

# TÜRKİYE'DE SAĞLIK FİNANSMAN SORUNU VE ÇÖZÜM ARAYIŞLARI

Oğuz ENGİZ \*

Ülkemiz, tüm nüfusunu sağlık güvencesine kavuşturamamış iki OECD ülkesinden birisidir. Halen 20 milyon kişi sağlık sigortasından mahrum bulunmaktadır. Nüfusa ait sağlık göstergeleri de yine OECD ortalamalarının oldukça altında seyretmektedir. Sağlık finansmanı, akılcı politikalarından ve verimlilik ilkelerinden uzak olarak yürütülmekte, coğrafik, sosyo-ekonomik ve statü farklılıkları sağlık hizmetlerinde hakkaniyetsizliği arttırıcı faktörler olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Büyüyen sağlık sorunları karşısında gerekli tedbirler zamanında alınmamış ve sistem topyekün reform ihtiyacı içine sokulmuştur. Reform çalışmaları ise bir süre belirli bir toplum katılımı ile yürütülmüş ancak daha sonra toplum katılımı tamamen ihmal edilmiş ve sağlık reformu TBMM alt komisyonunda bekleyen iki yasa tasarısı ile sınırlı bırakılmıştır.

Reform çalışmaları yasal düzenlemelere endekslenmeden, yapılması gereken iyileştirme çalışmaları reform aşamasına kadar tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık müdürlüklerinde teşvik edilmeli, reforma alt yapı oluşturacak asgari yönetim kapasitesi, enformasyon teknolojisi, finansman modeli ve kaliteli hizmet sunumu bağımsız birimlere verilecek insiyatif ve destek ile tüm yurt sathında sağlanmalıdır. Aksi taktirde TBMM'den geçebilecek nitelikte yasal düzenlemeler hazırlanmış olsa dahi uygulama için gerekli altyapı oluşturulmadığı ve yeterli toplum katılımı sağlanmadığı için reformun gerçekleştirilmesi mümkün olamayacaktır.

Genel sağlık problemlerimizin yanında bu yazıda sağlık sistemimiz içinde bulunduğu büyük karmaşanın sadece bir parçası olan finansman boyutu ve bu boyutta günümüze kadar yapılan reform çalışmaları ile bu çalışmaların sonuçları eleştirel yaklaşım ile ele alınacaktır. Sağlık sistemimizin içinde bulunduğu durum ve finansmandaki tikanıklık şu alt başlıklar altında incelenecektir: A) Mevcut sağlık finansman sisteminin işleyişi, B) Mevcut sistemin eksikleri ve sorunları, C) Ülke ihtiyacını karşılayacak finans-

man sisteminin temel özellikleri, D) 1988-1993 döneminde gerçekleştirilen reform çalışmaları, E) Meclis gündemindeki reform düzenlemesiyle getirilmek istenen, F) Sağlık reform çalışmalarında organizasyonel ve operasyonel açıdan alternatif yaklaşım.

Yazının diğer bir amacı da ampirik veriler kullanılarak sektör yapısını tüm hatlarıyla ortaya koymak ve okuyuculara kaynak bir kullanım olanağı sağlamaktır.

## A) Türkiye Sağlık Sektörünün Finansal İşleyişi

### i) Sağlıkta Finansal Verilerin Tesbiti ve Analizi;

Günümüzde ekonomik faaliyet alanları ve içinde buldukları sektörlerin gelişimleri büyük oranda o sektörlerin finansal ve operasyonel açıdan zamanında ve doğru olarak izlenmesi ve bu izlenme sonucu yapılan analizlere bağlıdır. Doğru ve zamanında elde edilen veri ve bilgi, sektör içinde alınacak karar ve aksiyon planlarının sağlam dayanaklarla oluşumunu sağlamaktadır.

Sağlık sektörü, yapısı ve doğası itibarıyla salt finansal ve operasyonel analizler yoluyla incelenememektedir. Sektör içindeki faaliyetlerin başarısı, sektörün hizmet ettiği insan topluluğunun sağlık göstergelerine endekslenmektedir. Öte yandan bu sektörün toplum ihtiyaçlarını karşılaması ve verimlilik ilkeleri içinde çalışabilmesi de sektörün makroekonomik ve finansal seyrinin doğru ve zamanında tesbiti ile analizine bağlıdır.

Sonuç olarak, finansal ve ekonomik tesbitler ve bulgular her ne kadar sektörün hizmet ettiği toplumun sağlık durumuyla ilgili mesajlar vermese de akılcı ve sağlam bir sektör planlamasının ne yönde geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadırlar.

Günümüzde tüm batılı gelişmiş ülkeler sağlık sektöründeki finansal ve ekonomik verilere en az klasik sağlık istatistik verileri kadar önem vermektedirler. Bu ülkelerdeki sağlık ekonomist ve planlamacıları sektörlerindeki

\* Sağlık Planlamacısı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Finansman Reformu Bölüm Sorumlusu (1992-1996)

gelişmeleri zamanında, tam ve doğru olarak elde etmek amacıyla gerekli düzenleme ve organizasyonu oluşturmuşlardır. Düzenli veri akışı sayesinde ülkelerinin sağlık sisteminin içinde bulunduğu ihtiyaçları belirleyip ileriye dönük rasyonel planlama yapabilmektedirler.

Bugüne kadar sektörün tam olarak izlenememesinin temel sebebi sektörün son derece karmaşık ve dağınık bir şekilde işliyor olmasıdır. Dolayısıyla düzenli, tam ve doğru bilgi akışının sağlanması ülkemiz şartlarında hiç de kolay olmayan bir görev olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aşağıdaki akış tablosu son derece karmaşık bir halde işleyen sağlık sektörümüzün finansal açıdan daha anlaşılabilir hale getirmek amacıyla oluşturulmuştur. Tabloda kullanılan rakamlar 1994 içinde gerçekleşen rakamlardır ve kaynaklarından temin edilmiştir.

#### ii) Sosyal Sağlık Sigortacılığı ve Hizmet Satın Alımları;

Ülkemizde sağlık sigortacılığı, gerçek sigortacılık anlamında sadece Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-Kur tarafından gerçekleştirilmektedir. Sadece bu iki kurum üyelerinden topladıkları primler ile sağlık harcamalarını finanse etmektedir. Emekli Sandığı'na tabi ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları genel bütçeden yapılan ödeneklerle karşılanmakta olup sigortacılık prensipleri uygulanmamaktadır. Emekli Sandığı için devlet memuru maaşlarından yapılan kesintiler içinde sağlıkla ilgili kesinti yoktur. Finansman akış tablosunda (Şekil 1), Emekli Sandığı ile ilgili prim miktarı, sağlık harcamalarının bir kısmının yapılan keseneklerden karşılandığı varsayılarak hesaplanmıştır (1994 yılı Emekli Sandığı giderleri toplam prim tahsilatının yüzde 25'i olarak gerçekleşmiş ve sağlık giderleri içinde aynı oran kullanılmıştır).

SSK, üye nüfusu için sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak kendi tesislerinde sağlamaktadır. Kendi tesislerinin finansmanını yıllık bütçeler ile yapan SSK, dışarıdan satın aldığı hizmetler için ise genelde fatura karşılığı ödeme yapmaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalar SSK sağlık tesislerinde izlenen politikanın temel olarak maliyet kontrolünün, hizmet kalitesine ve kullanıcı memnuniyetine tercih edilmesi doğrultusundadır.

