

**DERLEME****SAĞLIK HİZMETLERİNDE  
DESANTRALİZASYON***Dr. Hülya BELEK\*, Dr. İlker BELEK\****I. GİRİŞ**

Sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi son yıllarda geniş olarak tartışılan konulardan birisidir. Desantralizasyon Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı reform çalışmaları çerçevesinde gündeme gelmiş durumdadır. Konu özellikle, kaynakların ve bir bütün olarak sağlık hizmeti üretiminin gereksinimlerle daha fazla oranda uyum içine sokulması çabaları bağlamında ele alınmaktadır.

Yönetimdeki merkeziyetçi örgütlenmenin bilgi akışını bozduğu, maliyetleri arttırdığı belirtilmektedir (Dillinger, W.D. 1994:8). Öte yandan özellikle üçüncü dünya ülkeleri için desantralizasyona yönelik şu tür beklentiler de bulunmaktadır: Yoksul toplum kesimlerinin finansal desteğinin, hizmete katılımlarının sağlanması ve kamu hizmetlerine ulaşımının artırılması; ulusal birliğin ve politik eğitimin geliştirilmesi; değişime olan direncin yumuşatılması; bürokratik engellerin giderilmesi; yönetsel sistemin esnekliğinin sağlanması (Collins, A.G. 1994:459).

Bütün bunlara ek olarak desantralizasyon ile çeşitli gönüllü kuruluşların ve toplumun kendi inisiyatifinin sağlık hizmetleri üzerinde olumlu etkilerinin geliştirilmesi; sektörler arası işbirliği için yeni fırsatların yaratılması yönünde de olumlu beklentiler bulunmaktadır (WCC, 1995:2).

Öte yandan desantralizasyon yalnızca sağlık hizmetlerini ilgilendiren bir konu değildir. Genel olarak bütün hükümet işlevlerinin desantralize edilmesinden söz edilebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, ekonomik ve politik yapıdaki kapsamlı değişimlerin gözönüne alınmasıyla daha iyi anlaşılabilir bir konudur.

Nitekim bunun en çarpıcı örnekleri eski sosyalist ülke-

lerde yaşanmaktadır. Genel olarak bütün politik yapının değiştirildiği ve merkeziyetçiliğin terkedildiği eski sosyalist ülkelerde desantralizasyon; Bakanlık işlevlerinin hizmetin planlanması ve değerlendirilmesi ile sınırlandırıldığı, finansmanın genel bütçe yerine sigorta sistemi ile sağlandığı ve katkı paylarının önemli bir finans mekanizması olarak görüldüğü bir politikalar bütününü ifade etmektedir (Vassilev, N.B. 1992:335).

Desantralizasyon Tanzanya'nın sosyalist iktidarı döneminde en önemli politik hedeflerden birisi olarak kabul edilmiş ve sosyalizmin inşasının gerekli koşulu olarak görülmüştür. Bu düşüncenin arkasındaki temel felsefe, sorunların yerel düzeyde en yeterli biçimde çözülebileceği savı ve ancak yerel sorumluluk ve inisiyatif bilincinin geliştirilmesi ile sosyal ve kültürel alt yapının sosyalizmin gereksinimlerini karşılar duruma getirilebileceği inancıdır. Tanzanya'da desantralizasyon bütün endüstriyel alanlarda; sağlık, eğitim ve fiziksel alt yapı hizmetlerinde; üretim ve finansman boyutlarında düşünülmüş ve kaynak bakımından yetersiz durumda olan region ve district'lerin ulusal düzeyden desteklenmesi öngörülmüştür (1) (Niyerere, J.K., 1973:1-3).

Bütün bunlardan anlaşılabilirliği gibi desantralizasyon, bugün, oldukça popüler ve bir o kadar da çelişkili bir kavramdır ve değişik gelişmişlik düzeylerindeki ülkelerde, değişik nitelikteki siyasal ortamlarda, değişik amaçlar için kullanılabilir. Ancak bugün desantralizasyonun gerçek anlam ve uygulama alanını, gelişmiş ve gelişmekte olan kapitalist ülkelerdeki pratik hedefleri çerçevesinde yorumlamak gerekmektedir. Günümüzde desantralizasyon kapitalist toplumsal sermayenin yeniden yapılandırılması sürecinde, ekonomik boyutları da olan

(1) Bu yazıda, desantralizasyon kavramı açısından önemli değer taşıyan ve farklı ülkelerde farklı büyüklükteki bölgeleri ifade edebilen İngilizce terimler, herhangi bir karışıklığa yol açmaması açısından çevrilmeden bırakılmışlardır.

\* Akdeniz Üniv. Tıp Fak., Halk Sağlığı AD.

bir yönetim reformu olarak gündeme getirilmektedir. Böylece kapitalist sistemin bir bütün olarak reorganizasyonu sürecinde oldukça önemli bir konum kazanmaktadır. Bu gerçeği gözeten Collins desantralizasyonun kendi başına bir amaç olarak değil; ancak bir dizi hedefe ulaşmayı sağlayan bir araç olarak ele alınıp incelenmesinin doğru olacağını vurgulamaktadır (Collins, A.G., 1994:461) (Konunun bu yönü ileriki bölümlerde daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır).

Bu yazıda sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu kavramının içeriği tanımlanacak; desantralizasyon uygulamalarını gündeme sokan koşul ve gereksinimler belirlenecek ve süreç boyunca hem teorik (kavramsal), hem de pratik düzeyde ortaya çıkan sorunlar saptanmaya çalışılacaktır.

## II. SAĞLIKTA DESANTRALİZASYON KAVRAMI

Genel bir ifadeyle desantralizasyon; kamu hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve karar alma süreçlerinde otoritenin ulusal düzeyden daha alt düzeylere ya da daha aktüel bir deyişle yukarıdan aşağıya transferi anlamında kullanılmaktadır (Bu bölüm için WHO, 1990'dan geniş olarak yararlanılmıştır).

Pratikte sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, yalnızca hükümetin politik, yönetsel yapısına ve genel politik amaçlara bağlı olarak değil; ülkelerin sağlık sistemlerinin organizasyonuna bağlı olarak da değişik biçimler alabilmektedir.

Desantralizasyonun ortaya çıkış koşulları gelişen ve gelişmiş ülkelerde farklılık göstermektedir.

**Gelişen ülkelerdeki desantralizasyon uygulamalarının tarihi**, bu ülkelerin sömürge oldukları dönemlere kadar uzanmaktadır. Gerçekten de 1950 ve 1960'larda desantralizasyon kolonyal yönetimlerde, toplumun politik eğitiminin ve topluma kapitalist siyasal normların benimsenmesinin aracı ve bazı yerel hizmetler için yerel sorumluluk oluşturmanın yolu olarak geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Kısaca, bu ülkelerde desantralizasyon, doğrudan doğruya, sömürgeci yönetimlerin, kapitalist işlerliğe esneklik ve hız kazandırmak bakımından, yerel yönetsel kapasiteleri geliştirmek üzere uyguladıkları bir politik reorganizasyon işlevi görmüştür.

