

düzeyde en gerilere düşüyor. Bir hekim olarak beni en çok üzen ise uygulamalı tıp dallarındaki bilimsel ürünlerimizin 1990 yılı gözönüne alındığında Ürdün'ün dahi gerisinde olması.

Yıllar önce bir tartışma sırasında fakültemizin o günlerdeki dekanına: "Sorunlarımızın çözülmesi için hep parasızlıktan yakınıyorsunuz, iddia ederim, Cerrahpaşa'nın bahçesinden petrol fıskırsa hiçbir sorunumuz çözülmez, hatta belki daha da kötü oluruz" demiştim. Bugün de altını çizerek söylüyorum. Esas sorun çoğumuzun sandığı gibi parasal değil.

En baştan alalım. Yakalamak için can attığımız batı uygarlığının temelinde "doğru"yu aramak yatar. Biz ise yüzyıllardır "doğru"ya adeta savaş açmışız. İşte size tıp dalından bir örnek. Ülkemizde zaman zaman kan bağıışı kampanyaları yapılır. Kan bağıışı arttırmak için hemen kural olarak koca koca, birçoğu hekim, yetkili kişiler televizyonda boy gösterip, basına beyanat verip "Sağlığınıza korumak için kan verin" buyururlar. Doğrusu bugüne dek hiçbir ciddi kaynakta, polisitemi denilen çok özel bir durum dışında, kan vermenin insan sağlığına yararına ait bir şeye rastlamadım. Az kalsın unuttuyordum. Tabii kan vermek (hacamat) orta çağlarda hastalık iyileştirme yöntemlerinin başında gelmiş.

İşin acı tarafı sanırım kan kampanyasını yürütenlerin en azından bir kısmı kan vermenin sağlığına bir yararı olmadığına bilincinde. Ancak "doğru"yu kovup yerine "doğu kurnazlığını" getirmişler. "Bizim toplum öyle bencil ve çıkar peşinde bir toplumdur ki, ben şimdi çıkıp bunlara ey ahali vereceğiniz kanın size bir yararı yok ama bu bağışladığınız kanlarla canlar kurtaracağız" dersem kimsenin kılı kıpırdamaz". Ne kadar cin, ama tümüyle yanlış bir yaklaşım değil mi?

Buraya bir parantez açalım, bir çoğumuzun sandığının aksine ülkemizde esas sıkıntısı çekilen kanın kendisi değil, verilen kanın günün bilim düzeyine uygun, kan ürünlerine (plasma, eritrositler, trombositler vb.) ayrılıp gerektiği şekilde ve yerinde kullanılmamasıdır. Birçok hastanemizde-maalesef üniversite hastanelerimizin çoğu dahil- yapıldığı üzere tüm kan (yani vericiden alındığı halinde) kullanılması uygun ülkelerde çok kısıtlı olarak uygulanır. Tüm önemine karşın kan bankacılığı ülkemizin en az gelişmiş bilim dallarından biridir.

Doğa bilimlerinde doğruyu aramanın tek bir yolu vardır. Gözlem yapmak. İkinci büyük eksikliğimiz ise-gözleme dayanan düşünce biçiminin (ampirik düşünce) tüm çabalara rağmen bir türlü özümleyememişiz. Son yıllarda çok verilen bir örnek ama yinelemekte yarar var. Bir zamanlar Osmanlı bilimi "akli" ve "nakli" diye ikiye ayırmış. Yani düşünüp bulacağımız büyük bir kısmını ben hâlâ "nakli" bilimler sınıflamasına sokuyorum. Amerikalı ne yapmış, Japon ne yapmış, bugün neyi teklif edeyim derken doğruyu aramayı, gözlem yapmayı tümüyle unuttukmuş gibi geliyor.

Politikacılarımızdan üniversite rektörlerimize kadar tüm sorumluların çok iyi bilmesi gerek. Özgün fikir üretmeden, salt "akli ve nakli" bilimlerle "bon pour l'orient" yani "sadece doğu için iyi" dahi olamayız. Tıp dalında bilimsel ürünlerimizin Ürdün, Irak, İran, Mısır ve Suudi Arabistan'ın gerisinde olması bunun acı bir kanıtı.

