

DOSYA/DERLEME

DSÖ YOL GÖSTERİYOR, HÜKÜMET UYGULUYOR: "SAĞLIK SİSTEMİNDE BENİMSENEBİLECEK TEK ve BASİT BİR PİYASA KAVRAMI YOKTUR"

*Cavit Işık YAVUZ**

Son yirmi yılda Dünya'da ve ülkemizde sağlık hizmeti sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması temelinde yürüyen ve bu anlamda da sağlık sigortaları temelli/ağırlıklı sistemlerin eğilim kazandığı sağlık reformu tartışmaları, çeşitli ideolojik tezlerle sürdürülüyor. Bu tezlerden bazıları, mevcut sağlık sistemlerinde seçme hakkı veren, hizmetin kalitesini yükseltecek olan bir unsur olarak "rekabet" in olmayışının getirdiği kısıtlılıklar, "merkeziyetçilik" in getirdiği bürokratik yapı ve bu yapının neden/sonucu olan hantal, antidemokratik bir unsur olarak devlet, artık "risk ortaklığı" anlamında kullanılan bir terim olarak "dayanışma" nın gerekliliği gibi argümanlar olarak sıralanabilir (DSÖ, 1998; Soyer A., 2003). Bu kapsamda "hekim ve hastane seçme özgürlüğü" söylemi ile birlikte Sağlık Bakan'ının "Anayasa'nın Hükümetimize ve Sağlık Bakanlığımıza vermiş olduğu görevi yerine getirirken kamu ve özel sektör kaynaklarını birlikte kullanmamız gerekiyor" ifadesi ile bir kez daha vurgulanan, sağlık alanında devletin ve özel sektörün rollerinin yeniden tanımlanması ile şekillenen özelleştirmenin yeni görünümü olarak değerlendirilmelidir. Kapitalizmin güncel Neo-liberal politikaları, temel olarak kamusal hizmetlerin "verimlilik" söylemi ekseninde "eritilmesi" gerekliliği, kamunun "piyasada serbest rekabeti bozan ve tekel niteliği" nedeniyle verimsizlik kaynağı olduğu ve bu nedenle özel sektörün sağlık alanında daha fazla etkinlik göstermesi gerektiğini dayatmaktadır (Gökbayrak Ş., 2004).

Sağlık hizmetlerinin "devlet ya da kamusal fonlar aracılığı" ile kamusal ağırlıklı yürütüldüğü, İkinci Dünya Savaşı sonrası kapitalizmin genişleme döneminde yaşadığı "sosyalleşme" 1970'li yıllarda başlayan ve bugün hala süren kriz dönemi sonrası yerini piyasalaşan bir sağlık hizmeti anlayışına bırakmıştır. Bu süreçte 1980'li yıllardan itibaren artan bir ağırlıklı, sağlık hizmetlerine alanında kamu/özel sınırları "muğlaklaş(tırıl)maya" ve sağlık hizmetlerine harcanmakta olan kamusal kaynaklara kısılması ve kurtulması gereken kamusal harcamalar gözüyle bakılmaya başlanmıştır. Sağlık alanında kamusal harcamaların yük olarak görülmesi kadar, sağlık alanında yoğunlaşan ilaç ve tıbbi teknoloji sektörlerinin artan karlılığı ve hizmetlerin tedavi edici hekimlik üzerinden bu sektörlerle bağımlılığı da yaratılan kamu/özel muğlaklaşmasının önemli nedenlerinden olmuştur. İdeolojik söylemiyle "eşitlik, dayanışma ve verimlilik" değerleri ile temellendirilen sağlık reformları, asıl olarak sağlık hizmetlerinin finansmanına odaklanarak "harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması ve kamu dışında kaynakların yaratılması" nı öncelikli hedef haline getirmiştir. Özellikle Avrupa'da olmak üzere sağlık reformları tartışmalarında tartışmaların merkezinde yer alan temel kavram "özelleştirme" dir (Belek İ., 2001a; Saltman R.B., 2003).