Ancak sömürge ülkelerde yukarıda anılan tarihlerden itibaren gelişen bağımsızlık hareketleri, ulusal birlik düşüncesini güçlendirmiş ve sömürgeci yönetimlerde uygulamaya konulan desantralizasyon denemeleri kendilerini karşı gelişen bağımsızlıkçı tepkilerle geri çekilmek zorunda kalmıştır. 1970 ve 1980'lerden başlayarak ise, aynı ülkelerde, bu kez başka nedenlerle, desantralizasyon düşüncesinin yeniden ortaya çıktığı görülmektedir. Bugün özellikle Afrika'da merkezi hükümetler, ellerindeki gücün bir kısmını yerel organlara devretme eğilimi göstermektedir. Böylece gelişen ülkelerdeki yeni desantralizasyon

dalgası, gelişmiş ülkelerdekine tersine; periferin talebi olarak değil, merkezden (ya da tepeden) uyarılan bir politik tercih olarak gündeme gelmektedir. Bu ülkelerde desantralizasyon, merkez tarafından felsefi ve ideolojik düzlemde önemli bir politik ideal olarak görülmektedir. Pragmatik düzeyde ise kurumsal, fiziksel ve ideolojik düzlemde önemli bir politik ideal olarak görülmektedir. Pragmatik düzeyde ise kurumsal, fiziksel ve yönetsel sınırlıkların aşılmasının yolu olarak değerlendirilmektedir. Buna göre; artmış yerel kontrolün daha fazla oranda yerel gereksinimlerle uyum içinde bir yönetim yapısı yaratacağı; yönetsel organizma içinde motivasyonu artıracacağı ve sonuçta da kalkınma projelerinin uygulanmasını hızlandıracacağı; karşıt gruplara aynı ulusal sınırlar içinde otonomi sağlamanın ve böylece de onları bir arada tutmanın yolunu sağlayabileceği öne sürülmektedir. Görüldüğü gibi buradaki beklentilerle, sömürgeci yönetimlerin beklentileri büyük ölçüde benzerdir.

**Gelişmiş kapitalist ülkelerde** ise desantralizasyon süreci gelişen ülkelere göre bir hayli farklı gelişmiştir. Bu ülkelerde yerel yönetimler zaten güçlüdür. Hatta merkezi hükümetin gücü yerel hükümetlerden sonra gelişmiştir. Böylece, hizmetlerin ve fonların çoğu zaten yerel düzeyde toplanmıştır. Ancak merkez, yerel hükümetler üzerinde giderek artan sınırlamalar getirmek eğilimi sergilemektedir. Bunun nedeni, merkezi politika ve kaynaklar üzerinden çeşitli hizmetler için ülke düzeyinde eşitliğin sağlanması gereksinimidir. Son zamanlarda ekonomik bunalmı ve harcamaların sınırlanması çabaları bazı hükümetleri yerel inisiyatifli sınırlamaya yöneltmektedir (İngiltere ve İsveç bunun örneği olarak verilmektedir).

Sonuç olarak, yerel yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi ve ülke sınırları içindeki farklı etnik, ulusal, dini kimlikteki gruplara parçalanmayı engelleyecek derecede otonomi vermek gibi kaygılar, gelişen ülkelerdeki desantralizasyon koşullarını oluştururken; eşitsizliklerin azaltılması ve harcamaların sınırlanması kaygıları, gelişmiş ülkelerde yerel otonomilerin sınırlanmasını gündeme getirebilmektedir. Dolayısıyla desantralizasyon uygulamaları bakımından ülkeler arasında kimi bakımlardan neredeyse tam bir paradoks durum söz konusu olabilmektedir.

### II. a) Desantralizasyon türleri:

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) öncelikle fonksiyonel ve coğrafi desantralizasyon tanımlarını yapmaktadır.

**Fonksiyonel desantralizasyon**; belli bir işlevi gerçekleştirecek otoritenin, bu fonksiyon bakımından özelleşmiş yerel bir birime devredilmesi anlamına gelmektedir.

**Coğrafi desantralizasyon** ise, sorumluluğun daha geniş kamu fonksiyonları için, coğrafi olarak sınırları belirlenmiş yerel organizasyonlara bütün olarak bırakılması demektir. Bu durumda sağlık hizmetleri desantralize

edilen hizmetlerden yalnızca birisidir.

Sağlık hizmetlerinin yukarıdaki iki yolla da desantralize edilmesi söz konusu olabilir. Fonksiyonel desantralizasyonda Sağlık Bakanlığı'nın gücü diğerine göre daha fazla olmaktadır.

DSÖ desantralizasyonun dört türünü tanımlamıştır: **Dekonsantrasyon, devolusyon, delegasyon ve özelleştirme (privatization)**. Aşağıda incelenecek olan bu türler desantralizasyonun farklı derecelerini ve desantralizasyona farklı yaklaşımları dile getirmektedir.

#### II. a. i) Dekonsantrasyon:

Bu terim, merkezi hükümetin bakanlıklarının elinde bulunan yönetsel otoritenin bir kısmının yerel birimlere devredilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri özelinde bunun örneği, Sağlık Bakanlığı'nın district düzeyinde birim açması olacaktır. Dekonsantrasyon, politik otoritenin değil; yönetsel otoritenin transferi olduğundan, desantralizasyonun en düşük seviyedeki formu olarak görülmektedir.

1970'lerden beri dekonsantrasyon desantralizasyonun en yaygın biçimidir. Sağlık Bakanlığı için, açık biçimde tanımlanmış yönetsel görevlerden sorumlu yerel organların kurulması demektir. Dekonsantrasyonda, sorumlulukla birlikte, merkeze danışmadan yönetmeyi sağlayacak kadar yetki devri de söz konusudur.

Bu yapı içinde yerel yönetim iki tipte örgütlenebilir:

**a) Vertikal form:** Her bakanlığın yerel kadrosu kendi bakanlığına karşı sorumludur. Ancak her bakanlık yapısının, birbirlerinden tamamen habersiz olmalarını engellemek için koordinatör yapılar da oluşturulabilir (bölge gelişme komitesi gibi). Hatta bu komiteler için bütçe de oluşturulabilir. Örneğin Sri Lanka, bölge düzeyindeki önceliklere yanıt verebilmek açısından böyle bir desantralize bütçe de yaratmıştır.

**b) Entegre form:** Bu formda merkezi hükümetin yerel düzeydeki bir temsilcisi (bölge müdürü, yöneticisi gibi; district officer, governor) bütün hükümet işlevlerinin o bölgede gerçekleştirilmesinden sorumlu tutulur. Bakanlıkların yerel kadroları bu başkana karşı sorumludurlar ve Bakanlıklar kendi yerel kadroları üzerinde yalnızca teknik denetim hakkına sahiptirler. Tayland bunun en tipik örneğidir. Tayland'da bölge sağlık müdürü, bölge başkanına karşı sorumludur.

Bu model özellikle, her Bakanlığın bağımsız hareket ettiği ve kırsal gelişmenin hızlandırılmak istendiği ülkeler için çekicidir. Ayrıca yerel yönetimin etkinliğinin (bölgedeki otonomiye teşvik etmek yoluyla) artırılmak istendiği durumlarda da tercih edilebilmektedir. Bu gibi durum-

larda, uygulamanın, otoritenin desantralize edilmesinden çok merkezi gücün artırılmasına hizmet ettiği belirtilmektedir.