Hepimize çok büyük görev düşüyor. Büyük bir sabırla, asırlar boyu öğrenemediğimiz "doğru" sevgisini ve gözlemci düşünce bilincini bıkmadan usanmadan önce kendimize sonra bu topluma aşılama zorundayız. Gözlem yapmanın sağlam bir disiplin, "yalan söylüyorsun" demenin ise çoğu kez yüreklilik istediğinin bilincinde olarak.

## Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon: Etkinliği Arttırmak İçin Önerilen Bir Yaklaşım

Derleyenler:

**Dr. Seçil AKSAYAN\***, **Doç. Dr. Serap AYHAN\***,  
**Doç. Dr. Osman HAYRAN\***

Aşırı merkeziyetçiliğin kamu yönetiminin belirgin bir özelliği olduğu ülkemizde, bugüne değin sağlık hizmetlerinde planlama ve değerlendirilmenin merkezden, tek elden sürdürüldüğünü görmekteyiz.

Osmanlı İmparatorluğundan devralınarak sürdürülen bu katı merkeziyetçi yönetim yapısında her hizmet tüm ayrıntıları ile merkezden yürütülmekte, merkezi ve yerel yönetim birimleri arasında görev ve kaynak bölüşümü yapılmamakta, harcamaların tamamına yakın kısmı merkezi yönetimce gerçekleştirilmekte ve yerel düzeyde daha doğru karar verilebilecek, önlem alınabilecek tüm konular gene merkeze taşınmaktadır. Bu ise, yerel hizmetler ile ilgili tüm işlemlerin "cansız dosyalar" içinde ve birbirinden ayrı olarak yerel toplum ve başkent arasında gidip gelmesine, hizmetlerin gecikmesine, hizmetin bütünlüğünün engellenmesine yol açmaktadır.

\* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi A.B.D.

Sağlık sektöründe yaşanan sorunlar ve sağlık hizmetlerinin etkinliğine ilişkin göstergelerimizin iç açıcı bir tablo sergileyememesi örgütlenmede yeni düzenlemelerin gerekli olduğuna işaret etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde Cumhuriyetin ilanından başlayarak günümüze değin planlanan ve kısmen uygulanabilen tüm reorganizasyon çalışmalarının, çoğu zaman etkisiz kaldığı görülmektedir. Bunun nedenleri arasında, tekrarlanan sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersizliğinin yanısıra; yerel hizmetlerin, yerel birimlerde, yerel halkın katılımı ile ve yerinde gerçekleştirilmesinin, başka deyişle desantralizasyonun kimi planlama aşamalarında yer verilmesine karşılık uygulanamaması da katılabilir.

Örneğin; 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin yasada halkın hizmetlere katılımı amacına yönelik yer alan, ancak bazı sağlık ocağı hekimlerinin kişisel çabaları ile kısıtlı uygulama olanağı bulan "Sağlık Kurulları" gerçekten uygulamaya geçirilmiş olsa ya da yerel katılım için bununla birlikte başka olanaklar tanıyacak düzenlemeler yapılırsa idi, belki de hizmetlerin etkinliği artırılabilirdi.

Burada, temel amacı toplum ile hizmet kaynakları ya da merkez arasında yakınlık sağlamak ve hizmetlere toplumun katılımını sağlamak olan "Desantralizasyon ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kullanımı"

konusu incelemeye değer bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genel tanımı ile otoritenin ve yönetim işlevinin merkezden, bir hiyerarşi içinde küçük yerel birimlere aktarılması, yerel ekonomik girdilerin ulusal planlama çalışmalarını içinde gelişimi, küçük birimlerde yasama ünitelerinin kurulması ya da sorumluluğun alt ulusal yasama organlarına aktarılması ve giderek daha çok kişinin katılımı sağlanarak "daha iyi bir dünya umudu" anlamına gelebilecek desantralizasyon" (adem-i merkezîyet) yaklaşımı sağlık hizmetlerinde 1950'lerden başlayarak birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede uygulanagelmıştır.