Özelleştirme, kamusal sahiplikteki yapıların "özel sektöre devri ya da satışı olarak" tanımlanabilmekle beraber geniş anlamda, "kamu mülkiyetinde bulunan monopol gücündeki kuruluşların bu yapılarının değiştirilmesi ya da elimine edilmesi, kamuya yönelik hizmetlerin sunumunda ve bunun için gerekli ön

*Yrd. Doç. Dr., Halk Sağlığı Uzm., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

koşulların, altyapının hazırlanmasında özel sektörün teşvik edilmesi, desteklenmesi ve hizmet sunumunda kamu-özel sektör işbirliğinden yararlanılması" olarak değerlendirilmektedir (Gökbayrak Ş., 2004).

Özelleştirme, sağlık kurumlarının bağımsız yönetimini, "otonomizasyon"unu getiren yönetsel düzenlemeler getirir, "pazar güdülerinin" kamusal sağlık kurumlarına yerleşmesini sağlar (Saltman R.B., 2003). Böylece herhangi bir mal/varlık transferi olmaksızın, kamusal sağlık kurumlarının işletmeleştirildiği, sağlık sektörünün de piyasalaştırıldığı bir manzara ortaya çıkmakta ve sağlık reform stratejileri de bu ekseninde yürütülmektedir (Belek İ., 2001a).

Özelleştirmenin sağlık alanında "kamusal nitelikli mal/varlıkların özel sahipliğe dönüşümü" olarak tanımlanabilecek yapısı, tanımın gizlediği bir çok unsur içermektedir. Bu unsurlardan biri, pazarda yer alan özel mülkiyete ait bir çok büyük şirketin, sanılanın aksine birbirleriyle acımasızca rekabete girmemeleri, buna karşın tümüyle kamusal sahipliği bulunan yapıların, Birleşik Krallık, İsveç, Finlandiya ve Batı Avrupa'nın bir çok diğer ülkesindeki hastane kontratlarında karşılaşıldığı gibi sıklıkla kendi aralarında yarışmalarıdır (Saltman R.B., 2003).

Bu anlamda sağlık alanında yaşanan özelleştirme sürecinin gelişimi ve değişiminde kamusal hizmetlerin yönetimindeki anlayış değişikliğinin önemli bir payı bulunmaktadır. Bu anlayış değişikliği "yeni kamu yönetimi" adıyla anılmakta ve "üzerinde görüş birliğine varılmış bir takım unsurlar" içerdiği ve sağlık reformlarının bu anlayıştan "yoğun olarak" etkilendiği belirtilmektedir (Gökbayrak Ş., 2004; Preker A.S., Harding A. 2003). Bu unsurlar arasında dikkat çeken ve sağlık alanında da uygulamaları hızla yaygınlaşan, "profesyonel yönetim anlayışı, performans değerlendirilmesi, hizmet sunumunda daha fazla rekabet ve bu ölçüde verimliliği sağlayacak ihaleci yönetim anlayışı, maliyetleri azaltıcı ve standartları geliştirici özel sektör yönetim anlayışının benimsenmesi, üretim sürecinde daha fazla disiplin" başlıklarıdır (Gökbayrak Ş., 2004). "Kamu sağlık hizmetlerinin performansının artırılması için" giderek artan bir sıklıkla "organizasyonel reformlar" gerekliliğinin gündeme getirildiği, ve bu organizasyonel reformların da temel olarak pazarlaştırmanın("marketization") üç temel elementi olan otonomizasyon, korporatizasyon ve özelleştirme olduğu ve bunların da ağırlıklı olarak hastanelerle ilişkilendirildiği görülmektedir (Preker A.S., Harding A. 2003). "Organizasyonel reform" olarak nitelendirilen üç temel element de, özellikle hastaneler üzerindeki kamu kontrolünü azaltarak hastaneleri "pazar güdülerine" açmaktadır ve hastanelerin teknolojik kapasitelerinin artırılmasını hedefleyen "tıbbi ekipman ve hastane bilgi sistemleri"ne odaklanmaktadır. Burada, otonomizasyonda hastane yönetimlerine "kritik kararları" alma hakkı verilmesi(çalışanlarla ilgili karar süreçlerinden, klinik yönetsel kararlara, klinik olmayan yönetsel işlere, finansal yönetime kadar uzanan geniş bir spektrumdadır),

