

DOSYA/ DERLEME**TÜRKİYE SAĞLIK REFORMLARI**

İlker BELEK*

Sağlık Reformları Sürecinin Başlangıcı ve 1. Sağlık Projesi

Türkiye sağlık sektörü reformları için yeni stratejilerin çerçevesi, ilk kez 1990 yılında, DPT için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile saptanmıştır (Price Waterhouse 1990). Master Plan Çalışması kapsamlı bir raporla sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için dört ana strateji seçeneği ortaya koymuştur: Mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaştırma seçeneği. DPT bu seçenekler arasından sonuncusunu seçmiştir. Daha sonraki dönemde Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası'nı geliştirmek üzere bu seçenek üzerinde çalışmıştır (Sağlık Bakanlığı 1995: 11). Bugüne yansıyan reform önerileri bu çalışmaların ürünüdür.

Öte yandan, Türkiye'nin sağlık reformu tercihleri dünyadaki diğer örnekleriyle ileri derecede benzerdir. Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün stratejileri Türkiye'de de belirleyici olmuştur.

Türkiye'de sağlık reformu çalışmalarının stratejik öneriler düzeyinde geliştirilmesi sürecinde, 1990 yılında, TC Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 16.8.1990 tarihinde imzalanan Sağlık Projesi İkraz Anlaşması'nın (İkraz No: 3057-TU) Bakanlar Kurulu'nca 24.9.1990 tarihinde kabul edilmesi ve Bakanlar Kurulu onayının 7.10.1990 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmasıyla başlamıştır (7.Ekim.1990 tarihli Resmi Gazete, No: 20658). Dönemin Cumhurbaşkanı Turgut Özal, Başbakanı Yıldırım Akbulut, Sağlık Bakanı da Halil Şıvgın'dır. İkraz Anlaşması ile Dünya Bankası Türkiye'ye 75 milyon Dolarlık kredi vermiştir. İlk Proje'nin toplam bütçesi

yaklaşık 150 milyon Dolar'dır ve bunun 72 milyon Dolar'ı TC tarafından karşılanacaktır.

Bu anlaşmayla gelen kredi, 1. Sağlık Projesi'ne aittir. Daha sonraki dönemde 2. Proje de başlatılacaktır. 1. Sağlık Projesi kapsamında üç adet ulusal yapı oluşturulur: Proje Koordinasyon Ünitesi, Proje Koordinasyon Komitesi ve Komiteler (Bursiyer Seçim Komitesi, Yönetim Enformasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi ve Eğitim Danışma Komitesi). Proje bölgesi Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Yozgat ve Sivas illeridir. Anlaşma'da borçlu olarak Başbakanlık Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı gözükmektedir.

Projenin tümünün sorumluluğu Sağlık Bakanlığı Müsteşarı'nın başkanı olduğu ve YÖK, Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı ve DPT Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşan Koordinasyon Komitesi'ne verilmiştir. Sağlık Bakanlığı yukarıda sözü edilen üç Komite'nin devam ettirilmesinden sorumludur.

Proje yönetiminin genel sorumluluğu ve proje faaliyetlerinin yürütülmesi görevi ise Proje Koordinatörü başkanlığındaki Proje Koordinasyon Ünitesi'nindir. Türkiye'de bu Ünite'nin karşılığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü olarak şekillenmiştir. Proje'nin sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve geliştirilmesi, eğitim, enformasyon sistemleri, inşaat işleri ile ilgili faaliyetleri Bakanlığın ilgili Genel Müdürlükleri'nin sorumluluğunda olacaktır.

Proje ile Banka tarafından verilen paraların nereye, ne miktarda harcanacağı belirlenmiş ve harcamaların bunlara uygun yapıp yapılmadığının denetimi konusunda Banka murakipları yetkili kılınmıştır. 1. ve 2. Sağlık Projeleri kapsamındaki tüm danışmanlık, eğitim ve diğer hizmetler

* Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Proje Hizmetleri Ofisi (UNDP/OPS) kapsamında sağlanacak ve bu anlaşmalar tümüyle Dünya Bankası ikraz kaynaklarından finanse edilecektir.

1. Sağlık Projesi 1991 yılında başlar. 30 Haziran 1997'de tamamlanması beklenmektedir. Ancak 1998 yılında tamamlanır. Alınan 75 milyon Dolar'ın geri ödemeleri 15 Kasım 1994'te başlayıp, 15 Mayıs 2006'da sona erecek biçimde her 15 Mayıs ve 15 Kasım tarihlerinde 3.125.000 Dolar miktarında yapılacaktır. TC, Banka'ya zaman zaman çekilmeyen ana paranın miktarı üzerinden yıllık %1'in ¾'ü oranında taahhüt komisyonu ödeyecektir. Zaman zaman çekilmiş ana para tutarı üzerinden her faiz dönemi için, bir önceki altı aylık dönemde yapılan borçlanmaların maliyetine %1'in yarısı eklenerek bulunacak faiz ödemesi yapacaktır. İkraz anlaşmasında bütün proje hesaplarının Banka murakıplarınca denetleneceği belirtilmekte, satın almalarda gerçekleştirilecek ihalelerin de Banka'nın yayınladığı ihale kurallarınca gerçekleştirileceği saptanmaktadır.

güçlendirilmesi bakımından kimi stratejiler belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri alanında sağlık ocaklarının, sağlık evlerinin, devlet hastanelerinin, sağlık meslek liselerinin, halk sağlığı laboratuvarlarının inşası ve tamiri, bu kurumlara cihaz, donanım, taşıt, eğitim materyali alınması, personel becerilerinin geliştirilmesi için hizmet içi eğitim kurslarının yürütülmesi planlanmakta ve bütün bunlara projenin mali hükümleri arasında da yer verilmektedir. Kurumsal gelişimin sağlanması açısından öğretmen eğitim programlarının revizyonu, sağlık personeline yönelik eğitim programlarının revizyonu, sürekli eğitim programları, yurt içi ve dışı eğitim bursları, eğitim materyallerinin basılması, istatistiksel veri tabanı sisteminin geliştirilmesi planlanmaktadır. Merkezi sağlık kurumlarının kapasitelerinin geliştirilmesi için yönetim bursları, çalışma gezileri, araştırmalar düşünülmüştür.

Proje'nin iki büyük bileşeni vardır:

1- İllerdeki sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu ve güçlendirilmesi: Sağlık hizmetlerinin gereksinimi olan bölgelere yaygınlaştırılması, 15 adet sağlık programının

Tablo 1. Sağlık Projesi bütçesinin iş kategorilerine dağılımı

Kategori	Dünya Bankası		Türkiye Cumhuriyeti		Toplam	
	Dolar	%	Dolar	%	Dolar	%
İnşaat işleri	9.3	17.7	43.6	82.3	52.9	36.0
Malzeme	43.3	80.0	10.8	20.0	54.1	36.8
Donanım	-	-	11.5	100.0	11.6	7.9
Motorlu araç	9.4	70.0	4.0	30.0	13.4	9.1
Teknik danışmanlık	4.8	100.0	-	-	4.8	3.2
Yurtdışı burs	2.6	100.0	-	-	2.6	1.8
Lokal eğitim	4.0	80.0	1.0	20.0	5.0	3.4
Kitap, vb	1.1	90.0	0.1	10.0	1.2	0.9
İzleme-denetim	-	-	0.6	100.0	0.6	0.4
Proje hazırlık	0.6	100.0	-	-	0.6	0.4
Toplam	75.0	51.2	71.6	48.8	146.6	100.0

1- Sağlık Projesi'nin İçeriği, Amaçları Proje'nin amaçları;

1- Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak,

2- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemleri almak,

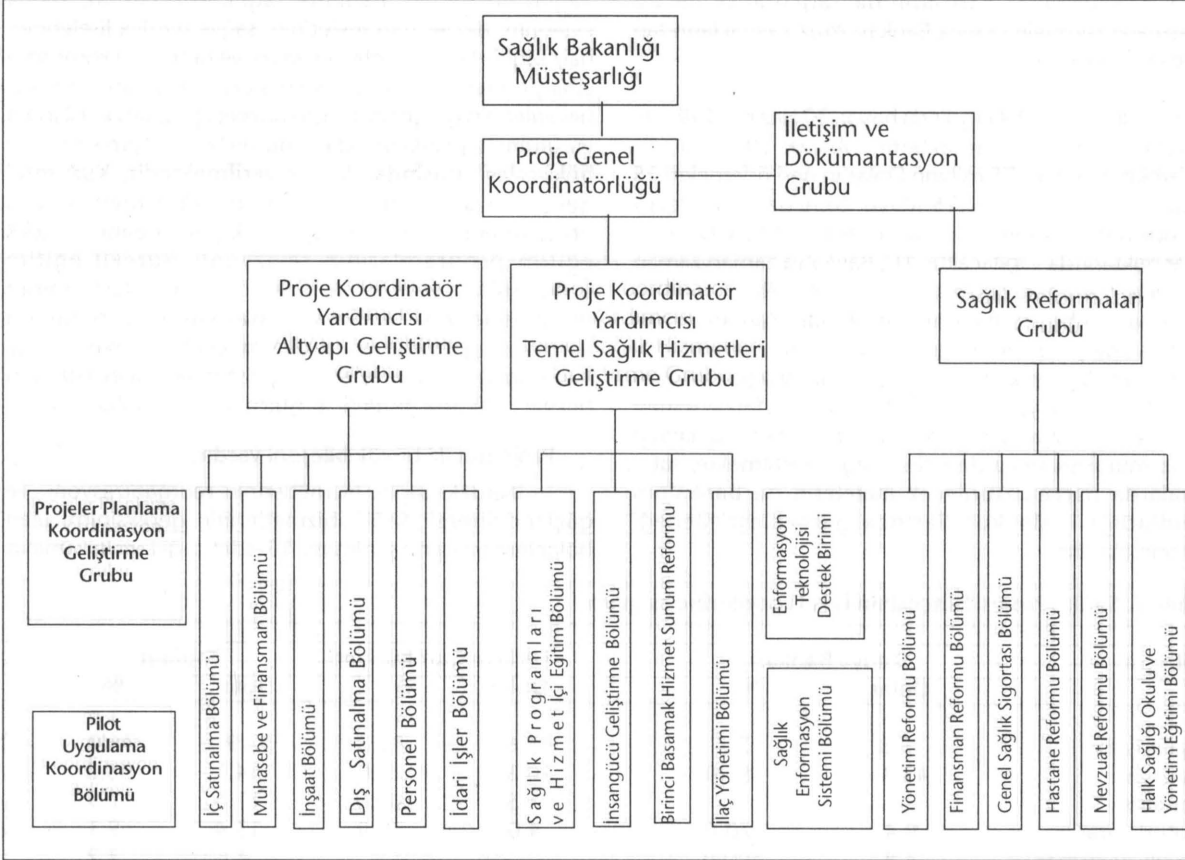
3- Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmektir. Uzun erimli amaç ise yüksek kalitede ve kısmen kendi kendisini destekleyen bir sağlık bakım sisteminin kurulmasıdır. Bunun önündeki en önemli engel Sağlık Bakanlığı'nın sınırlı kapasitesi olarak saptanmıştır (World Bank 1990: 2). Sıralanan ilk üç amaç sağlık sisteminin fiziksel, kurumsal ve yönetsel alt yapısını geliştirmeye yöneliktir. Uzun erimli denileni ise doğrudan sağlık reformlarını ifade etmektedir.

Bu amaçlara ulaşmak için sağlık hizmetleri, kurumsal gelişim ve merkezi sağlık kurumlarının kapasitelerinin

uygulanması, yönetimin güçlendirilmesi, sevk sisteminin güçlendirilmesi, sağlık kurumlarının inşası ya da tamiri, alet ve cihazların alınması, sağlık personelinin daha iyi dağılımının sağlanması, hizmet içi eğitim, ilkökul öğretmenlerinin sağlık eğitiminin gerçekleştirilmesi. Sözü edilen 15 program ana çocuk sağlığıyla ilgilidir ve birinci basamakta zaten yürütülmekte olan hizmetlerle çıkan programlardır.

2- Üç alt bileşenle kurumsal gelişimin sağlanması: Sağlık insan gücü gelişimi, yönetim enformasyon sisteminin geliştirilmesi, merkezi yönetimin desteklenmesiyle. Kurumsal gelişim denildiğinde yönetim reformu da kastedilmektedir. Yönetim reformu içinde hizmetlerin il düzeyinde desantralize edilmesi de vardır. il düzeyinde desantralizasyonla sağlık ocaklarına ve bölge hastanelerine kendi kaynaklarının yönetiminde daha fazla sorumluluk verilmesi düşünülmektedir. Kaynak denildiğinde de kullanıcı ödentileri finansman sisteminde dahil edilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Organizasyon Şeması



Sağlık Projeleri'nin bütün organizasyonel ve operasyonel sorumluluğu Proje Genel Koordinatörlüğü'ne aittir. Koordinatörlük 1991 yılında kurulmuş ve 1992 tarihinde organizasyon şeması kesinleştirilerek Bakanlık makamına bildirilmiştir (31.7.1992 tarihli resmi yazı). Buna göre Proje Genel Koordinatörü Müsteşara bağlı olarak çalışmaktadır. Kendisine bağlı üç tane Koordinatör Yardımcısı vardır. Koordinatör Yardımcıları'na da çalışma birimleri bağlıdır. İnşaat işleri bölümü, satın alma bölümü, muhasebe ve tahakkuk bölümü ve destek hizmetleri bölümü gibi destek birimlerden bir koordinatör yardımcısı sorumludur.

Sağlık enformasyon sistemi bölümü, finansman reformu bölümü (genel sağlık sigortası ve sektör genel finansman birimleri olarak), hizmet sunumu bölümü (yönetim reformu, mevzuat reformu, hastane reformu, 1. Basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, ulusal sağlık akademisi birimleri olarak) 2. Koordinatör Yardımcısı'na bağlıdır.

İnsan gücü geliştirme bölümü, sağlık programları hizmet içi eğitim bölümü ve yönetim destek bölümü de 3. Koordinatör Yardımcısı'na bağlıdır. Böylece Koordinatörlük destek hizmetleri ve sağlık reformlarına yönelik çalışmaları gerçekleştirecek iki ana yapıdan oluşmaktadır. Bu tarihte Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna

ve Proje Genel Koordinatörü de Dr. Serdar Savaş'tır. Daha sonradan Proje Genel Koordinatörlüğü'nün organizasyon şeması aşağıdaki gibi geliştirilir. Bu şemada sağlık reformlarının etkisi daha belirgin biçimde izlenebilmektedir (Sağlıkta Strateji Dergisi Nisan 1993: 3).

Proje sıralanan amaçları doğrultusunda çeşitli yayınlar da çıkarmıştır. Bunlardan önemlileri, Hastane Bilgi Sistemleri, Kadın Yöneticiler ve Sağlık Bakanlığı Teşkilatına Dağılımı, Sağlık Bakanlığı Kültür Araştırması, Avrupa'da Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin İdari ve Mesleki Gelişimi, Türkiye Sağlık Harcamaları, Finansmanı, 1994-1998 arasında çıkartılan Sağlıkta Strateji Dergisi'dir.

1. Sağlık Projesi'ne İlişkin Gerçekleşme Oranları

1. Sağlık Projesi'nin son yılına girilirken (1995 yılı sonu itibarıyla), Proje'de yer alan tüm inşaatların ihale bedelleri üzerinden gerçekleşme oranı %60'tır. Yapılması planlanan beş adet devlet hastanesinin tamamlanma oranları Ankara-Polatlı için %30, Muğla-Milas için %65, Sivas Suşehri için %36, Muğla-Fethiye için %15, Ankara-Haymana için %13'tür (Sağlıkta Strateji Dergisi, Aralık 1995). İnşaatların son aşamalarındaki gerçekleşme oranlarının daha yavaş gelişeceği düşünülürse, 4 yıllık dönemde ulaşılan bu düzeyin geri olduğu söylenebilir.

