

**Ferhat Sayım, Mualla Kök, Uluslararası Sağlıkta  
Performans ve Kalite Kongresi dahilinde "Uluslararası  
Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt  
2" bildiri kitabındaki "Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetim  
Yatırımları", 276-292 ss., Antalya, Mart 2009**

# SAĞLIK HİZMETLERİNDE YEREL YÖNETİM YATIRIMLARI

Dr. Mualla Kök<sup>47</sup>, Yrd. Doç. Dr. Ferhat Sayım<sup>48</sup>

## Özet

Sağlık hizmetlerinin bütçeden aldıkları toplam pay giderek artmaktadır. Bu artışla birlikte ayrılan kaynakla elde edilen çıktıların ölçülmesi ve alternatif tahsis şekilleri önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri çoğu zaman merkezi olarak planlanıp üretilse de buna alternatif arayışlar da sürmektedir. Toplum ihtiyaçları ve beklentileri giderek artmaktadır. Bu artış ve çeşitlenme giderek daha fazla hizmetin yerel yönetimler tarafından yerine getirilmesine yönelik bir akım oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ise özellikle planlama noktasında daha merkeziyetçi bir yapıyı gerektirebilmektedir. Ancak hizmetlerin standartlarının bütün ülkede aynı anda yükseltilmesine çalışmak ve çıktıları ölçmek zaman alabilecektir. Bu durum sistemde yeni modellerin oluşturulması sürecini aksatabilecektir. Aynı zamanda kurumlar ve yöneticiler arasında rekabetin oluşmasını engelleyecek bir merkeziyetçi yapı ekonomik sistemle örtüşmeyecektir. Sağlık hizmetleri de giderek çeşitlenmektedir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ayrımı da birçok alt tanımlama ile klase edilebilmektedir. Kanımızca bu çeşitlilik içinde bir kısım hizmetlerin yerel yönetim ya da merkezi yönetim tarafından verilebilmesine dair başlık tartışmaya değer bir konudur.

Biz bu çalışma ile yerel yönetimlerin sağlık yatırımlarını ve sağlık hizmetleri içindeki yerini incelemekteyiz. Özellikle İstanbul'daki belediyeler olmak üzere birçok belediyeden bilgi talep edilmiştir. Büyükşehir belediyesi ve iki ilçe belediyesinden alınan bilgiler bu çalışmada derlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemi, Sağlık Sektörü, Sağlık Ekonomisi, Yerel Yönetim, Bütçe

## Abstract

The total funds of budget for health services are gradually increasing. The measurements of outputs and alternative appropriation forms are being important by degrees. Health services are producing centrally, but the alternative models searching are continuing. The needs and expectations of society increase by degrees. This situation and variety cause to a new approach about more local government services and producing activity. The health services can need to central management especially for planning. Therefore simultaneously development on standardizations and measurement of outputs can need to more time fairly. This delay could disrupt the process of new models occurrence. Additionally, a central management could restrict the completion between organizations or administrators

47 Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, muallakok@hotmail.com

48 İstanbul Aydın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, info@ferhatsayim.net

and a central management couldn't get along with economic system. Health services are being diversity gradually. The preventive and therapeutic health services could classify with a lot of subtitle. We are thinking, this subject is important about some health services can produce by central government or local government.

We are studying the local government health investments and the position of local government on health services with this article. We communicated with a lot of municipality especially in Istanbul. We wanted some information from these municipalities. We classified the obtained information's under some title from Istanbul Metropolitan Municipality and two local municipalities.

**Key Words:** Health System, Health Sector, Health Economy, Local Government, Budget

## 1. GİRİŞ

Sağlık sektörü özellikle sosyal devlet ilkesinin uygulandığı ülkeler olmak üzere hemen bütün ülkelerde kamu payının oldukça yüksek olduğu bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkeler sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmişliği ve yaygınlığına paralel olarak kamu kaynaklarının önemli bir kısmını gittikçe artan oranda sağlık harcamaları için ayırmaktadırlar. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların sosyal güvenlik açıklarıyla birlikte giderek artması aynı zamanda bütçe açığının finansmanı ile de uğraşan devletlerin ve maliyecileriyle birlikte ekonomistlerinin de bu konu üzerine eğilmesi sonucunu doğurmuştur. 20.yy da ekonomi biliminin bir alt dalı olarak Sağlık Ekonomisi adı altında bir alan oluşmuştur. Bu alandaki ekonomistler ve kamu maliyecileri sağlık piyasalarının gelişim sürecini ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en verimli şekilde nasıl kullanılabileceğini incelemişlerdir. Kamu yönetim sistemlerinde yerini bulan merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin sağlık yatırımlarında alması gereken pay ya da üstlenmesi gereken roller de sağlık ekonomistlerinin alanı ile birlikte sağlık sistemi yöneticilerinin ilgisi dahilindedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık üreten birimlerin ve sağlık personelin amacı, hastalıkların önlenmesi, mevcut sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi iken, ekonomistlerin amacı, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir(Akın, 2007, 13'ten Williams,1987,9). Gelişmiş olan ülkeler bu konuda model konumuna yükselmektedir. Aynı zamanda bu ülkelerin sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayırmış oldukları miktarlar ile ileri düzeyde sağlık göstergelerine sahip olmaları arasında paralellikler tespit edilmeye çalışılmaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri: ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir(Akın, 2007: 31'den Hansen, King, 1996: 127). Whyness (Akın, 2007: 31'den Whyness 1993:172)'a göre ise sağlık harcamalarının artma nedenleri: gelirlerin yükselmesi, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesi.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır.(WHO, 1946) "Sosyal yönden tam iyilik hali " yeni ve açıklanması gereken bir kavram olarak sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğuna işaret etmektedir(Fişek, 1982). Literatürde ve tıp eğitimi alanlar arasında bu tanım yaygın olarak bilinmektedir. Sağlık hizmetleri en genel ayrımla amaçlarına göre, koruyucu ve tedavi edici özellikte faaliyetlerin bütünü olarak tanımlanabilecektir. Bu ikili ayrım rehabilite edici hizmetlerin de eklenmesiyle üçlü şekilde de karşımıza çıkmaktadır(Fişek, 1982). Bu yaygın ayrımın yanında Sağlık Hizmetlerinin konularına göre bölümlendirilmesi ve kademelerine göre sınıflandırılması da yapılmaktadır(Karafakioğlu, 1998: 108-109). Konularına göre bölümlendirme ortopedi, beyin cerrahi, doğum v.b branş bazında ayrıma göre yapılmaktadır. Kademe bazında ayrım ise, sağlık hizmetlerinin kurumlar bazında görev dağılımı yapması sonucunda en yaygın haliyle 1.-2.-3. basamak kurumlar olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetinin tanımının yanında sağlık yatırımları da sınıflandırmaya tabi tutulabilir.