Bağ-Kur tüm sağlık hizmeti ihtiyacını ağırlıklı olarak devlet hastaneleri olmak üzere dışarıdan karşılanmaktadır. Toplam üye nüfusunun ancak bir kısmı sağlık karnesine sahip olduğundan Bağ-Kur sağlık harcamaları oldukça düşük seyretmektedir. Sigortacılık işlemlerinde kullanıcı

memnuniyeti bu kurum yönetimince de öncelik verilmeden konulardandır.

Tabloda görüleceği gibi kişi başı sağlık harcamalarının boyutu ile finansman yöntemi ve sigortacılık uygulamaları arasında bire bir ilişki bulunmaktadır. Ülkemizde sağlık güvencesi direkt devlet kaynaklarından sağlanan kesimin diğer kesime oranla kişi başı sağlık harcamaları yüksek olurken sigortacılık şartlarının kullanıcı aleyhine ağırlaştırıldığı uygulamalarda ise harcamaların düşük olduğu görülmektedir.

#### iii) Genel Bütçe Kaynaklı Sağlık Harcamaları ve Hizmet Sunumu;

Daha önce sunulan akış şemasında da görüleceği gibi toplam sağlık harcamalarının yüzde 45'i genel bütçe kaynaklıdır. Bu harcamalar da ülke genel bütçesinin yaklaşık yüzde 8'ini oluşturmaktadır. Hiç de azımsanmayacak bu oranın maalesef sağlık sistemindeki hakkaniyetsizliği gidermedeki payı çok azdır. Genel bütçe kaynaklı harcamaların yaklaşık yüzde 50'sini kontrol eden Sağlık Bakanlığı aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi adeta hastane işletmecisi durumuna gelmiş, finansman ve işgücü kaynaklarını ağırlıklı olarak yataklı tedavi kurumlarına kaydırmıştır.

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Dağılımı (1994)

Koruyucu Hekimlik	Birinci Basamak	Hastane Hizmetleri	Toplam (Milyar TL)
4.460	6.140	20.628	31.428
% 14.9	% 19.5	% 65.6	% 100

#### iv) Sağlık Harcamalarının Değişimi;

Tablo 3, 1994 yılından başlayarak son altı yıl içinde sağlık harcamalarındaki değişikliği göstermektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde 2.82'den yüzde 3.97'e çıkmıştır. Sektörde tam kaydedilemeyen harcamalar da (devlet hastaneleri döner sermaye gelirleri gibi) dikkate alındığında bu payın 4.28 seviyelerine çıkabileceği düşünülmektedir. Bu oran OECD ülkeleri arasında gerçekleşen en düşük orandır.

Kişi başı sağlık harcamasının düşüklüğü kadar önemli olan diğer bir husus da sigorta kaynaklı sağlık finansmanının toplam sağlık harcamaları içindeki payının giderek düşmesidir. 1994 yılında bu oranın yüzde 17.4'e kadar

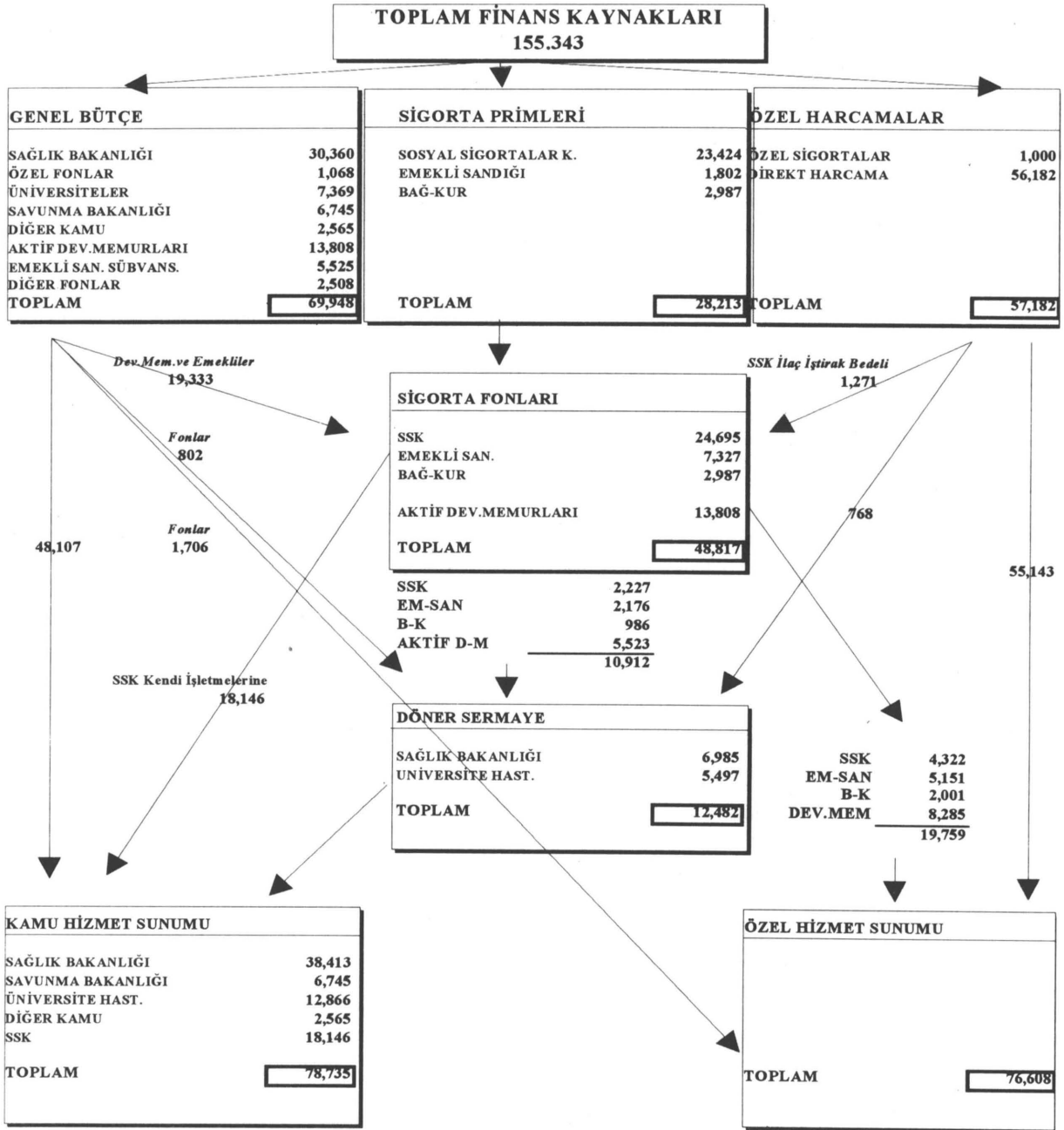
Tablo 1: Sosyal Sigorta Yoluyla Yapılan Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

(Milyar TL)	SSK	Bağ-Kur	Emekli-San.	Aktif Dev.Mem.
Prim Geliri	23.272	3.778	-	-
Sağlık Harcaması	23.424	2.987	7.326	13.807
Kişi başı Sağlık Harc.	1.019.536.TL	613.335.TL	3.240.364.TL	2.062.420.TL

Not: Savunma Bakanlığı (TSK) harcamaları dahil edilmemiştir.