Ülkeler arasında ekonomik, politik, sosyal, kültürel yönlerdeki farklılıklar; planlama, uygulama ve sonuçlarda farklılıklara yol açmakta ise de, genelde incelenen örnekler bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin desantralizasyonundan yarar sağlandığını göstermektedir. Bu yararları şu şekilde toplamak mümkündür:

- Desantralizasyon ile, coğrafik alanı belirlenmiş yerel yönetsel birimlerde özellikle ilk basamak sağlık hizmetleri daha rasyonel ve bütünleşmiş olarak örgütlenebilir.
- Desantralizasyon; yerel toplumlara, yerel sağlık gereksinimleri ve sorunlarına daha uygun planlama yapmalarına, kendi sağlıklarının yönetimine daha fazla katılımında bulunmalarına olanak sağlar.

Tablo 1: Farklı Desantralizasyon Sistemlerinde Fonksiyonların Desantralizasyonu

Fonksiyonlar	Dekonsantrasyon	Devolüsyon	Delegasyon	Özelleştirme
Yasama	-	**	-	-
Gelir sağlama	*	**	**	***
Politika belirleme	-	**	**	**
Düzenleme	-	**	*	-
Planlama ve kaynak dağıtımı	**	**	***	***
Yönetim: Personel	*	**	***	***
- Bütçe yapma ve harcama	**	**	***	***
- Malzeme ve sağlama	*	**	***	***
- Bakım (muhafaza etme)	*	**	***	***
Sektörlerarası işbirliği	*	***	***	***
Kuruluşlararası koordinasyon	*	**	***	***
Eğitim	*	**	***	***

\*\*\* Geniş çapta sorumluluklar  
 \*\* Bazı sorumluluklar  
 \* Sınırlı sorumluluk  
 - Sorumluluk yok

• Özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tekrarlamaları ve dolayısıyla harcamaları azaltır.

• Merkezi kaynakların yerel gereksinim ve sorunlara göre ayrılması ile, bölgeler ya da kırsal-kentsel alan arasındaki sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık düzeyi konusunda eşitsizlikler azaltılabilir.

• Hükümetin, hükümet dışı kuruluşların ve özel sağlık örgütlerinin çalışmaları daha iyi entegre edilebilir.

• Merkez yönetimindeki personeli yönetsel ve rutin sorumluluklardan uzaklaştırılacağı için, sağlık bakanlığının ulusal sağlık politikası saptama, planlama fonksiyonları güçlendirilebilir.

• Yetersiz iletişim, ulaşım hizmetlerindeki eksiklik nedeniyle hizmetlerde görülebilecek gecikme ve benzeri sorunların üstesinden gelmeyi kolaylaştırır.

Desantralizasyon uygulamada, merkezi otoritenin desantralizasyon derecesini yansıtan dört ayrı biçimde kullanılmaktadır:

1. Dekonsantrasyon, 2. Devolüsyon, 3. Delegasyon ve 4. Özelleştirme.

Bunlar arasındaki farklar merkezden alt otoritelerin sorumluluğuna çeşitli derecelerde aktarılan fonksiyonlardan kaynaklanmaktadır. Alt otoritenin sorumluluğuna verilebilecek fonksiyonlar ise şunlardır:

