

**DOSYA/DERLEME****SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERELLEŞTİRİLMESİ:  
ÜLKE ÖRNEKLERİ VE TÜRKİYE***Melike YAVUZ\*, Onur HAMZAOĞLU\*\****Merkeziyetçilik mi, ademimerkeziyetçilik mi?**

Merkeziyetçilik, otoritenin ve işin tek bir merkezde toplanmasını amaçlayan yönetim biçimidir (**TDK Sözlüğü**). Ülkelerin yönetiminde merkeziyetçilik, otoritenin bütünüyle merkezi devlet elinde toplanmasını ifade etmektedir. Tarihsel olarak devletin ortaya çıkışı sınıflı toplumsal yaşantı ile başlamıştır. Sınıflı yapı içinde devlet her zaman egemen olan sınıfın yönetim aygıtı olarak var olmuştur. Bugün anladığımız anlamdaki ulus devlet yapıları ise burjuva devrimleriyle birlikte hayata geçmiştir. Kapitalizm sermaye birikimini tamamlamaya çalıştığı, siyasal birliğin ve bütünlüğünün güçlü olmadığı ilk yıllarında doğal olarak merkezi güçlendirmeye ve merkez dışında kalan güçlerin ise etkinliklerini azaltmaya çalışmıştır. Bu dönemde devlet sınıflar üstü bir aygıt olarak gösterilmeye çalışılarak toplumsal uzlaşmanın aracı olmuştur.

Sınıflı toplumsal yaşantının neden olduğu eşitsiz gelişim, devletin kendi içinde işlevsel ve topraksal farklılaşma olarak kendini göstermiştir. Yerel yönetim yapılanmaları, bu duruma bir yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Yerel yönetim bir yandan merkezi yönetimin yerel düzeydeki temsilcisi olarak yukarıdan aşağıya doğru empoze edilen politikaların uygulanmasına

aracılık ederken, diğer yandan yerel güçlerin kendi çıkarlarını savundukları bir araç olarak var olmuştur. Yani yerel yönetim, merkezi yönetimin yerel düzeydeki temsilcisi olarak "ulusal" bütünlüğün kurulmasını sağlarken, yerel güçlerin temsilcisi olarak da yerel düzeyde "görece özerk" bir yapının oluşturulmasına katkıda bulunmuştur.

Sermaye birikim döneminde yerel yönetimleri merkezin gücünü artırıcı bir araç olarak kullanan kapitalist sistemin, 1970'lerde içine girdiği ve bugüne kadar inişler ve çıkışlar ile süren krize yanıt olarak bulduğu araçlardan biri de yerelleşmedir. 1980'lerden itibaren hakim söylem; aşırı bürokratik merkeziyetçi yapılardan kurtulup, yerel yönetimlerin güçlendirilmesinin gerektiği biçiminde olmuştur. Yerel yönetimleri hakim söylem çerçevesinde çekici kılan unsur, yerel yönetimin merkezi yönetimle karşılaştırıldığında katılıma daha açık olduğu varsayımdır.

Yerel ölçek de ulusal ölçek gibi kendi içinde toplumsal ilişkileri ve eşitsizlikleri barındırmaktadır. Yereli belirleyen toplumsal ilişkileri tanımlamadan, bu ölçeğin daha geniş ölçekler karşısında daha demokratik yapılanmalara olanak sağladığını varsaymak ciddi bir hatadır. Sınıflı toplumsal yaşantıda herhangi bir değişiklik olmadan yerele güç aktarımı yapıldığı durumlarda daha da antidemokratik uygulamalara olanak sağlanır. Çünkü

\*Arş. Gör. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

\*\*Prof. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

bu tür bir aktarımdan genellikle yerel düzeyde sınıfl ilişkileri çerçevesinde kilit konumda olan sermaye grupları, yerel ekonomik ve siyasal seçkinler faydalanırken, daha önce güçsüz olan kesimler daha da güçsüz bir konuma gelirler.

### Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi

Sağlık hizmetlerinde merkezîyetçilikten kopuş desantralizasyon olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, süreci yaşayan hemen her ülke için kendine özgü bir örnek yaratmıştır. Desantralizasyon, sağlık hizmetlerinin planlama, finansman ve sunum boyutlarının her birinin ne ölçüde ve ne şekilde merkezden koparıldığına bağlı olarak çeşitli biçimlerde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmalardan en yaygın olanı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) de yayınlarında kullandığı Rondinelli (1983) sınıflandırmasıdır. Buna göre desantralizasyon; dekonsantrasyon, devolüsyon, delegasyon ve özelleştirme başlıkları altında incelenmektedir.

