeler çevre sağlığı ve halk sağlığına yönelik hizmetleri yapar veya yaptırabilir. Bu ve benzeri faaliyetleri yürütebilmek için ise belediyeler ve bağlı kuruluşları tabip, uzman tabip, ebe ve hemşire ve diğer personelleri belirlenmiş usul ve esaslara göre istihdam edebilir (5393 sayılı Belediye Kanunu/14 md., 49 md.).

Büyükşehir belediyeleri çevre sağlığı ve halk sağlığına yönelik hizmetleri yapmalı veya yaptırmalıdır. Bu hizmetlere tıbbi atıklara ilişkin hizmet yürütmek ve gerekli tesisleri kurmak, kurdurmak ve işletmek; gayrisihhi müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek, yiyecek ve içeceklerin tahlillerinin yapılması amacıyla laboratuvar kurmak ve işletmek örnek verilebilir. Ayrıca Büyükşehir belediyeleri gerektiğinde sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için bina ve tesis yapabilir, sağlık hizmet sunumu yapan kurum ve kuruluşların tesislerinin her türlü bakım ve onarımını yapmanın yanında gerekli malzeme desteği sağlayabilir ve üniversite, lise, kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri ile iş birliği yapabilir (5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu/7 md.). Bunları desteler nitelikte, büyükşehir belediyelerinin yürüttüğü ambulans ve acil yardım hizmetleri, yaşlı bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca bazı belediyeler evde bakım hizmetleri, sosyal güvencesi olmayan kişilere yönelik sağlık hizmetleri ve kadınlara yönelik sağlık taramaları faaliyetlerinde aktif rol üstlenmektedir. Tüm bu hizmetler belediyelerin koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde yerel düzeyde önemli bir misyonu yüklediği görülmektedir.

İl Özel İdaresi idari amiri Vali'nin görevinde il halkının huzur, sağlık ve mutluluğu için gereken önlemleri almak yek alır. Bu minvalde, İl Özel İdareleri sosyal hizmetlerin yanında sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için tesis yapım, bakım ve onarım işlerinde görevli ve yetkilidir. Ayrıca Bakanlıklar ve Merkezi idare kuruluşlarınca sağlıkla ilgili yatırımlar için ayrılan ödeneklerin il özel idarelerine aktarılması ve il özel idaresinin usul ve esaslarına göre işin yürütülmesi sağlanmaktadır. Söz konusu faaliyetlerin yürütülebilmesi için belirlenmiş usul ve esaslara göre personel istihdamı yapılabilir (5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu/6 md., 30 md., 36 md.)

Köylerde ise kanunda yer alan yapılması köylünün isteğine bağlı; sağlık işlerine bakmak üzere sağlık korucusu bulundurma ve hükümet tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmak üzere verilecek ilaçları koruma görevi köy idaresi tarafından yerine getirilmelidir. Ayrıca sağlık başta olmak üzere köylünün görülemeyen ihtiyaçlarının ifa edilmesi bağlı bulunan kaymakam veya valinin yol göstermesiyle ihtiyar meclisi tarafından yapılır (442 sayılı Köy Kanunu/14 md., 43md.)

AB ülkelerinin en güçlü üyelerinden biri olan Almanya’da sağlık sistemi özerk yönetim ilkelerine dayanır. Yerel yönetim örneği eyaletlerin yönetimlerine büyük yetkiler bırakılmıştır. Sağlık finansman kaynakları hastane inşa edilmesi, sağlık personellerinin eğitimi, üniversite hastanelerinin araştırma finansmanı vb. şekilde kullanılmaktadır. Ayrıca Almanya Bismarck sağlık sisteminin en iyi uygulandığı ülkelerdendir (Busse ve Riesberg, 2004). Avusturya sağlık sistemi de Almanya’nın sağlık sistemi ile büyük oranda benzerlik göstermektedir. Sağlık sistemi de federal devlet yapısına uygun olarak örgütlenmiştir (Hofmarcher ve Rack, 2006).

Bulgaristan’da ise birincil hizmetlerinin sunumu tamamen belediyelere devredilmiştir. Sağlık Bakanlığının sadece planlayıcı ve denetleyici bir rolü bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin yanı sıra ilgili bakanlıklar, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar, üniversiteler, Yüksek Sağlık Konseyi ve meslek kuruluşları da sağlık hizmetlerinin sunumuna dahildir (Kök ve Sayım, 2011).