- Yasama-Yerel düzeyde sağlık yasaları çıkarma,
- Gelir sağlama-Sağlık hizmetlerinin finansı için gelir sağlayıcı mekanizmaları belirleyip, uygulamaya geçirme,
- Politika belirleme-Yerel sağlık hizmetleri için izlenebilecek geniş kapsamlı ve ayrıntılı politikalar saptama,
- Düzenleme-Resmi olmayan sağlık örgütlerini ruhsat verme vb. yoluyla dolaylı olarak kontrol etme,
- Planlama ve kaynak dağıtım-Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için kısa ve uzun vadeli planlar oluşturarak kaynakları dağıtma,
- Yönetim-Personel alımı, bütçenin dağıtım, araç gereç istemi gibi konuları içeren günlük işler için kararlar alma ve uygulama,
- Sektörler arası işbirliği-Sağlık dışı sektörler ve bunların ilgili çalışmaları ile iletişim ve işbirliğinin sağlama,
- Kuruluşlararası koordinasyon-Resmi ve özel çeşitli sağlık kuruluşlarının politika ve çalışmalarını koordine etme,
- Eğitim-tüm personelin eğitim programlarını belirleme ve uygulama.

Desantralizasyonun farklı biçimlerinde bu fonksiyonlardan sorumluluk düzeyleri Tablo 1'de görülmektedir.

Dekonsantrasyon terimi, bakanlıklara bağlı yerel birimlere bazı yönetsel sorumlulukların aktarılmasını ifade eder.

Sağlık alanında bu birimler, Sağlık Bakanlığının Bölgesel ofisleri olabilir. Politik otorite aktarılmadığı

için desantralizasyonun en dar kapsamlı biçimi olarak görülen dekonsantrasyon, 1970'lerin başlarına kadar gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin dekonsantrasyonu için; bölgede sağlık hizmetlerini düzenleme sorumluluğu ve bunun için açık tanımlanmış yetkileri olan bir ya da birkaç yönetici, yöneticinin sorumlu olduğu bir coğrafi alan ve nüfus, personel ve bütçenin yanısıra yüksek düzeydeki planlamacılar ile bölgenin sağlık gelişimi için gerekenler arasında iletişimi sağlayacak bir mekanizma gerekmektedir.

Diğer bir desantralizasyon biçimi olan devolüsyon, tanımlanmış coğrafi alanları, yasal statüleri, çeşitli fonksiyonları, gelir sağlamak ve harcamak için yasal sorumluluğu olan "yerel yönetim" ya da "yerel otorite"ler oluşturulmasıdır.

Bunlar bölgesel çalışmalarında merkezden, dekonsantrasyondaki yerel birimlerden daha fazla bağımsızdırlar. Nijerya, Papua Yeni Guinea, Sudan gibi sayıdaki gelişmekte olan ülkelerde 1970 ve 80'lerde merkezi yönetimin fonksiyonları sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere yerel yönetimlere devredilmiştir. Botswana'da sağlık hizmetleri devredilme sürecindedir.

Delegasyon ise, yönetim sorumluluğu ve yetkilerinin yönetim yapısının dışında ve merkezi yönetim tarafından dolaylı olarak kontrol edilen örgütlere - parastatal örgütler - aktarılması anlamına gelmektedir.

Sağlık alanında delegasyon Tanzanya ve Zambiya'da olduğu gibi daha çok eğitim hastanelerinin yönetiminde kullanılmaktadır. Ayrıca delegasyon Meksika gibi bazı Latin Amerika ülkelerinde sosyal sigorta tarafından finanse edilen hizmetlerin organizasyonunda da kullanılmaktadır. Ancak yalnızca sigortalı işçiler için sağlık hizmetlerinin delegasyonuna başvurulduğunda bu hizmetler ile sağlık bakanlığı tarafından genel nüfusa sağlanan hizmetler arasında koordinasyon sorunu ortaya çıkmakta, tedavi edici hizmetlerde yoğunlaşmayı getirmekte ve hizmetlerin tekrarlanmasına yol açmaktadır.

Özelleştirme, desantralizasyonun diğer bir biçimidir ki burada merkezi yönetim fonksiyonları gönüllü ya da özel kuruluşlara farklı derecelerde aktarılır.