Dekonsantrasyon, merkezi hükümetin bakanlıklarının elinde bulunan yönetsel otoritenin bir kısmının yerel birimlere devredilmesi anlamına gelmektedir. 1970'lerden bu yana en çok uygulanan desantralizasyon şeklidir. Dekonsantrasyon sağlık alanında sağlık bakanlığı için, açık biçimde tanımlanmış yönetsel görevlerden sorumlu yerel organların kurulması şeklinde gerçekleşmektedir. Dekonsantrasyonda sorumlulukla birlikte merkeze danışmadan yönetmeyi sağlayacak kadar yetki devri de söz konusudur (WHO 1990).

Devolüsyonda ise tanımlanmış işlevler bakımından ulusal düzeyden tamamen bağımsız, yerel hükümetlerin veya organların yaratılması ya da güçlendirilmesi söz konusudur. Bu yapılar nadiren tam otonom olmasına rağmen kendi sorumluluk alanlarında büyük ölçüde bağımsızdırlar. Devolüsyon örnekleri merkez kapitalist ülkelerde çevre ülkelerden farklı şekilde gerçekleşmektedir. Merkeze kapitalist ülkelerde hizmetin finansmanı ve planlanması merkezden yönetilirken, çevre ülkelerde neredeyse hizmetin bütün boyutlarının yönetimi yerel yönetimlere verilmektedir (WHO 1990).

Bir diğer desantralizasyon örneği olan delegasyon, yönetsel sorumluluğun tanımlanmış fonksiyonlar için "parastatal" denilen ve merkezi hükümet yapısının dışında yer alarak merkezi hükümet tarafından dolaylı olarak kontrol edilen organizasyonlara devredilmesidir. Nihai sorumluluk merkezi hükümette kalmakla beraber tanımlanmış amaçlar bakımından inisiyatif geniş ölçüde bu kuruma bırakılmaktadır. Bir ulusal sağlık sisteminin parastatal kuruma delege edilmesi sağlık bakanlığının işlevini strateji ve politika belirleme konularına sınırlamaktadır (WHO 1990).

Özelleştirme uygulamaları da desantralizasyon başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Özelleştirme ise hükümet işlevlerinin değişen derecelerdeki hükümet düzenlemesinin gerçekleştirildiği bir ortamda gönüllü veya kar amacı gözetilen ya da gözetmeyen işletmelere devredilmesi demektir (WHO 1990). Özelleştirilen kurum artık kamusal alan içinde olmadığı için, bunu bir desantralizasyon tipi olarak kabul etmeyen yazarlar da vardır. Bu konudaki tartışma sonuçlanmamış olsa da özelleştirme uygulamaları bir şekilde desantralizasyon süreçleriyle ilişkilenebilir. Çünkü özelleştirme günümüzde desantralizasyonun nihai sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Görüldüğü üzere yukarıdaki sınıflandırma hizmetin yönetiminin merkezden kopuş derecesine göre hiyerarşik bir sıraya sahiptir. Sağlık hizmetlerini desantralize eden ülkeler genellikle aynı sırayı kullanarak merkezin işlevlerini kademeli bir biçimde yerele aktarmışlardır. Bu sıralamada özelleştirmenin en sonda yer alması, merkezden tam bir kopuşu ifade eden kavramın anlamı nedeniyle olağandır. Ancak sürecin sonunu ifade etmesi açısından önemsenmelidir.

Desantralizasyon uygulamaları, sağlık hizmetlerinin "aşırı" merkezîyetçi olarak yönetildiği durumda maliyetlerin arttığı, kamu hizmetlerine ulaşımın kısıtlandığı, sektörler arası işbirliğinin sağlanamadığı, devlet dışı örgütlerin inisiyatiflerinin sağlanamadığı ve yerel halkın sağlık hizmeti yönetimine katılmadığı iddiaları ile

gerekçelendirilmiştir. Süreç, sağlık hizmetlerinin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsisi, toplumun önceliklerle ilgili kararlara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç olarak propaganda edilmiştir. Söz konusu propaganda süreci ademimerkeziyetçiliği baş tacı yaparak merkezden yönetimi tam anlamıyla bir günah keçisi ilan etmiştir. Yaklaşık dört dekattır çok sayıda ülkede uygulanan desantralizasyon örnekleri, söz konusu gerekçelerin pek de geçerli olmadığını göstermektedir. Makalenin bundan sonraki bölümünde, sağlık alanındaki bütün sorunları çözecek bir sihirli değnek olarak sunulan desantralizasyonun uygulanmasına gerekçe olarak gösterilen iddialar ana başlıklar halinde ve ülke örnekleri üzerinden irdelenecektir.

