

PAPER DETAILS

TITLE: Türkiye'de Kamu Sağlık Sisteminde Sözleşmeli Yöneticilik Uygulaması

AUTHORS: Havva Ecehan ARMAGAN KAYGUSUZ

PAGES: 46-59

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2280253>

Türkiye’de Kamu Sağlık Sisteminde Sözleşmeli Yöneticilik UygulamasıH. Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ¹**Öz**

1980’lerden sonra devletin ekonomideki rolünün piyasa odaklı değişmesiyle hem kamu kurumlarında hem de kamu çalışanlarında aynı yönde değişim yaşanmış ve çoğu ülkede farklı alanlarda reformlar yapılmıştır. Bu kapsamda, Türkiye’de yapılan reform çalışmalarından biri Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık alanı tamamen gözden geçirilmiş olup teşkilat yapısı, insan kaynağı ve mali kaynaklar, hizmet sunum yöntemleri ve personel rejimi açısından farklı uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bu uygulamalardan biri de SDP’nin rehberliğinde, 02/11/2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile düzenlenen taşradaki sağlık kuruluşları yöneticileri için sözleşmeli yöneticilik modelidir. Türkiye’de kamu kurumlarında daha önce uygulanmayan sözleşmeli yöneticilik uygulaması ile Sağlık Bakanlığında yerleşik kariyer anlayışı değişmiştir. Türkiye’de 663 sayılı KHK konusunda bilimsel çalışmalar yapılmış olmakla birlikte sağlık sistemindeki sözleşmeli yöneticilik kavramına ve uygulamasına dair çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bu çalışmayla literatür ve mevzuat taraması yapılarak sağlık yönetiminin profesyonelleşmesi adına önemli bir adım olan sözleşmeli yöneticiliğin sağlık sistemindeki yeri ve uygulaması değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Reformu, Sözleşmeli Yönetici, Sağlık Yöneticisi, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname.

1. Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, Şef, ecehan.armagan@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0002-5299-9501>

Gönderim Tarihi : 28.02.2022

Kabul Tarihi : 29.04.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Armağan Kaygusuz, H.E. (2022). Türkiye’de Kamu Sağlık Sisteminde Sözleşmeli Yöneticilik Uygulaması, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 6(1): 46-59.

The Contractual Management Application in Public Health System in Turkey

H.Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ¹

Abstract

Associated with the market-oriented alterations of the government's role within economy following 1980s, government institutions and personnel have also had a change in the same direction and reforms were made in different areas in most countries. In this context, one of the reform studies carried out in Turkey is the Health Transformation Program. Through the Health Transformation Program (HTP), the field of health has been completely revised and different applications have been implemented in terms of organizational structure, human resources and financial resources, service delivery methods and personnel regime. One of these application is the contractual management model for the managers of provincial health institutions, which is regulated by the Decree-Law (KHK) on the Organization and Duties of the Ministry of Health and Affiliated Institutions, dated 02/11/2011 and numbered 663, under the guidance of the HTP. Thanks to the adopted application of contractual management, career perception of the Ministry of Health has undergone a change. Although scientific studies have been carried out on Decree Law No. 663 in Turkey, there are hardly any studies on the concept and practice of contracted management in the health system. In this study, the place and application of contractual management, which is an important step in the professionalization of health management, in the diversity of health employment has been evaluated by reviewing the literature and legislation.

Key words: *Health Reform, Contractual Manager, Health Manager, Decree Law No. 663.*

1. Pamukkale University, Social Sciences Institute, Department of Political Science and Public Administration, PhD Student, Denizli Provincial Health Directorate, Chef, ecehan.armagan@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0002-5299-9501>

Received : 28.02.2022

Accepted : 29.04.2022

Cite This Paper:

Armağan Kaygusuz, H.E. (2022). The Contractual Management Application in Public Health System in Turkey, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment,6(1):46-59.

1. Giriş

1980'ler ile birlikte piyasa yönelimli devlet işleyişinin değişimiyle pek çok ülkede farklı politikalar ve bakış açıları oluşmuştur. Bu farklı politikalar ana hizmetlerin başında gelen sağlık hizmetlerini de kapsamıştır (Dikmetaş ve İnan, 2000). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1998 yılında yayınlanan bir raporda sağlık reformlarının kademeli ve planlı olarak uygulanan ve yeni oluşuma zemin hazırlayan bir gelişim olduğu bildirilmiştir (WHO, 1998). Sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki maliyet artışına karşın ödeme sisteminin yetersiz kalması, halkın sağlık hizmetlerinin sunumundaki beklentilerinin artması ve çeşitlenmesi, geleneksel yönetim yöntemlerinin günün şartlarına uyum sağlayamaması gibi reform nedenleri ile sağlık sistemleri incelenmiş ve pek çok ülke merkezi yönetimin tekelindeki sağlık hizmetlerinin sunumundaki bazı yetkileri yerel yönetimlere veya özel sektöre bırakmıştır (Saltman ve Figueras, 1998). DSÖ'nün 2000 yılında Herkes İçin Sağlık Hareketi ile Ljubljana Sağlık Hizmetleri Reformları Bildirgesi, sağlık insan gücüne yönelik olup insan gücünün revize edilip güçlendirerek reformların oluşturulmasına değinmiştir (ILO, 2003; Fidaner, 2001).

Sağlık Bakanlığında insan kaynakları alanında yapılacak uygulamalar sağlık politikalarında önemli bir yere sahiptir (Akdur, 2008). Sağlık hizmetlerinde hedef sağlıklı, mutlu, uzun yaş ömrüne sahip sağlıklı nesiller oluşturmaktır. Bu hedef içinde günün şartlarına uygun kaliteli ve ihtiyaca cevap verebilen hizmetin sunulması gerekmektedir. Sağlık sistemi ise emek yoğun çalışmayı öngördüğünden insan gücünün yerinde, zamanında ve şartlara uygun geliştirilmesi gerekmektedir (Hoge vd., 2006). İnsan gücünün geliştirilmesi için de eğitime, gelişime önem veren, nitelikli, etkili, verimli ve kaliteli, sorumluluk sahibi, profesyonel yönetime ve bakış açılarına ihtiyaç vardır (Sargutan, 2005). Profesyonel yönetime olan ihtiyaç bütün reformlarda kendini hissettirmiş ve nihayetinde Türkiye'de AK Parti iktidarında 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile bu doğrultuda yön verilmeye başlanmıştır. SDP ilkeleri doğrultusunda 02/11/2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile profesyonel yönetim hukuki bir boyut kazanmış ve uygulanmaya başlanmıştır.