Tanzanya'da 1970'lerde oluşturulan desantralizasyon, dekonsantrasyon tipindedir. Entegre tipte bir dekonsantrasyon oluşturulmuştur. Yerel düzeydeki organlara yasal bir statü verilmiş, ancak bunlara politik otorite devredilmemiştir. Bölge düzeyinde (hem region, hem de district düzeylerinde) gelişme komiteleri oluşturulmuştur. Bu komiteler kalkınma programlarının planlanması ve uygulanmasından sorumlu tutulmuş, ancak kendilerine gelir elde etme yetkisi verilmemiştir. Yerel Bakanlık kadroları, örneğin district ve region sağlık müdürleri kendi düzeylerindeki idari yöneticiye karşı sorumlu kılınmışlar, ancak teknik konulardaki yönlendirilmeleri kendi Bakanlıkları tarafından yapılmıştır.

Dekonsantrasyon bir ya da daha fazla yönetim düzeyinin oluşturulmasını (örneğin district ve region düzeylerinde) ve kimi yönetsel işlevlerin bu organlara bırakılmasını anlatır. Bu durumda dekonsantrasyon bakımından minimum koşullar şunlar olmaktadır: 1) O bölgedeki sağlık aktivitelerini yönetecek bir ya da birkaç üst düzey kadro. 2) Yöneticilerin sorumlu olacakları ve açık biçimde tanımlanmış nüfus ve coğrafi alan. 3) Tanımlanmış insan gücü ve bütçe. 4) Bölge gereksinimlerini üst düzeye aktaracak bir iletişim sistemi.

#### II. a. ii) Devolusyon:

Tanımlanmış işlevler bakımından ulusal düzeyden tamamen bağımsız, yerel hükümetlerin veya organların yaratılması veya güçlendirilmesidir. Normalde, bu yapıların açık yasal statüleri vardır, coğrafi sınırları bellidir ve bir dizi fonksiyon için oluşturulmuşlardır. Bu yapılar nadiyen tam anlamıyla otonomdur. Ancak kendi sorumluluk alanlarında büyük ölçüde ulusal hükümetten bağımsızdırlar. Bu yönleriyle de ulusal hükümetin altında yer alan dekonsantrasyon uygulamasından farklılık gösterirler.

1970 ve 80'lerde bir kaç ülke merkezi hükümet işlevlerini yerel hükümetlere devolve etmiştir. Nijerya, Papua Yeni Gine ve Sudan örnek olarak sayılabilir. Yine de bu ülkelerde yerel düzeyde gelir elde etme gücü sınırlıdır. Gelirin büyük kısmı merkezi hükümetten gelmektedir.

P. Y. Gine devolusyon bakımından ilginç bir örnek oluşturmaktadır. Bu ülkede province düzeyinde (diğer ülkelerdeki district düzeyine karşılık gelen bir düzey) yerel hükümet organları oluşturulmuştur. Her province seçilmiş bir meclise ve başbakanın (premier) başkanlık ettiği bir yönetim kuruluna (executive council) sahiptir. Province düzeyindeki hükümet yasama ve vergi toplama yetkisini de elinde tutmaktadır. Ayrıca ulusal hükümetten de finans katkısı olmaktadır ve bu para province hükümetinin istediği yere harcanabilmektedir. Kırsal sağlık hizmetleri province yönetiminin fonksiyonudur. Ayrıca province

hükümeti, ulusal hükümet adına genel hastaneleri de yönetmektedir.

Böylece sağlık hizmetlerinin devolusyonu, dekonsantasyona göre daha radikal bir yeniden yapılanma anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerel hükümetlere devrinde iki önemli sorun çıkmaktadır:

1) Sağlık hizmeti cari harcamalar yönünde önemli bir talep yaratmaktadır. Buna karşılık yerel hükümetler çoğu kez sınırlı bir vergi gelirine sahiptir ve genel olarak gelir kaynakları gelirin artırılmasına olanak tanıyacak nitelikte değildir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri yerel hükümetlerin elinden çıkarak merkezi hükümetlerin elinde yoğunlaşmıştır. Öte yandan yerel düzeydeki sağlık harcamalarının merkezi hükümetçe karşılanması durumunda bu, yerel hükümetin merkeze olan bağımlılığını artırmakta ve yerel otonomiye sınırlamaktadır.

2) Devolusyon sağlık hizmetleri için gerekli olan basamaklar arası koordinasyonun kurulmasını ve bir bölge yapısı oluşturulmasını engelleyebilmektedir. Finlandiya ve Norveç bunun örneğidir. Norveç'te TSH'leri komünlerin, hastanecilik hizmetleri county komünlerinin sorumluluğundadır. Region düzeyinde, uzmanlık gerektiren hizmetler o region içindeki county'ler arasındaki işbirliği ile geliştirilmektedir. Daha üst düzeyde uzmanlık isteyen hizmetler ise merkezi hükümet tarafından sağlanmaktadır. Yerel düzeydeki hükümetler kendi yerel kaynaklarını yaratsalar da, merkezi hükümetin önemli desteği vardır. Komün sağlık harcamalarının % 50'si merkezden karşılanmaktadır. Merkezi hükümetin bir çalışanı olan county sağlık müdürü county ve komün sağlık hizmetlerinin izlenmesinden (merkezi hükümet adına) sorumludur. Norveç'teki bu yapı county ve komün sorumluluklarının birbirine karıştığı belirsiz bir alanın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Finlandiya'da da sağlık hizmetleri (Norveç'te olduğu gibi) yerel otoritelerce sağlanmakta ve finansal açıdan önemli oranda merkezden desteklenmektedir. Stratejik kaynakların transferi (personel giderleri ve yatırımlar) ve ulusal önceliklerin belirlenmesi merkezi hükümet tarafından (hem planlama çalışmaları, hem de finansal destek mekanizmaları aracılığıyla) kontrol edilmektedir. Bu da merkezle yerel birimlerin yetki ve sorumluluk alanlarının birbirinin içine geçmesine neden olabilmektedir.

Gelişmiş ülke deneyimleri, devolusyonun sıkı biçimde merkezden denetlenme ve koopere edilmesi zorunluluğunu göstermektedir. Öte yandan uzmanlık gerektiren hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe gerçekleştirilmektedir. Buna karşılık gelişen ülkelerde sağlık hizmetlerinin devolusyonu son derece sınırlıdır.

#### II. a. iii) Delegasyon:

Delegasyon yönetsel sorumluluğun tanımlanmış fonksiyonlar için, sıklıkla "parastatal" olarak adlandırılan

ve merkezi hükümet yapısının dışında yer alarak, merkezi hükümet tarafından dolaylı olarak kontrol edilen organizasyonlara devredilmesi anlamına gelmektedir.

Hükümetler delegasyonu doğrudan hükümet yönetiminin getirdiği verimsizlikten kaçınmanın, maliyet kontrolü sağlamanın ve daha esnek yönetim yapıları oluşturma yolu olarak görmektedir. Nihai sorumluluk merkezi hükümette kalmakla birlikte, tanımlanmış amaçlar bakımından inisiyatif, geniş ölçüde, oluşturulan bu kuruma bırakılmaktadır. Delegasyon büyük ölçekli tarım projelerinde (Sudan'da pamuk üretimi) ya da fiziksel alt yapı yatırımlarında (hidro elektrik santraller) kullanılmaktadır.

Sağlık alanında ise delegasyon eğitim hastanelerinin yönetiminde uygulanmaktadır. Ayrıca Latin Amerika ülkelerinin ve Türkiye'nin sigorta sistemleri de delegasyon için iyi birer örnektir.