Şekil 1) Finans Akış Şeması

**TÜRKİYE'DE TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI-1994**  
(Cari Fiyatlarla Milyar TL)



düştüğü ülkemizde nüfusunun yüzde 70'i kanunen sosyal sigorta kapsamında bulunmaktadır.

Harcamalardaki değişimle ilgili karşılaşılan diğer bir

sorun ise genel bütçeden sağlık için yapılan ödeneklerin yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine kayması ve koruyucu hekimlik ile toplum sağlığına yeterli pay ayrılamaması olmasıdır.

### TÜRKİYE TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (Cari fiyatlarla milyar TL)

Finans Kayn. Göre	1988	%	1989	%	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994
	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)
<b>Genel Bütçe</b>													
Sağlık Bakanlığı	624	135	1.466	118	3.193	62	5.183	93	9.994	81	18.089	68	30.360
Özel Fonlar	83	69	140	79	251	29	325	196	963	104	1.961	(46)	1.068
YÖK	133	54	205	55	317	60	507	61	817	410	4.163	77	7.369
Savunma Bakanlığı	169	87	316	62	511	76	899	118	1.960	77	3.460	95	6.745
Diğer Kamu	29	338	127	46	186	72	320	108	664	78	1.180	120	2.601
Aktif Dev.Memurları	213	109	446	71	762	71	1.300	123	2.900	65	4.783	189	13.808
Emekli San.Sübvans.	66	98	131	84	241	84	445	139	1.063	101	2.135	159	5.525
Sosyal Dayan.Fonu	2	100	4	250	14	79	25	900	250	220	800	214	2.508
<b>Toplam Kamu Fin.</b>	<b>1.319</b>	<b>115</b>	<b>2.835</b>	<b>93</b>	<b>5.475</b>	<b>64</b>	<b>9.004</b>	<b>107</b>	<b>18.611</b>	<b>97</b>	<b>36.571</b>	<b>91</b>	<b>69.984</b>
<b>Sosyal Sigorta</b>													
SSK	470	136	1.111	92	2.128	75	3.724	96	7.301	100	14.586	52	22.153
Emekli Sandığı	30	133	70	47	103	84	190	138	453	101	911	98	1.802
Bağ-Kur	32	400	160	74	278	52	422	24	524	102	1.061	182	2.987
<b>Top.Sigorta Fin.</b>	<b>532</b>	<b>152</b>	<b>1.341</b>	<b>87</b>	<b>2.509</b>	<b>73</b>	<b>4.336</b>	<b>91</b>	<b>8.278</b>	<b>100</b>	<b>16.558</b>	<b>63</b>	<b>26.942</b>
<b>Özel Harcamalar</b>													
Özel Sigortalar	86	66	143	75	250	34	336	52	512	31	672	49	1.000
Direk Harcamalar	1.843	66	3.057	75	5.336	35	7.181	67	11.981	53	18.384	206	56.182
<b>Top.Özel Fin.</b>	<b>1.929</b>	<b>66</b>	<b>3.200</b>	<b>75</b>	<b>5.586</b>	<b>35</b>	<b>7.517</b>	<b>66</b>	<b>12.494</b>	<b>53</b>	<b>19.056</b>	<b>200</b>	<b>57.182</b>
<b>TOPLAM FINANS.</b>	<b>3.780</b>	<b>95</b>	<b>7.376</b>	<b>84</b>	<b>13.570</b>	<b>54</b>	<b>20.857</b>	<b>89</b>	<b>39.383</b>	<b>83</b>	<b>72.185</b>	<b>113</b>	<b>154.108</b>
<b>HİZMET SUN.GÖRE</b>													
Kamu Hiz.Sunumu	2.001	110	4.212	86	7.853	49	11.737	97	23.117	103	46.951	68	78.771
Özel Hiz.Sunumu	1.779	78	3.164	81	5.717	60	9.120	78	16.266	55	25.234	199	75.337
<b>TOP.HİZ.SUNUMU</b>	<b>3.780</b>	<b>95</b>	<b>7.376</b>	<b>84</b>	<b>13.570</b>	<b>54</b>	<b>20.857</b>	<b>89</b>	<b>39.383</b>	<b>83</b>	<b>72.185</b>	<b>113</b>	<b>154.108</b>
	<b>1988</b>	<b>%</b>	<b>1989</b>	<b>%</b>	<b>1990</b>	<b>%</b>	<b>1991</b>	<b>%</b>	<b>1992</b>	<b>%</b>	<b>1993</b>	<b>%</b>	<b>1994</b>
	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)	(Değ.)
Kamu Fin./Top.Fin.	34.89	10	38.43	5	40.35	7	43.17	9	47.26	7	50.66	(10)	45.41
Sig. Fin./Top.Fin.	14.07	29	18.18	2	18.49	12	20.79	1	21.02	9	22.94	(24)	17.48
Özel Fin./Top.Fin.	51.04	(15)	43.39	(5)	41.16	(12)	36.04	(12)	31.72	(17)	26.40	41	32.11
	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
Kamu Sun./T.Sun.	52.94	8	57.10	1	57.87	(3)	56.27	4	58.70	11	65.04	(21)	51.11
Özel Sun./T.Sun.	47.06	(9)	42.90	(2)	42.13	4	43.73	(6)	41.30	(15)	34.96	40	48.89
	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
Top.Har./GSYİH	2.82	11	3.13	8	3.39	(2)	3.31	9	3.60	1	3.64	9	3.97
Kamu Fin./GSYİH	0.98	22	1.20	14	1.37	4	1.43	19	1.70	8	1.85	(2)	1.80
Özel Fin./GSYİH	1.44	(5)	1.36	3	1.40	(15)	1.19	(4)	1.14	(16)	0.96	53	1.47
Kamu Fin./Gen.Büt.	6.42	16	7.45	15	8.56	(0)	8.56	5	8.97	(16)	7.55	5	7.95
GSYİH	134.060	76	235.305	70	399.839	58	630.117	74	1.093.368	81	1.981.867	96	3.883.827
Genel Bütçe	20.538	85	38.051	68	63.925	65	105.217	97	207.545	133	484.101	82	880.000

\* M.Tokat, O.Engiz, M. Wheeler tarafından Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü için hesaplanmıştır.

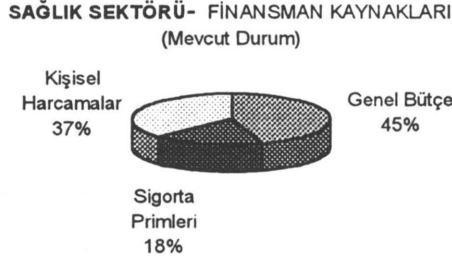
v) *Mevcut Sağlık Finansman Modelimiz;*

Şekil 2'de görüldüğü üzere sağlık finansmanımızın kaynak itibariyle dağılımı gelişmiş ülkelerden oldukça farklı olarak gelişmiş ve bu dağılımın coğrafik, sosyo-ekonomik ve statü farklılıklarından kaynaklanan hizmetlere ulaşım ve kullanımındaki hakkaniyetsizliği önlemede hemen hiçbir rolü olmamıştır. Örneğin genel bütçeden ayrılan pay ağırlıklı olarak mevcut sigortalılarca kullanılan kamu hastanelerinin sübvansiyonuna kaydırılmış ve sigortasız kesimin faydalanması sağlanamamıştır. Ayrıca tüm nüfusun kullanımına açık koruyucu hekimlik ve toplum sağlığı hizmetlerine ayrılan pay da yine genel

bütçe harcamalarının yarısını oluşturan Sağlık Bakanlığı bütçesinin yüzde 15'i ile sınırlı kalmıştır. Sigorta sistemine dahil olmayanlar ve/veya sigorta sisteminin işleyişini beğenmeyenler tarafından yapılan özel harcamalar da hiç azımsanmayacak boyutta karşımıza çıkmaktadır. Sigortalı oldukları halde sigortalarından faydalanmayanların sayısı günümüzde oldukça artmıştır. Sigorta harcamaları, diğer taraftan olması gerekenin çok altında kalmıştır. Bunun temel sebebi ise kanunen sigortalı olması gerektiği halde sigortalandırılmayan kesimin varlığı şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Dünyada halen uygulanmakta olan üç temel finans-