i) Koruyucu sağlık hizmeti yatırımları

ii)Teşhis edici sağlık hizmeti yatırımları

iii)Tedavi edici sağlık hizmeti yatırımları

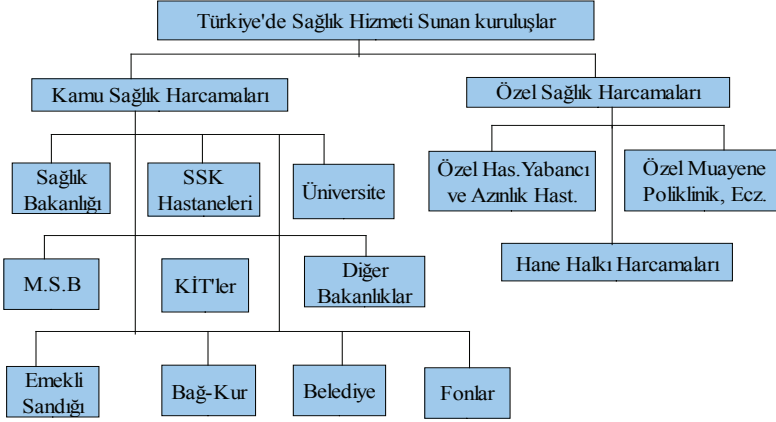
iv)Araştırma ve geliştirmeye yönelik sağlık hizmeti yatırımları şeklinde(Ersoy, 2007: 10) sınıflanabilir.

Ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu sektörü üstlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcamalarda devlet harcamalarına eklenirse 2005 yılı WHO istatistiklerine göre dünya genelinde kamunun payı 2005 için %59' ulaşmaktadır (WHO, 2005).

## 3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye'nin sağlık sistemi yakın zamana kadar oldukça karmaşık bir yapıya sahipti. Sağlık Bakanlığının dışında bir Milli Savunma Bakanlığı ile Üniversiteler ve bir çok kamu kurumu ile sosyal güvenlik kurumlarının yönetiminde sağlık kurumları ile farklı sosyal güvenlik kurumlarının hakim olduğu bir harcama sistemi mevcuttu. Yakın zaman kadar kullandığımız ve içinde belediyelerin de yer aldığı bu yapı şu şekilde gösterilebilir.

## Şekil 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar

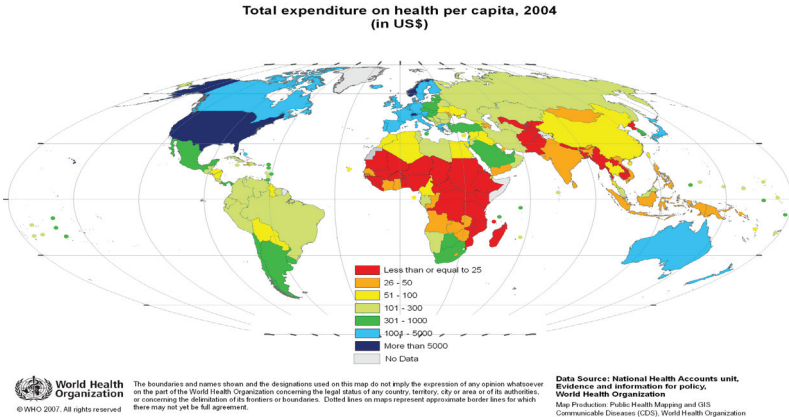


Kaynak: Tokat, 1993: 11.

Türkiye'de 2002 yılı sonrasında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde Üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri dışındaki birçok ayrı kurum hastanesinin Sağlık Bakanlığı yönetimine geçmesi sağlanmış ayrıca sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi sağlanmıştır.

Türkiye'nin sağlık harcamaları yönünden dünya ülkeleri ile karşılaştırılmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı için kişi başı sağlık harcamalarını esas aldığı haritada Türkiye ortanın üstü grupta yer almıştır. Buna göre Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları yeşil renk ile ifade edilen 301-1000 USD aralığındadır.

## Şekil 2. Kişi başı sağlık harcamaları (2004)



Kaynak: World Health Organization, National Health Accounts, 2004

WHO sayfalarında 2005 yılı için kişi başına sağlık harcaması 592 USD düzeyinde görülmektedir. Sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya oranı ise %5,7 olarak görülmektedir. (WHO, 2009)

**Tablo 1. Sağlık Bakanlığı bütçesi ve genel bütçe**

Yıl	Genel Bütçe (Milyon TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesi(Milyon TL)	Genel Bütçeye Oranı(%)
2002	97.831.000.000	2.355.447.691	2,41
2003	146.805.170.000	3.570.054.000	2,43
2004	149.858.129.000	4.787.751.000	3,19
2005	153.928.792.910	5.462.974.750	3,55
2006	170.156.782.052	7.477.471.000	4,39

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, "2002-2006 Mali Yıllarına Göre Genel Bütçe, Sağlık Bakanlığı Bütçesi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi, Döner Sermayeye Katkı Payı ve Oranları (%)":2006 tablosundan üretilmiştir.

Türkiye'de uygulamaya alınan dönüşüm programı ve reform çalışmaları ile birlikte Sağlık Bakanlığının genel bütçeden aldığı payda da bir yükselme göze çarpmaktadır. Bu durum sosyal devlet ilkesi uygulamaları açısından olumlu bir gelişme olarak algılanmaktadır.