korporatizasyonda ise kamusal sahiplikteki hastanelerin yapısal olarak "özel şirketleri taklit etmeleri" söz konusudur (Preker A.S., Harding A. 2003).

Özetle, kapitalizmin yeni politikaları ile sağlığın "yeniden düzenlenmesi"ndeki baş rol özel sektöre verilmektedir. Temel amacı sağlık alanında kar elde etmek olan özel sektöre kamusal sorumluluk veren düzenlemeler, reformlar ve dönüşümler yapılmaya çalışılmaktadır. Bu çabalar, Belediyeler tarafından sunulan kentsel hizmetlerde olduğu gibi, "piyasa kuralları içinde özel sektörün katılım mekanizmalarının genişletilmesi" odaklıdır (Gökbayrak Ş., 2004). Bu mekanizmalar, çok karmaşık olabilmektedir. DSÖ "Avrupa Sağlık Reformu" adını taşıyan dokümanında, sağlık alanındaki değişimlere yönelik olarak en büyük baskının özel sektör kaynaklı olduğunu vurgulamakta ve "sağlık sisteminde benimsenebilecek tek ve basit bir piyasa kavramı yoktur" ifadesi ile önemli bir saptama yapmaktadır. Bu saptamaya ek olarak piyasa mekanizmaları örneği olarak da "tüketici egemenliği(hastanın seçim hakkı), sözleşmeler ve açık ihale" araçlarından ve "fiyat, kalite ya da pazar payı" ilkelerinden söz edilmektedir. Böyle bir çerçevede, sağlık çalışanlarının "davranışı üzerine etki edecek rekabet teşvikleri" getirilebileceği öngörülmektedir(DSÖ,1998). Bazı ülkelerde, bu yönde yaşanan değişimler ile "kar amaçlı hastane zincirleri" oluştuğu ve sağlık alanının "melezleşmiş" bir hale geldiği, "melezleşen sağlık alanı"nın ise ne tam anlamıyla kamusal ne de özel olduğu belirtilmektedir (Brown L, Barnett J. R., 2004). Bazı ülkeler ise, "pazara yönelik reformlarda" kayda değer düzenlemeler gerçekleştiren iki ülke olan İngiltere ve İsveç'te olduğu gibi, sağlık reform sürecinde "rekabete dayalı teşvik" ekseninden vazgeçerek yeniden "bölge ve ulusal bazlı planlamaya" yönelmektedirler (DSÖ,1998).

Yukarıda değinilen çerçevede sağlık reformları, çoğu ülkede karma sigorta programlarının uygulamaya geçişi ile karakterize edilebilecek bir yapıya sahiptir. Bu geçiş, Sovyetler Birliği'nin dağılması sonrası Avrupa'daki eski sosyalist ülkelerde daha gözlenebilir bir şekilde gerçekleşmiş, bu nedenle konu ile ilgili tartışmalar 90'lı yıllarda yoğunlaşmıştır(Aksakoğlu G.,2003). Ülkemizdeki 1980'lerin sonu ve 1990'lı yılların başında başlayan sağlık reformu uygulamalarında da bu mekanizmalarla ilgili bir kısmı "yeni" düzenlemeler gündeme gelmektedir(Tablo 1). "Genel Sağlık Sigortası" sistemi ile önerilen ve getirilecek hizmet sunumunun ve finansmanın ayrıldığı "yeni" sağlık sistemimiz, ayrıntılar henüz netleşmemiş olmasına karşın Şema 1'de görüldüğü biçimiyle öngörülebilir.