Şekil 2) 1994 Yılı Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Kamu-Sigorta-Özel)



man modeli bulunmaktadır; bunlardan birincisi tamamen vergi yoluyla sağlığın tüm nüfus için finanse edilmesi, bir diğeri tamamen işçi, işveren ve devlet katılımı ile prim yollu finansman ve diğer bir temel model de özel sigorta ağırlıklı ve gerekli hallerde devlet destekli finansman yoludur. Ülkemizde ise tam karma model benimsenmiş ve bu üç temel model birlikte yürütülmeye çalışılmıştır. Ancak zaman içinde her bir modelin kuvvetli ve avantajlı olduğu taraflar yok olmaya başlamış ve karma model işlemez bir hal almıştır. Devlet sübvansiyonu gitmesi gereken kesime ulaşmazken, toplanması gereken prim toplanamamış ve harcamalar verimlilik ve etkililik prensipleri dışında gerçekleşmek suretiyle kontrolden çıkmıştır.

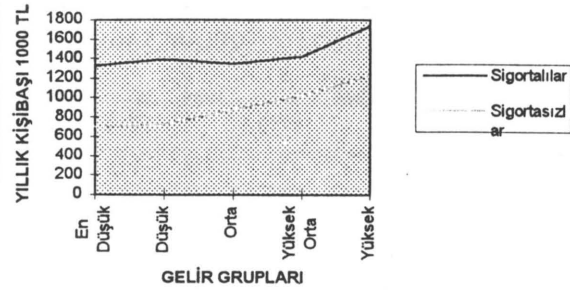
vi) Sağlıkta Devlet Sübvansiyonu;

Sağlıkta devlet sübvansiyonu iki şekilde karşımıza çıkmaktadır; birincisi direkt yapılan sübvansiyondur ki bu temel olarak çeşitli kanunlarla çeşitli statüde ve sosyo-ekonomik konumda bulunan insanlara verilen haklarla ilgilidir. Örneğin 65 yaş üst vatandaşlara verilen hak ya da düşük gelirliilere verilen Yeşil Kart veya kimsesiz çocukların bakımı gibi. Bu tür uygulamaların yanında yine kanunla düzenlenmiş fon ve vakıflar yolu ile devlet, vergi gelirlerinin bir kısmını sağlığa ayırmakta ve direkt sübvansiyon yapmaktadır.

İkinci tür devlet sübvansiyonu da devlet hastanelerine yapılan ödeneklerin indirekt sübvansiyona dönüşmesidir. Ülkemizdeki devlet hastanelerinin toplam harcamalarının ancak üçte biri döner sermaye ile geri kazanılmakta, geri kalan kısmı ise genel bütçe sübvansiyonu ile Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce karşılanmaktadır. Üniversite hastanelerimiz de benzer şekilde ancak daha az boyutta sübvansiyon edilmektedir.

Yukarıdaki şekilde görüldüğü gibi ülkemizde sağlık alanında devletin uyguladığı sübvansiyondan en fazla yüksek gelir grubuna mensup sigortalılar faydalanırken, düşük gelir grubuna dahil sigortasızlar en az yararlanmaktadır. Bu hakkaniyetsiz durumun temel sebebi, temel de kişiler yerine kurumların sübvansiyon ediliyor olması ve bu kurumları çok kullanmaların sübvansiyondan da çok yararlanıyor olmalarıdır.

Şekil 3) Sağlıkta Devlet Sübvansiyonunun Dağılımı



Kaynak: Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması, HIC Avustralya

**B) Sektörün Finansman Yapısındaki Temel Eksiklikler ve Yanlışlıklar:**

Etkili ve hakkaniyetli işleyen bir ulusal sağlık sigortasının kurulamamış olması ülkemizde halen 20 milyon üzerinde sağlık güvencesinden yoksun vatandaşımız bulunmakta. Buna karşılık kanunla kapsam dahiline alındıkları halde sağlık karnesi bulunmayan 6-7 milyon Bağ-Kur'lu ve çeşitli sebeplerle kanunen sigortalanması gereken ancak sigortalanamayan 4 milyona yakın SSK'linin olduğu da bilinmektedir. Mevcut sigorta düzenlemeleri yasal, teknik ve işlevsel açıdan birçok farklılıklar göstermekte, halk ve ülke genelinde hizmetlerden yararlanma yönünden hakkaniyet sağlanamamaktadır.

Sağlık sektörü dahilinde yeterli ve gerekli fon oluşturulamamakta, oluşturulan fonlar da verimli ve etkili kullanılmamaktadır. Örneğin zaten yetersiz olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin yüzde 65'i yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine ayrılmakta buna karşılık toplum sağlığına ayrılan finansman kaynakları bu gelişmelere paralel olarak azalmakta ve ülke sağlık göstergelerinin olumsuz yönde etkilenmektedir.

Sağlık politikalarının geliştirilmesi, yatırım ve işgücü planlaması merkezi otoritelerce irrasyonel ve sağlıksız şekillerde yapılmaktadır. Ayrıca aşırı merkezîyetçilik özellikle yataklı tedavi kurumlarında geliştirilebilecek yönetim kapasitesini olumsuz etkilemekte ve merkeze bağımlılığı arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak hizmeti sunan mercilerce yapılmakta ve hizmet sunum kalitesinin ve işletme verimliliğinin sorgulanmasına olanak verecek mekanizmalar kamu çalışma anlayışı içinde kurulamamaktadır.

**C) Türkiye'nin İhtiyacı Olan Sağlık Finansman Yapısının Temel Özellikleri**

Tüm ülke nüfusunu kapsamına alan ulusal bir sigorta sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

Bu ulusal sigorta içinde;

i) *Standart bir temel tedavi hizmet paketi oluşturulmalıdır; ülke sosyo-ekonomik koşullarına uygun ve global boyutu milli gelire endeksli olarak hesaplanmış bir temel klinik hizmetler paketi oluşturulmalıdır. Sigorta kapsamı dışında bırakılacak hizmetler ile iştirak bedeli gerektireceklerin tesbiti bu paketin oluşum aşamasında gözden geçirilmesi gereken en önemli konulardır (Toplum Sağlığını ilgilendiren konuların daha kapsamlı olarak Devlet Bütçesinden finanse edileceği varsayılmaktadır).*

ii) *Standart bir prim hesaplama ve tahakkuk yönteminin geliştirilmesi; aktüaryal primin hesaplanmasında gerçek hizmet maliyetleri ve hizmet kullanım hızları önemli rol oynayacaktır. Ortalama olarak hesaplanan yıllık kişi başı sağlık harcaması esas alınarak primler belirlenecek ve prim miktarı gerçek maliyetleri geçmeyecektir. Basit bir örnek hesap yapacak olursak;*