**İddiaları 1:** Desantralizasyon ile sağlık hizmetlerinin verimliliği artar, maliyetleri azalır.

Desantralizasyon, sağlık harcamalarının parasal yükünü merkezi devletin üzerinden atmanın bir yolu olarak görülmüştür. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı ödentilerinin artırılması ve hizmetin finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılmasını sağlayan sözleşme sistemleriyle birlikte ele alınmaktadır. 1980'lerde sağlık hizmetlerinin yalnızca sunum boyutu devolüe edilmiş olan Finlandiya'da 1990'larda ekonomik kriz nedeniyle sağlık hizmetlerinin finansmanı da yerel yönetimlere aktarılmıştır. Belediyelerin ekonomik güçlerine bakılmaksızın tüm belediyeler, hatta en küçük belediyeler bile sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumlu tutulmuştur. Belediyeler bu şekilde istedikleri kurumdan hizmet satın alabilir hale gelmiştir. Merkezi kontrol ortadan kaldırılmıştır. Aynı dönemin sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili bir başka politikası da maliyet paylaşım programları olmuştur. Belediyelerin kendi topladıkları vergilerin toplam kaynaklar içindeki payı artırılmıştır. Belediyelerin toplam sağlık bütçesinde merkezi hükümetten gelen kaynağın payı %41'den %25'e inmiştir. Sonuçta merkezi yönetim finansman sorununun yarattığı sıkıntılardan kurtulmuştur. Ancak merkezi yönetimin üzerinden attığı bu yük halkın sırtına yüklenmiştir.

1990- 1996 yılları arasında cepten harcamaların oranı %13'ten %20'ye çıkmıştır (Haninken, 2005).

Hastanecilik ve sağlık sigortası gibi önemli işlevlerin düzenlenmesi ve denetlenmesinin özerk kuruluşlara devredildiği İsviçre'de sağlık hizmetlerinin sunumunu örgütlemek görevi eyaletlerin sorumluluğuna verilmiştir. Ülkede 1996 yılında kamusal sağlık harcamalarının %85'i eyalet düzeyinde %15'i ise federal düzeyde yapılmıştır. En yüksek finansal girdilere sahip eyaletler kişi başı sağlık sigortası primleri en yüksek olanlardır. 1996 yılında yıllık kişi başı sağlık harcamaları miktarı en yüksek olan eyalette (Geneva: 1297\$) en düşük olan eyalet (Schwyz: 204\$) arasındaki fark 6 kattır. Aynı yıl İsviçre, sağlık hizmetleri için toplam gayri safi yurtiçi hasıla'nın %10.2'sini harcarken, bu rakam ABD için %13.6, Birleşik Krallık için %6.9'dur (Wyss, 2000).

Norveç'te 1969 yılında çıkarılan Hastane Yasası ile birkaç özelleşmiş hastane dışında tüm kamu hastaneleri eyaletlere devredilmiştir. Özel hastaneler yine aynı konumda kalmış olmakla birlikte eyaletlerin sağlık planlamalarına dahil edilmiştir. 1985 yılından itibaren genel pratisyenler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sorumluluğu da yerel yönetimlere (belediyelere) devredilmiştir. 1980 yılında eyaletlerin sağlık harcamalarını toplum tabanlı bir blok fondan almasını sağlayan yasal düzenlemelerde finansman sistemi de desantralize edilmiştir. Harcamaların aşırı arttığı gerekçesiyle, Norveç hükümeti 2002 yılında hastanecilik hizmetlerini yeniden merkezileştirme kararı almıştır. Bu reformun iki ana ayağı vardır. Bunlardan birincisi, merkezi hükümet tüm hastaneleri ve uzmanlık hizmetlerinin tüm diğer bölümlerinin yönetimi geri almıştır. Böylece eyalet konseylerinin bütçesinin %60'ı merkezi devlete devredilmiştir. Reformun ikinci ayağında ise tüm uzmanlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı beş ana bölge yönetimi üzerinden örgütlenmesi bulunmaktadır. 2002 reformunun etkilerini inceleyen bir çalışmada, reform öncesi ve sonrası dönemde Norveç'te sağlık hizmetlerinin teknik ve mali etkinliği hesapları Şekil 1'de sunulmuştur. Grafikte de izlenildiği gibi 2002 yılında ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden merkezileştirilmesi ile kısa bir

sürede kaynakların daha etkin kullanımı sağlanmıştır (Magnussen, 2007).

