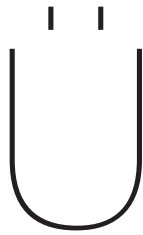


Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı: Özelleştirme değil desantralizasyon

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atandı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.



Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili yenileşme çabaları, yeni düzenlemeler 1800'lü yıllardan bu yana her zaman gündemimizde kalmış, bugün de

kalmaya devam etmektedir. Bu durum kendini geliştirmeye çalışan bütün ülkelerde de aynıdır. Özellikle 1980'lerin sonuyla birlikte sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarına bizim kuşak tanıklık etmektedir. Birçok öneri arasında bir tanesi üzerinde özellikle durulmalıdır: Kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi, özerkleştirilmesi, yerinden yönetimi, hizmetlerin desantralizasyonu, vb. Bu konu uzun zamandır tartışılmaktaydı ve 2003 yılında yürürlüğe konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın 8 ana bileşeninden biri, "Hizmetlerin sunumunda yeni bir yapıya gidilmesi" olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda temel sağlık hizmetlerinin

aile hekimliği modeliyle sunulması, kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi ve birinci basamak ile diğer hizmetlerde etkin bir sevk zinciri kurulması hedeflendi.

Kamu hastanelerinin özerk bir yapıya kavuşturulması konusu belki de yapılan/yapılacak bütün köklü değişimler içinde en geniş boyutlusu ve şüphesiz en çok tartışılacak olanıdır. Çünkü hem finans kaynağı açısından (en çok para hastaneler üzerinde dönüyor) hem de insan kaynağı açısından (en çok sağlık çalışanının bulunduğu yer Sağlık Bakanlığı hastaneleridir) bu alt bileşen en kritik noktaları içermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yayımlanıp uygulamaya konulduğu 2003 tarihinden bu yana ne gibi gelişmeler olduğuna bir göz atmakta yarar vardır. Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi meselesine uzunca bir süre hiç giril-

medi ve bu konuda aradan mesela 5 yıl geçtikten sonra Bakanlığın hala aynı görüşte olup olmadığıyla ilgili kuşkular doğmaya başladı. Son 2 yılda ise birden bu konunun kuvvetle ele alındığını görüyoruz. Sağlık Bakanlığı gündemi her zaman belirleyen olduğu için, daha önce bir iki olumsuz görüş içeren çalışmayı yayımlayan TTB de uzun süre sessiz kaldıktan sonra hareketlendi ve bu konuyu yüksek doz itirazlarla kendi gündeminin değişmez elemanı haline getirmiş oldu. Bu tartışmalar tabii ki olacaktır. Bizim asıl şaşırıp kaldığımız, böyle önemli bir konuda çok az ve içeriği çok sığ tartışmaların ağırlıkta olması, itiraz ya da destek içerikli yazıların neredeyse hepsinin büyük oranda subjektif görüşlerle bezeli olması, dünya deneyimlerinin yeterince ele alınmamış olması, ülkemizde de buna yönelik saha araştırmalarının hiç yapılmamış olmasıdır.



Bu yazıda mevcut Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'nın eleştirisini yapmak amaçlanmamıştır. Çünkü;

1. Yasa tasarısının ülkemiz için gerçekten ihtiyaç olduğuna dair tam bir görüş birliği oluşturulamamış, yasaya duyulan ihtiyaç belki de yeterince tartışılmamıştır.

2. Yasa tasarısına yapılan yorumlar (olumsuz eleştiri veya savunma yönünde olsun) aslında yasa metninden çok buna bağlı çıkarılacak yönetmeliklerin içeriğinde kalacak konulardır. Elde henüz yönetmelikler olmadığından fikir yürütmek biraz fazlaca tahminlere dayalı gitmektedir.

3. Mütevelli heyeti vb. kurullarda mesleki temsiliyet aranmaya çalışılmakta, böylelikle bunu işletme olmaktan çıkarıp devletin yarı felçli ve birbirleriyle itişip kakışmaktan iş yapamayan iktisadi kuruluşlarının seviyesine çekecek öneriler dile getirilmektedir.

4. Öneride bulunanların birçoğunun dünya ülkelerindeki deneyimleri yeterince incelemeyi ve bazı genel doğruları öne sürerek subjektif yargılara ulaştıkları dikkat çekmektedir.