2. Sağlık Projesi

2. Proje'nin hazırlıkları 1992-93 yıllarında yapılmıştır. Proje'ye ilişkin İkraz Anlaşması 3805-TU nolu olarak TC Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 28.9.1994 tarihinde imzalanmış, 22.12.1994 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmıştır (No 22149). Zaman olarak 1995-2001 tarihlerini kapsamaktadır. Yürütüleceği bölge Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Turceli, Urfa, Şırnak ve Van illeridir. Bütçesi 200 milyon Dolar olup, 150 milyon Dolar'ını Dünya Bankası kredi olarak finanse edecektir. Proje kaynaklarının %32'si inşaat, %22.1'i tıbbi teçhizat, %5.2'si taşıt, %1.8'i mobilya, %15.9'u danışmanlık, %2.9'u yurtdışı eğitim, %8.7'si yerel eğitim olarak planlanmıştır (Sağlıkta Strateji Dergisi Aralık 1994: 3). 2. Proje'deki teknik danışmanlık harcama oranının (15.9), ilkindeki orandan (3.2) çok fazla oluşu dikkat çekicidir. Bu veri de Proje kapsamındaki Sağlık Reformu çalışmalarının ağırlığının zaman içinde arttığı biçiminde yorumlanabilir.

2. Sağlık Projesi'nin İçeriği, Amaçları

Bu Proje'nin amaçları da ilk Proje'nin amaçlarıyla önemli derecede benzerdir: 1- Proje illerinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını, erişilebilirliğini artırmak. 2- Sağlık hizmeti sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak, Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatında yönetim kapasitesini geliştirmek ve sağlık reformları hazırlık çalışmalarını desteklemek.

2. Sağlık Projesi de iki ana bölümden oluşmaktadır: Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile sağlık politikaları ve yönetiminin geliştirilmesi. Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından toplumun sağlık eğitiminin sağlanması, temel sağlık hizmetlerinin müdahale alanlarının belirlenmesi, alt yapının geliştirilmesi (yeni inşaatlar, onarımlar, bilgisayar desteği, taşıt alımları gibi), sağlık personelinin hizmet içi ve uyum eğitimlerinin sağlanması, sağlık programlarının güçlendirilmesi ve geliştirilmesi, temel sağlık hizmetlerini izleme, değerlendirme ve denetim çalışmaları anlaşılmaktadır.

Proje kapsamındaki ikinci ana bölüm sağlık politikaları ve yönetim geliştirmedir. Bu başlık altında yönetim eğitimi, hastane yönetiminin yeniden yapılandırılması, bilgisayara dayalı yönetim enformasyon sistemlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuna yönelik araştırmaların gerçekleştirilmesi (ulusal hastalık yükü-maliyet etkinlik araştırması, ulusal sağlık hesapları çalışması gibi) faaliyetleri yer almaktadır.

2. Sağlık Projesi Kapsamında Şimdiye Kadar Gerçekleştirilen Faaliyetler

Proje kapsamında temel sağlık hizmetleri hizmet içi eğitimi, sağlık programları, temel sağlık hizmetlerini izleme, değerlendirme, denetim, sağlık enformasyon

sistemleri, hastane yönetimlerinin yeniden yapılandırılması, sağlık ekonomisi ve analizleri, sürdürülebilir finansman eğitimi başlıklarında pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir.

Hastane yönetimi ile ilgili olarak Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu ve bağlı yönetmeliklerin taslakları hazırlanmıştır. Hastanelerde işletme ve yönetim kapasitelerinin değerlendirilmesi için Hastane Değerlendirme Matrisi oluşturulmuştur. Hastaneler/Sağlık İşletmeleri ve Sağlık Müdürlükleri arasında imzalanacak kontratların taslakları hazırlanmıştır. Sağlık ekonomisiyle ilgili olarak Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı kitapları yayınlanmıştır.

Tablo 2. Sağlık Projesi'nde mali gerçekleştirmeler

Yıl	Mali Gerçekleşme		Taahhüt Edilen	
	Milyon dolar	%		%
1996	7.9	4		40
1997	14.2	7		70
1998	15.5	8		80
1999	2.3	1		90
2000	7.4	3		100

17 Ağustos 1999 depremi sonrasında, deprem bölgesine gelen Dünya Bankası Sağlık Sektörü ekibi TC hükümetince istenen acil sağlık hizmetleri için tahminen 37 milyon Dolar gerekeceğini belirlemiştir. Bu kapsamda uygulanması süren Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ve 2. Sağlık Projesi ikrazlarında değişiklikler yapılması kararlaştırılmıştır. 2. Sağlık Projesi'nden 22.5 milyon Dolar Marmara Depremi Acil Yardım Programı çerçevesinde kullanılmak üzere kaydırılmıştır.

2. Sağlık Projesi'nde de kaynaklarının kullanımı bakımından gerçekleşenlerle taahhüt edilenler arasında büyük açık vardır.

1. ve 2. Sağlık Projeleri'nin içerik, kapsam ve amaçları birbiriyle benzerdir. Bu nedenle 2. Projeyi ilkinin devamı ve diğer 23 il'e yaygınlaştırılmış biçimi olarak ele almak yanlış olmayacaktır. Her iki Proje'de de sağlık hizmetlerinin alt yapısının geliştirilmesi ve yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi ana bölümleri oluşturmaktadır. Ancak bütün bunların dışında Sağlık Projeleri'nin en önemli amacı sağlık reformlarının planlanması, başlatılması, uygulanması ve bunlar için gerekli maddi, politik ve hukuksal olanakların sağlanmasıdır. Projeler'in alt yapı ve yönetim kapasitesinin geliştirilmesiyle ilgili bölümleri proje uygulama bölgelerini ilgilendirirken, proje kapsamında ele alınan sağlık reformları bütün Türkiye'yi ilgilendirmekte, Türkiye sağlık sisteminin tüm boyutlarında köklü, kalıcı değişiklikler gerçekleştirmeyi öngörmektedir. Alt yapı ve yönetimle ilgili bölümler Proje'nin teknik boyutunu oluştururken, sağlık reformları ile ilgili bölümleri ideolojik ve politik yönünü ifade etmektedir. Bütün bu nedenlerle sağlık reformlarının Proje'nin esası olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Teknik yönlerin politik esasın uygulanmasını sağlamaya yönelik tahkimatı oluşturmak amacını taşıdığı ortadadır.

Sağlık Reformu Süreci

Türkiye'de sağlık reformu sürecinde atılan temel adımlar şu şekilde sıralanabilir:

1-1989-1991 DPT Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü (Ana Model ve Strateji),

2- 1991 1. Sağlık Projesi (ilk araştırmalar, ön tasarım),

3- 1991 Türkiye sağlık reformu tasarım çalışmaları,

4- 1992 1. Ulusal Sağlık Kongresi,

5- 1993 sağlık reformu ilk yasa tasarıları ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi,

6- 1994 nihai tasarım, yasa tasarılarında revizyon, hükümet onayı, yasa tasarılarının TBMM'e sunulması,

7- 1995 TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşmeler, 2. Sağlık Projesi,

8- 1995 Sağlık Reformu Paketi'nin 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Uygulama Takvimi'nde yer alması,

9- 1996 Sağlık Finans Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Sistemleri çalışmalarının eşgüdümü,

10- 1996 yasa tasarılarının, Maliye, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Hazine, DPT Müsteşarlıkları ve SSK ile görüşülerek mutabakata varılan versiyonlarının oluşturulması,