Bu uygulama merkez yönetimin özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri ya da aile planlaması, yaşlıların bakımı gibi bazı hizmetlerde yeni finans kaynakları ve hizmeti götürme yolları arama gereksiniminden doğmuştur. Ancak özelleştirme, serbest piyasanın getireceği bazı sorunlar nedeniyle ideolojik bir konu olarak görülmektedir. Hizmeti alanların ödeme gücü, hizmeti verenlerin motivasyonu, merkezin özel kuruluşları (ilaç endüstrisi de dahil olmak üzere) kontrol biçimi sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitlik ya da eşitsizliği etkileyebilir. Bu nedenle özelleştirme modelinin seçimi dikkatli ve ayrıntılı incelemeyi gerektirir.

Bir ülkede hangi desantralizasyon modelinin kullanılacağına ilişkin politika, ülkenin genel politik sisteminden büyük ölçüde etkilenmekle birlikte, sistemleri aynı olan (parlamentar sistem) gelişmiş ülkelerde İsveç ve İngiltere örneğinde olduğu gibi desantralizasyon uygulamaları farklılık gösterebilmektedir. Bu ne-

denle bir ülkenin desantralizasyon politikasını yalnızca politik sistem ile açıklamak güçtür.

Bunun yanında, bir ülkede farklı alan ve fonksiyonlar için aynı anda farklı modeller de kullanılabilir. Örneğin İngiltere'de bazı yerel hizmetler yerel yönetimler tarafından verilirken (devolüsyon), sağlık hizmetlerinin yönetimi merkezin sorumluluğu altında bölgelerdeki yönetsel birimlere dekonsantre edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon politikaları saptanırken ülkenin büyüklüğü göz önüne alınarak yerel örgütlerin neler olacağı ve nasıl düzenleneceği, yerel sağlık otoritesinin kimlerden ve nasıl oluşturulacağı, toplum katılımının nasıl sağlanacağı, finansın nereden sağlanacağı ve nasıl dağıtılacağı, bütçe ve harcama kontrolünün nasıl yapılacağı, çalışmaların denetleme yolları, yerel düzeyde hizmetlerin planlanma aşamasında sorumluluk dereceleri ve sektörler arası işbirliğinin nasıl sağlanacağına karar verilmelidir.

Yerel örgütler oluşturulurken, etkin sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için merkez ile iletişim kolay sağlanabileceği sayıda, nüfusa, coğrafik alana ve mevcut personel ve yönetici potansiyeline uygun bir model seçilmelidir. Dolayısıyla, ülkeler arasında bu konuda farklılık olacaktır. Örneğin; Sudan'da köylerden illere kadar piramit şeklinde uzanan yerel yönetim organları oluşturulmuş, pek çok ülkede ise 50.000 ile 500.000 nüfusu kapsayan bölgelere ve alanlara ayırma yolu seçilmiştir.

Yerel sağlık otoriteleri ise kullanılan desantralizasyon tipine göre farklı yapılarda görevlendirilebilir. Devolüsyonda, yerel otoritenin üyeleri seçimle gelirirken, dekonsantrasyonda genellikle üst yönetimce atanırlar. Dekonsantre edilmiş örgütlerin ayrıca sağlık hizmetlerinde danışmanlık ve denetim görevi yapan sağlık kurumları olabilir. Bunlar yerel yönetimi, halkı ve sağlık personelinin temsil eden üyelerden oluşan ve Sağlık Merkezi Danışma Komitesi, Bölge Sağlık Otoritesi, Hastane Yönetim Kurulu gibi çeşitli düzeylerde oluşturulan birimlerdir.

Sri Lanka, İtalya, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Zimbabve ve İngiltere gibi birçok ülkede sağlığın çeşitli alanları ve düzeylerinde bu yaklaşım benimsenmiştir. Örneğin Zimbabve'de bölge içindeki tüm sağlık hizmetlerinin koordinasyonu amacıyla "Bölge Sağlık Ekibi" oluşturulmuştur. Ekipte, bölgedeki hekim, hemşire, sağlık müfettişi ve yöneticilerin yanı sıra bölge sağlık komitesinin üyeleri, hastane temsilcileri, bölge ve yerel yönetim temsilcisi bulunur.