Bu durumda işin özünü tarafsızca anlatan bir yazı ortaya koymak amaçlanmıştır.

Hastaneler sağlık hizmetleri sistemi içinde birkaç nedenle en önemli konumda sayılırlar. Tıbbi açıdan önemli ve kısa sürede çözüm isteyen hizmetlerin neredeyse tamamı hastanelerin alanına girer. En pahalı cihazlar ve insan kaynakları hastanelerde yer almaktadır. Sistemleri çok karmaşıktır ve yönetilmesi en zor kısım buralardır. Hiçbir sağlık politikasının hastanelerin örgütlenmesinde uzun sürecek hata yapma şansı olmaz.

Ülkemizde 2008 yılı itibarıyla (en son istatistiklere bakılarak ancak bu kadar yeni bilgi alınabiliyor) toplam bin 350 hastane vardır. Bunun 847'si Sağlık Bakanlığı (yüzde 63); 57'si üniversite (yüzde 4); 400'ü özel işletme (yüzde 30) çatısı altında hizmet vermektedir. Hastane yatağı açısından bakıldığında toplam 188 bin 65 yatağın 119 bin 310'u Sağlık Bakanlığı'na (yüzde 63); 29 bin 912'si üniversiteye (yüzde 16) ve 17 bin 905'i özel işletmelere (yüzde 11) aittir.

Yine 2008 istatistiklerine göre ülkemizde toplam 56 bin 973 uzman hekim bulunmaktadır ve bunların 25 bin 56'sı Sağlık Bakanlığı (yüzde 45); 11 bin 562'si üniversite (yüzde 20); 18 bin 756'si özel işletmelerde (yüzde 34) çalışmaktadır. Pratisyen hekimlerin toplam sayısı 35 bin 763'tür ve bunların yüzde 84'ü Sağlık Bakanlığı çatısındadır. Toplam 99 bin 910 hemşirenin 70

bin 22'si Sağlık Bakanlığı'nda (yüzde 71); 14 bin 153'ü üniversite hastanelerinde (yüzde 14) ve 15 bin 735'i özel işletmelerde (yüzde 16) görevlidir.

Türkiye'de 2008 yılında sağlık harcamalarının yıllık toplamı olarak SGK 25.4 milyar TL, Maliye Bakanlığı 36.1 milyar TL, City of London College Araştırması uzmanları ise 50.9 milyar \$ bildirmişlerdir. 2010 SGK global bütçesinde yer alan 36.9 milyar TL'dir ve bunun 14.6 milyar TL'si ilaç giderleri; 13 milyar TL'si Sağlık Bakanlığı hastaneleri hizmetlerine; 5.4 milyar TL'si özel hastanelerin hizmetlerine; 3.9 milyar TL'si ise üniversite hastanelerinin hizmetlerine karşılık olarak tanımlanmıştır.

Neresinden bakılırsa bakılınsa Sağlık Bakanlığı, hastane işletmesi arenasının en önemli aktörü; hastaneler ise sistemin köşe taşı durumundadır. Ancak Sağlık Bakanlığı rollerini gözden geçireceğine dair Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda açık ifadelerde bulunmuştur. O halde Sağlık Bakanlığı kendi rolünü nasıl biçiyor ve hastaneleri kime işletirmeyi düşünüyor? Buna bağlı bir başka can alıcı soru da şudur: Sağlık Bakanlığı, hastaneleri kendisi işletmeye karar verecekse bunu merkez bürokratları eliyle Ankara'dan mı, yoksa hastanelerin yöneticileri eliyle yerinden mi yapsa daha iyidir? Bu soruları başka bir yazıya bırakarak, hastane birliklerinin uygulamaya geçirilmeden önce yönetim kadrolarının gerçekten etki sağlayacak bazı eğitimlere tabi tutulması gerektiğini belirtelim.