Prim tahakkuku ise daha hassas bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hesaplanan aktüaryal primin tüm üye

kaynak ayrılmaması ve bu hizmetlerin ihtiyacı bulunanlara etkili ve yeterli şekilde ulaştırılmamasıdır. Devlet sağlık finansmanının ağırlıklı olarak kamu sağlığı alt yapısının gelişimi ve bu alanda çalışanlarının öğretim ve eğitime kaydırmalı, kişisel (klinik) sağlık hizmetlerini ise sigorta finansmanına bırakmalıdır.

iv) *Sigorta ile hizmet sunucular arasında kaliteli hizmet sunumunu ve verimli işletmecilik anlayışını pekiştirecek sözleşme ortamı yaratılmalıdır; ulusal sigortanın hizmet satın alacağı kamu sağlık kuruluşlarının, hizmetlerin verimlilik ve maliyet etkinlik prensipleriyle üretilmesini sağlayacak özerk finansal ve yönetsel yapıya kavuşturulmaları gerekmektedir. Bu yapıya kavuşmuş işletmeler ile sigorta hizmet alım sözleşmeleri yapmak suretiyle hizmet kalitesini ve sürekli sigorta hizmeti sunumunu güvence altına almış olacaktır. Sözleşme şartlarının sigortacılık açısından takibi sigorta, tıbbi açıdan takibi de yetkili kamu organları tarafından yapılacaktır. Değişen maliyetlere bağlı olarak belirlenecek fiyat tarifeleri de yapılacak hizmet kontratlarıyla kontrol altına alınacak ve kontrat yenileme aşamasında önemle değerlendirilecektir. Batılı ülkelerdeki işleyişte kamu sağlık işletmesiyle özel işletmeler*

- 1996 tahmini toplam sağlık harcaması	500 Trilyon TL
- 1996 Ülke nüfusumuz	63 Milyon Kişi
- 1996 Kişibaşı sağlık harcaması	8 Milyon TL/Kişi
- Ortalama 4 kişilik bir aile için	32 Milyon TL/Yıl
- Bu aile reisinin vereceği aylık prim	2.6 Milyon TL/Ay
- 1.1.1996'da SSK'lının Ödedeği Prim	
Asgari Ücret-Taban Ücretten	1.2 Milyon TL/Ay
Prime Tabi Tavan Ücretten	2.4 Milyon TL/Ay

nüfustan tahsili esastır, ancak gelirleri itibarıyla primini kısmen ya da hiç ödemeyecek olan kimselerin devletçe sübvansede edilmeleri gerekecektir. Kimlerin primi hangi oranlarda ödemesi gerektiği de yapılacak istatistiksel ve ekonometrik analizler sonucu ortaya çıkarılacaktır. Buna göre günümüzde asgari ücretten prim ödeyen kişiler yeni prim miktarının sadece yarısını ödemekle mükellef olabileceklerdir. Bu yönde yaptığım kişisel çalışmaların bu yıl içinde sonuçlanan Hanehalkı Gelir ve Tüketim Araştırmaları ile revize edilme gereği bulunmaktadır.

iii) *Standart düzenlemeler ile etkili ve hakkaniyetli hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir; kırsal kesimdeki sigortasız vatandaşların sigortalanma durumlarında dahi hizmetlerden yeterli derecede yararlanamayacakları ve kullanım oranlarının düşük kalmaya devam edeceği 1992 Yılı Kullanım Araştırması ile tesbit edilmiştir. Araştırmaya göre; sigortasız kesimin sigortalanması ile hastaneye yatma oranlarındaki değişim ancak yüzde 18.3 olurken, birinci basamak hizmet kullanım oranlarındaki değişim ise yüzde 18.2 civarında gerçekleşebilecektir.*

Bu durumun temel sebebi kamu sağlığına yeterli

arasında fiyat ve hizmet kalitesi farklılığı yok denecek kadar azdır. Bunun sebebi ise hepsinin verimlilik ve etkililik prensipleri içinde çalışıyor ve emeğe ve hastaya gereken önemi veriyor olmalarıdır.

Sağlık işletmelerinde maliyetlendirme yöntemleri ve sigorta ile yapılacak sözleşme çeşitleri reform programında detaylı incelenmesi gereken konulardır.

Birinci basamak hizmetlerin hastane dışında uzman birinci basamak hekimlerince (ya da aile hekimlerince sağlanması gereği büyüktür. Aile hekimlerine yapılacak ödemeler farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Kendilerine maaş ile ödeme yapılabileceği gibi gördükleri hizmet başına ya da listesine alıp sürekli hale getirdikleri hastaları başına ödeme yapılabilir. Batıda reform sürecinde ya da reformunu gerçekleştirmiş ülkelerin çoğunluğunda hekimin gelirinin büyük bölümünü listesinde kayıtlı bulunan hasta başına yapılan ödemeler oluşturmaktadır. Ayrıca hekimlerin performansları da periyodik olarak incelenmekte ve ikramiye ödemeleri ile sözleşmelerin yenilenme kararları bu değerlendirmelere göre alınmaktadır. Değerlendirmelerde genel olarak hekimlerin sevk ve ilaç yazma sıklıkları,

bebek aşılanma oranları gibi kriterler değerlendirilmekte ve ek hizmetler için hekimlere ek ödemeler yapılmaktadır. Hekimlerin gelirlerinin yaklaşık yüzde 80'ini kişi başı ödemeler oluştururken geri kalan yüzde yirmi de performansa ve görülen ek hizmetlere (evde hasta ziyaret zorunluluğu gibi) göre ödenir. Benzer yöntem ülkemiz için de değerlendirildi. Hekim gelirlerinin oluşumuna eğitim durumları, mesleki tecrübe ile çalıştıkları bölge ve yer de eklenmek suretiyle değişken hekim ücretleri hesaplandı. Bu çalışmaların güncelleştirilmesi ve hazırlanan Aile Hekimliği yasa tasarısı ile uygunluğunun incelenmesi gereği bulunmaktadır.

Hastanelere yapılacak ödeme yöntemlerinin ise dünyada benzer uygulamalar dahilinde incelenmesi ve ülkemiz için en uygun olanının geliştirilmesi gereği vardır. Hastanelere birçok yöntemle ödeme yapılabilir, bunların en yaygın kullanılanları; yıllık toplam bir bütçe verilmesi ve bu bütçeye sadık kalınma zorunluluğunun getirilmesi ya da hizmetlerin detaylı faturalandırılması, başka bir yöntem olarak kalınan gün başına belirlenmiş ortalama günlük oranların ödenmesi, teşhis gruplarına ya da hasta servis maliyetlerine göre hesaplanmış ortalama tarifelerle ödenmesi veya karma metodlarla hastanelere ödeme yapılması mümkündür. Hastanelere ödeme yapılması konusunda da çalışmalarımız olmuş ancak bu çalışmalar hasta servis maliyetleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu yöntem mevcut hastane muhasebe ve işleyiş yöntemlerine göre en uygun maliyetlendirme dolayısıyla ödeme şekli olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aşağıdaki şekilde verilen finansman akışı ülkemiz için işlerliği olan ve uygulanabilir bir modeldir. Sistemin finansmanı temel olarak dört kaynaktan yapılmaktadır; düzenli geliri olanların (bugünkü SSK'lı ve devlet memurları) bordrolarından kesilmek üzere *primler*, serbest meslek sahibi olup bağımsız vergi beyannamesi dolduranlardan alınacak ve vergi öncesi matrahtan düşülecek sağlık sigortası *katılım payı*, primlerini hiç ödemeyen ya da ancak kısmen ödeyebilecekler için yapılacak *devlet sübvansiyonu*

ile sigortadan faydalanılırken ödenecek *iştirak bedelleri*.