Toplumun karar vermede, planlamada ve uygulamada görev almayı benimsemesi, bu amaçla örgütlenmesi, yerel kaynaklarını seferber etmesi ve yapılan çalışmaların denetlemesi anlamında toplum katılımı desantralizasyonun temel amacı olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı için sağlık kurumlarında temsil edilmelerine olanak sağlama ya da yerel yönetim sisteminde yönetici ve meclis üyelerinin toplum tarafından seçilmesine izin verme gibi yaklaşımlar benimsenmektedir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken konu seçimde yöredeki dominant kişi ve grupların etkisini en aza indirme gereğidir. Aksi halde

toplumda çoğunluğun değil, sesi daha çok çıkan görelî olarak daha iyi durumda bulunan bir azınlığın çıkarlarına dönük bir uygulama ortaya çıkabilir.

Toplum katılımı için yerel örgütlenme örnekleri çeşitlilik göstermektedir. Örneğin; Endonezya ve Mozambik'te hükümet ile toplum arasında köprü işlevi gören kurullardan sağlık dahil tüm alanlarda toplulukların hareketini örgütlemek ve yönlendirmek için yararlanılır. Pakistan'da dini görevli, öğretmen ve toplum içindeki yaşlı, sözü geçer kişilerin de dahil olduğu seçilmiş yerel komiteler sağlık otoriteleri ile yerel toplum arasındaki bağı sağlar. Somali'de tüm illerde 50 ile 100 aileden oluşan toplum örgütlenmeleri (Tabella Komitesi) yerel halk tarafından seçilir, ücretsiz görev yapar ve yerel tüm etkinliklerden sorumludur.

Temel sağlık hizmetleri çalışmaları, aldıkları biçim ne olursa olsun belirli bir hareket ve seçim bağımsızlığına sahip, tercihen yalnızca sağlığı değil tüm alanları kapsayan güçlü yerel örgütlenmelere gereksinim duymaktadır.

Yerel yönetim sisteminde sağlık hizmetleri yerel olarak toplanan vergilerle finanse edilir. Ancak, arsa ve emlak vergisi, ruhsat, taşıt, eğlence vergileri gibi sürekli artınlamayan vergilerden elde edilen bu gelir yetersiz kaldığından, çoğu zaman yerel yönetimler merkezden ayrılan ödeneye de gereksinim duyarlar. Bunun yanında bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinde finansal sorumluluğun bireylerin kendilerine verilmesi yönünde bir eğilim görülmektedir. Örneğin; Bu amaçla kurulan sağlık sigortası sistemi Tayland'da ve bazı gelişmiş ülkelerde iyi işlev görmüşlerdir. Ayrıca, yerel toplumdaki her kişinin aldığı sağlık hizmetlerinin karşılığında sembolik anlamda bile olsa ödeyecekleri ücretin finansman sorununa gerçek bir katkı anlamına gelebileceği ve bundan da önemlisi halkın yapılan işi sahiplendiğini sergileyebileceği belirtilmektedir. Yapılan ödemenin mutlaka nakit olması gerekmemektedir. Yerel düzeydeki emek katkısı da kanalizasyon ve su şebekesi, sağlık kuruluşunun inşası gibi işlerin yürütülmesine yardımcı olabilir ki bu dolaylı bir finans kaynağıdır.

Yerel yönetimlere merkezden ödenek ayrımı ise, ulusal gelirin sabit bir oranının ayrılmasından, özel çalışma ve harcamalara göre ödenek ayrılmasına kadar çeşitlilik gösterir.

Tamamen eşit olarak dağıtımda bölgeler arasında eşitsizlik doğabileceğinden en azından nüfus dikkate alınmalıdır. Örneğin; Nijerya'da kaynağın %25'i yerel yönetimlere eşit olarak dağıtılırken, %75'i nüfusa göre paylaştırılır. En iyi yol ise mortalite ve morbidite hızları, yerel sosyo-ekonomik durum gibi bölgenin gereksinimlerini belirleyici ölçütlere göre dağıtım yapmaktır.