Türkiye'deki kurumlarda ender görülebilecek bu yaklaşım Sağlık Bakanlığı içerisinde uygulamaya konulmuş ve bir yönetim tarzı haline gelmiştir. Bu çalışmada; sağlık yönetiminin profesyonelleşmesi adına önemli bir adım olan sözleşmeli yöneticilik anlayışının gelişimine odaklanılmış ve yöneticilik kavramının Sağlık Bakanlığı içerisindeki yeri, anlayışı ve uygulanışı incelenmiştir.

2. Türkiye'de Sağlık Reformlarında Sözleşmeli Yöneticiliğin Gelişimi

Türkiye'de sağlık sistemine dair reform çalışmaları 1990 yılında Türkiye ile Dünya Bankası arasında imzalanan Sağlık Politikası İkraz Anlaşması sonrası Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı ile ortak çalışma sonucunda oluşturulan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile hızlanmıştır. Master Plan Etüdünde, sağlık sisteminin mevcut yapısı incelenerek gelecek dönemler için stratejiler geliştirilmiştir. Master Plan Etüdü'nün yanı sıra bu dönemde Sağlık Bakanlığınca Milli Sağlık Politikası çalışmaları da yapılarak Türkiye Sağlık Sektörü Reform Modeliyle desteklenmiştir (İleri vd., 2016). Bu modelin amacı, genel sağlık sigortası oluşturmak, eşitlikçi, verimli sağlık hizmeti sunmak, sağlığı sunan kurumlar arasında rekabeti oluşturmak, sağlık insan kaynağına önem verilerek eğitim, yetenek, bilgi, uzmanlaşma, dağılıma dikkat çekmek olup (Özdemir, 2001) hükümetlerin, siyasi yapının, bakanlıkların değişmesine rağmen değişmeyecek sağlık reformlarının yapılması önerilmiştir (Yılmaztürk, 2013). Ayrıca Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü neticesinde düzenlenen

Birinci Sağlık Projesi ve İkinci Sağlık Projesi ile sağlık sistemi için düşünülen reformların artık uygulanmaya başlaması gerektiği düşünüldüğünden başlayış için gerekli olan hukuki, iktisadi, politik destek alınmıştır (Belek, 2001). Ayrıca, insan gücüne yönelik önemli bir çalışma ise I. Ulusal Sağlık Kongresi sonrasında oluşturulan Ulusal Sağlık Politikası çalışmasının yayınlanmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1996; Avaner ve Fedai, 2018). İlgili kongrede en çok sağlık sigortasının düzenlenmesi ve sağlık kurumları için özerk bir yapının geliştirilmesi gibi konulara değinilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1992).

Bunun yanında sağlık tesislerinin ve hizmetlerinin özerkleşmesinin de profesyonel yöneticilerin oluşturulması ve hizmetin bu yöneticiler vasıtasıyla yetki ve sorumluluk da devredilerek görülmesi yoluyla sağlanacağı bildirilmiştir (Ataay, 2007). Rapor, Sağlık Bakanlığının merkezîyetçi yapıdan uzaklaşarak kademeler arası yetki dağılımı ve aktarımı, merkezden taşraya yetki genişliğinin artırılması, hatta yerel yönetimlere sağlık hizmetleri görevi de verilebilmesi açısından dikkat çekicidir (Yolcu, 2006). 1990'lı yılların sağlığa dair reform çalışmalarında daha çok özerklik, sağlık sigortası, aile hekimliği, etkin personel yapısının oluşturulması ve işlerlik kazanması yerini almıştır. Ancak özellikle 1993 ile 1997 yılları arasında yönetimde bir istikrar sağlanamamış, altı kez Sağlık Bakanı değişmiş ve Türkiye için belirlenen sağlık politikaları her bakan döneminde sektöre uğramış ve istikrar sorunu ile karşı karşıya kalmıştır (OECD, 2010). Siyasi istikrarsızlıklar, toplumsal uzlaşmanın olmayışı, ekonomik sıkıntılar politikaların sadece teorikte kalmasının, uygulamaya konulamamasının nedenleri olarak görülmüştür (Ataay, 2006). 2000 ve 2001 ekonomik krizleri bütçe açıklarının büyümesine neden olmuş, finansal gerileme 90'lı yıllarda planlanan politika ve reform çalışmalarını zedelemiş, reform çalışmaları yarıda kalmıştır (OECD, 2008).

Sağlık reformları her dönemde gündemde olmuş ancak 2000'li yıllara gelindiğinde daha dikkat çekici bir hale gelmiştir (Yıldırım, 2010). 2002 yılında 58. Hükümet Acil Eylem Planı oluşturulmuş sağlığın yapısına dair hedefler belirlenmiştir. Aynı hedefler 59. Hükümet Programında da daha da geliştirilerek aktarılmıştır (Aktel, 2013). Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve toplumun refahı için sağlık uygulamalarında mali, yönetsel ve hizmet odaklı sorunların giderilmesi ve yepyeni bir uygulamanın getirilmesinin doğru olacağı kanısına varılmıştır (Resmi Gazete, 2003). 2003 yılında ise AK Parti iktidarının hedefleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından "Önce İnsan" sloganıyla etkin, verimli ve adil sağlık hizmetinin sunulması, sağlık hizmetlerinin sunumuna dair çıtanın yükseğe taşınması, daha özerk bir sağlık sisteminin kurulması, daha esnek, eğitilmiş sağlık personeli yapısının sağlanabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) oluşturulmuş ve bu Plan sağlık sisteminde bu zamana kadar oluşturulan çalışmalar içerisinde zirveye yerleşmiş ve hızlı şekilde değişim süreci başlamıştır (Yıldırım ve Işıksan, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Aslında SDP, Türkiye'nin 90'lı yıllardan itibaren belirlediği, uygulamak isteyip de uygulayamadığı politika hedeflerinin toplamını oluşturmuştur (Avaner ve Fedai, 2018). Ayrıca büyük bir reform niteliğinde olan SDP'nin ismine reform kelimesinin eklenmemesini, reform kelimesinin daha önce başlatılan bazı başarısız reform teşebbüslerini anımsatmasına bağlayan görüşler de bulunmaktadır (Keyder vd., 2007).