#### 4. BULGARİSTAN ÖRNEĞİ

Her ne kadar karşılaştırma, kıyaslama ve genellemeler bilimin temel araçlarından biri olsalar da, bilimsel kıyaslamalar yapmak genel olarak karmaşık, uzun ve zor süreçtir. Çeşitli riskler içerir. Sosyal bilimlerde bu işlem daha da zorlaştığı gibi, hata ihtimali de artar. Konu "sistem" incelemesi olduğunda, inceleme ve sonuç çıkarma daha büyük güçlükler içerir. Sağlık sistemlerin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar yıllardır oluşturulmaya çalışılmaktadır ve bu arayışlar bundan sonra da devam edecektir. Tümüyle doğru ve her ülkeyi içine alan kapsamlı bir sınıflandırma yapmak şimdilik gerçekleştirilememiştir. Bir ülkenin sağlık sistemi, onu oluşturan çok sayıda parçanın çeşitli özelliklerine göre şekillenmektedir. Her ülke kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Ayrıca uluslar arası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerinin doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyebilmektedir. Bunun da ötesinde, çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme ve finans yöntemi de bir arada bulunabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık sistemleri birbirine bütünüyle benzeyen ülkeler bulmak imkansızlaşmaktadır.

Komşumuz Bulgaristan'a bakacak olursak 1999 yılından sonra başlayan reform sürecinden sonra Sağlık Bakanlığı birincil hizmetlerinin sunumundan tamamen çekilmiş, hizmet sunumu belediyelere devredilmiş, sadece planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmiştir.

Belediyeler sağlık sistemi içerisinde birçok sağlık kuruluşunun sahibi durumundadır. Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin yanında ilgili diğer bakanlıklar, Yüksek Sağlık Konseyi, meslek kuruluşları, üniversiteler, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar da sağlık sistemi içerisinde görev almaktadır.

Birincil sağlık hizmetlerinden, yerel kamu finansmanı ve özel hizmet sunumuyla tüm vatandaşlar ücretsiz faydalanmaktadır. İkincil sağlık hizmeti merkezleri yerel, bölgesel ve ulusal hastaneler olmak üzere ayrılmaktadır.

Önceleri devlet tekelinde olan ilaç ve eczalık hizmetleri, 1991 yılından sonra belediyeler ve özel sektör ile birlikte verilmeye başlanmıştır. Ayrıca ülkede sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak için üniversite, tıp okulları ve tıp kolejleri mevcuttur. Bulgaristan'da tüm vatandaşların kayıtlı olduğu, zorunlu sağlık sigortası primlerini toplamakta ve Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'nu yönetmekle görevli olan Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumu vardır.

Ülkede zorunlu sağlık sigortası yanında isteğe bağlı özel sağlık sigortası da mevcuttur. Sağlığın finansmanı kamu ve Ulusal Sağlık Sigorta Fonu arasında yarı yarıya paylaşılmıştır. Kamuya ait sağlık finansmanın %40'ı Sağlık Bakanlığı,%60'ı belediyeler tarafından karşılanır(Sargutan, 2006).

## **5. TÜRKİYE'DE YEREL YÖNETİMLER VE SAĞLIK GÖREVLERİ**

Türkiye'de yerel yönetim sistemi il özel idaresi, belediye ve köy olmak üzere üç kademelidir. Ancak bu üç kademe arasında tüzel olarak herhangi bir hiyerarşik ilişki bulunmadığı gibi eşgüdüm amaçlı ilişki bulunmamaktadır. Bunların birbirleri arasında ilişkisizlik, genel yönetimin taşra kuruluşları olan ilçe ( kaymakamlık) ve il (valilik) kanalları ile giderilmektedir.

Türkiye'de 3.200 belediye,35.000 kadar köy, bunun da üzerindeki sayıda muhtarlık bulunmaktadır. Büyükşehir belediyesi ve belediyeler önemli bir sağlık hizmeti talep edicisidir. Görev alanı içine giren ve buna ek olarak vermek istedikleri sağlık hizmetleri için kendi sağlık birimlerinde ve diğer kamu ve özel sağlık kuruluşlarına, sağlık hizmeti talebi harcaması yapmaktadırlar. Bu amaçla yapılan toplam ve ayrıntı harcama verilerini içeren bir bilgi yoktur. Köy ve muhtarlıklar, belli toplum sağlık hizmetleri dışında, kişisel sağlık hizmetlerinin talebi için kaynak kullanmaktan daha çok, kişilerin, sosyal yardıma muhtaç oldukları hakkında belge düzenlemekle hizmet vermektedirler.

Belediyelerin teşkilat ve görevlerine ilişkin temel yasa, 3.7.2005 tarihli ve 5393 sayılı Belediye Kanunudur. Bu Kanun, 13.07.2005 tarihli 25874 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş olup, belediyelere ait 1930 tarihli ve 1580sayılı Belediye Kanununu ek ve değişiklikleriyle birlikte yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun dışında da belediyelere görev ve sorumluluk yükleyen pek çok kanun vardır.5393 sayılı kanuna göre nüfusu 5.000 ve üzerinde olan yerlerde belediye teşkilatı kurulabilmektedir. İl ve ilçe merkezlerinde nüfus durumuna bakılmaksızın belediye teşkilatı kurulması mecburidir.

Sağlığın korunması konusunda Yerel Yönetimlerin yapması gereken birçok hizmetleri vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1990 yılında Milano'da düzenlenen ve sağlıklı kentler grubundaki belediye başkanları ve üst düzey politikacıların katıldığı

toplantı sonucunda yayınlanan "Sağlığa Uygun Kentler Milano Bildirisi" ve 1998 yılında Atina'da Avrupa kentleri belediye başkanları ve üst düzey politikacıların katıldığı toplantı sonucu yayınlanan "Atina Sağlık Kentler Deklarasyonu" çerçevesinde değerlendirildiğinde yerel yönetimlerin sağlık alanında yapacağı hizmetler oldukça önemlidir.