Bir başka farklı örnek Danimarka’da ise; sağlık hizmetlerinin finansmanı çoğunlukla genel vergilerden sağlanmaktadır ve evrensel kapsayıcılığa odaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ise yerel yönetimlerin çok az görevi bulunmaktadır. Bunlar; hemşirelik hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve çocuk diş tedavi hizmetleri olarak sıralanabilir. Yerel yönetimler ayrıca çoğunluğu sosyal hizmet olan, yaşlı bireylerle ilgili hizmetlerden sorumludur (Sargutan, 2005).

Diğer AB ülkeleri ve Türkiye’nin çeşitli vergi düzenlemeleri, hizmetlerin finansmanı, bütçelerin ve hedeflerin belirlenmesi için belirlenen on dört farklı değişkenin ülkelerin hangi yönetim organınca gerçekleştirildiği Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: AB ve Türkiye Merkezi ve Yerel Yönetimlerin Sağlık Hizmetleri Kapsamı

Ülkeler	Kapsam*	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
Almanya	M/F			+	+	+		+							
	B/E								+						
	Y/B														+
Avusturya	M/F		+	+	+	+		+						+	+
	B/E			+	+	+		+	+	+	+			+	+
	Y/B			+	+	+		+						+	
Belçika	M/F	+	+	+	+	+		+	+	+	+			+	+
	B/E								+						+
	Y/B														
Çekya	M/F	+	+		+				+	+	+	+	+	+	+
	B/E								+	+	+				+
	Y/B								+	+	+				+
Danimarka	M/F				+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
	B/E				+		+	+							
	Y/B			+	+				+	+	+	+	+	+	
Finlandiya	M/F														+
	B/E														
	Y/B	+		+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fransa	M/F	+				+	+	+							
	B/E														
	Y/B														
Yunanistan	M/F	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+	+	
	B/E														
	Y/B														
Macaristan	M/F								+	+		+	+		
	B/E										+				
	Y/B										+	+	+		
İrlanda	M/F	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+			+
	B/E														
	Y/B														
İtalya	M/F			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	
	B/E	+		+	+			+	+	+	+		+	+	
	Y/B														
Lüksemburg	M/F														
	B/E														
	Y/B								+						+
Hollanda	M/F	+	+	+	+		+	+							+
	B/E														
	Y/B														

Tablo 2: Devamı

Ülkeler	Kapsam*	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
Polonya	M/F			+	+	+	+		+	+	+				+
	B/E			+					+	+	+				+
	Y/B			+	+				+	+	+				+
Portekiz	M/F	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	B/E									+	+	+	+	+	
	Y/B														
Slovakya	M/F			+											+
	B/E														+
	Y/B														+
İspanya	M/F					+									
	B/E			+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Y/B														
İsveç	M/F	+	+	+		+			+	+					
	B/E	+	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+	
	Y/B	+	+	+				+							
Türkiye	M/F	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	B/E														
	Y/B				+				+			+	+		

M/F: Merkezi/Federal Hükümet, B/E: Bölgesel/Eyalet Hükümeti, Y/B: Yerel/Belediye Yönetimi

Kapsamlar*:

K1: Sağlık hizmetleri için ayrılacak vergi düzeyinin belirlenmesi
 K2: Sağlık için sosyal katkıların temeli ve düzeyinin belirlenmesi
 K3: Sağlığa tahsis edilen kamu fonları için toplam bütçenin belirlenmesi
 K4: Bakım sektörleri arasında kaynak tahsisine karar verilmesi
 K5: Bölgeler arası kaynak tahsisinin belirlenmesi
 K6: Hekimler için ücretlendirme yöntemlerinin belirlenmesi
 K7: Hastaneler için ödeme yöntemlerinin belirlenmesi
 K8: Yeni hastane binalarının finansmanı
 K9: Yeni yüksek maliyetli ekipmanın finansmanı
 K10: Mevcut hastanelerin bakımının finansmanı
 K11: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı
 K12: Ayaktan tedavi uzmanlarının finansmanı
 K13: Hastane cari harcamalarının finansmanı
 K14: Halk sağlığı hedeflerinin belirlenmesi