Bir ulusal sağlık sisteminin "parastatal" kuruluşlara delege edilmesi durumunda Sağlık Bakanlığı'nın işlevi strateji ve politika belirleme konularına sınırlanacaktır. Bununla birlikte sağlıkta da delegasyon sınırlı bir kapsamda uygulanmaktadır. Örneğin sigortalı işçilere sunulacak sağlık hizmetlerinin delege edilmesi gibi. Bu durumda sigorta sistemi ile Sağlık Bakanlığı yapısı arasında koordinasyon sorunu doğabilen, tedavi edici hizmetlere doğru bir eğilim ve duplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. L. Amerika ülkelerinin durumu böyledir.

#### II. a. iv) Özelleştirme

Özelleştirme hükümet işlevlerinin, değişen derecedeki hükümet düzenlemesinin gerçekleştirildiği bir ortamda, gönüllü veya kar amacı gözetilen ya da gözetmeyen işletmelere devredilmesi demektir. Zaten pek çok gelişen ülkede, hükümet kaynaklarının sınırlanması sonucunda, sağlık hizmetleri önemli oranda bu tip kuruluşlara devredilmiş durumdadır.

Bugün özelleştirme, bütün ülkelerdeki en popüler yeniden yapılanma stratejilerinden birisidir. Özelleştirme sağlıkta serbest piyasayı savunan görüşlerin yaygın olduğu günümüz ortamında desantralizasyonun nihai sonucu olarak değerlendirilmektedir. Ancak ne olursa olsun, hükümetin sağlık hizmetleri sunumunda güçlü bir düzenleyici otorite olarak devrede olması zorunluluğu da yine aynı görüşlerce kabul edilmektedir. Aksi takdirde ciddi kooperasi ve koordinasyon sorunları doğmaktadır. Hollanda'da hastanecilik hizmetleri açısından böyle bir durum söz konusudur. Özelleştirmede asıl önemli sorun hizmet sunumunun özelleştirildiği; buna karşılık finansmanın kamu kurumları aracılığıyla gerçekleştirildiği durumda ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumun maliyetlerde patlayıcı tarzda bir artışa yol açtığı bildirilmektedir.

Bütün bu nedenlerle sağlık hizmetlerinin sunumunda,

özelleştirme uygulamaları sırasında bile hükümete önemli düzenleyici görevler yüklenmektedir.

## II. b) Desantralizasyon Yapıları (Paternleri):

Desantralizasyon uygulamaları değişik biçimlerde gerçekleştirilebilmektedir. Bir ülkede aynı anda, değişik fonksiyonlar için değişik desantralizasyon türleri uygulanabilmektedir. Örneğin merkezi hükümet işlevleri yerel hükümetlere devolüe edilirken; diğer kimi işlevler hükümetlerin yerel organlarına dekonsantrasyon edilebilmekte ve finans sistemine delegasyon uygulanabilmektedir. İngiltere'deki durum böyledir.

Ne tür desantralizasyon modellerinin tercih edileceği yasal duruma, finans yapılanmasına ve yerel toplulukların temsil yeteneğine bağlıdır. Öte yandan yukarıda incelenen dört tür desantralizasyonun tam anlamıyla birbirinden ayrılması da zordur. Örneğin dekonsantrasyon ile devolüsyon birbirinin içine geçmiş bir tarzda uygulanabilmekte ve bu iki uygulamanın sınırlarının net olarak belirlenmesi oldukça zor olabilmektedir. Bütün bunlar ülkelerin koşullarına göre değişmektedir.

## II. c) Desantralizasyon Türü ile Beklenen Fonksiyonların İlişkisi:

Desantralizasyonun türü, desantralize kurumdan beklenen işlevleri de belirleyebilmektedir. Aradaki bu ilişki Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Desantralizasyon Türü ile Fonksiyonlar Arasındaki İlişki

Fonksiyonlar	Dekonsantrasyon	Devolusyon	Delegasyon	Özelleştirme
Yasama	-	**	-	-
Gelir sağlama	*	**	**	***
Politika belirleme	-	**	**	**
Düzenleme	-	**	*	-
Planlama ve kaynak tahsisatı	**	**	***	***
Yönetim				
- Personel	*	**	***	***
- Bütçe	**	**	***	***
Sektörlerarası işbirliği	*	***	***	***
Koordinasyon	*	**	***	***
Eğitim	*	**	***	***

Kaynak: WHO, 1990:26; \*\*\* Geniş sorumluluk, \*\* Kısmi sorumluluk, \* Sınırlı sorumluluk, - Sorumluluk yok

## II. d) Desantralizasyonda Yerel Organ İnisyatifi Belirleyen Etkenler:

1) Ülkenin büyüklüğü: Bu hem desantralizasyon türünü, hem de periferik birimlerin uygulayacağı inisiyatifi derecesini etkilemektedir. Ülke büyüdükçe

desantralizasyon zorlaşmaktadır.

2) Tercih edilen düzey: Desantralizasyonda ortaya çıkan yönetsel yapı bölünmesi üç sıkıntı yaratabilmektedir. a) Yönetsel becerileri kısıtlı olan bir yapı doğabilmektedir. b) Hizmet sunumundaki etkinlik düzeyi düşebilmektedir. Çünkü belli bir hizmet etkinlik düzeyi, belli büyüklükte bir nüfus gerektirebilmektedir. c) Merkezin periferle etkileşimi, beklenenin tersine bozulabilmektedir.

Yerel düzeydeki birimlerde yönetsel kapasitelerin geliştirilmesi, merkezi yönetim açısından öncelikli görevlerden birisi olarak gündeme gelmektedir. Öte yandan katılımın sağlanması, bunun için kitle iletişim araçları aracılığıyla toplumun bilgilendirilmesi, eğitim araştırma kurumlarının desteğinin sağlanması desantralizasyonun başarısı açısından önemli görülmektedir (WCC, 1995:4).

Desantralizasyon örgütlenmesinde en çok seçilen düzey district (50-500 bin nüfuslu bölge) düzeyidir. Böyle bir bölgenin merkezinde bir kasaba bulunmaktadır. Bunun üzerinde ise region ve province yer almaktadır.

DSÖ district düzeyini desantralizasyon bakımından en uygun düzey olarak belirlemektedir. DSÖ district'i; net olarak tanımlanmış bir yönetsel ve coğrafi alanda, net olarak tanımlanmış bir nüfusa sahip olan (kırsal ya da kentsel) ve aktiviteleri sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan tüm sektör ve kurumları içeren ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1994:9).

District düzeyinden başlayan ve basamaklandırılmış bir sağlık sistemi yapısı, çoğu kez sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ifade etmektedir. Avustralya'da, yükselen maliyetler nedeniyle 1972 ve 1975'teki önemli yasal değişikliklerle böyle bir sisteme geçilmiştir. Reform çerçevesinde Sidney'in Kuzeyi herbirisinin nüfusu 150-

250 bin arasında değişen beş district'e ayrılmış ve herbirisinin başına hükümetin atadığı bir yönetim kurulu getirilmiştir. Her district'te 300-500 yataklı bir hastane bulunmaktadır ve sağlık hizmeti özellikle AÇS ve yaşlılara yönelik hizmetler üzerine kurulmuştur (Lawson, J. S. 1991:97).