SDP'nin duyurulma sürecinde Türkiye'de daha önce yapılan ancak amacına ulaşamamış benzer nitelikteki maddelerin hedefe ulaştırılacağı bildirilmiştir (Çirpici, 2010). SDP ile yeni kamu yönetimi anlayışı tarzında verimlilik ve etkililiğe önem veren, kalite odaklı, daha özerk, rekabetçi, büyük donanımına sahip personel dağılımına yönelik bir sağlık sistemi yapısı oluşturulmak istenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Buradaki özerklik kavramıyla, mülkiyet kamuya ait olmakla birlikte işletmecilikte özel sektör kıstaslarının geçerli olması ifade edilmektedir (Aydın, 2008). İlk olarak Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısının

değişmesiyle hizmet sunum araçlarının yerel yönetimlere bırakılması düşünülmüştür. Bu doğrultuda yönetim fonksiyonunun değişmesi ve buna bağlı olarak da bürokratik yapı için öngörülen değişim incelemeye alınmıştır (Erençin ve Yolcu, 2008). SDP’de yer alan “*bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü*” ilkesi ile sağlık hizmetlerinin sunumuna dair kaliteli personel sağlamaya yönelik hedef belirlenmiştir. Ek olarak, personel dağılımının eksiksiz yapılması ve sürece sağlık sisteminde görev alan yöneticilerin aktif olarak katılması gerektiği (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003) vurgulanmıştır. Sağlık Bakanlığının planlayıcı ve denetleyici role sahip olması gerektiği, sunulacak sağlık hizmetinin yürütülmesi için insan kaynakları bazında sözleşmeli yapının getirilmesi ve bu sürecin düzgün işleyebilmesi adına profesyonel yönetimin getirilmesi düşünülmüştür. Bu düşünceden hareketle, 6/4/2011 tarihli ve 6223 sayılı Kamu Hizmetlerinin Düzenli, Etkin ve Verimli Bir Şekilde Yürütülmesini Sağlamak Üzere Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev ve Yetkileri ile Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu kapsamında 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı Mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan 663 Karar No.lu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamesi yayımlanmıştır. Daha önce genel müdürlük olarak ayrılan birimlerle teşkilat yapısı hem merkez hem de taşra bazında ayrı görev alanlarına ayrılarak yapılandırılmıştır. Merkez teşkilat Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu şeklinde ayrılmıştır. Merkez teşkilatının uzantısı taşra teşkilatı ise İl Sağlık Müdürlüklerinin yanında İl Halk Sağlığı Müdürlükleri ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği şeklinde farklı kurumlar oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 2011; Avaner ve Fedai, 2018).

Sağlıkta sisteminde yatay örgütlenme hedefi doğrultusunda, Bakanlığın düzenleyici ve denetleyici rolü esas alınarak Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği için görev dağılımı yapılmıştır (Küçük, 2017). Kararnamenin 8’inci maddesi l’inci fıkrasında “*Sağlık insan kaynakları planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan kaynakları yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak*” ve (m) bendinde “*Mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın, bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek*” (Avcı ve Ağaoğlu, 2014) hükümleri yerini almıştır. Kararname ile taşra sağlık birimleri için sözleşmeli yöneticilik kavramı oluşturulmuş ve uygulamaya konulmuştur. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri içinde sözleşmeli Genel Sekreter ve Genel Sekretere bağlı tıbbi, idari ve mali başkanlıklar kurulmuş, uzmanlık kadroları açılmıştır. Ayrıca başhekimlik yerine yine sözleşmeli hastane yöneticilikleri getirilmiş ve hastanenin yatak kapasitesi baz alınarak öngörülen idari ve mali ile sağlık bakım hizmetleri oluşturulmuştur. Performansın ve kalitenin artışı bu yeniliklerle öngörülmüştür (Al, 2007). Geleneksel personel yapısının değiştirilerek uzmanlığa dayalı personel sistemine ve sözleşmeli yöneticiliğe geçiş yapılmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde tüm yöneticilerin iki ila dört yıla varan süre kapsamında sözleşmeli olması Türkiye tarihinde bir ilki oluşturmuştur. Kamunun personele sunduğu güvenceden biraz daha arındırılmış, normal sözleşmeli personel gibi görünen ancak görevde kalabilmesi performansa ve kurumun kriterlerine bağlı bir biçimdir (Görmüş, 2013). Bakanlık yönetim yapısı içerisinde 2017 yılında 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK ile değişiklik yapılarak belirtilen kurumlar ve taşra uzantıları yeniden tek çatı altında birleştirilmiş; hastane yönetiminde tekrar başhekimlik yapısı getirilerek eski sisteme dönülmüş ancak sözleşmeli yöneticilik kavramı devam ettirilmiş, mevcut sözleşmeli yöneticilik pozisyonlarına ek olarak başkan yardımcılığı pozisyonu da getirilmiştir. Böylece, İl Sağlık Müdüründen sağlık tesislerindeki yöneticilere kadar tüm yöneticilerle tekrar

sözleşme imzalamış olup İl Sağlık Müdürü en üst karar ve yürütme mercii haline getirilmiştir.