### **5.1. Yerel Yönetim Anlayışı**

Modern yerel yönetim kavramında, yerel yönetimleri güçlendirmek son amaç olarak değil, amaca gidişte bir basamak olarak benimsenmektedir. Küreselleşmenin başarısı, belki çelişki gibi görünmekle birlikte, yerleşme süreci ile birlikte yürütmesine bağlıdır. Klasik anlamda, yerelleşme (desantralizasyon), ulus-devlet bütünü içinde merkezi yönetimden yerel yönetimlere doğru yetki, görev ve kaynak aktarımını ifade eder. Bu anlamda yerelleştirme, yerel yönetimlerin ulus-devlet bütünü içinde merkezi yönetime oranla güçlendirilmesidir. Günümüzde ise yerelleştirme, merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme, kaynak oluşturma ve bunları yürütme gibi yönetsel yetkilerin taşra kuruluşlarına, yerel yönetimlere, yarı özerk kurumlara, meslek kuruluşlarına, gönüllü örgütlere (vakıflar, dernekler gibi) ve şirketlere aktarılması olarak kabul edilmektedir. Yetki genişliği, özelleştirme ve sivilleşme kavramları, modern anlamdaki yerelleştirme teriminin çeşitli uygulamalarıdır.

Yerel yönetimler arasındaki farklılıklar ve bu kurumların yapısal yetersizlikleri, kaynak kullanımında etkinlik sağlamayı güçleştirmektedir. Yerleşmenin öncelikli öznelere olan yerel yönetimler, hem toplumsal yapı hem örgütlenme gücü bakımından çeşitli yetersizlikler içindedir. Birbirinden farklı gelişmişlik düzeylerine sahip olan, yeterli yetişmiş iş gücünün istihdam etme bakımından uygun büyüklüklere sahip olmayan yerel yönetimlerin, başlıca sosyal ve ekonomik görevleri üstlenmeleri, etkinlik ve verimliliğin sağlanmasında önemli darboğazlar oluşturabilmektedir.

Modern yerleşme süreci, yurttaş kavramından müşteri kavramına geçiş ile karakterizedir. Hizmetten yararlananların karşılığını ödemeleri ilkesi yerel hizmetlerin küresel piyasalara doğrudan açılması ile uyumlu bir gelişmedir. "Kullanan öder" ilkesi, bireylerin kamu hizmetlerine duyarsızlıklarını önleme, yönetimden hesap sorma tavrı gelişmelerini sağlama potansiyeli taşınmaktadır. Buna karşı, Türkiye'de yerel yönetimler sosyal refah düzeyini artırmak değil, ortak toplumsal yaşamı asgari koşullarda sürdürülebilir kılmak ile görevlendirilmiştir. Sundukları hizmetler, genel toplumsal sağlık ve günlük yaşamının asgari şartlarını karşılayan hizmetlerdir. Bunların fiyatlandırılma olanağı oldukça sınırlıdır, böyle bir zorlama yerel ortak yaşamın asgari şartlarının yerine getirilememesi anlamına gelebilir. Öte yandan, müşteri olarak sınıflandırılmış yerel halk, kaynakların hizmet olarak ödeme gücü olan kesimi yönlendirilmesi anlamına gelir. Oysa son yarım yüzyıldan bu yana yoğun iç göç, kentsel yapılarda önemli eşitsizlikler yaratmış bulunmaktadır. Kaynakların, avantajlı kesimlere yönlendirilmesi, mevcut eşitsizlikleri artırma etkisi yaratabilir. Bu iki temel nedenden ötürü, Türkiye'de yerel hizmetlerin kamusal niteliğinin korunması ve küreselleşme dönemi ile doğan ilkelerin ülke koşullarına uygun bileşimler haline getirilmesi gerekli görünmektedir.



Yerleşme politikaları, öncelikle merkezi yönetimde yeniden yapılanmayı gerektirmektedir. Merkezi yönetimin, yerleşme ile doğabilecek çeşitli sakıncaları engelleyecek ya da ortadan kaldıracak biçimde yeniden düzenlenmesi ve yerel yönetimler ile ilişkilerin yeniden formüle edilmesi büyük önem taşımaktadır (Türkiye Bilim Sitesi, 2007).

## **5.2. Ülkemizde Belediyelerin Sağlık Hizmetleri**

Ülkemiz genelindeki belediyeler, yerel yönetimler içinde sağlık hizmeti olarak ilgili kanunlar gereği gıda ve işyeri denetimlerini yaparlarken ağırlıklı olarak açtıkları küçük poliklinikler vasıtasıyla tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getirmektedirler. Oysa belediyeler yasa gereği, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını vermek konumundadırlar.

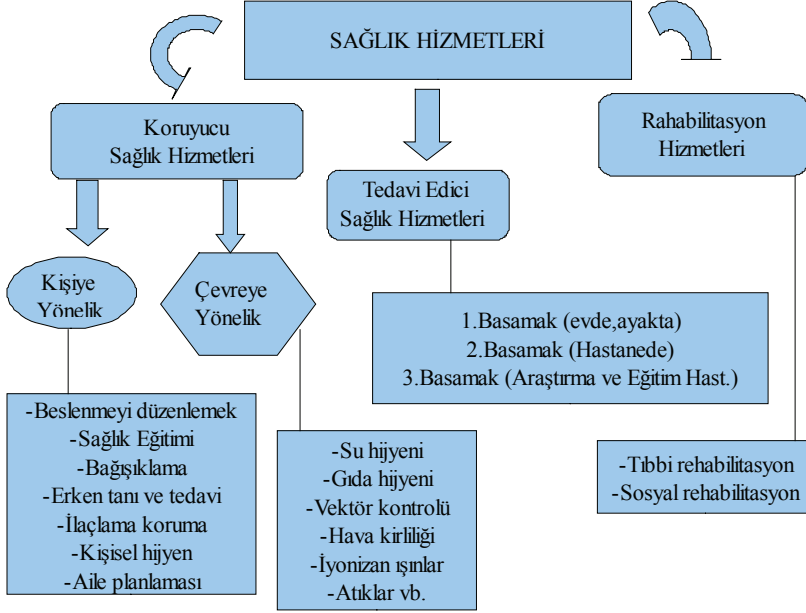
Maliyet yüksekliği ve işletme güçlükleri de dikkate alınarak belediyeler hastane açmaktan kaçınmalıdırlar. Ancak belediyelerin politik bir merkez olması, toplum ilişkilerinde birebir karşılaşmaya hazır ve hizmetin oy olarak geri dönebilirliğinin yüksek bulunması nedeniyle, sağlık hizmetlerindeki taleplerini ortaya çıkarmakta fakat koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumca benimsenip kabul edilebilirliğinin az olması nedeniyle sadece tedavi edici hizmetlerle sınırlı kalabilen hizmetler sunabilmekte, bu da yetersiz olmaktadır. Yürürlükteki mevzuata göre belediyeler, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici her türlü sağlık hizmetini sunabilirler. Ancak, belediyelerin asıl hizmetleri sağlıklı çevre koşullarını yaratmak ve sürdürmek olmalıdır.