**3) Yerel sağlık otoritelerinin bileşimi:** Sağlık yönetiminin devolve edilmesi durumunda yerel birimin üyeleri genellikle seçimle belirlenirken, dekonsantrasyon durumunda yerel kuruluşlar merkezi yapıya benzer biçimde oluşturulmaktadır.

Sağlık kurulları yerel sağlık hizmetini yerel topluluğa karşı daha fazla oranda sorumlu kılmanın bir yolu olarak görülmektedir. Bu tip kurullar sağlık merkezinde, hastanede, bölge sağlık idaresi düzeyinde oluşturulabilmektedir. Kurul üyeleri bölge halkı tarafından seçilebilecekleri gibi, merkezi otorite tarafından da atanabilmektedirler. Sorumluluk alanları da değişebilmektedir. Hastane komiteleri Sri Lanka'da; region konseyleri Kanada'da; district ve region sağlık otoriteleri İngiltere'de bulunmaktadır. Bu kurullardaki seçilmiş, atanmış, resmi, gönüllü nitelikteki üyeler sağlık otoritesi kamu yönetimi ile yerel ve merkezi hükümet (siyasi organ) arasında bir ara bölge oluşturmaktadır. Kurulların yapısının ve oluşturulma biçiminin sonuçlar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

**4) Toplum katılımı:** Desantralizasyon tek başına toplum katılımını geliştirmeye yetmemektedir. Çünkü desantralizasyon durumunda da yöneticilerle toplum arasında önemli mesafe bulunmaktadır. Bu nedenle toplum katılımının geliştirilmesi için ek ve özel mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir.

Öte yandan desantralizasyon ile yerel düzeyde güç elde edenler, bu güçlerini toplum yararına kullanmayabilmektedir. Örneğin Hindistan'da yerel düzeyde zaten baskın olan kişiler, desantralizasyon ile ek bir patronaj güç elde etmişlerdir. Bir diğer örnek gelişmiş ülkelerle ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde yerel düzeydeki gücün yüksek teknoloji hastanelerde çalışan uzmanların eline geçmesi eğilimi bulunmaktadır. Böyle durumlarda yerel yöneticilerin bu güç odağına karşı direnmeleri zor olmaktadır. Ve bütün bunlar kurul yapılarının oluşturulduğu ve katılımcı olarak nitelenen desantralize yapılarda ortaya çıkan sonuçlardır. Sonuçta, bu gibi durumlarda merkezi gücün dengeleyici bir unsur olarak devreye girmesi zorunluluğu söz konusu olabilmektedir. Ancak böyle bir durumda da aynı yerel güçlerin merkezi de etkileyebileceği belirtilmektedir. Bütün bu sakinler ülkelerin sosyal ve politik yapısının sorgulanmasını gerektirmektedir.

**5) Finans kaynakları ve tahsisat yöntemleri:** Yerel organların finans kaynakları ve tahsisat yöntemleri de desantralizasyonun biçim ve derecesini etkilemektedir.

Özellikle az gelişmiş ülkelerde yerel yönetimlerin vergi

geliri elde etmelerinin olanakları kısıtlıdır. Dolayısıyla gelir açısından merkeze önemli bağımlılık durumu söz konusudur. Bu ise desantralizasyondaki yerel otonomi beklentisinin tam anlamıyla yaşama geçmesini sınırlayan bir etkiye sahiptir.

**6) Bütçeleme ve harcamaların kontrolü:** Gelişen ülkelerde yerel yönetimlerin bütçeleri sıkı biçimde denetlenmektedir. Cari harcamalar, bunların içindeki personel harcamaları, yatırım harcamaları önemli oranda merkez tarafından belirlenmekte ve kontrol edilmektedir. Bu da desantralizasyondan beklendiği belirtilen etkileri sınırlayıcı bir parametredir.

Bütün bu parametrelerin birer olumsuzluk olarak algılanan bu sonuçları daha sonraki bölümlerde daha genel bir düzlemde ele alınacaktır. Ancak daha önce Türkiye'de gündeme sokulan desantralizasyon tartışmalarının kısaca incelenmesi yararlı olacaktır.

### III. TÜRKİYE'DE DESANTRALİZASYON KONUSUNDAKİ ÇALIŞMALAR

Bu bölümde Türkiye'de desantralizasyonla ilgili çalışmaların içeriği özetlenecektir. Bundan amaç, yalnızca, daha önceden özetlenen kavramsal çerçeve içinde Türkiye'deki önerinin hangi düzeye karşılık geldiğinin belirlenmesidir. Bu nedenle, ancak bir başka yazının konusu olabilecek daha ayrıntılı bir tartışmaya girilmeyecektir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu konusundaki tartışmalar 1991 yılından beri, Sağlık Bakanlığının başlattığı reform çalışmaları ile birlikte ağırlıklı olarak gündeme girmiştir.

Sağlık Bakanlığı (SB), sağlık sektöründeki aşırı merkeziyetçi ve yetkilerin üst seviyelerde toplanmış olduğu yönetim ve örgüt yapısını, yönetsel yapıdaki en önemli sorun olarak belirlemektedir (SB, 1992:43).

SB'na göre bu sorunun çözümü için yönetim ilkesi olarak yerinden yönetim ilkesi benimsenmeli; Sağlık Bakanlığının işlevleri politika üreten ve denetleyen bir düzeye sınırlanmalı; Bakanlık şu an kendi üzerinde bulunan operasyonel (uygulamaya yönelik) sorumluluklarını oluşturulacak bölge yönetimlerine devretmeli, böylelikle kendi asli görevlerine dönmelidir. Bütün bu değişiklikler özet olarak desantralizasyon kavramı ile ifade edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı desantralizasyon kavramını DSÖ'nün yukarıda özetlenen dizgesi çerçevesinde ele almaktadır. Böylece özelleştirme desantralizasyonun son aşaması olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı desantralizasyon sürecinde üç önemli yapısal değişiklik hedeflemektedir. Bunlardan ilki hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, yani ayrı bir finansman kurumunun (GSS) oluşturulmasıdır. İkinci önemli yapısal değişiklik İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Bölge Sağlık İdareleri'nin kurulmasıdır.

Üçüncüsü ise oluşturulan bu yeni yapılara kimi operasyonel işlevlerin devredilerek Bakanlık işlevlerinin planlama ve denetleme düzeyine çekilmesidir (SB, 1994:7).

Bölge yönetimi ile kastedilen yeni oluşum ilçe düzeyinde kurulması düşünülen İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Bölge Sağlık İdareleri (BSİ)'dir. Bu yapıdan amaç "sevk zinciri içerisinde üçüncü basamak hizmetlerini de içine alacak bir bütünlük oluşturmak ve merkezdeki karar yoğunluğunu desantralize etmek"tir (SB, 1992a:2-21).

BSİ, oluşturulacak sigorta kuruluşlarından kendilerine aktarılan fonla bölgedeki sigortalılar için hizmet satın alırken, bir yandan da hizmetin kalitesini denetleyecektir.

Böylece öngörülen yeni düzenleme içinde BSİ, aile hekimlerinden ve desantralize edilen hastanelerden hizmet satın alan bir kurum olacaktır. Bu noktada hastanelerin desantralize edilmesi kavramı gündeme getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerin desantralizasyonunu özelleşme ve özerkleşme şeklinde belirlemektedir (SB, 1992a:2-4). Ancak 1994 yılında hazırlanan ilgili yönetmelik tasarisinin gerekçelerinde de belirtildiği gibi, gözetilen nihai amaç özerkleşme denilen aşamanın özelleşme ile tamamlanmasıdır (SB, 1994a).