663 sayılı KHK ile kamu kurumlarınca verilen sağlık hizmetinin çağın koşullarına karşılık verebilecek şekilde sunulması ve hatta sağlık sisteminin bir bütün olarak özel sektör ile rekabete geçebilecek şekilde yapılanması amaçlanmıştır (Akgün, 2019). Bu amaçla, özel sektörde uzun yıllardır uygulanan profesyonel yönetim yaklaşımının kamu sağlık kuruluşlarında da uygulanabilmesi amaçlanmıştır (Durmuşoğlu, 2013). Esnek, yatay iletişime ve istihdama sahip, motivasyonu ve performansı tam kamu sağlık sistemi içerisinde görev verilen yöneticiler ile etkin ve verimli hizmet sunan bir yapı ortaya konulmak istenmiştir (Lamba vd., 2014). Kamu sisteminde personele yönelik genel yenileşme düşünülürken bu sağlık sisteminde daha özel personel rejimleri oluşmaktadır (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

3. Türkiye’de Sözleşmeli Yöneticiliğin Yapılandırılması

Sağlık yöneticiliği, yönetim kavramının ilerleyip bilimin içerisine girişiyle farklılaşarak bambaşka yetki ve bakış açılarının oluşumuyla kendisini açığa vurmuştur (Hayran, 2001). Toplumun var olabilmesi için en gerekli unsur olan sağlık alanının da gerek hizmetler gerekse yönetimi açısından işinin ehli, bilgili, deneyimli ve eğitilmiş profesyonellere ihtiyaç duyulmaktadır (Akgün, 2019). 663 sayılı KHK ile sağlık yönetiminde profesyonelleşmenin oluşması, yöneticilerin performanslarının daha iyi denetlenebilmesi, mali açıdan sağlık tesislerinin düzenlenebilmesi açısından yetkin bir sistemin getirilmesi amaçlanmıştır (Alper 2012). Özünde ise üst düzey yöneticilerin hizmet sözleşmesiyle istihdam edilerek performanslarına göre ücretlendirme sistemi yatmaktadır (Eren ve Eken, 2007). Genel bir bakış açısıyla, KHK ile eskiye dayanan hem politika belirleme hem de hizmet sunma birliğinin farklılaştığı, hizmet sunumu için sözleşmeli yöneticilerin yerleştirildiği, özel sektör temalarının yoğunlukla görüldüğü yatay, uzmanlaşmış, sonuca yönelmiş bir örgütlenmenin tercih edildiği, hiyerarşi yerine performans ve onun denetimine önem verilen bir Bakanlık örgütlenmesi oluşturulmak istenmiştir (Lamba vd., 2014).

KHK ile belirlenen Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları Ek (II) sayılı Cetvelde İl Sağlık Müdürü, İlçe Sağlık Müdürü, Başkan, Başkan Yardımcısı, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Uzman olarak belirtilmektedir. Bu Cetvelde yönetici haricinde “uzman” kadrosu bulunmaktadır; uzmanlar da sözleşme imzalayarak birim sorumlusu şeklinde görevlendirilmiştir. KHK’da “uzman, özel bir meslek bilgisi veya ihtisas gerektiren alanlarda sözleşmeli pozisyonda ve il sağlık müdürlükleri bünyesinde istihdam edilen personeldir” şeklinde tanımlanmıştır. Ek (II) sayılı Cetvelde sayılan başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı pozisyonu yeni açılacak hastaneler için Bakanlıkça Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü alındıktan sonra %20’ye kadar artırılabilmesi hükmüne bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2011).

663 sayılı KHK yöneticiler için Bakanlıkça sonradan ilave şartlar konulabileceği ve normların belirlenebileceği bildirilerek gerekli şartlar sıralanmıştır (Resmi Gazete, 2011). 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 48 inci maddesinde belirtilen genel şartları taşımak, en az lisans eğitimi veren yükseköğretim kurumlarından mezun olmak öncelikli şartlardandır. Ayrıca hastanelerin başhekimlik görevleri içinde “Eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp, hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastanelerin ve 112 il ambulans servisi başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise

tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir” ibaresi bulunmaktadır (Resmî Gazete, 2011). Devlet hizmet yükümlüsü olarak atanan personel içinde sözleşmeli personel olmanın önü açılmıştır. Personelin çalıştığı birimde -ancak il merkezinde görev yapıyorsa il sağlık müdürlüğündeki sözleşmeli pozisyonda çalışmalı- sözleşme imzalaması sonucu yükümlülük süresinin işleyeceği, 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’a tabi çalışan personelinde ihtiyaç halinde ayrı bir ödeme yapılmadan başhekim, başhekim yardımcısı ve ilçe sağlık müdürü pozisyonlarında görev alabilecekleri bildirilmiştir. Personelin azlığı nedeniyle yönetici bulunamayan sağlık tesisleri içinde yöneticilik aşaması bu durumda sağlanmaktadır. Bir diğer durum ilgili yöneticilik pozisyonlarında açıktan istihdam edilen personelin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde kurum ve Bakanlık ile ilişkileri tamamen kesilecektir. Açıktan sözleşmeli yöneticilik istihdamı, kamu personel istihdamı durumlarından birine geçiş için kazanılmış bir hakkı oluşturmaz. Ayrıca 663 sayılı KHK’ya dayanarak hazırlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği ile Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatında idari birimlerinin hizmet amaçlarına göre görevlendirilecek yönetici personelin dağılımı ile kadroların ve pozisyonların düzenli ve hizmet gereklerine uygun olarak kullanımına dair usul ve esasların düzenlenmesi amaçlanmıştır.

İller TÜİK vasıtasıyla belirlenen nüfuslarına göre 10.000.000’den büyük olan iller İ1, 4.500.000 ile 10.000.000 olan iller İ2, 3.500.000 ile 4.500.000 olan iller İ3, 2.500.000 ile 3.500.000 olan iller İ4, 1.500.000 ile 2.500.000 olan iller İ5, 720.000 ile 1.500.000 olan iller İ6, 500.000 ile 720.000 olan iller İ7, 250.000 ile 500.000 olan iller İ8, 250.000’den küçük olan iller İ9 şeklinde kümelendirilmiştir. Bakanlıkça her bir küme için de azami kadro ve pozisyon standartları belirlenmiştir. Bu standartların üstünde ve dışında personel ataması yapılamayacağı belirtilmiştir. Ancak ilgili yerin büyük oranda nüfusunun ve sağlık tesislerinin sayılarının artması halinde ihtiyaca karşılık Bakanlık Makam Onayı ile Başkan, Başkan Yardımcısı ve Sözleşmeli Uzman sayısının artırılabilineceği bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Tablo 1. İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinin Nüfuslara Göre Pozisyon Standartları Tablosu.