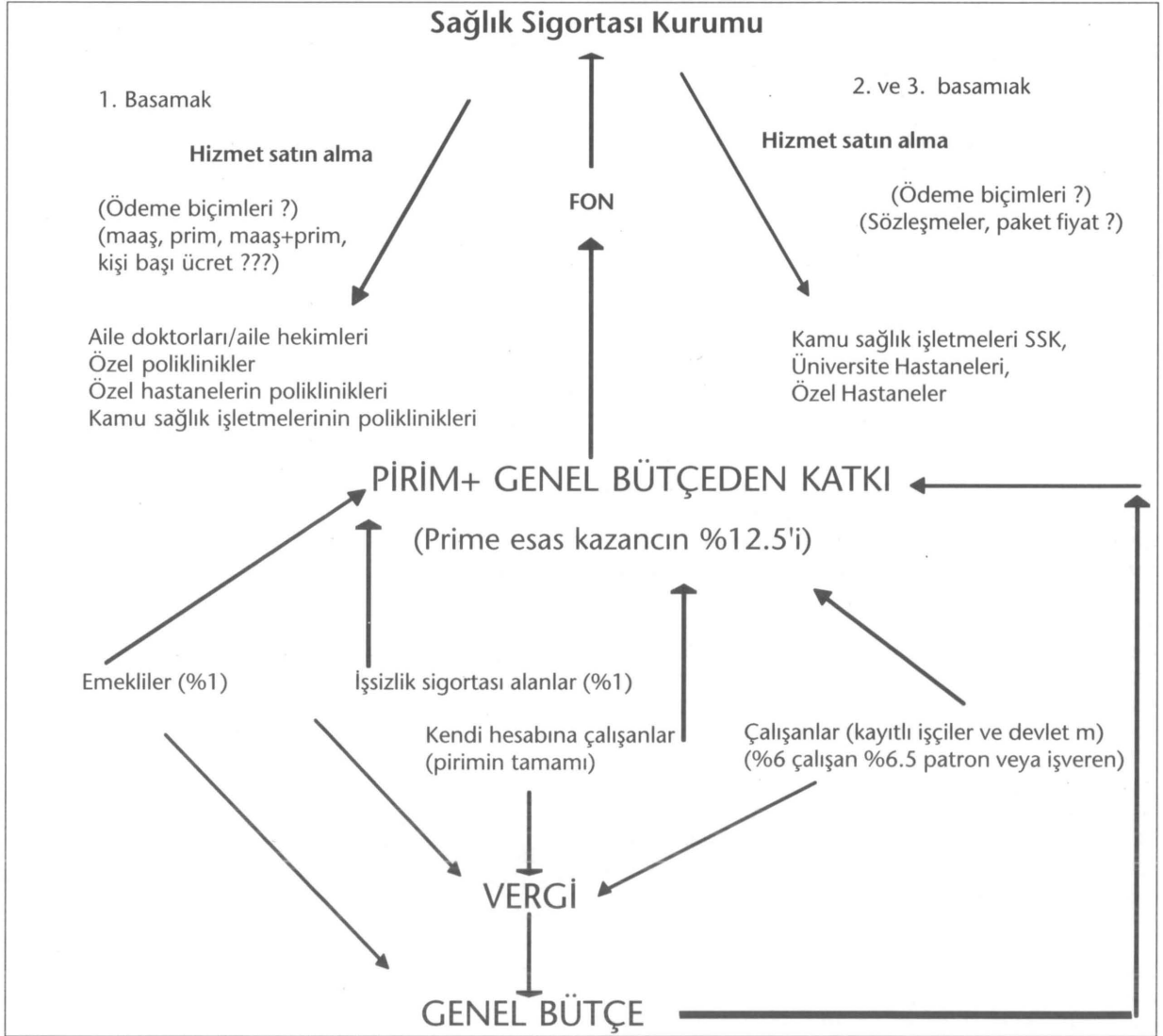
Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, daha çok sağlık hizmetinin çeşitli kurum ve yapılardan satın alınmasını getirmektedir. Bu durum, sağlık personeli istihdamından çalışma biçimlerine, hizmetlerin organizasyonundan sunumuna kadar bir çok değişikliği gerektirir. Bugün ülkemizde AKP iktidarının hızla uygulamaya koyduğu ve parti programından hükümet programına kadar her dokümanında deklare ettiği