**Yanıtımız:** Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu sağlık harcamalarını artırmakta, verimliliği düşürmektedir.

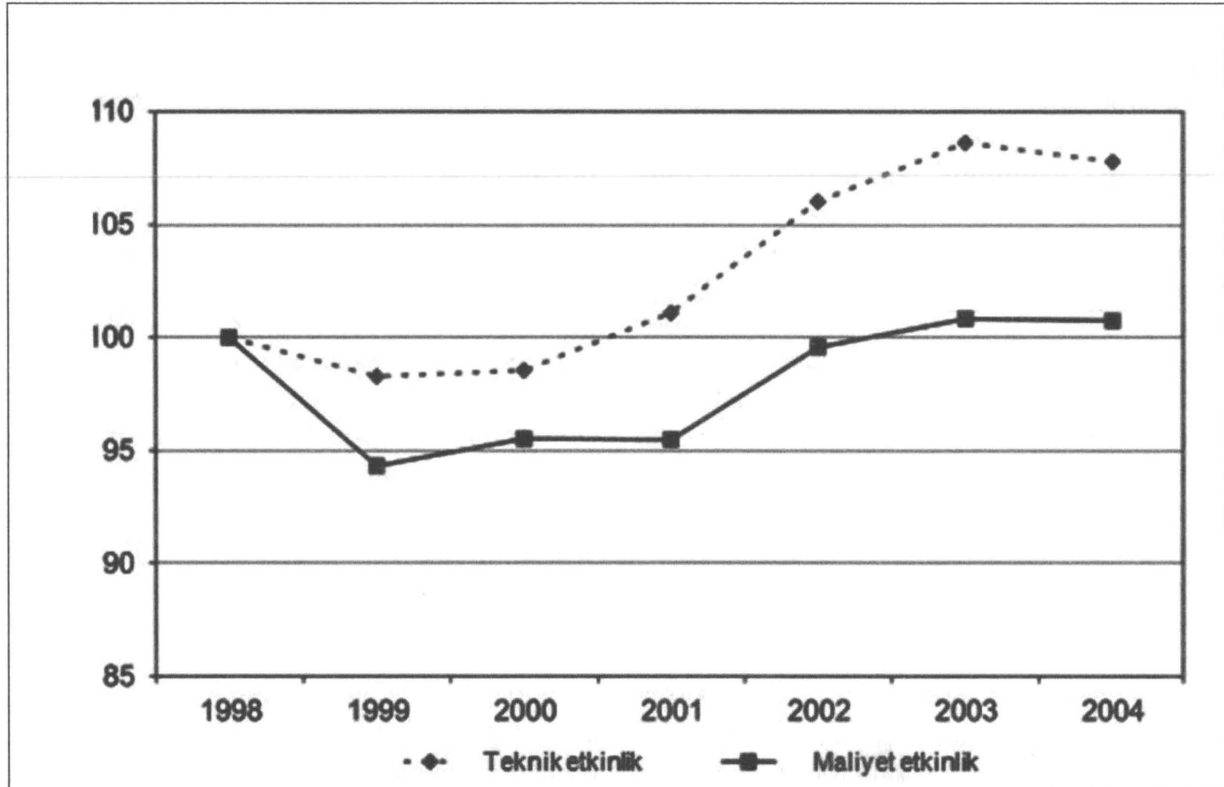
**İddiaları 2:** Desantralizasyon ile kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsis edilmesi sağlanır Sağlık hizmetlerinde var olan kaynakların etkin kullanımı ancak merkezi planlamayla mümkün olabilir. Sağlık hizmetlerinin planlanması görevi yerele aktarılırsa, her yerel, ülke kaynaklarının durumundan bağımsız olarak yalnızca kendi ihtiyaçlarını gözeterek gereksinimlerini belirler. Bu durum, kaynakların dağılımında eşitsizliklere ve hizmetlerde duplikasyona, dolayısıyla da gereksiz harcamalara yol açar.