Pozisyon	İ1	İ2	İ3	İ4	İ5	İ6	İ7	İ8	İ9
İl Sağlık Müdürü	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Başkan	11	7	7	5	5	4	4	4	2
Başkan Yardımcısı	30	17	13	11	9	8	5	4	3
İlçe Sağlık Müdürü	Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü kurulur.								

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2012.

Ayrıca konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge çıkarılarak taşra teşkilatı hizmet birimlerinden olan il ve ilçe sağlık müdürlüğünün kuruluşu, il ve ilçe sağlık müdürleri ile başkan ve başkan yardımcılarının görevleri, hastane teşkilatının oluşumu, başhekim ve yardımcıları ile hastane yönetimi içerisinde bulunan sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali hizmetler müdürü, destek ve kalite müdürü ile yardımcılarının görevleri belirlenmiş ve sıralanmıştır. Tablo 2’de görüleceği üzere, nüfusa göre kümelendirilmiş iller bazında belirlenen taşra teşkilatı için çalıştırılması öngörülen başkan ve başkan yardımcılarının sayıları belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Tablo 2. Başkan ve Başkan Yardımcılarının İllere ve Hizmet Alanlarına Göre Dağılım Tablosu.

İl Grubu	Halk Sağlığı Hizmetleri	Kamu Hastaneleri Hizmetleri	Acil Sağlık Hizmetleri	İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri	Personel Hizmetleri	Destek Hizmetleri
İ1	1 Başkan 4 Başkan Yrd.	6 Başkan 12 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 3 Başkan Yrd.	1 Başkan 3 Başkan Yrd.	1 Başkan 5 Başkan Yrd.
İ2	1 Başkan 3 Başkan Yrd.	2 Başkan 4 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.		1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 3 Başkan Yrd.
İ3	1 Başkan 3 Başkan Yrd.	2 Başkan 4 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yrd.		1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 3 Başkan Yrd.
İ4	1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 3 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.		1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.
İ5	1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.		1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.
İ6	1 Başkan 2 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 2 Başkan Yrd.			1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yrd.
İ7	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.			1 Başkan 2 Başkan Yrd.	
İ8	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.	1 Başkan 1 Başkan Yrd.			1 Başkan 2 Başkan Yrd.	
İ9	1 Başkan 2 Başkan Yrd.					1 Başkan 1 Başkan Yrd.	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017.

Sağlık Bakanlığına ait bütün hastanelerin; nüfusa, yatak sayısına, dal ünitesi ve acil servis durumuna göre görevleri belirlenmiş ve hizmet görevine göre A-I, A-II, B, C, D ve E şeklinde sınıflandırılmıştır. Yönerge ile illere ve alanlarına göre görevlendirilecek başkan ve başkan yardımcılarının kadro ve pozisyon dağılımı gösterilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Sözleşmeli Başhekim, Hastane Müdürü, Başhekim Yardımcısı ve Müdür Yardımcısı Standart Cetveli.

ROL	Başhekim	İdari ve Mali İşler Müdürü	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Destek ve Kalite Müdürü	Teknik İşler Müdürü	Başhekim Yardımcısı	Müdür Yardımcısı
A I	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak	Başhekim yardımcısı pozisyonu için; – 50-150 ise 1 – 151-250 ise 2 (ancak 2. Pozisyon 200 yatağa ulaştığında verilir).	Müdür yardımcısı pozisyonu için; – 0-100 ise 1 – 101-200 ise 2 (ancak 2. Pozisyon 150 yatağa ulaştığında verilir).
A I- DAL	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak		
A2	1	1	1		≥ 1000 yatak		

				≥ 400 yatak		– 251-350 ise 3 (ancak 3. Pozisyon 300 yatağa ulaştığında verilir).	– 201-300 ise 3 (ancak 3. Pozisyon 250 yatağa ulaştığında verilir).
A2-DAL	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak	– 351-450 ise 4 (ancak 4. Pozisyon 400 yatağa ulaştığında verilir).	– 301-400 ise 4 (ancak 4. Pozisyon 350 yatağa ulaştığında verilir).
B	1	1	1	≥ 400 yatak			
C	1	1	≥ 50 yatak			– 451’den sonraki her 200 yatak artışında 1 pozisyon ilave edilir.	– 401’den sonraki her 200 yatak artışında 1 pozisyon ilave edilir.
D	1	1				Eğitim ve araştırma hastanesi veya şehir hastanesi ise ilave 1 pozisyon verilir (400 yatak altı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilave edilmez).	Eğitim ve araştırma hastanesi veya şehir hastanesi ise ilave 1 pozisyon verilir (400 yatak altı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilave edilmez).
E1	1	1					
ADSH	1	1				≥ 50-99 ünit ise 1 ≥ 100 ünit ise 2	≥ 50-99 ünit ise 1 ≥ 100 ünit ise 2
ADSM	1	1				≥ 50 ünit ise 1	≥ 50-99 ünit ise 1 ≥ 100 ünit ise 2
İASB	1					Her başhekimlik için; – İ1 grubu İstanbul Avrupa’da 4, – İ1 grubu İstanbul Anadolu’da 2, – İ2 ilinde 3, – İ3 ve İ4 illerinde 2, – İ5 ve İ6 illerinde 1	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017.