11- 1996 Sağlık Reformu ve Sağlık Finansmanı Kurumu Modeli'nin özel sigorta şirketleri ile görüşülerek tanıtılması ve teknik özellikleri ile kapsam anlamında görüşmeler,

12-1997 Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik olarak Kişisel Sağlık Sigortası oluşturulması ve sağlık sistemindeki alt yapı faaliyetlerinin desteklenmesi ile eş zamanlı olarak ele alınması,

13- 1998 Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı üzerinde mutabakat metninin hazırlanması,

14- 1998 Kişisel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı'nın Bakanlar Kurulu'na sevk (18 Mayıs 1998),

15-1998 KSS Kanunu Tasarı Taslağı'nın Bakanlar Kurulu'nda tartışılması (9 Haziran 1998),

16- 1998 KSS Kanun Tasarı Taslağı'na son şeklinin verilmesi (15 Haziran 1998),

17- 1998 KSS Kanun Tasarı Taslağı'nın TBMM'nde grubu bulunan siyasi partilere tanıtımına başlanması (16 Haziran 1998),

18- 1998 KSS Kanun Tasarısı'nın TBMM Başkanlığı'na sunumu (1 Temmuz 1998),

19-1999 KSS Kanun Tasarısı'nın 18 Nisan 1999 milletvekili seçimleri nedeniyle kadük kalması.

Türkiye Sağlık Reformlarının İçeriği

Yukarıdaki kısa özetten de görüldüğü gibi sağlık reformlarının kuramsal, politik alt yapısının hazırlığı 1991-1993 aralığında tamamlanmıştır. 1992 yılının Şubat ayı

içinde Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı adlı bir metin yayınlanmış ve bu metin bir sonraki ay sağlık reformu çalışmalarının tartışmaya açılacağı çevrelere dağıtılmıştır. Dokümanın Yıldırım Akbulut imzasını taşıyan önsözünde, metnin reformun ana hatlarını içerdiği belirtilmekte ve "iktidarı, muhalefeti, meslek teşekkülleri, üniversiteleri, sendikaları, dernekleri, resmi ve özel kuruluşları, basın sektörü, tüm gerçek ve tüzel kişileri ile toplumumuza sesleniyoruz: Konuşalım, tartışalım, halkımız ve ülkemiz için hep birlikte en güzelini yapalım" denilmektedir. Bu doküman hem reform çalışmalarının kamuoyuna yansıyan ilk derli toplu metnidir, hem de dışa açık bir tartışma çağrısı niteliğindedir.

Çerçeve Taslağı'nda reform paketi 7 başlıkta toparlanmaktadır: Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, hizmet sunumunda reform, yönetim yapısında reform, sağlık insan gücü reformu, Ulusal Sağlık Akademisi'nin kurulması, sağlık enformasyon sisteminin kurulması ve hizmetlerin finansmanında reform (s. 9). 7 başlık içinde en önemlilerinin hizmet sunumu, hizmet finansmanı ve yönetim reformları olduğu görülmekte ve diğerlerinin bu üç alandaki değişiklikleri destekleyecek çalışmalar olduğu anlaşılmaktadır.

Hizmet sunumu reformu birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması ile kamu hastanelerinin özertleştirilmesi, zaman içinde de özertleştirilmesi biçiminde gerçekleştirilecektir. Sağlık Bakanlığı ise standart ve norm belirleyici işlevleri üstlenerek, doğrudan hizmet üretmeyecektir. 224 sayılı yasanın kırsal alandaki örgütlenmesi korunacaktır. Dolayısıyla aile hekimliği sistemi kentlerde kurulacaktır. İlçe merkezlerinde kamu sağlığı merkezleri oluşturulacak, bunlar aile hekimlerine lojistik destek verecek, sağlık hizmetlerinin planlanmasında görev alacaklardır. Aile hekimleri ayaktan tedavi edici hizmetleri ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini üretecektir. Sağlık ocakları da kamu sağlığı merkezlerine bağlı olacaktır. Serbest çalışan uzman hekimler sigorta kuruluşları ile anlaşarak aile hekimlerinin sevk ettiği hastalara ikinci basamak tedavi hizmetlerini sunabilecektir. Buradaki amaç özel muayenehanelerin kamusal kontrol altına alınabilmesidir. Özertleştirilen hastanelerin yönetiminde, bulunduğu çevrenin, meslek birliklerinin, hastane çalışanlarının temsilcileri çalışabilecektir. Hizmet sunumu reformu için kullanılan gerekçeler 224 sayılı yasanın kentlerde yetersiz kalması, mevcut durumyla hastanelerin verimsiz işlemesi, Sağlık Bakanlığı'nın bürokratik yapısıdır (s. 10-13).

Yine 1992 yılı başlarında ay belirtilmeden Sağlıkta Mega Proje adıyla basılan bir başka dokümanda (1992: 2-3) kentsel alandaki sağlık ocaklarında çalışan hekimlere kişi başı ödeme ile ürettikleri genel halk sağlığı hizmetleri için ayrıca ücret verileceği belirtilmektedir. Aile hekimlerinin ücretlendirilmesi ise genel bütçeden karşılanacak sabit bir taban ücrete, sosyal güvenlik kuruluşlarından aktarılacak kişi başına ücretin eklenmesiyle olacaktır. Bireyler herhangi bir aile hekimine başvurabilecektir. Özertleştirilen hastaneler kendi yönetim yapılarını

oluşturacaklar, kendi personelini istediği sınıftan, istediği sayıda işe alabilecek ve personeli sözleşme ile istihdam edeceklerdir. Hastaneler sundukları hizmetin karşılığı olan ödemeleri Bölge Sağlık İdareleri ile yaptıkları sözleşme çerçevesinde alacaklardır (1992: 2-4/2-6).

Hastanelerle ilgili planların ayrıntıları 1997'de hazırlanan ilgili yasa tasarı taslağındadır. Değişiklikler Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri'ne ait sağlık kuruluşları hariç bütün hastaneleri içermektedir. Sermaye şirketleri, vakıflar da hastane kurup, işletebilecektir. Her türlü hastane Sağlık Bakanlığı'nın izni ile kurulabilecektir. Kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri sağlık işletmesine dönüştürülebilecektir. İşletmenin genel direktörü, yönetim kurulu ve işletme komitesi olacaktır. Bu yapılar içinde en katılımcı olanı yönetim kuruludur. Kurulun üyeleri tıbbi hizmetler müdürü, işletme müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü, vali tarafından atanacak il özel idaresi temsilcisi, vali tarafından atanacak Maliye Bakanlığı il örgütü temsilcisi ile il genel meclisinin kendi üyeleri arasında seçeceği bir kişidir. Bu yapının ilk çalışmalarında sözü edilen "demokratik" işleyişle ve çalışanları ve bölge halkını temsil etmekle ilişkisinin olmadığı ortadadır. Genel direktör Bakan tarafından atanacaktır. İşletmelerde çalışacak personel 1475 sayılı İş Kanunu'na tabi olacaktır. Böylece sağlık çalışanlarının iş garantisi de ortadan kaldırılmaktadır. Sağlık işletmeleri blok satış yöntemiyle ve en az 10 yıl hastane olarak işletilmek koşuluyla özelleştirilebilecektir (Sağlık Bakanlığı, 1997).

Aile hekimliği konusunda da sonradan hazırlanan yasa tasarı taslağında kimi netleşmeler sağlanmıştır. Aile hekimleri en fazla 3000 kişilik nüfustan sorumlu olacaktır. Her aile hekimi, yanında 1475 sayılı yasaya tabi bir ebe ve hemşire çalıştıracaktır. Aile hekimliği yapabilmek için aile hekimi uzmanı olmak ya da standartları Bakanlık ve TTB tarafından ortaklaşa saptanan mezuniyet sonrası eğitimi başarıyla tamamlamış olmak gerekir. Aile hekimi kamu sağlığı merkezine karşı sorumlu olacak ve ayrıca serbest hekimlik yapamayacaktır. İl sağlık müdürlüklerinde döner sermaye işletmeleri kurulacak ve gelirlerinden personele pay dağıtılacaktır (Sağlık Bakanlığı 1997b).