Özerkleştirilen hastaneler kamu tüzel kişiliği sıfatını korumakla birlikte; kendi yönetim yapılarını oluşturabilen, kendi personelini atayabilen, personel ücretlerini belirleyebilen, kendi kaynaklarını oluşturabilen kurumlar olacaktır. BSİ sözleşme sürecinde özerk ve özel hastaneler arasında hiç bir fark gözetmeyecek, kaliteli hizmeti ucuz almak, blok ödemelere dayanacak sözleşme sisteminin ilkesi olacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın bu yeni yönelimleri, son olarak TBMM'de görüşülmek üzere bekleyen ilgili yasa tasarılarında uygulanabilir düzeyde ayrıntılandırılmış bulunmaktadır (SB, 1996, 1996a ve 1996b). Bu yazının amacı Türkiye'deki reform çalışmalarının değerlendirilmesi olmadığı için, yasaların ayrıntıları üzerinde durulmayacaktır.

Görüldüğü gibi Türkiye'deki desantralizasyon önerilerinin dekonsantrasyon ve delegasyon düzeylerinde ele alındığı anlaşılmaktadır. Finansman kurumunun Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılması, finansmanın delegasyonu anlamına gelmektedir. Buna karşılık kimi Bakanlık yetkilerinin İlçe Sağlık Müdürlükleri'ne, BSİ'ne ve özerkleştirilen hastanelere devredilmesi dekonsantrasyon ve devolasyon anlamına gelmektedir. Özelleştirme ise açıkça anılan hedefler arasındadır. Bu uygulamaların olası sonuçlarından genel düzeyde bundan sonraki bölümde söz edilecektir.

#### IV. DESANTRALİZASYONUN İÇİNDE GELİŞTİĞİ POLİTİK ORTAM

Şimdiye kadar sıralanan bilgilerden açığa çıktığı gibi; desantralizasyon politik yapıları ve sosyoekonomik gelişme

düzeyleri birbirinden tamamen farklılık gösteren çok değişik ülkelerde uygulanabilmektedir. Ancak uygulama biçimi ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin Afrika'da ulusal hükümetler yerel düzeyde kendi organlarını oluşturmaktadır. Böylece desantralizasyon gerçek anlamda bir güç dağılımı olmaksızın merkezi hükümete karşı yöneltilen tepkilerin başka yöne çekilmesinin aracı olarak kullanılmaktadır.

DSÖ 1993 yılında yayınladığı raporunda, desantralizasyonun, başlangıçta çeşitli gerekçelerle oldukça dikkat çekici bir içeriğe sahip olduğunu, ancak daha sonradan etki ve sonuçlarının yeterince değerlendirilmediğini belirtmiştir. Aynı raporda, yeni yeni saptanmaya başlanan verilerin, başlangıçtaki beklentilerle uyumlu olmayan sonuçları ortaya çıkardığı da belirtilmektedir (WHO, 1993:60).

Desantralizasyon, genel olarak üçüncü dünya ülkelerinde gücün çoğunu yönetici elitlerin elinde bırakan politik bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Doğu Avrupa'da eskiden merkezi hükümetlerin yerel yönetsel birimleri varken, bugün bunlar yerlerini seçimle iş başına gelen yerel politik yapılara bırakmaktadır. Macaristan'da desantralizasyon ile yerel hükümetlerin bütçesi tam olarak merkezden ayrılmış, bu gelişme yerel hükümetlerin finans krizi içine yuvarlanmaları ve bunun sonucunda da ellerindeki herşeyi yok pahasına satmalarıyla sonuçlanmıştır. Brezilya'da yerel yönetimlerin vergi toplama güçleri artmış, ancak bu kaynağın ne şekilde kullanılacağına merkez tarafından karar verilmeye devam edilmiştir. Gana'da desantralizasyon güç dağılımı gerçekleştirilmeden politik ve finansal maliyetlerin yerel düzeye yayılmasının yolu olarak kullanılmıştır (Dillinger, W. 1994:8). Meksika'da desantralizasyon bölgesel farklılıkların artmasıyla sonuçlanmış; P. Y. Gine'de 13 yıllık deneyim merkezîyetçi eğilimlerin yerel düzeylere transferine neden olmuş ve maliyetlerin sınırlanmasını da sağlamamıştır (WHO, 1993:60).

Kısaca biçimler kadar sonuçlar da değişiktir ve anlaşılabilirliği kadarıyla bu desantralizasyondan beklenenlerle ve desantralizasyona yüklenen misyonlarla yakından ilişkilidir. İşte bu nokta ve beklentilerle uyumlu görülmemen bu sonuçlar; desantralizasyonun ortaya atıldığı genel ekonomik politik konjonktürün asli aktörü olan Dünya Bankası'nın politikalarının gözden geçirilmesini gerektirmektedir. Çünkü ancak böyle bir değerlendirme ile desantralizasyonu anlamlı bir zemine oturtmak ve bu kavrama yönelik soru işaretlerini netleştirmek olanaklı olabilecektir. Aşağıda böyle bir değerlendirme yapılacak, bir sonraki bölümde de bu kapsamda desantralizasyon ile ilgili sorunlu noktalar sıralanacaktır.

Desantralizasyonun olumsuz yönleriyle ilgili olarak ele alınması gereken ilk nokta şüphesiz ki, desantralizasyon ile özelleştirme arasında kurulan doğrudan bağlantıdır. Bu bağlantı aynı zamanda, desantralizasyona yönelik beklentileri de netleştirecek ve desantralizasyonu da içeren paradigma kayışını ortaya çıkarabilecek niteliktedir.

Desantralizasyon özellikle sağlık harcamalarının hızla arttığı ve bütün dünya ülkelerinin ciddi bir ekonomik bunalıma sürüklendiği 1980'li yılların başlarından itibaren; maliyetlerin sınırlanmasını önceleyen bir dizi başka politika ile birlikte ve bir ekonomik önlemler paketinin parçası olarak önerilmiştir.

Bilindiği gibi, özellikle gelişmekte olan ülkeler için yarattığı ve dayattığı koşullar bakımından yaşamsal olan ve Dünya Bankası'nca formüle edilen bu pakete Yapısal Uyum Politikaları (Structural Adjustent Policies) denilmektedir. Bu paketin içinde kamu harcamalarının azaltılması, kamu kurumlarının özelleştirilmesi ve özel sektörün her alanda desteklenmesi gibi ana politikalar yer almaktadır (WHO, 1987:24). Desantralizasyon böyle bir paketin parçası durumundadır.

Böylece 1980'lerden itibaren Dünya Bankası'nın o güne dek yalnızca ekonomik programların desteklenmesi biçiminde belirlenmiş olan stratejilerinde ciddi bir değişiklik olmuş ve Dünya Bankası oluşturduğu ekonomik programları, geniş bir politik yaptırımlar çerçevesinin içinde gündeme getirmeye başlamıştır. Böylece ekonomik program destekleri, Dünya Bankası'nca belirlenen çeşitli politik düzenleme koşullarına bağlanmıştır.