Ekli (II) sayılı Cetvelde sayılan pozisyonlar için belirlenen personelin sözleşmeleri Bakan tarafından imzalanmakta; ancak Bakanın gerekli gördüğü hallerde, imza yetkisi merkez teşkilatı ve taşra teşkilatında görev yapan yöneticilere devredilebilmektedir Resmi Gazete, 2011). Yöneticiler iki ile dört yıllığına 17 maddeden oluşan hizmet sözleşmesi imzalarlar. Sözleşmeli personel, sözleşme ile belirlenen görev yerinde, Bakanlık tarafından kendisine tevdi edilen bütün işleri; sözleşme dönemi içinde yürürlüğe konulacaklarda dâhil olmak üzere mevzuata, kurumsal hedeflere, mesleki ve etik kurallara, hasta ve çalışan haklarına, hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetine uygun olarak yerine getirmeyi kayıtsız ve şartsız kabul ve taahhüt eder. Yönetici, kendisine teslim edilen devlet mallarını korumak, etkin ve verimlilik esaslarına göre kullanıp her an hizmete hazır halde bulundurmak için gerekli tedbirleri almak, göreviyle ilgili belge, araç ve gereçleri özel işlerinde kullanmamak ve görev alanı dışına çıkarmamakla yükümlüdür. İzin hakları 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda (DMK) belirlenen izinlerle aynıdır. Sözleşmenin sona ermesi yöneticinin ölümü ve sözleşme süresinin bitimiyle gerçekleşir. Ayrıca, standart Sağlık Bakanlığı Hizmet Sözleşmesi metninde sözleşmenin süresinden önce feshedileceği haller ve ihtar gerektiren fiiller için belirlenen ihtar puanları bildirilmiştir. Sözleşmeye göre;

- Sözleşmenin 657 sayılı Kanunun 48’inci maddesinde 48’inci maddesinde düzenlenen şartlar veya sözleşme akdetme şartlarından herhangi birinin taşımadığının sonradan

anlaşılması ya da sözleşmeli pozisyonda çalışırken bu şartlardan herhangi birini kaybetmesi,

- Sözleşmeli sözleşme imzaladığı yerde, Bakanlık tarafından 663 sayılı KHK’da belirtilen kriterlere uygun olarak belirlenen sözleşmeli pozisyonlarının norm sayısının düşmesi,
- Sağlık tesisinin kapanması, statüsünün değişmesi, birleştirilmesi gibi sebeplerle sözleşmeli istihdam gereğinin ortadan kalkması,
- Devlet memuru olup kurumundan aylıksız izinli sayılanlar hakkında, memuriyeti sırasında işlediği fiilleri sebebiyle yüksek disiplin kurullarınca devlet memurluğundan çıkarılma cezasının verilmesi,
- İl Sağlık Müdürlüğü ve sağlık tesisleri için belirlenen verimlilik göstergelerinden puan alamadığı veya hedefin altında kaldığı durumlarda Bakanlıkça belirlenen sürede gerekli düzelmenin sağlanamaması,
- İzinsiz ve mazeretsiz olarak bir yılda kesintisiz beş gün veya toplamda on gün süreyle görevine gelmemesi,
- Sözleşmeli tutukluluk ve hükümlülük gibi sebeplerle otuz gün, gözaltına alınma halinde ise on beş günden fazla görevinden uzak kalması,
- Sözleşmeli aile birliği, sağlık, askerlik, yerel ve genel seçimlere iştirak ve/veya idarece geçerli bir mazereti ile bu sözleşme kapsamında başka bir pozisyona geçiş gibi haklı ve kabul edilebilir mazeretine binaen fesih talebinde bulunması,
- Bakanlık gerekçesini belirtmek kaydıyla süresi bitmeden önce sözleşmeyi fesih edebilir.

663 sayılı KHK kapsamında sözleşme imzalayan personelin 657 sayılı Kanun’da Devlet memurları için yasaklanmış bulunan eylemlerde bulunamayacağı, kazanç getirici başka bir işte çalışmayacağı, haftalık çalışma süresi emsali devlet memurları ile aynı olduğu, izinleri ve sosyal güvenlik yapılarının 5510 sayılı Kanun’un 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamına girenlerin iş sonu tazminatı hususlarında 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (B) bendine göre istihdam edilen sözleşmeli personele ilişkin hükümler uygulanacağı ve işsizlik sigortası primi ödenmeyeceği aktarılmıştır.

KHK’da bulunan bir diğer husus ise; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre memur olarak çalışanlar, kurumlarından aylıksız izinli sayılarak sözleşmeli yönetici olarak istihdam edilmektedir. Diğer memurlarla arasındaki fark aylıksız izinli olunmasına rağmen 5510 sayılı Kanun’un 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi hükümlerine göre çalışıyor olmasıdır. Aslında yöneticinin aylıksız izinli iken memur şeklinde işlemleri noktalanan devam edip bir de imzaladığı sözleşme hükümlerine göre çalışmasıdır. Ayrıca sözleşmesi sona eren yönetici bir ay içinde kurumlarına müracaat ederek sözleşmeden önce bulunduğu kadrosuna dönebilmektedir. En önemli hususlardan birisi de kurum dışından yönetici istihdamıdır. Genel itibarıyla uygulamada çok da tercih edilmese de, yönetici açısından yeni ve çok farklı bir sözleşmelilik statüsü oluşturulmuştur (Arslan Hızal, 2015).

İlgili maddeler ile personel güçlendirme açısından üst yönetim için yapılması gerekenler planlanmıştır. Bu güçlendirme ile kurumsal kültürün oluşturulması için hizmetlerin uzmanlaşmış personel tarafından sürdürülmesinin sağlanması planlanmıştır. Güçlendirmenin ise kurum içinde düzgün bir şekilde ilerleyebilmesi için de personelin performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi öngörülmüştür (Sun ve Büber, 2016). Her bir yönetici için karne ve performans ölçütleri getirilmiştir. Yılda iki kez doldurulan karne ile başarı durumu gözlemlenmektedir. Ayrıca karnedeki kriterler ile sağlık sisteminin daha da verimli olması hedeflenmiştir. 663 sayılı KHK’ya dayanılarak Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi de çıkartılmıştır. Bu Yönergenin amacı, taşrada görev yapan sözleşmeli yöneticilerin, kaynak, strateji, etkinlik, verimlilik ve performans

çıktılarının sağlık hizmeti ve Bakanlığın hedefleri doğrultusunda ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesidir.