Norveç'te desantralize sistemde uzun yıllar bölgelerin kendi içinde ve birbiri arasında koordinasyon sağlanamamıştır. Bu durum bazı bölgelerde hizmetlerde duplikasyona bağlı olarak

aşırı kapasite oluşmasına neden olmuştur. Hatta ironik bir biçim de bazı eyaletlerde sınırlı hasta seçimi nedeniyle uzun bekleme listeleri oluşurken, bazı eyaletlerde gereksinimin çok çok üstünde aşırı kapasite oluşmuştur. Bunu onaylar şekilde eyaletler gönüllü olarak işbirliği yapmaya yanaşmayınca 1999 yılında bölgeler arası koordinasyonu sağlamak için bir yasa çıkarılmıştır. Yeni düzenlemeye göre bölgesel sağlık planlarını yapmak üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı bölge sağlık komiteleri oluşturulmuştur. Norveç hükümeti bu yasal değişikliğe rağmen aşırı kapasite ve harcama sorununu çözememiştir ve daha önce de ifade edildiği üzere ikinci basamak hizmetlerini bütünüyle merkezileştirme yoluna gitmiştir (Magnussen, 2007).

Tanzanya'da 1980'ler boyunca desantralizasyon uygulamalarına zemin hazırlanmıştır. 1982 yılında çıkarılan altı yasa ile sağlık ve eğitim dahil birçok hizmetin desantralizasyonuna gidilmiştir. 1990'larda söz konusu hizmetler için istihdam edilen kamu personelinin yönetimi ve istihdam politikaları da desantralize edilmiştir. Bu düzenlemenin getirdiği

Şekil 1. Yıllara göre teknik etkinlik ve maliyet etkinlik durumu, Norveç (Magnussen, 2007)



uygulama sonucunda sağlık emekçilerinin ülke içindeki dağılımında ciddi sorunlar yaşanmaya başlamıştır. Bu nedenle Kasım 2006'da kamu personeli yönetimini yeniden merkezileştirilmiştir. Aynı ülkede, 2007 yılında merkezi hükümet, hükümet dışı kuruluşlar, uluslararası örgütler ve akademiden kişilerle yapılan görüşmelerden elde edilen niteliksel verilere dayanan bir çalışmada desantralize dönemde sağlık sektöründe kamu personel yönetimi ile ilgili sorunlar saptanmıştır. Buna göre desantralize yönetimde bölgelerarası koordinasyon sağlanamadığı için personel gereksinimi doğru olarak belirlenememektedir. Personel yönetiminde yerel politikacılar ve patronaj ilişkileri etkili olmaktadır. Örneğin, kamu personeli ihtiyacının, gerçek gereksinime göre değil, Bölge Konseyi üyelerinin akrabalarının niteliğine göre belirlendiği belirtilmiştir. Desantralize personel yönetimi, sağlık personelinin bölgelerarası dağılımının dengesiz olmasına da neden olmuştur. Özellikle finansal ve kurumsal kapasiteleri yetersiz ve merkeze uzak olan bölgeler personel istihdam etmekte zorlanmışlardır (Munga, 2009).

Sağlık insan gücü yönetimini desantralize eden Filipinler de Tanzanya ile aynı kaderi paylaşmaktadır. Geçtiğimiz ay (Mart 2010) sağlık personeli olmadığı için 200 hastane kapatılmak zorunda kalmıştır. 800 hastane ise yine personel eksikliği nedeniyle yarı çalışır durumdadır (CBCP News, 2010).

**Yanıtımız:** Desantralizasyon ile kaynaklar ihtiyaca göre değil, yereldeki güç odaklarının isteklerine göre tahsis edilir.

**İddiaları 3:** Desantralizasyon ile sağlık alanındaki eşitsizlikler azalır.

Desantralizasyon uygulamaları sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak bir yana, tersine artırır. Hizmetlerin desantralize edilmesiyle yerel birimler arasında var olan gelişme dengesizliklerinin giderilmesine yönelik araçlar da ortadan kaldırılmış olur. Çünkü bu farkları gidermenin en önemli aracı, bölgeler ve yerel birimler arasında, gelişmiş olandan az gelişmiş olana gelir aktarımıdır. Bu da ancak

merkezi planlama ile sağlanabilir. Oysa yerelliğin ön plana çıktığı durumlarda, bu tür bir aktarımın hem sosyal hem de siyasal anlamı ve araçları ortadan kalkmaktadır.

İsviçre eyalet sağlık sistemlerinde, insan gücü ve yapısal girdiler konusunda ne federal hükümet ne de eyalet düzeyinde doğrudan düzenlemeler vardır. Buna bağlı olarak da 1996'da nüfusa göre genel pratisyen sayısı en yüksek olan eyalet ile en düşük eyalet arasında 4 kat fark oluşmuştur. Basel-City'de yüz bin kişiye 341 genel pratisyen düşerken Appenzell I-Rh'de yüzbin kişiye 83 genel pratisyen düşmektedir. Aynı eşitsizlik paramedikal sağlık personeli, eczacı ve hastane yatağı sayıları için de geçerlidir (Wyss, 2000).