Belediye örgütlenmesi içinde sağlık hizmetleri teşkilatı, sağlık işleri müdürlüğü ile sınırlı kalmakta, yetersiz hekim ve yardımcı sağlık personeli ile belediye sınırları içindeki bölgelere ulaşmamaktadır.

Belediye icra organı Zabıta ise sağlık hizmetlerinin sunumunda çok sınırlı sayıda kullanılmakta, denetimlerde Sağlık Bakanlığı desteği alınmamaktadır.

Halbuki yasalara göre her belediye kendi birimleri içinde bir Sağlık Zabıta Yönetmeliği çıkararak, Sağlık Zabıta Birimini kurmalıdır. Belediye içinde Sağlık işleri ve Zabıta Müdürlüğü merkezinde koordinasyon sağlanmalı ve ekip çalışmaları yapılmalıdır. (Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği, Ankara 2007)

### Şekil 3. Belediyelerde sağlık hizmetleri



Çalışmamızın bu bölümünde iletişime geçebildiğimiz ve bilgi alabildiğimiz birkaç belediyenin sağlık hizmetleri konusunda bilgiler aktarılacaktır.

#### 5.2.1. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Örneği

Belediye konuyla ilgili vizyonunu "Ülkemizin sağlık yönetimi kalitesini uluslararası standartlara ulaştırmak, tüm sağlık yöneticilerinin dayanışmasını ve bilgi paylaşımını tesis etmektir". Şeklinde belirlemiştir.

Belediyenin konuyla ilgili misyonu ise şu şekilde belirlenmiştir:

- Sağlık yönetiminin kalitesini artırmak için araştırma, geliştirme çalışmaları, uluslararası çalışmalar ve organizasyonlar yapmak
- Sağlık yöneticilerinin eğitiminin temini için kurs, seminer, sempozyum ve çalışmalar yapmak
- Özel ve resmi kuruluşlardaki tüm sağlık yöneticilerin bilgi birikimini paylaşmak için sağlık yönetimi ve mevzuatlar hakkında seminerler, sempozyumlar ve eğitim toplantıları yapmak
- Tüm sağlık yöneticilerin özlük ve sosyal haklarını korumak, iyileştirmek için kamuoyunda ve resmi mercilerde çalışmalar yapmak, raporlar sunmak

Hedefler şu şekilde belirlenmiştir.

- Ülkemizde yaşayan tüm vatandaşlara hiçbir ayırım gözetmeksizin sağlık hizmetini en üst seviyeye ulaştırmak
- Sağlık yöneticilerinin sosyal ve özlük haklarını en iyi seviyeye getirip aralarındaki dayanışma ve paylaşımı temin etme

Ayaktan teşhis ve tedavi- çeşitli noktalarda hizmet veren poliklinikler yoluyla sağlanmaktadır. Bunlar; Eminönü, Merter, Bağcılar, Esenler, Kağıthane, Zeytinburnu, Üsküdar, Kadıköy, Kartal, Pendik ilçelerinde yer almaktadır.

İBB'nin sağlık hizmetlerine ilişkin veriler şu şekilde tablo lanmaktadır.

**Tablo 2. Kadın ve aile sağlığı hizmetleri**

	2004	2005	2006	2007 -Kasım	Toplam
Açılan Merkez Sayıları	2	2	10	14	30
Rahim Ağzı Kanseri Tarama	16.951	24.8	35.675	86.947	164.418
Meme Muayene	7.232	18.72	30.185	107.323	163.464
Kemik Ölçümü	34.098	66.5	89.944	108.417	299.907
Genital Enfeks. Taraması	18.902	24.96	29.969	96.126	164.466
Eğitim	194	5.81	53.012	162.000	220.964

İstanbul'da yaşayan kadınların sağlığını korumak, onları bilinçli hale getirmek ve kadınlarda sık görülen hastalıkların erken teşhisine yardımcı olmak amacıyla hayata geçiren bir sağlık tarama ve eğitim hizmeti. Hizmetlerin arasında: osteoporoz taraması, rahim kanseri taraması, jinekolojik enfeksiyon kontrolü, meme muayenesi ve meme kanseri taraması, görüntüleme hizmetleri, eğitim ve danışmanlık hizmetleri

**Tablo 3. Evde sağlık hizmetleri**

	2004	2005	2006	2007-Kasım	Toplam
Sağlık Ve Sosyal Ön Değerlendirme	-	-	7.344	4.738	12.082
Evde Doktor Muayenesi	30.980	48.533	19.833	17.488	116.834
Hemşire Ve Fizyoterapi Bakımı	51.719	23.947	27.372	40.709	143.747
Reçete	20.323	40.302	23.009	14.911	98.545
Hastaneye Sevk	1.774	5.127	4.848	4.937	16.686

Hasta, yaşlı, engelli, kronik rahatsızlığından dolayı bakıma muhtaç kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, eğitilmiş ve tecrübeli sağlık ekibi ( doktor, hemşire, fizyoterapist vb.) tarafından muayene, tedavi, takip ve bakım hizmetleri sunulması.