Diğer yandan birçok gelişmekte olan ülkede, Sağlık Bakanlıkları dekonsantre edilmiş yerel yönetimlerin bütçe yapmalarını ve ücret, bina, araç-gereç için gereken harcama biçimlerini sıkı kontrol altında tutmaktadır. Oysa yerel yöneticilere bütçe yapmalarında esneklik tanınması, harcamaları yerel gereksinimlere göre yapmalarına olanak sağlanması hizmetlerin hızla verilmesini kolaylaştırabilir.

Yerel organlara yerel hizmetlerin planlaması so-

rumluluğu, gelişmiş bir yerel yönetim sisteminde olduğu gibi yöredeki tüm hizmetler ile bağlantılı olarak ayrıntılı plan yapmaktan; enaz gelişmiş dekonsantrasyon örneklerinde olduğu gibi yalnızca yöre için merkeze kalkınma tasarımları sunmaya kadar çeşitli derecelerde verilebilir.

Sağlık koşullarını doğrudan etkileyen su ve kanalizasyon, konut, istihdam ve eğitim çalışmalarında sektörlerarası işbirliği mekanizmaları için Sri Lanka ilginç bir örnek oluşturmaktadır. Bu ülkede Ulusal Sağlık Konseyi başbakan başkanlığında düzenli olarak toplanır. Toplantının çağrısı Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Diğer bakanlıklar bünyesindeki sekreterlikler de konseyin üyeleridir. Benzer biçimde konseyler il, ilçe ve yerel düzeylerde de kurulmuş olup, bunlar alt düzeylerden gelen temsilciler aracılığıyla dikey biçimde birbirlerine bağlanmışlardır.

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon yaklaşımını benimseyen ülke örnekleri incelendiğinde, desantralizasyon politikalarının uzun bir süreç içinde (en azından 5-10 yıllık bir sürede) uygulamaya geçirilebildiği görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde desantralizasyon deneyimlerinin gözden geçirilmesi sonucunda başarıyı artırmak için önerilenler şunlardır:

- En azından başlangıçta, reorganizasyon çalışmaları, küçük boyutlarda olmalı, kapsamlı uygulamaya hemen geçilmemeli,
- Değişiklikler için uzun süre tanınmalı,
- Tüm finans konularında açık bir yönetim biçimi oluşturulmalı,
- Yönetim sorumluluğu ve otorite giderek artan biçimde transfer edilmeli,
- Yöneticiler için iyi bir eğitim ve uyum programı geliştirilmeli,
- Orta düzeydeki ve yerel personelin artan sorumluluklarını kabullenmeleri için sıkı bir eğitim ve denetim programı geliştirilmeli,
- Yerel sağlık otoriteleri, daha fazla sorumluluk taşıyabileceklerine inandırılmalı,
- Her yönetim düzeyinin yeni sorumlulukları açıkça tanımlanmalı ve düzeyler arasında ya da içinde açık bir danışma sistemi kurulmalı.

Türkiye'de sağlık örgütlenme modeli desantralizasyon yaklaşımı açısından bir kez daha gözde geçirildiğinde, en alt düzeydeki bir dekonsantrasyon ile merkezin kontrol mekanizmasının iyi işlemediği özelleştirme uygulamasından söz edilebilir. Genel yönetim sistemimiz içinde ise yerel yönetimlere ilişkin model, (1913 yılında geçici bir yasa ile kurulmuş olan İl Özel İdarelerinin Cumhuriyet döneminde kaldırılmayarak süreklilik kazanması, 1924 yılında köy yönetiminin, 1580 Sayılı Yasa ile de belediyelerin kurulması ile) 1930'larda yerini almıştır.