Sistem finansmanın esas alacağı temel prensipler, kullanıcıların mağduriyetine sebebiyet vermeden prim tahakkuku ve tahsilatını mümkün olan en kolay ve etkili şekilde yapmak. İhtiyacı olan kişileri devlet sübvansiyonundan direkt faydalandırmak. Sigortacılık hizmetlerinde tüm nüfus için standart prosedürler uygulamaktır.

#### D) Sağlık Finansman Problemlerinin Tesbitine ve Çözüm Üretimine Yönelik Çalışmalar:

1988 Dünya Bankası Raporu: L. Vassiliou;

İlk geniş anlamda sektörün finansmanının incelendiği inceleme raporu olarak sağlık araştırmacı ve yöneticilerinin kullanımına sunulmuş bu raporda alternatif finansman modellerine değinilmiş ve Türkiye gerçeklerine uygun finansman modelin ana hatları belirlenmiştir.

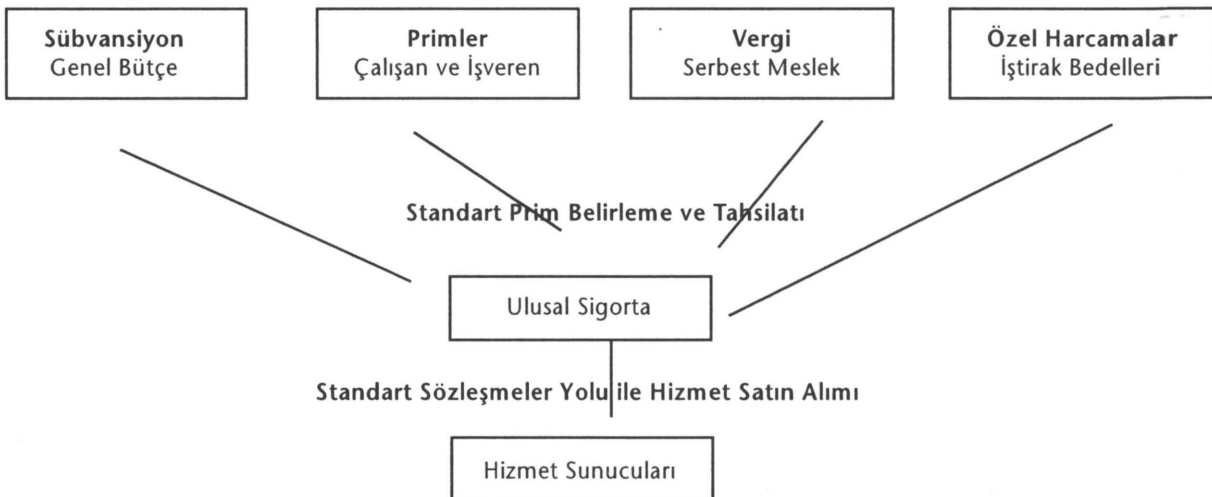
1990 Sağlık Sektörü Masterplan Çalışması: DPT;

Sektör tüm yönleri ile ele alınmış, sektör finansmanı için politika seçenekleri tekrar detaylı incelenmiştir. Reform çalışma programını ve faaliyet alanları belirlenmiş, politika üretim safhası başlatılmıştır. Ayrıca çalışma sonucu reformun uygulanmasına yönelik öneriler de getirilmiştir.

1991- I. Sağlık Projesi: Dünya Bankası, T.C. Sağlık Bakanlığı;

Sekiz ili kapsayacak ve fiziki altyapı, bilgisayar otomasyonu, sağlık personeli eğitimi programları ile organizasyonel gelişimi destekleyecek ve reformlara ışık tutacak bilimsel ve teknik araştırmalar ile bunları yürütecek danışmanları finanse etmek üzere başlatılmıştır. Proje yönetimi daha sonra sağlık reformunu da yürütecek şekilde organize olmuş 1993 yılı baharına kadar da büyük ivme

Şekil 4: Reformize Edilmiş Sağlık Finansman Sistemi



ve toplum katılımı ile bu görevi yerine getirmiştir. Bu dönemde diğer reform alanları gibi Sağlık Finansmanı alanındaki aktiviteler de proje uygulama programına dahil edilmiş ve bu çalışmalar gelişmekte olan ülkelerin sağlık finansman modelleri konusunda dünyaca ün kazanmış Dr. Mark Wheeler koordinasyonunda yürütülmüştür.

*1992 Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması;*

Finansman planlamalarının iki ana unsurundan biri olan hizmet kullanım oranları ile kullanıcıların hizmetlerden memnuniyetlerinin ve tercihlerinin araştırıldığı kapsamlı bir araştırma. Araştırmaya ayrıca sigortalı kesim ile sigortasız kesim arasındaki farkların incelenmesine olanak sağlayacak verileri içermektedir. Kullanım oranlarının, demografik, cinsiyet, gelir, yerleşim yeri gibi önemli değişkenlere göre tesbit edilmiş olması da araştırmacının veri açısından zenginliğinin işaretidir.

*1992 Sağlık Hizmetleri Maliyet Araştırması;*

Devlet hastanelerinde ve sağlık ocaklarında üretilen hizmetlerin birim maliyetlerinin incelendiği araştırma sonucu Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetlerince uygulanması mümkün olan bir çok stratejik kararlar oluşmuştur. Hastanelerin finansal açıdan içinde buldukları verimsizliğin nedenleri incelenmiş çözüm önerileri getirilmiştir. Ülkemizde belirli bir metodoloji dahilinde ilk kez gerçekleştirilmiş olan araştırma sonucu hesaplamalarda kullanılabilir hizmet maliyetleri bulunmuştur.

*1992 I. Ulusal Sağlık Kongresi ve II. Ulusal Sağlık Kongresi (1993)*

Her iki kongre ile de amaçlanan; kurulan geniş kapsamlı komiteler ve çalışma gruplarıyla ülkemizin ihtiyaç içinde bulunduğu "ulusal sağlık politikalarını" oluşturmak ve de sağlık reform oluşumunu, konusunda deneyimli akademisyen, bürokrat, profesyonel ve kitle örgüt temsilcileri ile desteklemek ve geliştirmek olmuştur.