**Tablo 4. Özürlülere Yönelik Verilen Hizmetler**

	2004	2005	2006	2007	Toplam
Açılan Merkez Sayısı	5	3	4	6	18
Tıbbi Rehabilitasyon (Seans)	8.890	12.700	16.308	7.211	45.109
Aynı Yardım(Kişi)	3.696	5.277	8.353	18.111	35.437
Florya Yaz Kampı (Kişi)	1.610	2.300	1.947	3.622	9.120
Yönlendirme-Danışmanlık(Kişi)	28.000	40.000	50.281	107.173	235.454
Sporla Rehabilitasyon(Seans)	1.050	-	42.839	46.437	90.326
Toplam Kaydedilen Özürlü Sayısı	-	-	41.412	15.508	56.920

Bilgilendirme-yönlendirme danışmanlık hizmetleri, yasal haklar danışmanlığı,

istihdam, tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, ÖSHA projesi(özürlülerin sosyal hayat adaptasyon projesi, psikososyal servis, küçük adımlar erken eğitim projesi, sporla rehabilitasyon, zihinsel özürlüler mesleki rehabilitasyon hizmetleri, tutuk işaret dili projesi, çiroz özürlüler yaz kampı, tıbbi destek hizmetleri, kütüphane hizmeti, sosyal etkinlikler.

**Tablo 5. Darülaceze**

DARÜLACEZE	2004	2005	2006	2007-eylül
Darülaceze Sakinleri	529	625	692	725
Yapılan Sosyal Organizasyonlar	52	88	247	308
Cep Darülaceze Sakinleri	-	-	10	27
Açılan Cep Darülaceze Sayısı	-	-	4	9
Darülaceze Çocuk Evi Çocuk Sayısı	22	32	33	34
İSMEM'deki Çocuk Sayısı	59	82	90	72

Kayışdağa Darülaceze, Akseki Ormanalı Abdullah ve Nerime Turan Huzurevi, Misafirhaneler, Cep Darülacezeler, Çocuk ve Gençlik Evi. Sokakta yaşayan çocuklara yönelik hizmetler-İSMEM( İstanbul Gençlik Rehabilitasyon ve Meslek Edindirme Merkezi) 16-20 yaş arası sokakta yaşayan, toplum ya da aileleri tarafından ihmal edilmiş gençleri meslek edindiren işe yerleştirmek; zara veren ve tüketen değil de, kendine ve yaşadıkları topluma katkısı olan bireyler haline getirmek amacıyla hizmet vermektedir.

Fatih ilçesinde bulunan veteriner polikliniğinde hayvanların muayenesi, tedavisi, aşılanması, dahiliye ve küçük cerrahi operasyonların yapıldığı hizmetler ile laboratuvar hizmetleri verilmektedir.

**Tablo 6: Hayvan sağlığı hizmetleri**

	2004	2005	2006	2007	Toplam
Aşılama Sayısı	2.316	3.304	6.846	5.974	18.840
Kısırlaştırma Sayısı	805	1.486	5.653	5.123	13.067
Sahiplendirilen Hayvan Sayısı	1.152	1.058	811	287	3.308
Mikroçip Takılan Hayvan Sayısı	0	0	4.300	5.061	9.361
Gıda İle İlgili Denetlenen İşyeri Sayısı	7.105	1.841	5.965	188	15.099

Bunun haricinde; Kesik et muayene ve mezbaha hizmetleri; hayvan rehabilitasyon hizmetleri-sahipsiz sokak hayvanlara yönelik rehabilitasyon hizmetleri için Tuzla, Alibeyköy ve Hasdal hayvan rehabilitasyon birimleri oluşturulmuş, sokak hayvanlarını yakalama, muayene, tedavi, müşahede, kısırlaştırma, aşılama sahiplendirme ve kayıt altına alma işlemlerini kapsıyor. Kurbanlık ve adaklık hayvan muayene kesim hizmetleri; Hayvan gömü hizmetleri-ölen hayvan ve hayvan organlarının insan, hayvan ve çevre sağlığı tehlikesi oluşturmasını engellemek amacıyla Tuzla Aydınliköy'de gömü alanı hizmeti verilmektedir.

Eğitim hizmetleri: Tüketicilere güvenli gıda sunulması amacıyla gıda ile ilgili esnafın eğitilmesi ve bilgilendirilmesi için ilçe belediyelere koordineli olarak "Hijyen Eğitim Programı" uygulanmakta. İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri ile iş birliği içinde ilköğretim öğrencilere hayvan sevgisi, bakımı, beslenmesi, hastalıklardan korunma, hayvan refahı ve hayvan aşılama gibi konularda eğitim seminerleri yapılmakta. Pet-shop satış yeri çalışanlara yönelik eğitim seminerleri düzenlenmektedir.

Su ürünleri hali müdürlüğü, hale gelen her türlü taze ve işlenmiş su ürününün, personelin nezareti ve denetimi altında, müzayede ve satış işlemlerinin yapılmasını sağlamaktadır.

Hıfzıssıhha laboratuvarlarında gıda, su, kozmetik ürünü gibi halk sağlığını ilgilendiren tüm numuneler Uluslar arası standartlara uygun olarak analiz edilmekte. Bu analizlerin TÜRKAK tarafından akredite edilebilmesi için gerekli çalışmalar devam etmektedir.

İlaçlama hizmetleri: kapalı alan ilaçlaması, dezenfeksiyon çalışmaları, ergin sivrisinek ve karasinek mücadelesi, larva mücadelesi sayılabilir.

### 5.2.2. Bakırköy Belediyesi:

Bakırköy Belediyesinden elde edilen bilgilerde hizmet türleri itibariyle benzerlikler bulunmakla birlikte farklı kalemler de bulunmaktadır. Elbette ki ölçeklerde de farklılıklar bulunmaktadır. 2007 yılı itibariyle elde ettiğimiz bilgilerde 2007 ve 2008 yılı rakamları hedef olarak belirlenmiştir.