Sağlık Bakanlıklarının ülke sağlık sistemi içinde rolleri 3 ana grupta incelenir. Bunlar:

1. Düzenleme (kural koyma) ve denetleme
2. Hizmetlerin sunumu
3. Hizmetlerin finansmanı

Bu üç işlevin üçünde de ülkemizin Sağlık Bakanlığı ezici bir farkla sektörü elinde tutmaktadır. Bu iyi midir, kötü müdür? Kimine göre çok iyi (hatta devlet dışında hiç kimse sağlık hizmeti sunmasın ve her şey vergilerden karşılansın), kimine göre de çok kötü (dengeler bozuluyor, paydaşların her birinin sektörde sağlayacağı yararlar var, denge bozulunca bu yararlardan mahrum kalırız).

Dünya örneklerine baktığımızda çok değişik yapılar karşımıza çıkar. Bu üç işlevin üçünü de ayrı ayrı kurumlar eliyle yürüten ABD'deki Managed Care Health Plan uygulamaları, düzenleme ve finansmanı kendi eliyle yürütüp hizmeti başka kuruluşlara havale eden Kanada sağlık sistemi; düzenleyiciliği elinde tutup finansmanın ve sunumun



Sağlık Bakanlığı gündemi her zaman belirleyen olduğu için, daha önce bir iki olumsuz görüş içeren çalışmayı yayımlayan TTB de uzun süre sessiz kaldıktan sonra hareketlendi ve bu konuyu yüksek doz itirazlarla kendi gündeminin değişmez elemanı haline getirmiş oldu. Bu tartışmalar tabii ki olacaktır. Bizim asıl şaşırıp kaldığımız, böyle önemli bir konuda çok az ve içeriği çok sığ tartışmaların ağırlıkta olması, itiraz ya da destek içerikli yazıların neredeyse hepsinin büyük oranda subjektif görüşlerle bezeli olması, dünya deneyimlerinin yeterince ele alınmamış olması, ülkemizde de buna yönelik saha araştırmalarının hiç yapılmamış olmasıdır.

beraber yürütüldüğü ABD'de HMO hizmetleri veya her üçünü de kendi elinde toplayan İngiltere'de NHS ve Küba sistemi gibi örnekleri burada sayabiliriz.

Bir ülkenin mesela temel sağlık hizmetlerinde rolün tamamını (düzenleme, sunum ve finansman) Sağlık Bakanlığı'na vermiş olması, yataklı tedavi hizmetlerinde de aynı şekilde olmasını gerektirmez. Ayrıca yataklı tedavi hizmetlerini kamu kuruluşları eliyle sunmak gerekse bile bunu illa

Yapılmak istenen bir desantralizasyondur. Yani merkezden yönetilen hastanelerin yerel yöneticilerin yetki ve sorumluluklarına bırakılması çabası vardır. Desantralizasyon yapılırken illa kamudan özele doğru yapılması şart değildir. Zaten ülkemizdeki bu uygulama kamunun kamuya (yine kendi elemanlarına) yetki ve sorumluluk devri gündemdedir. Desantralizasyonun birçok potansiyel yarar alanı olduğu gibi büyük sakıncaları da vardır. Yapılması gereken; desantralizasyonun her bir sakıncasını çok iyi risk yönetimi kısıncasına almak, her bir potansiyel yararını da olabildiğince körükleyecek mekanizmalar oluşturmaktır.

Sağlık Bakanlığı eliyle vermek de şart değildir.

Sağlık Bakanlığı, ülkemizde kendi rolünün yeniden belirlenmesini de içeren bir dizi yenileşme hareketlerini sürdürmektedir. Moda tabiriyle stewardship rolünü (ben bunu sahip çıkma diye çeviriyorum, bazı meslektaşlarımız vekilharçlık diyor) ön plana getirecek ve diğer fonksiyonları paydaşlara yöneltecek arayışlarını dile getirmişken, hastanelerin işletilmesi hususunda bu söylemler beklemeye alınmış durumdadır. Bu gelişmelerin bir iki adım sonrasında SGK çatısı altında faaliyet gösteren GSS yapısının hizmetlerle bağlantılarının irdelenmesi de gündeme gelecek diye tahmin edilmektedir.