İl Özel idareleri, bugün de valinin başkanlığında, yasaların öngördüğü belli ve ortak yerel hizmetleri yürütmekle görevli, taşınır ve taşınmaz malları ile ayrı bir bütçesi ve karar organları olan, tüzel kişiliğe sahip yerel yönetim kuruluşlarıdır. İl halkının yol, su, eğitim, sağlık, ekonomik v.b. yerel ortak gereksinimlerini karşılamada, özel idarelerin, merkezi yönetim kuruluşları

ile işbirliği halinde etkin görev yapmaları istenmektedir. Ancak merkezi yönetimin gerek katı yönetsel otoritesi, gerekse gelir kaynaklarını kısması, yetkilerini sınırlandırması ve müdahaleciliği sonucunda bugün, il özel idarelerinde işlevsel bir etkinlikten söz edilemez. Bunun yanında bakanlıkların bazı fonksiyonlarının dekonsantrasyon edildiği müdürlükleri ile il özel idaresi'nin çalışmaları arasında koordinasyon sağlanamamaktadır.

Böylece karmaşık bir sistem içinde tüm kamu hizmetleri birbirlerinden ileri derecede bağımsız, merkeze ise ileri derecede bağımlı biçimde yürütülmektedir.

Bu ise, hizmetleri geciktirmekte, maliyetleri artırmakta ve kaynak savurganlığına yol açmaktadır. Oysa Tokat ilinde 1984-1988 hizmet bütünlüğü yaklaşımı ile bir çeşit yerinden yönetim uygulaması, desantralizasyonun uygulamaya geçirebileceğini gösteren önemli bir örnektir.

Toplum-devlet işbirliğinin büyük ölçüde sağlandığı bu uygulama, yetenekli bir üst bürokratin (valinin) olağanüstü girişkenliği ile, yıllardır neredeyse işlevsiz bırakılmış bir yerel yönetim organı olan İl Özel İdare sine işlevsel bir etkinlik kazandırıldığı; bunun yanı sıra köy muhtarlarının harekete geçirildiği, merkezin ilgili yatırım ödenekleri ile yerel kaynakların biraraya getirilmesi, yerinde kaynak üretilmesi ve yerinde verilen kararlarla az zamanda olağanüstü sayıda hizmet binası ve yatırımın gerçekleştirildiği bir modeldir. Modele özgünlük katan en önemli özellik ise; daha önce merkezi yönetimin çeşitli il müdürlüklerince ayrı plan ve programlar, ayrı ödenekler, ayrı personel v.b. ile birbirinden bağımsız olarak yürütülen çalışmaların bütünleştirme çabalarıdır.

Sonuç olarak, yurttaşların kamusal işlere katılma hakkı olduğu ve bu hakkın yerel düzeyde, en doğrudan biçimde, yurttaşın yakın bir yönetim tarafından kullanılacağı esaslarının benimsendiği "Avrupa Yerel Yönetimler Antlaşması" ve benzer ilkelerin Temel Sağlık Hizmetleri için önemle vurgulandığı "Alma-Ata Bildirgesi" gibi antlaşma metinlerinde imzası bulunan bir ülke olarak Türkiye için tüm hizmet alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de işlerliği olan "desantralizasyon" politikalarını saptaması ve uygulamaya geçirmesi kaçınılmaz görünmektedir.

#### KAYNAKLAR:

1. Ayhan, S.: Yerel Yönetimlerin Toplum Kalkınmasındaki Rolü: Bir Örnekolay Olarak "Tokat Modeli'nin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, (Yayınlanmamış inceleme raporu), Ankara, 1990.
2. Ekşioglu, K.: Sözlüklü Tüm Toplu Sağlık Mevzuatı. Yasa Yayıncılık, Yaşayan Yayınlar Dizisi: 1, Mart 1986.
3. Mills, A., Vaughan, J.P., Smith, D.L., Tabipzadeh, I.(eds.): Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience. World Health Organization, Geneva, 1990.
4. UNICEF/WHO: Urban Primary Health Care: A Response To the Crisis of Urban Poverty. Report of a Regional Meeting, Manila-Philippines, 7-11 July 1986.