İsviçre'de sağlık hizmetlerinin ekonomik yükü kişiler arasında eşitsiz dağılmıştır. Zorunlu sağlık sigortası primleri eyaletler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. En yüksek prim ödenen eyalet (Geneva: aylık 204\$) ile en düşük prim ödenen eyalet (Appenzell I.-Rh: aylık 88\$) arasında iki kat fark vardır. Kişiler üzerindeki finansal yük de dengesizdir. Her çocuk ve yetişkin, gelirinden, diğer aile üyelerinin sayısından ve sağlık hizmeti kullanımından bağımsız olarak prim ödemektedir (çocuklar yetişkinlerin yarısı kadar prim öder). Bu şekilde sağlık sigortası primlerinin yükü, düşük-orta gelirli ve çok çocuklu olan aileler için en ağır olduğu bir durum ortaya çıkmaktadır (Wyss, 2000).

Papua Yeni Gine'de yönetsel otoritenin bölge düzeyinde desantralize edilmesi merkezi kontrolün tam olarak yitirilmesine neden olmuş, sonuçta bağışıklama oranları birkaç yıl içinde önemli oranda düşmüş ve kızamık insidansı artmıştır (Kutzin, 1995).

**Yanıtımız:** Desantralizasyon ile sağlıktaki bölgelerarası eşitsizlik daha da derinleşmektedir.

**İddiaları 4:** Desantralizasyon ile toplum katılımını sağlar.

Desantralizasyon yerelin önceliklerinin belirlenmesinde toplum katılımının sağlanmasının aracı olarak sunulmaktadır. Oysa toplum katılımı ile

desantralizasyon arasında doğrudan bir ilişki söz konusu değildir. Toplum katılımının sağlanması ancak özel çabalarla mümkün olabilir. İddia edilenin aksine sağlık hizmetlerine toplum katılımını sağlamak konusunda en başarılı ülkeler merkezîyetçiliğin en güçlü olduğu Küba ve Venezüella'dır. Bu ülkelerde toplumun yönetime katılımının sağlanması merkezi hükümetin temel politikalarından birisidir. Dolayısıyla toplum katılımının, hizmetin, merkezden mi yoksa yerelden mi yönetildiğiyle herhangi bir ilgisi yoktur. Toplum katılımı konusunda özel önlemler alınmadığı takdirde hizmetlerin yerelleştirilmesi beklenenin aksine yerellerdeki güçsüz olanın daha da güçsüzleşmesine neden olabilir. Daha önce Tanzanya örneğinde de aktarıldığı üzere, yerel güç odakları ve çıkar gruplarının yerel yönetimler üzerindeki baskıları nedeniyle toplumun önceliklerinin belirlenmesi daha da güçleşir.

**Yanıtımız:** Desantralizasyon ile yerel sermaye yönetime daha etkin şekilde katılmakta, emekçiler yönetimden dışlanmaktadır.

### **Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi süreci**

Türkiye'de uzun süredir kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesiyle ilgili tartışmalar yapılmakta ve yeniden yapılanma gereksinimi dile getirilmektedir. 1990'lı yıllardan itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin desantralizasyon uygulamaları başlamıştır. (dekonsantrasyon ve devolüsyon aşamalarına kadar gelinmiştir). 1998'de "Merkezi İdare ile Mahalli İdareler Arasında Görev Bölüşümü ve Hizmet İlişkilerinin Esaslarının Düzenlenmesi ve Çeşitli Kanunlarda Mahalli İdarelerle İlgili Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Tasarısı" gündeme getirilmiştir. Ancak yoğun toplumsal muhalefet nedeniyle yasalaşması mümkün olmamıştır.

2001-2005 dönemini kapsayan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da yönetimde yeniden yapılanma konusu vurgulanmıştır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda da, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim ilkesi ile uyumlu bir

biçimde yapılması için ilk aşamada yapılması gerekenin, bu sistem içinde yetki ve sorumluluk devrini gerçekleştirmek ve yerel düzeye yönelmek olduğu belirtilmiştir. Bununla uyumlu olarak 2003 yılında, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (KYTK) hazırlanmıştır. KYTK, 15.7.2004 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş, Cumhurbaşkanı tarafından tekrar görüşülmek üzere TBMM'ye geri gönderilmiş ancak TBMM'de yeniden görüşülmemiştir. Kamu hizmetlerini yeniden düzenlemenin yasal çerçevesi oluşturulamayınca, KYTK'nın siyasal iktidar tarafından parçalanarak yürürlüğe sokulması tercih edilmiştir.