Sonuç olarak kamu hastanelerinin bir-

liklere bağlanılarak girişimci işletme mantığıyla işletilmesi politik bir karardır. Teknik olarak bu uygulamanın potansiyel yararlarını yok sayan eleştiriler ne kadar yanlı ve yanlış ise, hiçbir sakıncası yokmuş gibi konuyu savunmak da o derece yanlı ve yanlıştır. Uygulanmak istenen ayrıntılarla yorulmadan özetlersek şunları görürüz:

1. Yapılmak istenen bir desantralizasyondur. Yani merkezden yönetilen birimlerin (burada söz konusu olan birimler hastanelerdir) yerel yöneticilerin yetki ve sorumluluklarına bırakılması çabası vardır.

2. Desantralizasyon yapılırken illa kamudan özele doğru yapılması şart değildir. Zaten ülkemizdeki bu uygulama kamunun kamuya (yine kendi elemanlarına) yetki ve sorumluluk devri gündemdedir.

3. Desantralizasyonun birçok potansiyel yarar alanı olduğu gibi büyük sakıncaları da vardır. Yapılması gereken; desantralizasyonun her bir sakıncasını çok iyi risk yönetimi kısıncasına almak, her bir potansiyel yararını da olabildiğince körükleyecek mekanizmalar oluşturmaktır. Bunun yapılıp yapılmadığını bize yönetmelikler ve faaliyet planları gösterecektir. Yine de bilmek gerekir ki planlar, bilgisayarlar, yönetmelikler vb. ancak kullanıcının zekâsıyla ve beceriyle kısıtlıdır.

4. Devletin elemanı olmak illa devlet memuru olmayı gerektirmez.

5. İşletmelerin alım-satım yetkileri kendi becerileriyle elde edecekleri mülklerle sınırlandırılmaktadır. Zaten Sağlık Bakanlığı'nın tapulu bir malı yoktur ve Milli Emlak Müdürlüklerinin kendisine tahsis ettiği binalarda hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bu bina ve mülklerin satışına izin vermesi söz konusu değildir.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'nın değerlendirilmesinde daha verimli bir tartışma platformu oluşturması umuduyla, Sonuç ve öneri bölümü yerine daha önce uzun şekli Makrobakış Dergisi'nin 2006 yılı 4. sayısında yer alan yazımın çok kısa bir özetini koymakta yarar görüyorum.

İrçok ülkede desantralizasyon hayal kırıklığı ile sonuçlanmıştır. Yetki göçerilmesi esnasında bazı işlevlerde tekrarlar ortaya çıkabilmekte, bazıları da kapsama alınma noktasında unutulmaktadır (2). Buna rağmen yine de sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun toplumların sağlık düzeyini yükseltmek açısından potansiyel faydası büyüktür. Toplumun ve sağlık personelinin sorunlarını yerinde gözleme ve

çözüm üretme olanağı sağlar. Toplumun sağlık konusunda kendi sorumluluğunu anlama fırsatı verir. Sağlık Bakanlıklarının merkez örgütleri de, hizmet sunumunda taşıdığı ağır yük ve ayrıntılarla boğuşma zorunluluğundan kurtularak stratejik düşünme, araştırma, planlama ve geniş boyutlu halk sağlığı sorunlarına eğilme şansını yakalayabilir.

Ancak desantralizasyon sürecine girilmesi genellikle sancılı olmakta ve bazı önüne geçilmez aksaklıkların doğmasına da zemin hazırlamaktadır. Uzun ve çok karmaşık bir politik süreçten geçilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri açısından finansman ve insan kaynakları yönetiminde alışılmadık bir ortam oluşacaktır. Bunun için, desantralizasyonu gerçekleştiren kişilerin sağlık personeline çok iyi liderlik yapması en önemli konular arasındadır. Ancak bu yöneticiler de genellikle merkeziyetçi sistemde lider rolü oynamaya alışkın olmadığından bu konuda sorun yaşamaması için yöneticilerin uygulama öncesi liderlik rollerini geliştiren eğitimlere alınması bir çözüm olabilir (3).