Hizmetin finansmanı genel sağlık sigortası ile sağlanacak, hizmet üreticisi kurumlarla, hizmeti finanse eden kurumlar birbirinden ayrılacaktır. Bunun nedeni, hizmet üreten özerk kurumları rekabete sokmak, sigorta kurumu aracılığıyla rekabet eden kurumlardan hizmet satın almaktır. Bu modelin arkasındaki temel düşünce rekabetin sağlık kurumlarını kaliteyi artırma ve fiyatları düşürme yönünde motive edeceğidir. Genel sağlık sigortası fonu sisteme katılan (katılım zorunludur) vatandaşlardan alınacak primlerle finanse edilecek ve sistem alkole, sigaraya, çevreye zararlı endüstri alanlarına konulacak ek vergiler ve genel bütçeden yapılacak aktarma ile desteklenecektir. Ayrıca bireyler aile hekimine başvurduklarında ve röntgen, laboratuvar ve hastane hizmetlerini kullanırlarken bir miktar katkı payı da ödeyeceklerdir. Finansman reformunun gerekçeleri verimliliğin, kalitenin artırılması, ek kaynak yaratılmasıdır.

Sistem öncelikle halen herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayanları kapsayacaktır. Uzun erimde ise bütün sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilecektir.

1999 yılına kadar herkesin bir sigorta sisteminin kapsamına alınmış olacağı belirtilmektedir. SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi diğer kamu sigortası kuruluşları da korunmakta ve özel sigorta şirketlerine üye olanların sayısının artacağı beklenmektedir. Sigortanın teminat paketi birinci basamak sağlık hizmetlerini, birinci basamaktan sevkle gitmek koşuluyla ikinci basamak ayaktan ve yataklı tedavi giderlerini, ilaç ve diş tedavisi masraflarının bir kısmını içerecektir. Ayakta yapılan tedavilerde, verilen ilaç bedellerinin %50'den fazlası olmamak koşuluyla ilaçta hasta katılım payı alınacaktır. Bireylerin sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için en az üç ay prim ödemiş olmaları gerekir. Yeşil kartlılardan prim alınmayacaktır. Ortalama bir SSK üyesinden daha yüksek geliri olanlar aktüeryal primin %100'ünü ödeyecektir. Bu iki gelir düzeyinin arasında geliri olanlar, sisteme aktüeryal primin değişik oranlarında katkıda bulunacaktır (Sağlık Bakanlığı 1992: 2-7/2-16). Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarla bu son nokta şu şekilde netleştirilmiştir: Asgari ücretin 1.2 kat ve altında aylık hane gelirine sahip olanlar prim ödemeyecektir. Daha sonradan 1997 yılında hazırlanan yasa tasarı taslağında bu oran %10 (1994 fiyatlarıyla, aylık hane başına 2.7 Dolar) olarak bir kez daha değiştirilmiştir. Asgari ücretin 1.2-1.6 kat geliri olanlar primin %25'ini (1994 fiyatlarıyla, aylık hane başına 113 000 TL, 6.6 Dolar) ödeyeceklerdir. Asgari ücretin 1.6-2.0 kat geliri olan haneler primin %50'sini (1994 fiyatlarıyla, aylık hane başına 226 000 TL, 13.2 Dolar) ödeyeceklerdir. Asgari ücretin 2.0-2.4 kat hane geliri olanlar primin %75'ini (1994 fiyatlarıyla, aylık hane başına 339 000 TL, 19.7 Dolar) ödeyeceklerdir. Nihayet asgari ücretin 2.4 kattan fazla geliri olan haneler primin %100'ünü (452 000 TL, 26.4 Dolar) ödeyeceklerdir. Aynı yıl için asgari ücret 4 200 000 TL (244 Dolar) kadardır. Toplumun %34'ünün hiç prim ödeyemez durumda olduğu, %14'ünün %25, %12'sinin %50, %10'unun %75 ve %30'unun da %100 prim ödeyebilecek gelir düzeyinde oldukları tahmin edilmektedir. Bu durumda her bir birey için bir devlet memuru kadar yıllık sağlık harcaması yapılacağı varsayılırsa (1994 fiyatlarıyla 1.5 milyon TL, 87.2 Dolar), toplam sağlık harcaması 33.1 trilyon TL (1.92 milyar Dolar) olmakta, bunun 15.2 trilyonunun prim olarak toplanacağı hesaplanmakta ve sisteme devletin 17.2 trilyon katkı koyması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Hane gelirleri hesaplanırken bütün kira, faiz, temettü, ücret gelirleri, ticari, sınai, zirai gelirler dikkate alınır. Bireyler özel sağlık sigortalarına da üye olabilirler. Bu durumda özel sağlık sigortaları topladıkları primleri Sağlık Finansmanı Kurumuna aktarırlar (Sağlık Bakanlığı 1997a).

Yönetim alanında öngörülen değişikliklerin temelinde ise bölge sağlık idarelerinin oluşturulması ve bu yapıların desantralizasyonla uyumlu biçimde örgütlenmesi bulunmaktadır. Desantralizasyonun bölgesel

gereksinimleri karşılama daha etkili olacağı varsayımı bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 1992: 18). Görüldüğü gibi sağlık reformlarının sağlık sistemimizde planladığı değişiklikler 1990'ların başından itibaren Dünya Bankası ve DSÖ tarafından gündeme getirilen çerçeveye bütünüyle uyum içindedir.

Sağlık Reformları Sürecine İlgili Tarafların Katılımı

1. Ulusal Sağlık Kongresi sağlık sistemine yönelik bu değişiklik planlarıyla düzenlendi. Amacı sağlık reformlarının ilgili taraflarca tartışılmasını ve sonuçta reform stratejilerine son şekillerinin verilmesini sağlamaktır. Yukarıda da değinildiği gibi Kongre'ye üniversitelerden ve ilgili meslek, demokratik kitle örgütlerini ve sendikaları temsil eden kalabalık bir grup (477 kişi) katıldı. Bütün katılımcılara Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı ile birlikte Çalışma Grupları Tartışma Soruları (Şubat 1992a) adlı doküman daha önceden dağıtılmıştı. Tartışma Soruları ile Bakanlığın reform önerileri ve gerekçeleri grup tartışmalarına olanak tanıyacak biçimde sorulaştırılmıştı. TTB, Kongre sürecinde olabildiğince etkili olabilmek için geniş katılım kararı aldı ve önem verdiği hemen bütün gruplarda temsiliyetini sağladı.

1. Ulusal Sağlık Kongresi 23-27 Mart 1992'de Ankara'da gerçekleştirildi. Kongre'de reform başlıklarıyla birlikte kanserden beslenmeye, ana sağlığından GAP ve sağlığa kadar uzanan bir dizi konu toplam 34 grupta tartışıldı. Sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili olarak 8 grup tartışması gerçekleştirildi. Gruplar sağlık sigortası, aile hekimliği, hastanelerin özerkleştirilmesi-özelleştirilmesi, yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi gibi konuları ayrıntılı olarak değerlendirdiler.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetim yapısının ele alındığı grup, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından ve tek elden planlanıp, yürütülmesi gerektiğini saptadı. Bunun yanı sıra desantralizasyon ilkesini de benimsediğini belirterek, il düzeyinde devolusyon, hastaneler için de delegasyon türü desantralizasyon önerisinde bulundu. Her ilde il sağlık kurumlarının kurulmasını önerdi. İl sağlık kurulu o ildeki sağlık hizmetlerini planlayıp, programlayacak, denetleyecek, ek kaynaklar bulacaktı. Kurulda Sağlık Müdürlüğü, Belediye, meslek örgütü temsilcileri bulunacaktı. Grup ayrıca Bakanlığın icracı birimlerinin kaldırılması gerektiğini belirtti. Sağlık yöneticilerinin halk sağlığı ya da sağlık yönetimi alanında uzmanlaşmış kişiler olması gerektiğini belirledi (Sağlık Bakanlığı Mayıs 1992: 141-148).