**Tablo 7. Poliklinik ve ambulans hizmetleri**

Faaliyetler	Poliklinik hizmetleri(kurum hekimliği, sağlık merkezleri, evde bakım, laboratuvar, görüntüleme)				
	2006Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009Hedef	2010 Hedef
Performans Göstergesi					
Poliklinik Sayısı	196.512	250.000	350.000	450.000	500.000
Tahlil Sayısı	3.248	7.500	15.000	30.000	40.000
Görüntüleme Sayısı	2.863	4.000	10.000	12.000	15.000
Doktor Başına Hasta Sayısı	7.860	8.000	8.500	9.000	10.000
Şikayet Sayısı	4	6	0	0	0
Hasta Memnuniyeti	198.508	250.000	350.000	450.000	550.000

**Tablo 8. Denetim ve kontrol hizmetleri**

Faaliyetler	Denetim ve Kontrol Hizmetleri				
Performans Göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
Denetim Ve Kontrol Sayısı	352	500	1.700	2.900	5.000
Kapatılan İşyeri Sayısı	5	10	30	10	5
Süresi İçinde Eksiklerini Gideren İş Yerlerinin Oranı	%98	%98	%98	%99	%99
Denetim Ve Kontrol Faaliyetlerinden Memnuniyet	%85	%90	%100	%100	%100
Denetim Ve Kontrol Faaliyetlerinden Şikayet Sayısı	10	20	30	40	50

**Tablo 9. Defin hizmetleri**

Faaliyetler	Defin ruhsat faaliyeti				
Performans Göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
Defin Ruhsatı Sayısı	725	850	1200	1300	1.000
Defin Ruhsatı Verme Faaliyetinden Memnuniyet	%100	%100	%100	%100	%100
Defin Ruhsatı Verme Faaliyetinden Şikayet	0	0	0	0	0

**Tablo 10. Acil istasyonlardaki hizmet sayısı**

Faaliyetler	Ambulans hizmetleri				
Performans Göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
Hasta Nakil Aracı	6	6	6		
Ambulans Hizmeti Sayısı	2.974	3.500	4.800	5.000	5.000
Ambulans Hizmetinden Memnuniyet	%100	%100	%100	%100	%100
Ambulans Hizmetinden Şikayet Sayısı	0	0	0	0	0

**Tablo 11. Sağlıklı yaşam merkezi**

Faaliyetler	Sağlıklı yaşam merkezi				
Performans Göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
Sağlıklı Yaşam Merkezinden Hizmet Alan Kişi Sayısı	9.594	12.000	13.000	14.000	15.000
Sağlıklı Yaşam Merkezinden Hizmet Alanların Memnuniyeti	%100	%100	%100	%100	%100
Sağlıklı Yaşam Merkezinden Hizmet Alanların Şikayet Sayısı	0	0	0	0	0

**Tablo 12. Geriatri merkezi**

Faaliyetler	Geriatri merkezi				
Performans göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
Geriatri merkezinden hizmet alan kişi sayısı	2.218	3.000	4.000	4.500	4.500
Geriatri merkezinden hizmet alan kişi sayısındaki artış oranı	%100	%100	%100	%100	%100
Geriatri merkezinden hizmet alanların memnuniyeti	%100	%100	%100	%100	%100
Geriatri merkezinden hizmet alanların şikayet sayısı	0	0	0	0	0

**Tablo 13. Halk eczanelerinin faaliyetlerindeki rakamlar**

Faaliyetler	Halk eczanesi hizmeti				
Performans göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
İlaç sayısı	10.949	15.000	17.000	18.000	20.000
İlaç alan kişi sayısı	3.662	5.000	6.000	7.000	8.000
İlaç sayısındaki artış oranı	%60	%70	%80	%90	%100
Halk eczanelerinden memnuniyet	%100	%100	%100	%100	%100
Halk eczanelerinden şikayet sayısı	0	0	0	0	0

**Tablo 14.Şefkat Evinde verilen hizmetlerin sayısı**

Faaliyetler	Şefkat evi Hizmeti		
Performans göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef
Şefkat evinden hizmet alan kişi sayısı	65	61	67
Şefkat evinden hizmet alanların memnuniyeti	Memnun	Memnun	
Ortalama kalış süresi	64	4	8
Ortalama ömür	72	72	75

**Tablo 15. Başıboş hayvanlar, kuduz ve diğer salgın hastalıklarla mücadele**

Faaliyetler	Başıboş hayvanların bakım ve tedavisi faaliyeti( hayvan barınağı)				
Performans göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
Bakım ve tedavisi yapılan sahipsiz hayvan sayısı	4.659	4.171	3.000	2.500	2.000
Aşı sayısı	726	1.097	900	800	700
Kısırlaştırma sayısı	568	539	500	500	400
Ortalama barınakta kalma süresi(Gün)	15-20	15-20	15-20	15-20	15-20
Sahiplendirilen hayvan sayısı	260	246	220	200	200
Alındığı bölgeye bırakılan sahipsiz hayvan oranı	729	355	300	250	200
Veteriner başına tedavi gören hayvan sayısı	4.659	4.171	3.000	2.500	2.000
İşaretlenen hayvan sayısı	568	539	500	450	400
Sahipsiz hayvanlardan şikayet	1.653	795	500	450	400

**Tablo 16. İlaçlama ve haşereyle mücadele hizmetleri**

Faaliyetler:	1.İlaçlama faaliyeti				
Performans göstergesi	2006 Gerç.	2007 Tahmin	2008 Hedef	2009 Hedef	2010 Hedef
İlaçlanan alan miktarı (hektar)	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Hektar başına tüketilen ilaç miktarı	0,88 lt	0,80 lt	0,75 lt	0,65 lt	0,50 lt
Şikayet sayısı	174	150	130	120	100
İlaçlanan kapalı alan sayısı	250	230	230	220	200
Periyodik ilaçlama yer sayısı	Yazın Tüm Sokak ve Caddeler, Yıl Boyunca Resmi Kurumlar, Okullar, Camiler				

## 6. SONUÇ

Yerel yönetimlerin sağlık yatırımlarını yönlendiren en önemli düzenleme, temel yerel yönetim birimi niteliği taşıyan belediyelerin görev yetkileri ile ilintilidir. Belediyelerin görev ve yetkileri en son olarak 5393 sayılı Belediye Kanunu ile düzenlenmiştir. Bu kanunun görev ve yetkiler bölümünde ifade edilen zorunlu ve isteğe bağlı görevlerde sağlıkla ilgili sayılan konular aynı zamanda belediyelerin sağlık yatırımlarını yönlendiren maddeleri oluşturmaktadır. Bu yetkiler çerçevesinde sağlık hizmetleri konusunda belediyelerin zorunlu olarak vermek zorunda olduğu hizmetler ve belediyelerden örnekler yukarıda verilmiştir. Belediyelerin sağlıkla ilgili doğrudan tedavi ve rehabilite edici büyük yatırımlara girişmesi kanunda zorunlu bir görev olarak görülmemiştir. Belediyelerin her türlü sağlık tesisini açıp işletebileceği ifade edilmekle birlikte bu ifade, izin niteliğinde bir düzenlemedir.