Çıktılara yönelik veriler Bakanlık merkez ve taşra birimleri bazında elde edilir. Belirlenen bir dönem için gizlilik esasına dayanarak puanlama yapılır ve puanlamada tam puan 100 olarak kabul edilir. Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi'nde;

“A düzeyi (90-100 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevini mükemmel bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiştir.

B düzeyi (80-89 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevini üstün bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiştir.

C düzeyi (70-79 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevini ortalama düzeyde yerine getirmiştir

D düzeyi (50-69 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından geliştirilmeye ihtiyaç duymakta olup görevini beklenenin altında yerine getirmiştir.

E düzeyi (0-49 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından yetersiz olup görevini beklenenin çok altında yerine getirmiştir.” şeklinde puanlama ve değerlendirme hükümleri bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Yapılan iki değerlendirme sonucunda sözleşmeli yönetici başlangıç performans başarı düzeyinin altına düşmesi durumunda başarısız kabul edilir. Yapılan değerlendirmelerde başarısız kabul edilen yöneticilerin görevlerine son verilir. Başarısızlık sonucu görevi sonlandırılan yöneticiler, iki yıl geçmeden yeniden sözleşme imzalayamaz. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen performans belirleme kartlarında ise tam puan, amaç, parametreler, gösterge değeri, hesaplama formülü, hedef, açıklama, veri kaynağı, veri toplama periyodu belirtilir. Halk sağlığı hizmetleri, kamu hastaneleri hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri, personel hizmetleri, ilçe sağlık müdürlüğü, başhekimlikler, sağlık bakım hizmetleri, idari ve mali hizmetler, destek ve kalite hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ile ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki hizmetlerin her biri ilgili parametreler kapsamında değerlendirilir.

Başarı derecesinin ölçülmesindeki temel düşünce, özel sektör tarzı yönetim sistemine yaklaşımdır (Topçu, 2018). Sağlık Bakanlığının taşradaki yöneticilerinin hizmet sözleşmesi ile istihdamı ve performans kriterinin oluşturulmasıyla özel işletmecilik anlayışının kamu kesimine de yansıtılması sağlanmak istenmiştir (Sayan ve Küçük, 2012). Bir ilgi çekici durum ise performanslarına bağlı olarak sözleşmenin yöneticilik anlamında son bulmasıdır. Kamu hizmetinin devlet memurunca gördürülmesi şeklindeki uygulama sözleşmeli yöneticilik uygulamasıyla, devlet memuru durumundan çok farklı bir aşamaya geçildiği ve bundan sonraki aşamanın da bütün kamu çalışanları açısından sözleşmeli çalışma durumu olabileceği vurgulanmaktadır. Bu gelişmelerle özel sektörsel yaklaşım ve esnek bir istihdam ile yeni kamu yönetimi anlayışının kamu yönetiminde bulunduğu ve uygulandığı ilk sektör kamu kurumları arasında sağlık sektörü olmuştur (Aytuğ, 2011; Sayan ve Küçük, 2012).

4. Sonuç

Türkiye’de kamu hastanelerinde gerek 663 sayılı KHK öncesinde gerekse sonrasında profesyonel yönetim anlayışının tam anlamıyla uygulanabildiği söylenemez. Özellikle 1980’lerden sonra ekonomik ve teknolojik gelişmelerle birlikte kamu kurumları da yenilenmeye gitmiş ve bu yeniliklerinde en önemlisi de personel konusunda olmuştur. Her

kurum gibi Sağlık Bakanlığında da bu anlamda personel konusu 1990 yılında “2000 Yılında Herkese Sağlık” çalışması, Sağlık Projeleri, Ulusal Sağlık Kongreleri ve 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile en üst seviyeye yerleşmiştir. Sağlık sistemimizde zamanla 657 sayılı DMK içerisinde sayılan istihdam türlerinden çok farklı, kendilerine özgü mevzuatları ile şekillenmiş istihdam türleri oluşmuştur.

Sağlık sisteminin iyi işlemesi bir ülkenin gelişmiş olduğunun göstergesidir. Sağlığın en temel haklardan oluşu, ikamesinin olmayışı, sorunun giderilmesinin ivedilik gerektirmesi, ertelenemezliği ve sürekliliği, hatanın kabul görmemesi, bireyselliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunulmasında hem donanımlı yetişmiş personele hem de iyi bir yönetime ihtiyaç en üst noktadadır. Sağlık Bakanlığı sağlıkta insan gücü çalışmalarına yönelik önemli bir değişiklik, 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 Sayılı Mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan 663 Karar No.lu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile olmuş, bu KHK ile sağlık sisteminde köklü bir değişim süreci başlamıştır.

Kamu kesimini özel kesime yaklaştırmayı hedefleyip etkinliğin, verimliliğin, performansın artması amacıyla getirilen sözleşmeli yöneticilik uygulaması, gerek aylıksız izinli olup çalışabilmesi ve aylık alabilmesi, kamu görevlisi olmayan kişilerinde sözleşme imzalayabilmesi, yönetici karnelerinin olması ve bu anlamda yöneticilerin denetlenebilmesi, görevlerine bu şekilde son verilebilmesi açısından diğer yöneticiler için belirlenen yönetim ve insan kaynakları uygulamalarından tamamen farklıdır. Performansı sürekli, dinamik ve güçlü tutma, yenilikler getirme ve etkililik anlamında Sağlık Bakanlığı, oluşturduğu sözleşmeli yönetici uygulaması ile diğer bakanlıklarla karşılaştırma yapıldığında bu alanda değişimi sağlayabilen ilk kamu kurumlarından olmuştur.