KYTK'da merkezi olarak yürütülecek hizmetler arasında sağlık hizmetleri bulunmamaktadır. Kanun'un Geçici ve Son Hükümler Bölümü Geçici Madde 1'de "Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilebilir. İl özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesisler; il özel idarelerince Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre bina, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli belediyelere devredilebilir." hükmü yer almıştır.

5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu 2005 yılında TBMM'de kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Kanun'un il özel idarelerinin görevlerini düzenleyen 6. maddesinde yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla "sağlık ... ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetler ..." il sınırları içinde il özel idaresinin görev alanında yer almaktadır. 2005 yılında TBMM tarafından kabul edilerek yürürlüğe giren 5393 sayılı Belediye Kanunu ile belediyeçilik sisteminde ve belediyelerin görev ve sorumluluklarında önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. 5393 sayılı Kanun'un 14. maddesinin 1. fıkrasının b bendi, belediyeleri, yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilme ve işletebilme ile yetkilendirilmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesinin bir ayağı da Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'dır. Tasarı ile Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının kamu tüzel kişiliğine sahip özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlendirmek hedeflenmektedir.

Görüldüğü üzere ülkemizde sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi ile ilgili yasal altyapı neredeyse tamamlanmıştır. Sıra uygulamaya geçirilmesindedir. Sağlıkta kır-kent, doğu-batı, zengin-yoksul arasındaki eşitsizliklerin son derece derin olduğu Türkiye için sonuçların, İskandinav ülkelerinden daha da kötü olacağını öngörmek yanlış olmayacaktır. Ayrıca, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yerleşmesi, sağlık sektöründe topyekün bir özelleştirmeyi göze alamayan hükümetler bunu yerel yönetimler üzerinden parça parça gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. Buna göre işlerin iyi gitmediği koşullarda, Türkiye için tıpkı Norveç gibi geriye dönüş de mümkün olmayacaktır.

### Sonuç

1970'lerde kapitalizmin krizi ile başlayan ve 1980'lerde popülerleşen desantralizasyon, temel olarak maliyetlerin sınırlanması ve özelleştirme politikalarının bir parçası olarak gündeme gelmiştir. Desantralizasyon uygulamalarının kendisi de özelleştirmelere kadar uzanan stratejik bir süreci içermektedir. Bu uygulamaların kapitalizmin bunalımını aşmak üzere hayata geçirildiğini Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası finans kurumları da yayınlarında açıkça belirtmektedir. Desantralizasyon uygulamaları ile;

1. Parça ile bütünün birlikteliğini koparmak, parçaları kendi kaderleriyle baş başa bırakmak,
2. İşleyişlerin ve kaynakların kamu sektörü içinde aktarımı yerine, yerel yönetimler üzerinden özel sektöre aktarmak,
3. Kamu mallarını merkezi-toplu olarak değil, yerelliklerde "küçük parçalar" halinde sermayeye aktarmak hedeflenmektedir (**Hamzaoğlu, 1998**). Yaşananlar göstermiştir ki sağlık hizmetlerinin

desantralizasyonu, hizmetin aşırı parçalanmasına, merkezi sağlık birimlerinin güçsüzleşmesine, eşitsizliklerin artmasına, politikacıların ve çıkar gruplarının istekleri doğrultusunda baskılara, kamu kesiminin statüsünde azalmaya, ulusal ve yerel öncelikler arasında çatışmaların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlıkta desantralizasyonun en büyük savunucularından biri olan DSÖ bile, 1993 yılında yayımladığı bir raporda desantralizasyon uygulamalarının ortaya çıkardığı sonuçların başlangıçtaki beklentilerle uyumsuz olduğunu bildirmiştir (**WHO, 1993**).

Bu durumda akıllara şu soru gelmektedir? Dünya'nın hemen her yerinde kökeni 1970'lere kadar uzanan uygulamalar yaşanmıştır. Bu uygulamaların sonuçları aşikarken, hatta bazı ülkeler geriye dönüşler yaparken, Türkiye'yi yöneten güçler neden halen yerelleştirme söyleminde ısrarcıdır?