Belirtildiğine göre tipik bir yapısal uyum programı üç siyasa kümesinden oluşmaktadır. Birinci gruptakiler cari açığı ve enflasyonu ülke içi talebi kısarak azaltmayı planlayan "harcama azaltıcı" siyasalardır. Böylece ülke içinde tüketilemeyen kaynakların ihracata yönelik alanlara aktarılması da olanaklı olabilecektir. Türkiye'de "24 Ocak kararları" olarak bilinen ekonomik paket ve "ihracata yönelik kalkınma" olarak tanımlanan yeni paradigma, temel olarak bu siyasayı ifade etmektedir. İkinci gruptakilerse "harcama kaydırıcı" siyasalardır. Bunlar üretken kaynakların uluslararası ticarete konu oluşturmayan sektörlerden, uluslararası ticarete yönelen sektörlerle kaydırılmasını hedeflemektedir. İşte sosyal harcamaların kısıtlanması da bu siyasalar kümesi içinde ve dış borç açıklarının azaltılması hedefine yönelik olarak gündeme getirilmektedir. Son bileşen ise burada incelenen konuyla daha doğrudan biçimde ilişkilidir. Bunlar "kamu sektörünün yeniden düzenlenerek, devletin küçültülmesi" esasına göre planlanmıştır. Bu sonuncu reformlar içinde; çeşitli desantralizasyon biçimlerinin, başlı başına özelleştirme programlarının ve eğitim ve sağlık hizmetlerinde ("verimlilik" ve "tüketici bilincinin geliştirilmesi" adına) katkı paylarının geliştirilmesinin yer aldığı izlenmektedir.

Yapısal uyum programlarına, 1990'lardan itibaren "iyi yönetim" teması eklenmiştir. "iyi yönetim" Dünya Bankası literatürü içinde, gelişmekte olan ve borçlu konumdaki ülkelerin kapitalist dünya sistemi içindeki entegrasyonunun sağlanmasına izin verecek kurumsal yapı ve düzenlemelerin geliştirilmesini anlatmaktadır. Her türlü üretim alanının piyasa koşullarına açılması ve devletin bu ortamı destekleyici özel bir işlev yüklenmesi ile optimum bir büyüklükte sınırlanması hedefleri "iyi yönetim" anla-

yışının temel noktalarını oluşturmaktadır. Devlet, işlevlerini, yalnızca özel teşebbüsün girmek istemediği alanlarla sınırlamalı, onun ötesinde özel teşebbüsün hareket edeceği alanları genişletmek için çaba harcamalıdır. Hükümet dış kuruluşlar, katkı payları ve devletin çeşitli işlevlerinin (kısa vadede özelleştirilemediği durumlarda) daha periferdeki birimlere aktararak yönetsel, kurumsal ve insani kaynaklar bakımından daha üst düzeyde bir mobilizasyonun sağlanması "ademi merkezileşme" (desantralizasyon) olarak tanımlanmaktadır (Peker, A. 1996:36-52; World Bank, 1991:134). Böylece desantralizasyon devletin hem boyutlarındaki, hem de işlevlerindeki reorganizasyonu anlatan önemli kavramlardan birisidir.

Bütün bunlardan ortaya çıktığı gibi desantralizasyon daha geniş kapsamlı bir politik ve ekonomik paketin bileşeni durumunda ve Dünya Bankası'nın "yapısal uyum programları" çerçevesinde gündeme getirilmektedir. Desantralizasyon doğrudan doğruya ve kısa sürede özelleştirilemeyen birimlerin/sektörlerin çeşitli piyasa mekanizmalarının etkilerine açık bir ortama sokulmaları şeklinde belirmektedir. Katkı paylarının geliştirilmesi; ya da diğer doğrudan finans yöntemleri ile yerel kaynak mobilizasyonunun sağlanması; daha önceden devletin sorumluluğunda görülen sağlık ve eğitim hizmetleri içine devletin denetleyiciliğinde piyasa kurallarının sokulması; finans kurumunun ise üretici kurumdan ayrılarak delagasyona tabi tutulması; üretici kurumların piyasa ortamında rekabet içine sokulması gibi.

Türkiye'de de, sağlıktaki reform çalışmaları ile benzeri bir sürecin yaşandığı izlenmektedir. Ayrıntılarına bu yazıda girilmeyecek olmakla birlikte, görülmektedir ki; finans sistemi ile hizmet üretiminin birbirinden ayrılması; hizmet üreten bütün kamu ve özel kurumların piyasa mekanizması içinde rekabete sokulmaları planları ve nihayet tüm kurumların en sonuncu aşamada özelleştirilmesi hedefleri bu stratejinin temel unsurları durumundadır ve tamamen Dünya Bankası'nın "iyi yönetilen yapısal uyum programları" formülasyonu ile uyum içinde bir görüntü sergilenmektedir.

Dünya Bankası'nın 1987'de yayınladığı bir raporda gelişmekte olan ülkelerin içinde bulunduğu finans krizine çözüm olarak önerdiği dört bileşenli paketin bileşenlerinden birisi desantralizasyondur. Diğerleri ise sigorta, özelleştirme ve hükümet kaynaklarının etkin kullanımı olarak belirlenmiştir (World Bank, 1987:44). Desantralizasyon önerisinin arkasındaki mantığın sergilenmesi desantralizasyon ile özelleştirme arasında kurulan bağıntıların anlaşılması bakımından anlamlı olmaktadır. Dünya Bankası'na göre özelleştirmeye rağmen kırsal bölgelerde ve kentlerin de pek çok bölgesinde hükümetler yakın gelecekte önemli işlevler üstlenmek zorundadırlar. Bunun nedeni özel sektörü bu alanlara çekmenin içerdiği güçlüklerdir. İşte kaynakların "kıt" olduğu bu koşullarda, desantralizasyon, hükümet hizmetlerinin verimliliğini artırmanın yolu olmanın yanı sıra, yerel düzeyde kullanıcı ödentilerini toplamada da kolaylıklar sağlayacaktır.



Öte yandan daha önceden özetlenen kavramsal çerçeveden de açığa çıktığı gibi; özelleştirme DSÖ literatüründe bile desantralizasyon uygulamalarının son ve nihai aşaması olarak belirlenmektedir. Dünya Bankası'nın desantralizasyondan beklentisi ise doğrudan özelleştirmenin bir ara aşaması olması yönündedir. Böylece desantralizasyon politikalarının özelleştirme ile sıkı ve doğrudan biçimde ilişkilendirildiği görülmektedir. İşte desantralizasyon kavramı ile ortaya çıkan en temel risk burada belirlemektir. Merkezdeki kamu yetkisinin periferiye yaygınlaştırılması olarak anılsa bile, desantralizasyonun, sonuç olarak özelleştirme yönündeki yeni liberal paradigma kaymasının ifadesinden başka bir şey olmadığı şeklindeki tedirginlikler buradan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle Collins, devletçe sunulan sağlık hizmetlerine özel piyasa koşullarının sokulmasının formel ve acil özelleştirme ile değil, desantralizasyon ile gerçekleştirildiğini belirtmektedir (Collins, A. G. 1994).