Temel sağlık hizmetleri çalışma grubu birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini ele aldı. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerindeki "başarısızlığın" teorik yapısındaki eksiklik ya da yanlışlardan değil, uygulamadaki hatalardan kaynaklandığını saptadı. Bakanlığın önerdiği aile hekimliği sistemini "geriye gidiş" ve "çağdaş sağlık anlayışına aykırı" olarak niteledi. Aile hekimliği uzmanlarının temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak eğitilmesi ve kent tipi sağlık ocakları ile semt

polikliniklerinde istihdam edilmesi gerektiğini önerdi. Sosyalleştirme yasaının geliştirilmesi için önerilerde bulundu. Bu grupta geliştirilen bu görüşlere, toplam 17 katılımcıdan Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği temsilcisi ile İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yıldız Tümerdem muhalefet şerhi koydular (Sağlık Bakanlığı Mayıs 1992: 187-191).

Hastanelerin tartışıldığı grup özelleştirmeden söz etmeksizin özerk ve işletmeleştirilmiş hastane yapısı önerisi geliştirdi. Hastanelerin yerinden yönetilen, merkezden denetlenen, iç yönetiminde demokratik kurumlara dönüştürülmesi gerektiğini belirtti. Bu gruptaki toplam 22 katılımcının altısının özel hastanelerden gelmesi dikkat çekiciydi (Sağlık Bakanlığı Mayıs 1992: 193-201).

Sağlık reformlarının yapısal nitelikli olanlarının tartışıldığı gruplar içinde yalnızca sağlık hizmetlerinin finansmanının tartışıldığı grupta TTB'nin temsilcisi yoktu. Grup, ağırlıklı olarak Bakanlık, kamu sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta şirketlerinin temsilcilerinden oluşuyordu. Bu grup finansmanda primle beslenecek genel sağlık sigortası önerisini kabul etti. Devlet memurlarından da prim alınması gerektiğini ve prim ödeme gücü olmayanların primlerinin genel bütçeden ödenmesi gerektiğini belirtti (Sağlık Bakanlığı Mayıs 1992: 45-49).

Çalışma gruplarının tartışmalarının sonucu şu şekilde özetlenebilir: Kongre'ye gidilirken Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemimizin değiştirilmesiyle ilgili yapısal nitelikli üç önerisi vardı: Aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özelleştirmeye uzanacak şekilde özerkleştirilmesi. Grup tartışmaları sonucunda, bunlardan aile hekimliği reddedilmiş, genel sağlık sigortası kabul edilmiş, hastaneler konusunda ise özelleştirmeyi dile getirmeyen özerkleştirme önerisi geliştirilmiştir.

Mayıs 1992 tarihinde Bakanlık Kongre Çalışma Grupları Raporları ile birlikte Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı ismini taşıyan ve Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı'nın geliştirilmiş biçimi niteliğindeki bir kitapçık yayınladı. Kitap Kongre'deki tartışma düzenine uygun 30 başlık altında (altı tanesi sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına ayrılmış olarak) düzenlenmişti. Önsöz'de Bakan Yıldırım Aktuna "...doküman sadece hükümetimizin değil bütün halkımızın ürünüdür." diyerek Kongre çalışmalarına atıfta bulunuyordu. Oysa Taslak Dokümanda sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına yönelik reform stratejileri, Kongre öncesinde Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı ile kamuoyuna ve katılımcılara duyurulanlarla aynıydı (Sağlık Bakanlığı Mayıs 1992a). Bakanlık Taslak Doküman'da, Kongre'de sanki hiçbir şey tartışılmamış gibi aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve özerkleştirme-özelleştirme görüşlerini koruyordu. Oysa en azından aile hekimliği ve hastanelerin özelleştirilmesiyle ilgili önerilerin değiştirilmesi beklenirdi.

Sonradan, Kongre karar ve görüşlerine ilişkin olarak yapılmış bu saygısızlığın ötesinde, Bakanlığın bir biçimde DSÖ'nü de yanılttığı ortaya çıktı. Nitekim DSÖ Aralık

1992'de yayınladığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Yorumlar başlıklı kitapçıkta Taslak Doküman'ı uzun süreli ve sürekli bir konsensus sürecinin ürünü olarak niteliyordu (WHO 1992: 1). Belki de, Taslak Doküman'da kendi görüşlerini bulan DSÖ sürecin bir konsensusla sonuçlandırıldığına inanmak ya da bu izlenimi özellikle yaratmak istiyordu. DSÖ, ayrıca, kendi hesabına çalışanların nüfusun önemli bir kısmını oluşturduğu Türkiye gibi bir ülkede genel sağlık sigortasını oluşturmanın gücüne dikkat çekiyordu. Taslak Doküman'ın temel sağlık hizmetleri başlığının değerlendirildiği bölümde sağlık çalışanlarının sağlık sistemi değişiklikleri sürecine katılımının gerektiğini belirtiyor; hastanelerin özelleştirilmesi/özerkleştirilmesi konusunda ise hiçbir yorum yapmıyordu (bu bölüm "No comment" denilerek geçiliyor) (WHO 1992).

Sağlık Bakanlığı'nın kendi reform stratejileri konusundaki bu ısrarcı tutumu üzerine Kongre katılımcılarının bir kısmı 1992 Mayıs'ından başlayarak kendi görüş ve tutumlarını Bakanlığa ve kamuoyuna açıklamaya başladılar. Özellikle meslek örgütleri ve sendikalar gerek tek tek, gerek ise birlikte çok sayıda basın açıklaması yaptılar. Ancak örgütler içinde reformlar konusunda adından en çok söz edilmesi gerekeni şüphesiz TTB'dir. TTB kendi içindeki çeşitli Kollar aracılığıyla Haziran 1992'den itibaren gerçekleştirdiği kuramsal, politik çalışmalarını Ekim 1992'de yayınladığı "Herkes Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Değerlendirme Raporu" adlı bir kitapçıkla en üst noktaya taşıdı. Bu kitapçıkta kamucu, özelleştirmeyi ve özerkleştirmeyi karşıya alan, genel vergilerle finanse edilen, aile hekimliğini reddedip sosyalleştirme yasasının örgütlenme ilkelerini savunan, sağlık emekçilerinin ve toplumun sağlık sistemine katılımını öne çıkaran görüşlerini, gerekçeleriyle birlikte dile getirdi (TTB Ekim 1992).

TTB içindeki bir grup hekim de benzer nitelikli görüş ve önerilerini Türkiye'yi ve Türkiye sağlık sistemini üretim ilişkileri zemininde ele alarak ortaya koydular. Bu çalışmada sağlık sistemindeki sorunların yalnızca Türkiye'yi değil, dünyayı ilgilendirdiği ve kapitalist sistemin 1970'lerde içine girdiği ekonomik, siyasal krizle ilgili olduğu vurgulanarak, konunun sistem bütünlüğü çerçevesinde ele alınması gereğine ve çözüm için kapitalist üretim ilişkilerinin değiştirilmesi zorunluluğuna işaret ediliyordu (Ardıç F ve Diğerleri 1992).

TTB dışında, Kongre'ye katılan bazı akademisyenler de ortaya çıkan durumla ilgili olarak tepkilerini mektuplarıyla dile getirmişlerdir. Gazanfer Aksakoğlu, Necati Dedeoğlu ve Gürhan Fişek Bakan'a ve Proje Genel Koordinatörü'ne yazdıkları mektuplarla, Bakanlığın Kongre kararlarına aykırı tutumunu protesto etmişler ve aile hekimliği, genel sağlık sigortası modelleri ile özelleştirmenin sakıncalarına ilişkin görüşlerini bir kez daha açıklayarak Sosyalleştirme modelinin uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (mektuplar yazarda bulunmaktadır).