Kaynak: (European Union, 2012)

Tablo 2'e göre; Belçika, Fransa, Yunanistan, İrlanda, Hollanda gibi ülkeler belirtilen on dört değişken doğrultusunda sunulan hizmetleri çoğunlukla merkezi/federal hükümetlerce gerçekleştirmektedir. Finlandiya bu hizmetleri neredeyse tamamen yerel/belediye yönetimleri ile sunmaktadır. İspanya ise daha çok bölgesel/eyalet hükümetleri ile bu hizmetleri vermektedir.

Bazı ülkeler sağlık hizmetlerini sunarken gerekli olan süreçleri kendi devlet yapılarına uygun olacak şekilde tek bir merkezden yapmak yerine, daha alt yönetim kademeleri ile koordineli olarak birlikte yürütmektedir. Tablo 2'ye göre İtalya ve Portekiz belirtilen on dört hizmeti hem

merkezi/federal hükümet hem de bölgesel/eyalet hükümetleri ile birlikte sunmaktadır. Avusturya, Çekya, Polonya, İsveç ve Danimarka bu hizmetleri hem merkezi/federal hükümet hem bölgesel/eyalet hükümetleri hem de yerel/belediyeler ile birlikte sunmaktadır. Türkiye ise bu süreçte merkezi hükümet ve bazı alanlarda yerel/belediye yönetimleri ile hizmet vermektedir.

5. Sonuç ve Tartışma

Sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan tüm faaliyetlerin başarılı bir şekilde uygulanması; ülkelerin devlet yapısını dikkate alarak, yerel yönetimlerini de bu süreçte dahil etmesi ile olacaktır. Böylece hizmette halka yakınlık (subsidiarite) ilkesinin gereği yerel yönetimler eliyle yürütülebilir (Ünal ve Caner, 2014). Aynı zamanda yerel yönetimlerin bu süreci yürütebilmesi için gerekli altyapı şartlarının da oluşturulmuş olması gereklidir. Sürecin merkezi hükümet ve yerel yönetimlerce birlikte yürütülmesinin birçok avantajı bulunmaktadır. Ulusal çapta alınması gereken kararların merkezi hükümetçe alınması, sürecin daha kapsamlı olarak yürütülmesi ve ülkenin tamamının bu kararları uygulaması noktasında avantaj sağlarken; bölgesel ya da belediye düzeyinde sunulacak hizmetlerde de yerel yönetimlerce yürütülmesi daha kısa zamanda daha etkili sonuçlar elde edilmesi noktasında avantaj sağlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık için sektörler arası eylem süreci on basamakta tanımlanmıştır. Belirlenen adımlar bu sürecin başarılı şekilde gerçekleşmesi için yol haritası niteliği taşımaktadır. Bu yol haritası genellikle ulusal düzeyde önerilerde bulunmaktadır. Ancak gerekli düzenlemeler ve koşullar sağlandığında bölgesel ya da belediye düzeyinde de uygulanabilme imkanı bulunmaktadır (WHO, 2011). Bu çerçevede belediyelerin yerel yetkileri mikro düzeyde sektörler arası faaliyetler için büyük avantaj olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgilere göre de hedeflenen başarıya ulaşabilmek için sağlık sektörü ile diğer sektörlerin etkileşimini detaylı şekilde değerlendirdikten sonra, gerekli yerlerde hizmetlerin desantralize edilerek gerçekleştirilmesinin en verimli yol olacağı sonucuna varılmıştır.