Sağlık sistemini desantralizasyonun evrensel bir reçetesi yoktur. Bu konuda öncülük eden kişiler çok dikkatli gözlem yapmalı, meslektaşlarıyla ve paydaşlarla omuz omuza çalışmalıdır. Sağlık hizmetlerinin desantralizasyon piramidi, düşünce ve davranış şeklini tersine çevirmek demektir. Yeni durumda merkez en tabanda yer alacak ve bu durumda üste çıkan uçların işini iyi yapabilmesi için temel oluşturacak düzenleme ve desteklerde bulunacaktır. Hiyerarşik olarak merkezden (sorumluluk alanı olarak en geniş olan piramidin tabanından) uç düzeylere (piramidin üstlerine) doğru gidildikçe piramidin alt tarafının desteği üste doğru azalacaktır. Eskiden güç denince yalnızca kaynaklar üzerindeki tasarruf yetkisi aklı gelirken şimdi güç denince destek aklı gelecektir. Beklenen değişiklikler şöyle sıralanabilir:

- Yerel ve ulusal öncelikler arasında bir denge kurulur.
- Yeni iş ilişkileri kurulur.
- Kaynakları seferber eder.
- Motivasyonu yüksek ve işini iyi bilen kişilerin ortaya çıkmasını sağlar.
- Bütünleşik bir sistem kurulmasına katkı sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir.
- Hizmetlere yeni kaynakların akmasını sağlar.

- Motivasyonu yüksek ve işini iyi bilen kişilerin ortaya çıkmasını sağlar.

Desantralizasyon yetki ve sorumluluklarda yeniden tanımlama, ayrıştırma ve unsurların yerlerini değiştirme yoluyla yönetimde köklü yenilikler ortaya koyar. Böyle bir macerada yöneticiler genellikle yeni rollerini kendileri bulup çıkarır. Hâlbuki etkili bir desantralizasyon uygulamasında her düzeyde sağlık yöneticisinin yeni rol ve sorumlulukları tam olarak belirlenmiş, açık ve anlaşılır bir durumda olmalıdır. Ülkelerin kendi tarihlerine ve yapısına bağlı olarak farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle desantralizasyonla ortaya çıkan sorumluluk paylaşımı aşağıdaki gibi bir dağılım göstermektedir:

- Ulusal politikalar doğrultusunda yerel ihtiyaçların karşılanması ve hizmetin planlanması.
- Sağlık hizmetinin sunulduğu kuruluşların izlenmesi ve değerlendirilmesi.
- Yerel mali kaynakların seferber edilmesi.
- Yerel bilgi ihtiyacının tanımlanması, veri toplanması ve bu verilere dayalı kararların alınması.
- Yerel sağlık çalışanlarının gözetim ve denetimi.
- Toplum katılımının sağlanması.

(Desantralizasyon sırasında ülkeler bölgesel veya il bazında Bakanlık Temsilciliği kurabilmekte ve işlerin bir kısmını bu düzeyde yürütmektedir. Orta düzey kurulmazsa bu düzeyde olması gereken bütün sorumluluk merkez düzeyinde kalacaktır)

- Planlama ve ulusal öncelik konularının yerel hizmetlere geçirilmesine destek verilmesi
- Ulusal düzeyde öncelikli konulara öncelik verildiğinden emin olmak ve standartlara uymak açısından hizmetlerin sürekli izlenmesi.
- Epidemiyolojik sürveyansın yapılması ve epidemilerin önlenmesi.
- Sürekli hizmet içi eğitimlerin tasarımı ve uygulaması.
- Toplumun tümünün sağlığının korunması amacıyla ulusal sorumlulukların, hedeflerin ve teknik standartların tanımlanması.
- Mali politikalar ve kamu yatırım planları da dahil olmak üzere ulusal politika ve planların geliştirilmesi.

- Ulusal hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının izlenmesi ve değerlendirilmesi.

- Özel işletmelerin sağlık hizmetlerinin de sıkı şekilde izlenmesi.

- Ulusal çapta sağlık yasalarının ve diğer düzenleme metinlerinin oluşturulması.

- Sağlık profesyonellerinin belgelendirilmesi, sağlık hizmet kuruluşlarının ve eğitim kurumlarının ruhsatlandırılması, akredite edilmesi.

- Ulusal düzeyde bir sağlık ve yönetim enformasyon sisteminin geliştirilmesi.

- Mutlaka bulunması gereken ve geri ödeme yapılması uygun temel ilaçların listesinin çıkarılması ve ulusal ilaç izinlerinin düzenlenmesi.