*1993 Sağlık Reformu Kanun Tasarısı Taslakları;*

Sağlık reformunun hayata geçirilebilmesi amacıyla ilgili tüm kesimlerin; meslek kuruluşlarının, işçi işveren sendikalarının, akademisyenlerin, bürokratların, yerli yabancı uzmanların ve uluslararası kuruluşların katılımları sonucu tüm sağlık sistemini yeniden ele alan dört kapsamlı kanun tasarısı taslağı bakanlar kuruluna sunulmak üzere 1993 yılı baharında hazır hale getirilmiştir. Bu kanun tasarısı taslakları; Sağlık Kanunu, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri, Bölge Sağlık İdareleri ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili taslaklardır. Sağlık Kanunu Tasarısı açık ve anlaşılır olan, güncel ve gelişmelere açık, toplumsal uzlaşmayı yansıtan ve uygulamaya yönelik karmaşadan uzak bir yapıda kapsayıcı ve bir bütünlüğe sahip olacak şekilde düzenlenmiştir. Reform uygulamalarını rahatlatıcı ve kolaylaştırıcı özelliği de bulunan bu genel kanun sağlık

sektörünün reformize edilebilmesinde anahtar görev üstlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Tasarısı ise Sağlık Bakanlığına asli görevlerini kazandıran ve bu asli görevler dışında kalan sağlıkla ilgili konular da ise standart ve norm koyucu, bu standartlara uygunluğu kontrol edici ve düzenleyici roller getirmekte, teşkilatın verimli ve etkili bir şekilde işleyişini sağlamayı amaçlamaktadır. Reformize edilmiş bir sağlık sistemini yürütebilecek yapıya sahip bir bakanlık öngörülmüştür. Bölge Sağlık İdareleri Kanunu ile merkezi hükümet üzerindeki yük yerel idarelere devredilmiş ve sektör planlamasının yerinden yapılması esası getirilmiştir. Genel Sağlık sigortası Kanunu ise tüm nüfusa standart bir şekilde hakkaniyetli ve etkili bir sağlık güvencesi vermeyi hedeflemiştir.

1995 yılında reform paketi iki kanun tasarısı halinde TBMM'ye sunulmuş, tasarılar ilgili komisyonda görüşüldükten sonra alt komisyona havale edilmiştir. Her iki tasarıya ilişkin yorumlar ileriki bölümde ele alınmaktadır.

**E) Meclis Gündemindeki Reform Düzenlemesinin Getirdikleri:**

Sağlık reformu temel olarak tüm nüfusa bağımsız ve ulusal bir sigorta kuruluşunun yerel sağlık idareleri aracılığı ile aile hekimlerinden, özerk yönetimli kamu hastanelerinden ve diğer uygun görülecek sağlık hizmet sunucularından sözleşme ile kaliteli ve uygun maliyetli hizmet satın alınmasını planlamaktadır.

Bu hedefi gerçekleştirmek amacıyla yaygın ve etkili bilgi teknolojisi ve sistemi kurulması, sağlık insangücü planlamasının yapılması, sağlık yöneticilerinin eğitimi ile sağlık personelinin hizmetiçi eğitimlerinin verilmesi ve de proje bazında sağlık altyapısının ve tıbbi teknolojinin geliştirilmesi öngörülmektedir.

Sağlık finansmanı konusu diğer reform programları ile olan ilişkisi dolayısıyla reform çalışmasının merkezindedir. Bu konuda üretilecek politikalar tüm reformu etkileyeceği için daha geniş boyutta ele alınmalı ve alternatifler titizlikle incelenmelidir.

Ülkemizin ihtiyaç duyduğu sağlık finansman modeli ana hatlarıyla belirlenmiş olmasına rağmen daha üzerinde çalışılması gereken, uygulamayı ve reformun diğer oluşumlarını etkileyecek konular bulunmaktadır.

Bu konuları iki başlık altında inceleyebiliriz. Birinci başlık Sağlık Finansmanı Kurumu'nun (SFK) işleyişine ilişkin konuları kapsamaktadır. Bu konular; Maliye Bakanlığı teşkilatına bırakılan görevler (sigorta kaydı yapılması, prim tahsilatı ve sigortalılık durumlarının bildirilmesi gibi) ile Sağlık Bakanlığı teşkilatına bırakılan görevlerle (II Sağlık Müdürlüklerine bırakılan, SFK adına hizmet alım sözleşmeleri yapılması, sigortacılık işleyişinden doğacak problemlerin çözülmesi gibi) ilgilidir. Sağlık Finansmanı Kanunu mevcut hali ile devletin bir çok bürokratik organına ek yükler getirmekte ve adeta kendi yetki ve sorumluluğu



dışındaki bürokrasiyi yönlendirme hatta koordine etme konumuna girmektedir. Bu ek sorumlulukların yeniden gözden geçirilmesi gereği vardır. İleriki aşamalarda sistemin işleyişini önemli ölçüde etkileyecek bu tür düzenlemeler daha çok bürokratik katılım ile yapılmalıdır.

İkinci başlık ise diğer reform faaliyetlerinin oluşumuna yönelik konulardır. Bu konuların başında hizmet sunum kapasitesi ve kalitesini önemli ölçüde etkileyecek olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği ya da benzer bir hastane dışı birinci basamak uzman hekimlik tarafından düzenlenmesidir. Ayrıca hizmet satın alma ve ödeme şekillerinin belirlenmesi (kontrat yönetimi), finansman modelinin işletilebilmesi için gerekli tüm insan gücü ve teknoloji planlamasının yapılması ile eğitimlerinin verilmesidir.

Ancak ne var ki tüm bu faaliyetler ile hastanelerin özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ve planlamalarını ve finansmanlarını rasyonel bir şekilde yapabilmelerine olanak verecek uygulamalar yasal düzenlemelere endekslenmiş olduğundan bu alanlarda somut adımlar atılamamıştır. Reformun gerçekleştirilememesi ya da aktive edilememesi nedeni teknik ekiplerce siyasilere fatura edilirken, siyasi otorite de reformun uygulanabilirliğini sorgulamış ve söz konusu mevzuatla sorunların çözülemeyeceği vurgulanmıştır.

Tüm bu karşılıklı yakınmalara bir de elleri kolları bağlı sağlık yöneticileri ve çalışanlarının yakarıları eklendiğinde başarısızlığın kime fatura edilmesi gerektiği iyice karanlığa gömülmektedir. Aslında mevcut yasal düzenlemelerin TBMM'den acilen geçirilmesi durumunda sorunların çözümüne ne kadar yaklaşılmış olur, bu da cevaplanması gereken ayrı bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır.

Oysa reformla hedeflenenler sağlık sektörü içinde yer alan tüm kesimlerle paylaşılmış ve bu yönde sorumlu ve yetkililere gerekli olanak ve inisiyatifler verilmiş olsaydı, reform süreci yasal düzenlemelere gerek kalmaksızın başlatılmış olur ve yasal düzenleme ve reform uygulama aşamasına gelindiğinde işler daha kolay ve verimli yürütülebilirdi.

SFK yasa tasarısı her ne kadar genel sağlık sigortacılığını yürütebilecek yapıda tasarlanmışsa da, genel uygulama özelliği taşımayacağından reformların tam anlamıyla uygulanabilmesi zor olacaktır. Örneğin hastanelerden sadece SFK üyeleri için blok kontratlı hizmet alımı yapılması pratikte oldukça güçleşecektir, yine sadece SFK üyeleri için bir aile hekimliği uygulamasının yürütülmesi kolay olmayacaktır (oysa geçiş aşamalarıyla direkt geçilecek bir genel sağlık sigortası uygulamasında reformun işleyiş pilot uygulamalarla nihai şeklini daha çabuk ve verimli alabilecekti).

SFK uygulamalarında genel reform işleyiş olmaya-  
cağından (örneğin SSK hastanesinden hizmet satın

alınmaması gibi) maliyetler genel sağlık sigortası uygulamalarında olacağından farklı olarak gerçekleşecektir. Yeterli büyüklükte bir havuz yaratılamayacağından ve üye nüfusun genelinde kullanım oranlarının yükseleceğinden genel bir uygulamada elde edilebilecek avantajlar (verimlilik ve çapraz sübvansiyon gibi) burada söz konusu olmayacaktır. Prim toplama yönteminin tüm nüfus için standart bir hale getirilemeyecek olması da sigortanın finansal gücünü olumsuz etkileyecektir.