Sağlık gibi toplumsal etkileri yaygın olan konularda yerel yönetimlere gerekli altyapı koşulları sağlanmadan yetki vermek, istenilen başarının elde edilmesinde engel teşkil edebilir. Bu çerçevede ülkeler sağlık hizmetleri ile ilgili yasal süreçler, planlama, uygulama ve finansman gibi faaliyetleri, yerel yönetimler ile birlikte yürütürken gerekli altyapı koşullarının oluşturulmasına dikkat etmelidir. Bunun yanında genel devlet yapısı da göz önüne alınarak süreç yürütülmelidir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin belediye seviyesinde yerel yönetimlerce yürütülmesi tek başına yeterli olmamaktadır. Erençin ve Yolcu’nun (2008) yılında yaptığı çalışma da değinildiği gibi sağlık hizmetlerinin halka eşit, tarafsız ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması gerekliliği, bu nedenle belediyelerin büyük oranda teknik donanım, uzman personel ve finansman olanakların yetersiz olması bu hizmetlerin sadece yerel yönetimlerce sunulması çeşitli aksaklıklara neden olmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri merkezi hükümet ve yerel yönetimlerce koordineli bir şekilde birlikte sunulmaktadır. Devlet yapısı gereği ise bu alanda yasama faaliyetleri sadece merkezi hükümetçe yürütülmektedir. Diğer süreçlerin belirli noktalarında yerel yönetimler rol almaktadır.

Ülkelerin mevcut siyasi yapılarının ve finansman modellerinin yerel yönetim sağlık hizmet sunumuna etki ettiği görülmektedir. AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında, özellikle federal yapıya sahip ülkelerde sağlık hizmetinin yerel yönetimlerce sunulmasında farklılaştığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi artırması ve hakkaniyeti sağlaması açısından yerel yönetimleri önemli bir misyonu yüklediği bilinmektedir. Ancak, ulusal düzeyde politika geliştirme ve yönetme söz konusu olduğunda, eğer yönetimler arasında koordinasyon olmaz ise ciddi sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bunun en açık örneği; ulusal düzeyde hareket etme ve strateji geliştirme gerekliliği olan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisinin yönetiminde görülmüştür. Ulusal, hatta AB ülkeleri dikkate alındığında, uluslararası çapta etkileri olan süreçleri yönetebilmek için sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi yeterli olmamaktadır. Çünkü bu gibi durumlarda alınan kararların ulusal düzeyde olması ve uygulanması gerekmektedir. İspanya ve İtalya’nın Covid-19 pandemi sürecinde büyük zorluklar yaşamasının

en önemli sebepleri arasında sağlık hizmetlerinin her aşamasının yerel yönetimlerce yürütülmesi ve koordinasyon eksikliğinin olması yer almaktadır.

6. Kaynaklar

- Akıncı, F. (2002). "Privatization in Health Care: Theoretical Considerations and Real Outcomes", *Journal of Economics and Economic Education Research*, 3(2), 62–86.
- Arıbaş, N. N. (2015). "İngiltere ve Fransa’da Merkez-Yerel İlişkilerini Yerellik (Subsidiarity) İlkesi Üzerinden Karşılaştırmak" *Journal of Academic Approaches*, 6(1).
- Aydın, A. H. (2012). *Kamu Yönetimine Giriş*. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- BİB. (2009). *Yerl Yönetimler, Katılımcılık ve Kentsel Yönetim Komisyonu Raporu. İçinde Kentleşme Şurası 2009 (ss. 1–113)*. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı.
- Busse, R., Riesberg, A. (2004). *Health care systems in transition: Germany*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Dayar, H . (2015). "Türkiye’de Yönetimlerarası Mali İlişkilerin Düzenlenmesi, Ortaya Çıkan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , (7) ,1-17.
- Erençin, A., Yolcu, V. (2008). "Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi", *MEMLEKET SiyasetYönetim*, 3(6), 118–136.
- Eryılmaz, B. (2012). *Kamu Yönetimi*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- European Observatory on Health Care Systems. (1999). *Health Care Systems in Transition*.
- European Union. (2012). "The management of health systems in the EU Member States". European Union.
- Gürün, F. (2018). "Belediyelerde Sağlık Hizmetlerinin Türk Mevzuatındaki Yeri" *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 125–150.
- Öncel, Y. (1992). *Mahalli İdareler Maliyesi*, Filiz Kitabevi: İstanbul.
- Güngör, S. (2012). "Yerel Yönetim ve Merkezi Yönetimin Görev Paylaşımı", *Akademik Bakış Dergisi*, 32, 1-12.
- Hofmarcher, M., Rack, H. M. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Karakılçık, Y., Küçük, Ü. (2019). "Kamu-Özel Ortaklığının Yerel Yönetimlerde Uygulanabilme Olanakları Üzerine Bir Değerlendirme", *ADAM AKADEMİ Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), 135–172.
- Kiraz, D. E. (2019). *Sağlığın sosyal belirleyicileri*. SD Platform. <https://www.sdplatform.com/Dergi/1228/Sagligin-sosyal-belirleyicileri.aspx>
- Kök, M., Sayım, F. (2011). *Sağlık Hizmetlerinde yerel Yönetim Yatırımları*. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 276–292.
- Mecek, M. Atmaca, Y. (2020). "Yerel Yönetimlerin İdari Yapısına İlişkin Mevzuat Analizi" *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (76), 2068-2087.
- OECD. (2020). *Country profiles: regional facts and figures* - OECD. <https://www.oecd.org/regional/regional-policy/country-profiles.htm>
- Özer, M. A., Akçakaya, M. (2014). *Yerel Yönetimler*. Gazi Kitabevi.
- Öztürk, Z., Karakaş, E. T. (2015). "Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim

- ve Organizasyon Yapısı Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri" Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Dergisi, 48.
- Şahin, S. K. (2009). Sağlıkta yerel yönetimlerin rolü. <https://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/181/Saglikta-yerel-yonetimlerin-rolu.aspx>
- Sargutan, A. E. (2005). "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı" Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 81–111.
- Sayım, F. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev İle Yetkiler. Bütçe Dünyası Dergisi", 1.
- Tekdere, M. (2019). "Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Yerel Yönetim Yapıları", Türk & İslam Dünyası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 20, 248–282.
- Türkoğlu, İ., Bucaktepe, A. (2015). "Yerel Yönetimlerin Mali Özerkliği ve Avrupa Birliği Ülke Uygulamalarından Örnekler", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24(2), 319–336.
- Ünal, F., Caner, C. (2014). "Yerel Yönetimler ve Sosyal Politikalar: Sosyal Belediyecilik", Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi, 49(2), 31–49.
- Ünsal, A. (2016). Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri ve sağlık göstergelerinin karşılaştırmalı analizi. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Varcan, N. (2013). Yerel Yönetimler. Anadolu Üniversitesi.
- WHO. (2011). Discussion Paper: Intersectoral Action on Health. April, 28–29.
- WHO. (2018). DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı Faz VII (2019 - 2024) Uygulama Çerçevesi. <http://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/DSO-7.Faz-Rehberi-1.pdf>
- Yüksel, C. (2016). Yerel Yönetimlerde Kaynak Paylaşım Sistemleri ve 6360 Sayılı Kanun'la Türkiye'deki Değişimler. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 71(3), 731–756.

Review Article

Yerel Yönetimlerin Sağlık Hizmet Sunum Roller ve Faaliyetleri: AB Ülkeleri ve Türkiye

Delivery of Healthcare Roles and Activities of Local Governments: EU Countries and Turkey

Yeter DEMİR USLU

Prof.Dr. İstanbul Medipol Üniversitesi

yuslu@medipol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-8529-6466>

Extensive Summary

Introduction

Local governments can be expressed as the units that provide the service delivery in the most effective way and are closest to the public. Local governments act as a bridge between the central government and the people, as they are the first service units of the people. Therefore, their role in the provision of public goods and services is very important (Karakılçık ve Küçük, 2019). The increase and diversification in the needs and expectations of the society and the crowding of the cities increase the importance of local governments even more.

Protection and improvement of public health is closely related with environmental, social and economic factors. In other words, in addition to therapeutic and rehabilitative health services, improvement of environmental differentials, regulation of infrastructure, etc. elements should also be taken into account. For this reason, health should be considered a multidirectional perspective, not a single perspective. Improving the health status of the society will be possible with the contribution of not only the central government but also the local governments (Şahin, 2009).

In the EU countries, the competence of local government units in the field of health is highly developed. In this context, there is an integrated working system from preventive health services to emergency services. However, in the countries, health policies are implemented country-specific and organized at a national level (Öztürk ve Karakaş, 2015). In this context, the manpower policy and health legislation of the countries also differ.

The aim of the study is to evaluate the duties, powers and activities of local governments in health-related fields that are applied differently in various countries within in the central government-local government cooperation is to demonstrate Turkey's comparison with EU countries.