1992 yazında yaşanan bu gelişmeler, esasen, Sağlık Bakanlığı ile kendi dışındaki çevreler arasındaki kopuşun yaşandığı bir sürece işaret eder. Bakanlığın çağrılısı olarak Kongre'ye katılanlar, katılıma açık görünümü bu tutumun aldatmaca olduğunu anlamışlardır. Nitekim Bakanlık 1993 yılı başında Taslak Doküman'ı, bu kez Ulusal Sağlık Politikası olarak yayınlamıştır (Sağlık Bakanlığı 1993).

2. Ulusal Sağlık Kongresi Mart 1993'te böyle bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Bu Kongre'ye Tabipler, Eczacılar ve Diş Hekimleri Birliği ile Tüm Sağlık Sen, Genel Sağlık İş katılmışlar, kongrenin ilk günü ilk Kongre'deki kararların kabul edilmemesi ve Ulusal Sağlık Politikası olarak yayınlanan dokümanın değiştirilmemesi halinde Kongre'ye devam etmeyeceklerini bildirmişler, daha sonra da görüş ve istekleri dikkate alınmayınca Kongre'yi terk etmişlerdir. Sağlık reformları ile ilgili ilk kanun tasarısı taslakları ve gerekçelerinin 2. Kongre'nin hemen sonrasında (31 Mart 1993) yayımlandığı görülmektedir ve bu taslaklar bizim Sağlık Projesi ve sağlık reformu çalışmalarının en yapısal bileşenleri olarak nitelediğimiz konularıyla ilgilidir: Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı (aile hekimliği ve genel sağlık sigortası ile ilgili ilkeler buradadır), Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı (bölge sağlık idareleri bu tasarısı ile oluşturulmakta ve Bakanlığın icracı işlevleri ortadan kaldırılarak, denetim, standart ve norm belirleme ile sınırlandırılmaktadır), Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağı (Sağlık Bakanlığı 31 Mart 1993).

Sonuç: Sağlık Reformları Neyi, Nasıl İstiyor ?

Bu yazıda şimdiye kadar Sağlık Projesi çalışmaları, sağlık reformu sürecinin ana hatları ve sağlık reformlarının içeriği özetlendi. Türkiye sağlık reformlarının içeriğini, hangi sosyal ve ekonomik gelişmelerin, hangi nesnellüğün sonucu olarak ortaya çıktıklarını tartışmak, ne gibi sonuçlara neden olabileceklerini ve çözmeye aday oldukları sorunları çözüp çözemeyeceklerini değerlendirmek yazının amaçları arasında değildi. Bu tür değerlendirmeler hem elinizdeki derginin Sağlık Reformları başlıklı yazısında genel olarak, hem de daha önceden gerçekleştirilmiş çeşitli çalışmalarda daha ayrıntılı biçimde yapıldığı için (Belek İ 1992: 47-49; Ardıç F ve diğerleri 1992; Belek İ 1997: 8-17; Belek H, Belek İ 1997: 44-53; Belek İ 1997: 26-44; Belek İ 2000: 92-108; Belek İ 2001; Soyer A, Belek İ 1998: 339-366). Bu nedenle, okur sağlık reformlarının politik içeriğiyle ilgili ayrıntılı bilgi edinmek açısından bu kaynaklara başvurulmalıdır. Ancak sonuç bölümünü, sağlık reformu sürecinin yanı sıra, reformların içeriğine ilişkin genel saptamalarla bitirmek bir bütünlük oluşturmak ve çerçeveyi eksik bırakmamak açısından yararlı olacaktır. O halde şöyle devam edebiliriz:

1- Türkiye'de sağlık reformu çalışmaları 1990'lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde ve Sağlık Projesi çerçevesinde başlatılmıştır.

2- Sağlık Projeleri'nin iki temel amacının olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki Türkiye sağlık sisteminin (özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinin) kurumsal, insan gücüyle ilgili, yönetsel, enformatik alt yapısını geliştirmektir. İkincisi ise sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi ve sağlık sistemimizin değiştirilmesidir.

3- Sağlık Projesi'nin ilk amacı için söylenecek fazla bir şey yoktur. Ancak hem 1., hem de 2. Projeler'in gerçekleşme oranlarının planlananlara göre geri kalmış olması dikkat çekicidir. Sağlık sistemimizin alt yapısının güçlendirilmesi, geliştirilmesi zaten Bakanlığın görevidir. Bu görevin faizle borçlanılarak müdahale olarak değerlendirilmelidir. Bu müdahale olmaksızın Bakanlığın maliyet muhasebesi, sözleşme, desantralizasyon, sigorta gibi uygulamaları gerçekleştirilmesinin olanağı bulunmamaktadır.

5- Sağlık reformlarının en önemli bileşenleri birinci basamak için aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamaklar için hastanelerin özzerleştirilmesi/özelleştirilmesi ve finansman için de genel sağlık sigortasıdır.

6- Sağlık reformları sürecinin ilk yıllarında Bakanlık dışı açık bir politika izliyor izlenimi vermeye özellikle dikkat etmiş, ancak bu tutumun kamuoyunu yanıltma amacı taşıdığı ilk Sağlık Kongresi sonuçlarının sonraki dönemde dikkate alınmamasıyla açığa çıkmıştır. Sağlık reformlarının üç politik bileşeni ilgili tarafların üzerinde mutabakata vardıkları modeller olmayıp, Bakanlığın en başından beri savunduğu tercihlerdir. Bakanlık 1. Sağlık Projesi ile kendi görüşlerini katılımcılara onaylatmaya çalışmış, ancak ne kitle örgütleri, ne de akademisyenler bu oyuna gelmemişlerdir.

7- Sağlık reformları sürecinin TTB açısından apayrı bir yararı olmuştur. TTB bu süreçten, sağlık politikalarıyla ilgili teknik ve örgütsel birikimini artırarak çıkmayı, diğer kitle örgütlerine öncülük etmeyi başarmıştır.

8- Aile hekimliği sistemi birinci basamakta tedavi edici hizmetlerle, koruyucu sağlık hizmetlerini bölen, hizmet sunumundaki entegrasyonu parçalayan bir yapıya sahiptir. Bu nedenle çağdaş sağlık hizmeti anlayışından uzak düşer. Kimlerin aile hekimliği yapabileceği konusu yasa taslaklarında halen belirsizliğini sürdürmektedir. Aile hekimlerinin bugün aldıkları üçüncü basamak hastane temelli uzmanlık eğitimi birinci basamak hizmetlerinin gereksindiği hekim tipini yetiştirmeye yaramamaktadır. Sevk sistemi Sosyalleştirme yasasında mevcutken ve Bakanlık bu sistemi 40 yıldır uygulamıyorken, aile hekimliği modeli içine yeni bir şeymiş gibi konulmaktadır. Aile hekimliği modeli kentlerde sağlık ocaklarının ne olacağı konusunu de belirsiz bırakmaktadır. Sağlık Bakanlığının sağlık ocaklarını işlevsel kılmak, eldeki olanakları değerlendirmek yerine, "yeni" arayışlar peşine düşmesi, tutumundaki samimiyetsizliğin en açık göstergesidir.

9- Hastanelerin özzerleştirilmesi sağlık hizmetlerinin finansman ve üretim boyutlarını ayırmayı ve sağlık sistemi

içine rekabet, piyasa unsurlarını sokmayı hedefler. Nihai amacı özelleştirmedir. Piyasa ve özelleştirmenin sağlıktaki eşitsizlikleri, sağlık hizmetinin maliyetini ve verimsizliği artırdığı uzun zamandır bilinmektedir. Özzerleştirmenin demokratikleşmeyle de ilgisi yoktur. Nitekim konunun bu yönü sağlık işletmelerindeki yönetim kurulu yapısının bileşiminde de ortaya çıkmıştır. Özzerleştirmedeki amaç devletin sağlıktaki sorumluluğunu azaltmak, hastaneleri ek gelir kaynakları yaratmaya zorlamak, kullanıcı ödentilerini bir finansman mekanizması olarak kurumsallaştırmak, sağlık çalışanları üzerindeki iş yükünü ve işsizlik riskini artırarak emek sömürsünü derinleştirmek, böylece sağlıktaki personel maliyetlerini minimize etmektir. Türkiye'nin geri kalmış bölgelerinde hastanelerin nasıl özzerleştirileceği ve kendi gelir/gider dengelerini nasıl sağlayacakları ayrıca önemli bir sorudur.