Belediyelerin zorunlu görevleri arasında sayılan konulardan, çevre ve çevre sağlığı, su ve kanalizasyon, temizlik ve katı atık; zabıta, acil yardım, kurtarma ve ambulans; defin ve mezarlıklar; gençlik ve spor gibi alanların özellikle toplumsal sağlık koşullarının iyileştirilmesindeki yeri küçümsenemez. Belediyelerin bunların dışında sağlık hizmeti vermeleri ise maddi altyapı ve personel altyapısının mümkün kılmasına bağlıdır. Belediyelerin farklı sağlık kurumları açmaları, ayrıca sağlık sistemimizdeki merkezîyetçi planlama ve yapının içinde belediyelerin kendilerine yer bulmalarıyla ilgilidir.

Sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımının etkinliğinin sağlanmasında özellikle planlama ve denetim açısından merkezî yönetimin etkin olması hem bir gereklilik hem de yerel yönetimlerin kendi başlarına sağlık yatırımlarına girişmelerini kısıtlayıcı bir unsurdur. Bu merkezîyetçi yapının dışına çıkılarak sağlık kurumlarının yerel yönetimlere devrinde çok tartışmalara yol açan "Kamu Yönetim Temel Kanunu" çalışması çok önemli değişiklikler öngörmüştür.

Paralel giden süreçte bir yandan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık sistemi ve kurumlarındaki bölünmüş yapının giderilmesine çalışılmış; sosyal güvenlik mevzuatındaki değişiklikler ile birlikte sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanmasına çalışılmıştır. Bu çalışmalarla birlikte, 2004'te çıkarılmak istenen 5227 Sayılı Kamu Yönetimi Temel Kanunu kurulan bu merkezîyetçi yapıdaki birçok kurumun işletmesinin yerel yönetimlerce (İl özel idareleri) yapılmasını ve Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının devrini öngörmüştür. Bu düzenleme girişimi öncelikli olarak il özel idarelerine devrini öngördüğü sağlık kurumlarının belediyelere devrine de olanak tanımaktaydı. Sağlık Bakanlığının Denetim ve Gözetim faaliyetlerine yoğunlaşmasını öngören bu girişim yasalasma sürecini tamamlayamamıştır.

Sağlık kurumlarının yerel yönetimlerce işletilmesi Sağlık Bakanlığının iyi bir gözetim ve denetim faaliyetinin yanı sıra yönlendirici planlama faaliyetleri ile birlikte rekabet ve kalite standartlarının yükselmesine sebep olabileceği gibi farklı sorunlara da yol açabilir.



Sağlık hizmetlerinin belediyeler tarafından verilmesinin bu hizmetlerin tam kamusal ve yarı kamusal niteliklerine etkisi kamusal mal tanımlamalarının dayanak noktası ile ilintilidir. Hizmet yine kamu tarafından verilmekle birlikte, yapılan harcamaların devlet bütçesi içindeki yerlerinde değişiklik olacaktır.

Sağlık kurumlarının yerel yönetimlere devrine ilişkin planların muhtemel sonuçlarının çeşitli projeksiyonlarla senaryolaştırılmasının faydalı olabileceğini düşünüyoruz. Sağlık piyasalarında sunulan hizmetlerin bir kısmının tam kamusal ve yarı kamusal mal olmalarının yanı sıra bu mal ve hizmetlerin arz ve talebine ilişkin dışsallıklar, bilgi asimetrisi v.b. hususiyetler piyasanın işleyişinde bir takım sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla sağlık piyasalarında yerel yönetimlerin rolünün artmasının getireceği avantajların yanı sıra muhtemel aksaklıklara ilişkin analizlerin yeterli düzeyde yapılması önem arz etmektedir.

## KAYNAKLAR

Akın, Cemil Serhat(2007), "Sağlık ve Sağlık Harcamaların Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları", Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilimdalı.

DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıkli Şehirler Deklarasyonu(23.6.1998) <http://undp.un.org.tr/who/hcitydeclerAtinaHTM>

Ersoy, Çiğdem Yazıcı(2007), "Sağlık Yatırımlarında Fiziki Mekan Standartları", Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı Dersi Basılmamış Proje Çalışması, İstanbul, s.10

Fişek, Nusret(1982), "Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları", Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, <http://ankararefakat.net/drupaltr/drupal-5.2/?q=node/12> (Erişim:28.12.2008)

Gen Bilim Türkiye Bilim Sitesi(2007), "Küreselleşme Döneminde Yerelleşme", 2007 [http://www.genbilim.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1661](http://www.genbilim.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1661)

Karafakıoğlu, Mehmet(1998), **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul,

Sağlığa Uygun Şehirler Milano Bildirgesi(5-6.04.1990) <http://undp.un.org.tr/who/milanbildirge.HTM>

Sağlık Bakanlığı(2006), "2002-2006 Mali Yıllarına Göre Genel Bütçe, Sağlık Bakanlığı Bütçesi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi, Döner Sermayeye Katkı Payı ve Oranları (%)". <http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/Tablo2-3-4.htm>

Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği, "Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri" , Sağlık Ve Eğitim Yayınları 1

Sargutan, A.Erdal(2006), **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara

Tokat,Mehmet(1993).Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,"Türkiye'de Sağlık Sektörün Finansmanı", Ankara, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/sagliksektorufinansmani.pdf> (Son Erişim: 20.02.2009)

World Health Organization(1946), "Frequently Asked Question- What is the WHO definition of health?", Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health

Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States, <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> Erişim:28.12.2008

World Health Organization(2004), National Health Accounts, 2004 [http://www.who.int/nha/THE\\_cap%20US\\$\\_2004\(200dpi\).PNG](http://www.who.int/nha/THE_cap%20US$_2004(200dpi).PNG)

World Health Organization(2005), [http://www.who.int/nha/pie\\_chart\\_%202005.pdf](http://www.who.int/nha/pie_chart_%202005.pdf)

World Health Organization(2009), <http://www.who.int/countries/tur/en/index.html>