- İlaçların tedarik edilmesi ya da bu işi alt düzey yapacaksa tedarik koşullarının belirlenmesi.

Desantralizasyon sürecinde yönetici konumunda yer alan kişiler yeni roller üstlenmek zorunda kalır. Uygulamanın etkin olabilmesi için her düzeyde sağlık yöneticisinin yeni rol ve sorumlulukları tam olarak belirlenmiş, açık ve anlaşılır bir durumda olmalıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütleniş geçmişine bakılırsa ağır bir merkezîyetçilik görülmektedir. Bu durum genel olarak devlet yapısı oluşturma geleneğimizin bir zorunluluğudur. Cumhuriyetin başından itibaren bulaşıcı hastalıklarla savaş ve daha sonraları ana-çocuk sağlığı hizmetleri gibi topluma yönelik hizmetler merkezi otoritenin işlevleri arasında yer almıştır. Yataklı sağlık hizmetlerinde ise durum farklıdır. Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve merkezi teşkilatın dışındaki kurumlar tarafından verilmekteydi. Örneğin, 1923 yılında yataklı tedavi kurumlarındaki toplam yatakların yüzde 10'u belediyelere, yüzde 37'si özel, yabancı ve azınlıklara, yüzde 38'i ise il özel idarelerine aitti. Daha sonraları Sağlık Bakanlığı bir yandan numune hastaneleri gibi yeni hastaneleri açarak öte yandan da yerel yönetimlere ait hastaneleri devralarak bu eğilimi tersine çevirmiştir. Son zamanlarda dünyada yaşanan değişim rüzgârlarının etkisi ülkemizde de görülmeye ve desantralizasyon anlayışı ağırlık kazanmaya başlamıştır. Nitekim 1990'dan bu yana görev yapmış bütün hükümetlerin programında sağlık hizmetlerinde reform ve desantralizasyon açıkça ifade edilmiş ve desteklenmiştir. Ancak açıklanan yarar ve sakıncalar ülkemizin yapısı ve koşulları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde

bunu başarmanın kolay olmadığı görülmektedir. Çünkü desantralizasyonu gerçekleştirirken teknik sorunlar yaşanacaktır. Bunlar arasında; yerel birimlerde yönetim kapasitesi eksikliği, yerel birimlerin birbirleriyle işbirliği ve uyumunun sağlanması, mali kaynak üretimde yetersiz kalınan kısımlarda merkezden desteğin ne şekilde sağlanacağına belirlenmesi ve desteğin sağlanması, yerel uygulamalarda politik kayırmaların önüne geçilmesi, toplumsal katılımın teşvik edilmesi; bölgeler arasında oluşacak dengesizliklerin hakkaniyet ilkesini rencide etmesinin önüne geçilmesi vb sayılabilir. Teknik sorunların üstesinden gelirken, bir yandan da paydaşlar arasındaki karşı görüş ve tutumların sonuçtaki başarıyı azaltmasının önüne geçmek gerekecektir. Ülkemizde birçok araştırmacı, yazar, siyasi veya mesleki kuruluş desantralizasyona karşı çıkmaya devam etmektedir. Desantralizasyonu destekleyenlerin bile hangi işlevin hangi ölçüde ve hangi mercilere desantralize edileceği konusunda görüşleri netlik kazanmadığı için kaygılar sürmektedir. Demek ki kâğıt üstündeki kurguların biraz daha teknik kişilerce pişirilmesi ihtiyacı vardır ve bu ihtiyaç bürokratlar tarafından görmezden gelinmemelidir.

1) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Ankara.

2) Hammer J.S. (2004), Development Gateway Expert Perspective: The Merits of decentralization in the Health Sector. (Erişim: <http://topics.developmentgateway.org/governance/sdm/previewDocument.do~activeDocumentId=949887?activeDocumentId=949887>. A.ustos 2006)

3) Leadership Development. Exercising Leadership to Make Decentralization Work (Erişim: <http://erc.msh.org/mainpage.csm?şile=2.1.5.htm&module=leadership>, Ağustos 2006.)

4) Kolehmainen-Aitken RL., Lewis E. (2004), User's Guide to the Decentralization Mapping Tool Version 1.0; Management Sciences şor Health. LACHSR /USAID Document.