Böylece, desantralizasyon kavramının yüklediği en önemli işlevlerden birisinin de özelleştirmeci politikaların önünü açacak ideolojik bir hat oluşturmak olduğu belirtilebilir. Bu ideolojik hattın içinde; devleti sağlık hizmetlerinde birinci derecede sorumlu gören anlayışın yıpratılması, devletin küçültülmesi politikasının estetize edilmesi, küçük ölçekli yönetsel yapıların doğrudan demokrasiyle, merkezi yapılanmaların ise hiyerarşi ve antidemokratik otoriter yönetim yapılarıyla özdeşleştirilmesi, kısaca "küçük güzeldir" anlayışının yerleştirilerek her tür büyük çaplı program ve beklentinin değersizleştirilmesi ve hatta giderek toplumcu ideallerin gözden düşürülmesi ve bütün bunların yerine küçük ölçekli projelerin ikame edilmesi gibi unsurlar yer almaktadır.

## V. DESANTRALİZASYONLA İLGİLİ OLUMSUZ SONUÇLAR

1) Alt düzey yönetsel kapasiteler güçlendirilmeksizin gerçekleştirilen desantralizasyon, o zamana dek devletçe gerçekleştirilmekte olan hizmetlerin tamamen çökmesiyle sonuçlanabilmektedir. Bu da desantralizasyonun yine de merkezi bir denetim gerektirdiğini açık biçimde göstermektedir. Dünya Bankası yönetsel kapasitelerin özellikle yetersiz olduğu Afrika ülkelerinde bu tür ciddi sorunları tespit etmektedir. Kolombiya, Brezilya ile L. Amerika ülkeleri de olumsuz sonuçlar bakımından örnek olarak sunulmaktadır (World Bank, 1993:128). Böylece yönetsel kapasite yetersizliği yeni liberal paket içinde gündeme getirilen desantralizasyon uygulamasını olanaksızlaştırmakta; uygulandığı durumlarda da varolan yapıya da önemli zararlar vermektedir. Burada yönetsel kapasite deyimi hem yerel birimlerin yürütmeyi sağlayacak denli yönetme kapasitesine sahip olmalarını; hem de merkezin denetleyici bir kapasite sergileyebilmesini tanımlamaktadır.

2) Desantralizasyondan beklenenler arasında toplum katılımının geliştirilmesi ön sıralarda yer alıyor olsa da, katılım ile desantralizasyon arasında doğrudan ilişki

yoktur. Toplum katılımının sağlanabilmesi kendine özel çaba ve mekanizmaları gerektirmektedir. Bu tip çabaların gösterilmediği durumlarda, yerel otoriteler, gelişmekte olan ülkelerde zaten bol miktarda varolan yerel baskı gruplarının etkisine kolayca girebilmekte ve beklenenlerle tam tersi sonuçlar doğabilmektedir (Nijerya, L. Amerika).

3) Finansman mekanizmalarının desantralize edilmesi, yerel birimler arasında gelişecek eşitsizliklere fırsat verilmesi bakımından ulusal düzeyden destek sağlanmasını gerektirmektedir. Bunun ise üç tür olumsuz sonucu olabilmektedir: a) Bu destek sistemi bir yandan, yerel birimleri merkeze bağımlı kılan, istenmeyen ve hatta desantralizasyonun uygulanma gereçlerini tamamen geçersizleştiren bir ilişki biçiminin gelişmesine neden olabilmektedir. b) Öte yandan ulusal düzeyden daha az destek alan yerel birimlerin kendi inisiyatifleriyle gelir elde etme motivasyonları kırılabilmekte ve onlar da kendi enerjilerini kullanmaksızın merkezden destek bekler duruma gelebilmektedir. c) Üçüncü olarak ise, merkezden alınacak payın paylaşılmasında, merkezi etkilemeye yönelik olarak istenmeyen pek çok politik manevra devreye girebilmektedir.

4) Desantralizasyon, desantralize edilen gücün, yerel güç odaklarının eline geçmesine ve yerel patronaj sisteminin güçlenmesine neden olabilmektedir.

5) Desantralizasyon gelişmekte olan ülkelerin çoğunda merkeze bağlı yerel birimlerin kurulması biçiminde gerçekleştirilmektedir. Böyle bir gelişme merkezi hükümetin periferdeki varlığının güçlendirilmesi yoluyla daha fazla oranda merkezileşmeye yol açmaktadır.

## VI. SONUÇ

Bütün bunlardan ortaya çıkan sonuç desantralizasyonun hiç de sanıldığı gibi yüksüz, tarafsız ve teknik bir kavram olmadığıdır. Bugün DSÖ ve Dünya Bankası tarafından önerilen desantralizasyon uygulamalarının özelleştirme süreçleriyle önemli oranda iç içe geçmiş olduğu ve hatta aynı sürecin yapısal bileşenlerinden birisini oluşturduğu anlaşılmaktadır. Ortaya çıktığı gibi desantralizasyon baskıcı hükümetlerin periferdeki güçlerini pekiştirmek amacıyla uyguladıkları bir politika olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki deneyimler önemli oranda bu tür veriler sunmaktadır.

Öte yandan, desantralizasyonu gündeme getiren politik ortamın ve kapitalist yönetim yapılarının reorganizasyonu çabalarının gösterdiği gibi; desantralizasyonda sorun olarak belirlenen noktalardan en azından bir kısmını, aslında bir ortamda, böyle bir uygulamanın beklendiği sonuçları olarak görmek daha doğru görünmektedir. Bu tespit özellikle yerel patronaj sistemlerinin oluşumu; merkeze bağlı yeni tür siyasal bir yapılanmanın gelişmesi gibi olumsuzluklar için geçerlidir. Genel kapitalist siyasal yönetim tarzı içinde, merkezden dağıtılan gücün periferik güç odakları yaratması ve böylece de yeni

tür bir merkezi hegemonyanın ortaya çıkması kaçınılmaz görünmektedir.

#### KAYNAKLAR:

**Collins, A. G.** (1994), Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries, *Int. J. Health Serv.*, 24(3), 459-475.

**Dillinger W. D.** (1994), Decentralization and Its Implications for Urban Service Delivery, *The World Bank, Washington*.

**Lawson, J.S.** (1991), Decentralizing Health Services in Australia, *World Health Forum*, 12: 96-98.

**Niyerere, J. K.** (1973), Decentralization, Tanzania.

**Peker, A.** (1996), Dünya Bankası: "Büyüme" Söyleminden "İyi Yönetme" Söylemine, *Toplum ve Bilim, Bahar*, 6-61.

Sağlık Bakanlığı (1992), Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1992a), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1994), Strateji Dergisi, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1994a), Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait İşletmelerin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Sağlık İşletmeleri Modeli ile Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi) Tasarısı, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1996), Hastane ve Sağlık İşletmeleri

Temel Kanunu Tasarısı Taslağı ve Gerekçeleri, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1996a), Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1996b), Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Ankara.

**Vassilev, N. B.** (1992), Centralism No More, *World Health Forum*, 13:334-335.

**World Bank** (1987), Financing Health Services in Developing Countries, *An Agenda for Reform, USA*.

**World Bank** (1991), World Development Report 1991: The Challenge of Development, USA.

**World Council of Churches (WCC)** (1995), District Health Systems: Desantralizing for Greater Equity, No: 143.

**WHO** (1987), Economic Support for National Health for All Strategies, Background Document, Geneva.

**WHO** (1990), Health System Decentralization; Concepts Issues and Country Experience, (Ed. by Mills, A. et. al), 1990, Geneva.

**WHO** (1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Report of a WHO Study Group, Geneva.

**WHO** (1994), Information Support for New Public Health Action at District Level, Geneva.