Bu sorunun yanıtını, sürecin, emperyalist-kapitalist sistemin 1980'lerden sonraki yönelimi ve ülkemizin sistem içindeki konumuyla ilişkilendirmeden vermek doğru olmayacaktır. Dünyada ulus devletlerin tasfiye edildiği veya işlevlerinin değiştiği bir süreç yaşanmaktadır. Bu yeniden yapılanmanın etkili ve verimli olması amacıyla; yerel yönetimlerin ön plana çıkarılması, merkezi yönetimle yerel yönetimler arasında yetki ve kaynak paylaşımının yapılması, merkezi yönetimle yerel yönetim arasındaki ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gerektiği iddia edilmektedir. Bu iddialar ile asıl olarak anlatılmak istenen, sermayenin küresel olarak rahatça dolaşmasının önündeki engellerden biri olan ulus devlet mekanizmasının tasfiye edilmesi gerektiğidir. Türkiye ise bağımlı kapitalist bir ülke olduğu ve emperyalist merkezlerden bağımsız hareket edemediği için, sistemin yönelimleri doğrultusunda hareket etmektedir. Dolayısıyla alınan önemli politik kararlarda toplumun değil, sermaye sınıfının gereksinimleri gözetilmektedir.

Merkezi yönetimlerin tasfiyesi süreci, aslında "merkezi" ortadan kaldırmaz. Eğer bir merkez yoksa yerel olanın kendisi merkez olur ya da o yerel başka

bir merkeze bağlanır. Yerleşmecî politikalar, yerel yönetimlere daha fazla özerklik isteyerek, bu kurumların kendi ulusal merkezleri ile bağlarını gevşetmekte ve yeni türden bağlarla yeni merkezlere bağlanmalarını sağlamaktadır. Bu yeni merkez piyasasının kendisidir. Merkezden özerklik kazanan yerel yönetimler, piyasa otoritesine bağımlı hale gelirler.

Sağlık hizmetlerin yerel yönetimlere aktarılması, bu hizmetlerin sunumunda hem nicel hem de nitel kötüleşmeye karşı gelişmesi muhtemel tepkileri de dağınıklaştırıran ve yerelleştiren bir etki yaratacaktır. Daha önce bu tür hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan tepkiler tek bir merkeze (merkezi yönetime) yönelirken, söz konusu hizmetleri yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmesinden sonra, ortaya çıkacak tepkilerin hedefi yerel yönetimler olacaktır.

Özetle, sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin daha ileriye taşınması kaygısıyla değil, sermaye sınıfının bugünkü gereksinimleriyle ilgilidir. Toplumun bugün gerçekten ihtiyacı olan ise, tamamen doğrudan vergilerle oluşturulmuş genel bütçeden finanse edilen, merkezi olarak planlanan ve yönetilen, halkın sağlık hizmetlerinin yönetimine katılma mekanizmalarının oluşturulduğu, hizmetin eşit ve parasız sunulduğu bir sağlık sistemidir.

#### KAYNAKLAR

**Belek İ.** (2009), Sağlıkın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü, Yazılama Yayınevi, İstanbul.

**CBCP News** (2010), Philippine health sector dying, says doctors' alliance, March 15, <http://www.cbcpnews.com/?q=node/12588>, Erişim Tarihi: 12.04.2010.

**Hakinen U.** (2005) Reform Change and Continuity in Finnish Health Care, Journal of Health Politics, Policy and Law, 30 (1-2).

**Hamzaoğlu O.** (1998) Yerel Yönetimler Yasa Tasarısı: Özelleştirmede Yöntem Değişikliği (Sağlık Boyutu), Toplum ve Hekim, Cilt 13, Sayı 5.

**Kutzin J.** (1995), Experience with organizational and financing reform of the health sector, World Health Organization Current Concerns. SHS Paper 8.

**Magnussen J., Hagen T.P., Kaarboe O. M.** (2007) Centralized or Decentralized? A Case Study of Norwegian Hospital Reform, Social Science & Medicine, 64; 2129-2137.

**Mosca I.** (2006) Is decentralisation the real solution? A three country study, Health Policy, 77.

**Munga M.A., Songstad N.G., Blystad A., Mæstad O.** (2009) The Decentralisation- centralisation Dilemma: Recruitment And Distribution Of Health Workers in Remote Districts Of Tanzania, BMC International Health and Human Rights, 9

**WHO** (1990) Health System Decentralization: Concept, Issues and Country Experiences, Edited By Mills A., Geneva.

**WHO** (1993), Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services, Geneva.

**Wyss K. and Lorenz N.** (2000) Decentralization and Central Regional Coordination of Health Services: The Case Study of Switzerland, International Journal of Health Planning and Management, 15; 103-114

**DPT** (2000) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT, Ankara.

**DPT** (2001) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT, Ankara,

5393 Sayılı Belediye Kanunu, Resmi Gazete:13.07.2005-25874

5302 Sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, Resmi Gazete: 04.03.2005- 25745

5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 15.7.2004