10- Genel sağlık sigortasının amacı devlet bütçesinden karşılanmak istenmeyen sağlık hizmetleri için ek gelir kaynağı yaratmaktır. Sistem şu anda herhangi bir sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmayan, kendi hesabına çalışanları hedeflemektedir. Daha sonradan yaygınlaştırılacaktır. Bu kitlenin önemli bir kısmı tarımla geçimini sağlayanlardır. Sigorta primi vatandaş açısından ek vergi demektir. Ek vergi oranının hane geliriyle orantılı biçimde basamaklandırılmış olması sigorta sistemine bir ölçüde eşitlikçi nitelik kazandırsa bile, servet vergileriyle oluşturulacak bir fona göre eşitsizlikçi olduğu açıktır. Asgari ve daha düşük ücretlilerin bile (Türkiye nüfusunun üçte birinden fazla bir kitle), hesaplanmış prim miktarının %10'unu ödeyecekleri bir modelin eşitlikçi etki göstermesi beklenemez. Üstelik basamaklandırma modelinde asgari ücretin 2.4 katından fazla geliri olan herkes (örneğin hemşireler, ebeler, öğretmenler, devlet memurlarının önemli kısmı, hekimler, sermaye sahipleri, ticaretle uğraşanlar, Koçlar, Sabancılar, vb) aynı gelir kategorisinde kabul edilmektedir. Bu anlayışın da eşitlikle ilişkisinin olmadığı açıktır. İlaç katkı paylarının %50'ye kadar çıkarılma serbestliğinin tanınmış olması önemli bir diğer sorundur. Sigorta sistemi aynı zamanda kamu sözleşmesi modeli olarak uygulanacaktır. Hastaneler kendi aralarında rekabet edecekler ve sigorta fonuyla sözleşme yapacaklardır. Bu sistemin hizmet üretiminde gereksiz duplikasyonlara, hizmet kalitesinde düşmelere ya da fiyatların abartılmasına, hastaneler arasında "rekabet"i geçersizleştiren ön anlaşmalara ve oligopol yapıların oluşmasına neden olduğu da bilinmektedir. Öte yandan DSÖ'nün de saptadığı gibi kendi hesabına çalışan ve önemli kısmı tarımda istihdam olan bir toplumda, hele bir de süreklileşmiş ekonomik kriz ortamı mevcutsa sigorta primlerinin toplanabilmesi son derece güç olmaktadır. Nitekim, 1994'te aylık hane prim gideri asgari ücretin %1'i iken, bugün %3'üne ulaşmıştır. Türkiye'de Bağ Kur üyelerinin ancak üçte birinin düzenli prim ödeyebiliyor olması da prim toplamadaki güçlüğün bir diğer kanıtıdır. Bütün bunlar bize finansmanda gelir ve servet vergileri üzerine oturacak bir fon yapısının daha eşitlikçi ve uygun bir seçim olacağını göstermektedir.

Türkiye sağlık sisteminin köklü bir değişikliğe gerek

duyduğu ortadadır. Ancak Türkiye sağlık sisteminin sorunlarının Türkiye'nin sorunlarından kaynaklandığı da açıktır. Türkiye'nin sorunları ise çevre kapitalist ülke olmasıyla ilişkilidir. Türkiye bu pozisyonda kaldığı sürece kalkınma hamlesi gerçekleştirebilmesi, gelir eşitsizliklerini ortadan kaldıracak şekilde bölgesel farklılıkları giderebilmesi, sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik sistemlerine kaynak bulabilmesi olanağı yoktur. Bu durumda, sosyal sektörler söz konusu olduğunda sistem içi tek "gerçekçi" çözüm olarak dolaylı nitelikli ek vergiler gündeme getirilmekte, kamu kaynakları yetersiz gerekçesiyle eldeki kamu kurumlarının satılması yoluna gidilmektedir.

Bütün bu nedenlerle, sağlık hizmetlerinin finansmanında asıl gerekli olan koşul gelir eşitsizlikleri biçiminde yansıyan sınıfsal yapının tümüyle değiştirilmesi, sınıfsal eşitsizliklerin, bunun için de sınıfların ortadan kaldırılmasıdır. Uzun erimli bir süreç olan bu hedefe ulaşabilmek açısından başlangıç noktası da şüphesiz geniş bir kamulaştırma faaliyetidir.

KAYNAKLAR

Ardıç, F., Baytemur, M., Belek, İ. Ve diğerleri (1992), "Sağlık 'Reform Paketi' Neyin Peşinde?", Sorun Yayınları, İstanbul.

Belek, İ. (1992), "Sağlık Bakanlığı 'Reform Paketi' ve Meslek Örgütünün Olması Gereken Tavrı", Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı 52: 47-49.

Belek, İ. (1997), "Türkiye Aile hekimliği Modeli: Herkes İçin Sağlık Perspektifli Bir Değerlendirme"0 ve Hekim Dergisi, 12(78): 8-17.

Belek, H., Belek, İ. (1997), "Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon", Toplum ve Hekim Dergisi, 12(78): 44-53.

Belek, İ. (1997), "Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı", Toplum ve Hekim Dergisi, 12(81): 26-44.

Belek, İ. (2000), "Nasıl Bir Sağlık Sistemi III ? Sigorta Değil, Genel Vergi", Toplum ve Hekim Dergisi, 15(2): 92-108.

Price Waterhouse (1990), "Health Sector Master Plan Study Report on the Current Situation".

Resmi Gazete, 7.10.1990 Tarihli, Sayı 20658.

TTB (Ekim 1992), "Herkes Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Değerlendirme Raporu", Ankara.

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

Sağlık Bakanlığı (Şubat 1992), "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Şubat 1992a), "Çalışma Grupları Tartışma Soruları", Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Mayıs 1992), "Çalışma Grupları Raporları", Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Mayıs 1992a), "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı", Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Mart 1993), "Ulusal Sağlık Politikası", Ankara.

Sağlık Bakanlığı (31 Mart 1993), "Sağlık Reformları ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri", Ankara.

Sağlık Bakanlığı SPGK (1995), "Türkiye Sağlık Sistemi Reformu", Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1997), "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri".

Sağlık Bakanlığı (1997a), "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri".

Sağlık Bakanlığı (1997b), "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri".

Sağlık Bakanlığı hesaplamaları (tarihsiz), "Sağlık Finansmanı Kurumu ve Sağlık sigortası Maliyeti".

Sağlıkta Strateji Dergisi (Nisan 1994), "TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Organizasyon Şeması".

Sağlıkta Strateji Dergisi (Aralık 1994), "2. Sağlık Projesi Başlıyor".

Sağlıkta Strateji Dergisi (Aralık 1995), "1. Sağlık Projesinin Son Yılına Giderken İnşaat Gerçekleşmeleri".

Soyer, A., Belek, İ. (1998), "Türkiye'de Özel ve Kamu Sağlık Sektörü", Dünya'da ve Türkiye'de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi, Bugünü ve Geleceği Sempozyumu Bildiri Kitabı 1. Cilt, İstanbul, s: 339-366.

WHO (1992), "Comments on the Draft Document National Health Policy".

World Bank (1990), "Republic of Turkey Health Project", Report No: 7433-TU.

www.spgk.saglik.gov.tr/tr/2proje.html (Makale içinde kaynağı özel olarak belirtilmeyen Sağlık Projesi bilgileri bu adresten alındı.)