Sözleşmeli yöneticilik ile çoğu özel sektör kuruluşunda olduğu gibi verimlilik ve etkililik esasına dayanan şeffaf, hesap verebilir ve sürdürülebilir bir yönetim anlayışı oluşturulması amaçlanmıştır. Bu çerçevede, sağlık sistemindeki sözleşmeli yöneticilik uygulamasının ayrıntılı ve kıyaslamalı analizlerinin yapılması, özellikle etkinlik, etkililik ve sürdürülebilirlik açısından yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Kaynakça

1. Ak, M. (2018). Yeniden Yapılandırılan Sağlık Bakanlığı’nda Değişen İnsan Kaynakları Uygulamaları, Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi, 2(1), 62-78.
2. Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, (21-25 Ekim 2008, Ankara), 45-71.
3. Akgün, İ. (2019). Sağlık Bakanlığı Taşra Sağlık Yönetiminde Eşgüdüm: Manisa İli Örneği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Manisa.
4. Akın, H. (2015). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetimsel Sorunlar (Konya Örneği), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
5. Aktel, M., Altan, Y., Kerman, U. ve Eke, E. (2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığının Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz, Sosyal Bilimler Dergisi, 15 (2), 33-62.
6. Al, H. (2007). Kamu Kesiminde Yeni Denetim Yaklaşımları: Süreç Odaklı Denetimden Sonuç Odaklı Denetime Geçiş, Amme idaresi Dergisi, 40 (4), Aralık, 45-61.
7. Alper, M. (2012). Türkiye’deki Kamu Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısı, Kamu Hastaneler Birliği, Kapsamı ve Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
8. Arslan Hızal, S. (2015). Kamu Hastaneleri Birliği Yönetiminin Hukuki Yapısı ve Yöneticilerin Tıbbi Organizasyondan Kaynaklanan Ceza Sorumluluğu, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İzmir.
9. Ataay, F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

10. Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3), 169-184.
11. Avaner, T. ve Fedai, R. (2018). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm, Cenay Babaoğlu ve Elvettin Akman (Editörler), *Kamu Politikası Analizi: Türkiye Uygulamaları*, Gazi Kitabevi, Ankara, 514-560.
12. Avcı K. ve Ağaoğlu S. (2014). Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sayı: 7, 83-94.
13. Aydın, S. (2008). Hayata Yüksekten Bakabilmek (Sağlık Politikası Üzerine Makale ve Denemeler), *Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı*, İstanbul.
14. Aytuğ, H. K. (2011). Küresel Rekabetin İşletmelerin Üretim ve İstihdam Yapısı Üzerindeki Etkileri, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2 (2), 45-77.
15. Belek, İ. (2001). Türkiye’de Sağlık Reformları, *Toplum ve Hekim*, 6 (16), 438-447.
16. Çirpici, E. (2010). Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Aydın.
17. Dikmetaş E. ve İnan N. (2000). Sağlık İnsan gücü Planlaması, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs, Ankara.
18. Durmuşoğlu, O. (2013). Türkiye Sağlık Sisteminde Değişim ve 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararnamenin Sağlık Personeli Tarafından Bilinirlik Düzeyi, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
19. Eren V. ve Eken M. (2007). Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları (Ed. Ş. Aksoy ve Y. Üstüner), *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar*, Nobel Yayınları, Ankara, 173-193.
20. Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi, *Memleket, Siyaset, Yönetim*, 3 (6), 118-136.
21. Fidaner, C. (2001). Sağlıkta Reform: Yeni Bin Yıl, Eski Sistem, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 40, 1185-1195.
22. Görmüş, A. (2013). Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri, *Siyasal Kitabevi*, Ankara.
23. Hayran O. (2001). Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Profesyonelleşme, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı: 40*, 1234-1238.
24. Hoge, C. W., Auchterlonie, J., and Milliken, C. S. (2006). Mental Health Problems, Use of Mental Health Services and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 295 (9), 1023-1032.
25. ILO (2003). Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, *Public Service International Studies*.
26. İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikaları Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, 176-186.
27. Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T. Ve Yoltar, Ç. (Derleyenler) (2007). Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim, İstanbul.
28. Küçük, A. (2017). Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
29. Lamba, M.; Altan, Y.; Aktel, M. ve Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (1), 53-78.
30. OECD ve Dünya Bankası (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye.
31. Özdemir, Y. E. (2001). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyet’in Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 39, 258-275.
32. Özkal Sayan, İ. ve Küçük, A. (2012). Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67 (1), 171-203.
33. Resmi Gazete. (2003). 59. Hükümet Programı, (Sayı: 25058), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/03/20030324.htm>- Erişim Tarihi: 14/02/2022.
34. Resmi Gazete. (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (Sayı: 28103 (Mükerrer)), <https://www.resmigazete.gov.tr /eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>., Erişim Tarihi: 14.02.2022.
35. Resmi Gazete (2017). Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (Sayı: 30165), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/ 2017/08/20170825-13.pdf>., Erişim Tarihi:14.02.2022.

36. Saltman, R. B. ve Figueras, J. (1998). Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
37. Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (3), 400-428.
38. Sun, H. ve Büber, H. (2016). Personel Güçlendirme: Kütahya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Örneği, Sakarya Üniversitesi III. Uluslararası İşletme Öğrencileri Kongresi (Kongre Kitabı), Cilt: 2, Sakarya, 60-76.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı (1990). 2000 Yılında Herkese Sağlık, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı (1992). 1. Ulusal Sağlık Kongresi 23-27 Mart 1992, Ankara.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı (1996). Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-11596/yonetmelikler.html> (Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği)-Erişim Tarihi: 14/02/2022.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,26280/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html> (Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge)-Erişim Tarihi: 14/02/2022.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31432,yonergeekcfb62d08-e140-4b4c-91936ee5d6_24b1e8pdf.pdf?0 (Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi)-Erişim Tarihi: 14/02/2022.
46. The World Health Organization (1998). The World Health Report, WHO, Geneva.
47. Topcu, H. G. (2018). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin 663 Sayılı ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkında Sağlık Yöneticilerin Görüşleri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, Ankara.
48. Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, NotaBene Yayınları, Ankara.
49. Yıldırım, S. ve Işıkhani, V. (2014). Sağlık İnsan Gücü Planlaması: Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Bir Durum Analizi, Toplum ve Sosyal Hizmet, 25 (1), 133-148.
50. Yıldırım, T. (2010). Uluslararası Düzeyde Sağlık Çalışanlarının Göçünü Yönetme Politikaları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi, Amme İdaresi Dergisi, 43 (4), Aralık, 31-65.
51. Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi, Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, Cilt: 1, 176-188.
52. Yolcu, V. (2006). Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.