Ülkemiz için planlanacak etkin ve kalıcı bir sosyal sağlık sigortası modelinde asgari olarak şu şartlar aranmalıdır: Tüm nüfusu kapsamalı ve katılım zorunluluğu olmalı, sunulan hizmetler çekici ve tatmin edici hale getirilmek suretiyle nispeten varlıklı ve sağlıklı insan grupları sigorta havuzu içinde primlerini düzenli ve eksiksiz ödeyen kesim olarak korunmalıdır; sigorta primleri makul oranlarda tutularak prim ödemesinden kaçış engellenmelidir; ülkede sigortayı yürütecek idari ve yönetim kapasitesi yükseltilmelidir; sigortacılık işlemleri bilgi akışı olarak tek merkezde toplanmalı ve işleyiş mümkün olduğunca basit ve konsantre olmalıdır; hizmet satın alma yöntemleri alternatifli olarak değerlendirilebilmeli ve sigortalı nüfus ve sigorta finans yapısı için en uygun yöntem güncel olarak tesbit edilmelidir. Sigortanın hizmet satın alacağı kuruluşlar merkezi otoriteden bağımsız, kamu denetimine tabi, akılcı planlama ve finansman yeteneğine sahip kuruluşlar olmalıdır. Enformasyon teknolojisi kuvvetli, toplam kalite yönetimini hedefleyen, verimli ve etkili çalışan işletmeler olarak, hastaneler ulusal sigorta ile yapacağı sözleşmeler gereği kaliteli ve uygun fiyatlı hizmet üretim ve sunumu yoluna gideceklerdir.

#### F) Sağlık Reform Çalışmalarına Organizyonel ve Operasyonel Açından Alternatif Yaklaşım:

Ülkemizde sağlık reformu Dünya Bankası ile imzalanmış olan I. ve II. Sağlık Projeleri ikraz antlaşmaları kapsamında yürütülmektedir. Projelerin ana faaliyet alanları yürütüldükleri illerde sağlık altyapısı gelişimi, tıbbi teçhizat ve araç temini ile sağlık personeli eğitimidir. Projelerin tasarımında da bu faaliyet alanları ön planda tutulmuş reformla direkt ilgili, sadece yasal düzenlemelere altyapı oluşturacak bazı gerekli araştırmaları finansmanı planlanmıştır. Bu araştırmaların ihale hazırlığının ve genelde izlenmesinin gerçekleştirilebilmesi amacıyla da projeye dahil edilmek üzere sözleşmeli personel alımına gidilmiştir. Bu personelin iş sözleşmelerini yapmak, araştırma ihalelerini gerçekleştirmek üzere Birleşmiş Milletler Ankara temsilciliği ile sözleşme yapılmak suretiyle bu hizmetler sözü edilen uluslararası örgütten satın alınması yoluna gidilmiştir. Reformu desteklemek amacıyla yaptırılan araştırma ve çalışmalar için danışman firmalara ödenen toplam miktar 30 milyon ABD Doları civarındadır. Reforma altyapı oluşturacak anlaşmaların iş tanımlarının hazırlanması, ihaleye girecek kuruluşları belirlemek ve çalışmalarını gidişatını izlemek amacıyla istihdam edilen danışmanlarına ise yine her iki proje dahilinde toplam 14 milyon ABD Doları ödenmiş ya da ödenmesi devam

etmektedir. Sonuç olarak temelde seçilmiş illerde sağlık hizmet sunumu altyapısını güçlendirmeye yönelik Dünya Bankası Projelerine ilştirilmek suretiyle yapılan sağlık reformu çalışmalarına 1993 yılı yarısından itibaren toplam (enformasyon teknolojisi çalışmaları da dahil) 90 milyon ABD Doları harcanmıştır.

Ülkemiz için son derece önemli olan bu reform çalışmalarının bir Dünya Bankası Projesine sıkıştırılmış olmasının en büyük sakıncası yukarıda belirtilen ve vergi mükelleflerinin cebinden çıkan paradan ziyade bu reform çalışmalarının detaylı ve uygulamaya yönelik olmadan, gerekli akademik, sektörel ve hatta bürokratik uzman katılımından uzak olarak yapılmış ve dolayısıyla gerekli kamuoyu onayını alamamış olmasıdır. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığınca Meclis ilgili komisyonuna getirilmiş tasarı taslakları reform özelliği ve bütünlüğü taşımaktan uzak kalmış ve bu nedenle de tasarılar alt komisyonlara havale edilmiştir.

Her halukarda zarar gören, tek isteği yaygınlaştırılmış verimli ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmek olan ve herşeyden önce sağlık güvencesine kavuşturulmayı bekleyen halkımız olmaktadır. Bu zihniyetle reform yapılamayacağı bir an önce anlaşılmalı ve geniş uzman katılımı ile reform paketi yeniden ele alınarak şu anda 1993 yılının gerisine götürülmüş reform çalışmaları devlet işleyişinin gerçek sahibi ve sorumluları arasından oluşturulacak bir ekip ve onu destekleyecek bürokratik, akademik ve profesyonellerden oluşan komiteler tarafından ele alınmalıdır. Reform

mu destekleyeceği düşünülen araştırma, anket ve benzeri çalışmalar ise profesyonel ve konularında uzman insan gücü bulunduran kuruluşlara, halihazırda Sağlık Projesinin Birleşmiş Milletler aracılığı ile yaptırdığı ihale kurallarına göre yaptırılmalıdır. Böylece sağlık alanında özel sektör geliştirilmiş, sektöre fikir ve çözüm üreten kitleler kazandırılmış ve reformun altyapısını oluşturacak çalışmalar katı devlet ihale kuralları dışında yukarıda sözü edilen devlet sorumluluğuna sahip komitelerin denetiminde finanse edilmiş olacaklardır. Sağlık reformunu gerçekleştirmek Sağlık Bakanlığının sorumluluğu olduğundan çalışmaların bu Bakanlığın bünyesinde gerçekleştirilmesi doğal karşılanmalı, ancak diğer ilgili kuruluşların aktif katılımları da en az Sağlık Bakanlığının ki kadar desteklenmelidir.

Aşağıdaki diagramda etkili bir reform süreci için gerekli olan asgari katılım ortaya konulmaktadır. Yasal düzenlemenin hedef kabul edilmeyeceği ve bu aşamaya kadar asgari şartların tüm yurt sathında sağlanması gerekliliğini savunan bir ekip çalışması zorunluluğu bulunmaktadır. Yasal düzenleme öncesi yapılan çalışmalar reformun başarısını direkt etkileyeceğinden, bu konuya ağırlık vermek suretiyle mevcut düzen kendini yenileyen ve geliştiren bir forma getirilmelidir. Ülkemizdeki hastane ve il sağlık müdürlüğü yöneticileri de (tüm illerde) aşağıdaki diagramda sunulan organize takım çalışmasına paralel olarak bağımsız çalışmalarını sürdürmeli, bu çalışmalar için kendilerine gerekli kaynak ve insiyatif verilmelidir.

Şekil 5: Sağlık Reformu İçin Alternatif Organizasyon Modeli