Tablo 1. Türkiye'de sağlık reformunun yapı taşı bazı araştırmalar, düzenlemeler ve düzenleme girişimlerinin kronolojisi

1986	Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması	Dünya Bankası Nüfus, Sağlık ve Beslenme Bölümü
Mayıs 1987	3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Dönemin ANAP hükümeti
1989	Türkiye Master Planı	DPT
1990-91	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluş çalışmaları	Sağlık Bakanlığı
Mayıs 1992	1.Ulusal Sağlık Kongresi	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Mart 1993	Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı	Dönemin DYP-SHP koalisyon hükümeti
Kasım 1996	Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı	Dönemin FP-DYP koalisyon hükümeti
	Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı	Dönemin ANAP-DSP Koalisyan hükümeti
1999	Sosyal Güvenlik Yasası	DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümeti
Ekim 1999	Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı	DSP-MHP-ANAP koalisyon Hükümeti
2003	Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı	AKP Hükümeti
2003	Emeklilik Sigortası Sistemi ve Emeklilik Sigortaları Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı Sosyal Hizmetler ve Sosyal Yardım Temel Kanunu Tasarısı Sosyal Güvenlik Kurulu Başkanlığı Kanunu Tasarı Taslağı Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı	AKP Hükümeti
24 Temmuz 2003	4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	AKP Hükümeti
16 Temmuz 2003	Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu	AKP Hükümeti
Aralık 2003	Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı	AKP Hükümeti
5 Mayıs 2004	Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller	AKP Hükümeti

Kaynak: KTOPHK, SB, ÇSGB.

Şema 1. Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin Kuruluşu ile Olası Sağlık Sistemimizde Beklenen Finansman ve Hizmet Sunumu



değişiklikler de bu yöndedir. Hükümetin "Acil Eylem Planı"nda sağlık alanında "Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, hastanelere idari ve mali özerklik, özel sektörün sağlık alanına yatırımlarının özendirilmesi" başlıklarının öne çıktığı görülmektedir (Soyer A.,2003). Konu ile ilgili yasalama ve uygulama süreci, 2003 yılı içerisinde başlatılmış, 24 Temmuz 2003 tarihli 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 16 Temmuz 2003 tarihli Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu, 5 Mayıs 2004 tarihli Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller Tebliği, performansla dayalı ücretlendirme örneklerinde olduğu gibi önemli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilenlerin yanında Sağlık

Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Meslek Odaları ve Birlikleri Kanun Tasarı Taslağı hazırlıkları da bulunduğu ve oluşturulması düşünülen birinci basamak hizmet sunum modeli olan aile hekimliği/aile doktorluğu ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili çalışmalar yürütüldüğü bilinmektedir (TTB Tıp Dünyası Gazetesi, 2004).