Method

This study is a qualitative research; review article. The political and economic structures of the countries closely affect the planning, organization, coordination and control of public services, that is, their management. The scope of health services and the roles of authorized and responsible institutions vary in this way. In this study, the role of local government in health service delivery in various countries with different samples, authorities and evaluating the activities of "central government-local government cooperation" within the framework of Turkey's comparison with EU countries was discussed.

Role of Local Governments in the Delivery of Health Services

In order to ensure the health and welfare of the people, local governments carry out and develop practices for the creation of training, sports and exercise opportunities in schools, as well as campaigns to prevent the use of prohibited substances. These services, which are very important in terms of public health, are also considered as priority areas of local governments.

Also; Ambulance and emergency services, rehabilitation centres and nursing homes for the elderly are considered within the scope of health services. Municipalities, the most important body of local governments, not only provide health services for individuals without social security, but also perform home care services and health screenings for women. Strengthening the autonomy of service providers and maximizing the freedom of choice of consumers increases the quality of health service delivery and reduces costs. The most fundamental point of this situation is emphasized as the competitive environment created in the market (Akıncı, 2002).

The financing of health expenditures also varies according to the health systems of the countries. Health expenditures and financing resources of local and central governments vary in proportion to the scope of authority and responsibility. In this manner; Denmark (83.9%), Sweden (85%) meet more than 3/4 of their health expenditures from the government budget, while Germany (78.1%), France (78.2%), Croatia (78.6%), Netherlands (75.7%), Luxembourg (79.5%) and Slovakia (77.6%) cover more than 3/4 of their health expenditure from compulsory health insurance premiums and medical savings accounts. The ratio of total health expenditure of the government budget and mandatory health insurance in Turkey (77,4 %). The distribution of health expenditure financing sources in Turkey shows great similarities with the distribution of the EU average. Other sources of health expenditures are mainly; out-of-pocket health expenses, donations, etc. creates resources.

Local governments of the health services of countries such as Spain, Austria and Italy take an active role in all legislative, planning, implementation and financing activities. Local governments of the health services of Germany, Belgium, Sweden, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Croatia, Netherlands, Lithuania and Poland are also involved in non-legislative planning, implementation and financing activities. Luxembourg, Greece and Portugal countries benefit from local governments only for implementation activities of health services. The Greek Cypriot Administration, Ireland and Malta have not authorized local governments in any of the activities specified within the scope of health services. Turkey has also taken place in Bulgaria, Hungary, Romania and Slovakia as countries benefiting from local governments in the administration of health services and financing activities. Turkey has various local governments in planning at the micro level. The reason for not including the planning activity in the table is the macro level evaluation.

Within the scope of services offered by the health services in Turkey it is carrying out in partnership with local governments. While carrying out activities that should be carried out at national level such as Legislation and Planning through the central government; Local governments carry out activities that are appropriate to be carried out at local level such as implementation and financing. While coordinating this process, it provides the necessary conditions by considering the current situation of local governments.

Conclusion and Discussion

The successful implementation of all existing activities in the provision of health services; It will be possible by taking into account the state structure of the countries and including their local governments within this process. At the same time, necessary infrastructural conditions must be established for local governments to carry out this process. There are many advantages of the process being carried out by the central government and local governments together. While it provides an advantage in terms of taking the decisions that need to be taken nationally in diameter by the central government, carrying out the process more comprehensively and implementing

these decisions as a whole; In the services to be provided at regional or municipal level, it is an advantage in terms of obtaining more effective results in a shorter time if they are carried out by local governments.

It is observed that the current political structures and financing models of the countries have an effect on the local government health service delivery. When compared to EU countries, it is observed that the provision of health services by local governments differs especially in countries with a federal structure. It is known that local governments have an important mission in terms of increasing access to healthcare services and ensuring equity. However, when it comes to policy development and management at national level, if there is no coordination between administrations, serious difficulties can be experienced. The clearest example of this; It has been seen in the management of the Covid-19 pandemic, which has the need to act at national level and develop strategies and affects the whole world. When considering the national and even EU countries, it is not enough to decentralize the health services in order to manage the processes that have international effects. Because the decisions taken in such cases should be at national level and implemented. Among the most important reasons why Spain and Italy have great difficulties during the Covid-19 pandemic process are the execution of every stage of health services by local governments and the lack of coordination.