Sağlık Bakanlığı'na Bağımlı Hastanelerde Yeni Dönem: Kamu Sağlık İşletmesi

Sağlık Bakanlığı'nın henüz kamuoyu ile paylaşmadığı, görüş ve önerilere açmadığı yeni bir yasal düzenleme hazırlığı, yukarıda belirtilen özelleştirme manzarasını tamamlayan ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile birlikte değerlendirildiğinde Türkiye sağlık sistemini baştan sona değiştirecek olan "Sağlık Kanunu" Taslağı'dır. Kamuoyu ile Türk Tabipleri Birliği tarafından paylaşılarak gün yüzüne çıkarılan taslakta, bugün yürürlükte bulunan bir çok

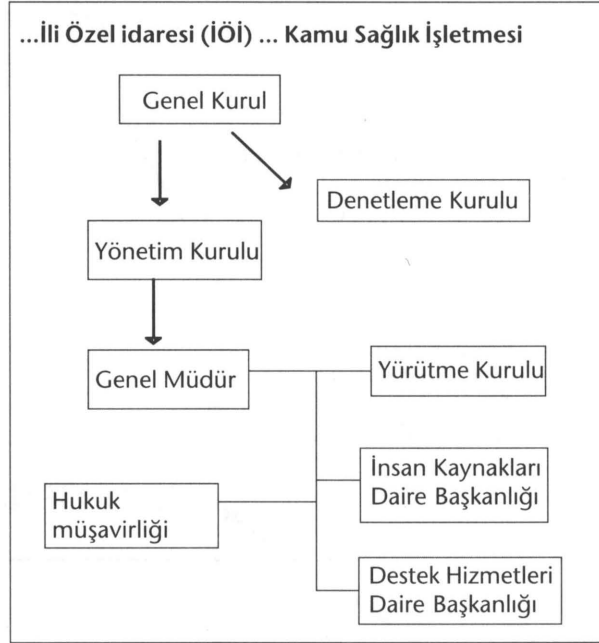
Kanun'un, taslağın yasallaşması ile birlikte yürürlükten kaldırılması yer almaktadır. TTB tarafından elde edilen 20 Ocak 2004 tarihli Versiyon 6 taslak metnine göre yürürlükten kaldırılması düşünülen 21 Kanun bulunmaktadır. Bu Kanun'lar arasında, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu, 5368 sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yer almaktadır. Kanun hazırlığı, bulaşıcı hastalıklardan birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesine(aile doktorları), il ve ilçe sağlık kurullarından sağlık alanındaki insan haklarına bir çok başlığa yer vererek yürürlükten kaldıracığı bu kadar yasal düzenlemenin yerini tek başına doldurma iddiasını taşımaktadır.

Sağlık Kanunu, yukarıda belirtilen "hastane organizasyonel reform"larına ilişkin önemli değişiklikler getirecektir. Özetle belirtilecek olursa; anonim şirketlerin, kamuya yararlı dernek ve vakıfların, hastane açma yetkisi özel olarak kanunla öngörülmüş kuruluşların özel hastane kurup işletebilmelerini, anonim şirket, kamuya yararlı dernek ve vakıflar, üniversiteler, hastane açma yetkisi özel olarak kanunla öngörülmüş kuruluşlar, kamu kurum ve kuruluşlarının ise hastane kurup işletebilmelerini, sağlık çalışanları için "zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası" kurulmasını, topluma yönelik sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise aile doktorları tarafından yürütülmesini, MSB ve Üniversitelere bağlı olanlar dışındaki kamu hastanelerinin, tüzel kişiliğe sahip, özerk, sağlık işletmesi olarak kurulup işletilebilmesini sağlayacak düzenlemeler getirmektedir.

Üniversite ve sosyal güvenlik kurumlarına ait olanlar ile SB eğitim araştırma hastaneleri dışındaki kamu hastanelerini "il özel idarelerinin ilgili kuruluşu" olarak tanımlamakta ve "kamu sağlık işletmesi" olarak adlandırılan "sağlık işletmeleri" nin "kamuya ait, kamu yararı, verimlilik ve etkinlik esaslarına dayalı olarak II ve III. basamak sağlık hizmeti veren, sağlık hizmetlerine toplumun katkı ve katılımını sağlayacak şekilde örgütlenmiş tüzel kişiliğe ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık kuruluşları" olduğu belirtilmektedir. Taslakta, ayrıca "hastaneye ihtiyaç olduğu belirtilen yerlerde Bakanlığın uygun bir binası yok ise Hazine aracılığı ile uygun kamu binaları hastane kurma yetkisine sahip kişi ve kurumlara kiralanır veya satılır" ifadesine yer verilmektedir .

Taslakta, eğer taslak bu haliyle gündeme gelir ve yasallaşırsa kurulması düşünülen kamu sağlık işletmelerinin yönetsel yapısı da ayrıntılı olarak tanımlanmaktadır (Şema 2). Buna göre kamu sağlık işletmeleri, Genel Kurul, Yönetim Kurulu, Denetleme Kurulu, Genel Müdürlük, Yürütme Kurulu, Hukuk Müşavirliği, İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı, Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı yapı ve birimlerinden

Şema 2. Sağlık Kanunu Taslağı'na göre kamu sağlık işletmesi yönetsel yapısı



GENEL KURUL (Toplam 33 kişi.)

SB veya İÖİ'nin belirleyeceği (birisi başkan olmak üzere) kişiler 3 kişi
İldeki sağlık meslek odalarından en fazla üyeye sahip beş odanın birer temsilcisi 5 kişi
Vali tarafından belirlenecek kişiler 10 kişi
İldeki üniversite rektörlüğünce belirlenecek öğretim üyeleri 5 kişi
(tıp,sağlıkbilimleri,işletme,sosyal güvenlik, mühendislik, hukuk dallarında uzman)
Belediye meclisince seçilecek kişiler 5 kişi
İl genel meclisince seçilecek kişiler 5 kişi

YÖNETİM KURULU(Toplam 7 kişi). Genel Müdür, Başhekim, Yürütme Kurulu'nun kendi arasından seçeceği 1 kişi, Bakan veya Vali'nin görevlendirdiği kişilerden, birisi kamu görevlisi olmak üzere Genel Kurul tarafından seçilecek 2 kişi, Genel Kurul tarafından seçilecek iki kişi(biri sağlık meslek birlikleri temsilcileri arasından diğeri de il genel ya da belediye meclisi temsilcileri arasından). Yönetim kurulu başkanı, yönetim kurulu teklifi ile mülki amir tarafından(bakan, vali, kaymakam) atanır.

DENETLEME KURULU(Toplam 3 kişi)

Bakan ya da Vali tarafından görevlendirilen iki ve Genel Kurul tarafından seçilecek bir üyeden oluşur.

GENEL MÜDÜR: Mülki amir tarafından atanır.

YÜRÜTME KURULU: Genel Müdür başkan, Başhekim, Başhemşire, Hukuk Müşaviri, İnsan Kaynakları Daire Başkanı ve Destek Hizmetleri Daire Başkanı,

oluşmaktadır. "Hastane kurabilen ve işletebilen tüzel kişilerden isteklilere" 49 yıllığına kiralanabilen bu işletmelerde sağlık personeli "İş Kanunu'na tabii iş sözleşmeleri" ile çalıştırılabilmekte ve gerektiğinde "yabancı uyruklu uzman" istihdamı olanaklı kılınmaktadır. İşletmede çalışan personel ile ilgili tüm inisiyatif (çalışma şartlarından ücretlerine kadar), kamu sağlık işletmesi Yönetim Kurulu'na verilmektedir. Olağan olarak yılda bir kez toplanması öngörülen ve görev süresi iki yıl olan "kamu sağlık işletmesi Genel Kurulu"nun görevleri arasında "hastanenin ulusal sağlık politikası ve yerel sağlık ihtiyaçları doğrultusunda işletilmesi" ve "kaliteli ve verimli hizmet sunumunu sağlayacak ilkeleri belirleme" yer almaktadır.

Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Görülmesine İlişkin Esas ve Usuller Tebliği

5 Mayıs 2004 tarih ve 25 453 sayılı Resmi Gazete'de "Tebliğ" başlığı altında yayınlanarak yürürlüğe giren Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller, "Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak sağlık hizmeti sunan bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile tüm yataklı tedavi kurumları"nda bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere kurum dışından sağlık hizmeti satın alma dönemi başlatmaktadır. Düzenlemenin amacı; "lüzumu halinde, bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla satın alınma yoluyla sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi" olarak ifade edilirken, Tebliğ'de sağlık hizmeti satın alacak idarelerin, sağlık hizmeti satın alma işlemlerinde, "saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, kamuoyu denetimini, ihtiyaçların uygun şartlarla ve zamanında karşılanmasını ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla sorumlu" oldukları belirtilmektedir. İşlemlerde, "açık teklif usulü hizmet satın alınması" esası getirilerek "pazarlık usulü ile veya doğrudan temin usulüyle" hizmet satın alınma özel durumlarda mümkün kılınmaktadır.

Tebliğ'de belirtilen esaslara göre kamu sağlık kurumlarında dışarıdan sağlık hizmeti satın alınması ile ilgili bazı esaslar şöyle belirlenmektedir:

1. Satın alınacak sağlık hizmeti, sözleşmeli sağlık personeli sözleşme sürelerinde olduğu gibi, "bulunulan mali yıl ile sınırlı olmak ve takip eden mali yıla sarkmamak üzere", "kısmi süreli veya tam süreli" olabilmektedir.
2. Satın alınacak sağlık hizmetinin "toplam yaklaşık maliyeti"nin, kurumun bir önceki yıl döner sermaye gelirlerinden "Hazine payı düşüldükten sonra arta kalan tutarın %10'undan fazla" olamayacağı belirtilmektedir.
3. Satın alınacak hizmete hem bireysel, hem tüzel kişilik olarak hatta "ortak girişimler halinde" de talip olunabilmektedir.
4. "Satın alınacak hizmetin yaklaşık maliyeti" sağlık kurumunun idaresi tarafından belirlenmekte ve teklifler

bu maliyete göre verilmektedir. Tebliğ, "hizmetin temini için bir kısım cihazların kurum içinde yapılandırılmasının öngörüldüğü durumlarda, işletme için gerekli elektrik ve su gibi giderler kurum tarafından karşılanır" ifadesi ile sağlık hizmeti satın alınan kişi/tüzel kişi/ortak girişimlere "kolaylık" sağlamaktadır.

5. Yaklaşık maliyet hesabında esas olarak hastane idaresi isterse kamu tarafından belirlenmiş, isterse ilgili meslek odalarınca belirlenmiş, isterse de benzer hizmet satın almalarında kendisinin veya diğer hastane idarelerinin belirlediği fiyatları kullanabilmektedir.

6. Ücretlendirme ile ilgili şu ifadeye yer verilmektedir: "Hizmetin doğrudan doğruya gerçek kişi yüklenici eliyle gördürülmesi ya da gerçek kişi istihdamının zorunlu olduğu durumlarda tüzelkişi yükleniciler eliyle gördürülmesi hallerinde tespit edilecek olan yaklaşık maliyet; hesap edilecek olan taban maliyete, %25'e kadar yüklenici kar payının ilave edilmesiyle bulunacak olan miktardan; taban maliyet ise; her bir gerçek kişi için, yaklaşık maliyetin hesap tarihinde geçerli olan asgari ücretin, her türlü yasal işveren katkı payı tutarları da dahil brüt tutarının (asgari ücretin işverene toplam maliyetinin); orta öğrenim düzeyinde öğrenim görenler için %75, ön lisans dahil yüksek öğrenim düzeyinde öğrenim görenler için %100, pratisyen hekim ve diş hekimleri için %150 ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğü hükümlerine göre uzmanlık belgesi almış olan hekim ve diğer sağlık personeli için %200 fazlası ile tespit edilecek olan tutarlar toplamından oluşur. Tespit edilecek olan taban maliyet, Bakanlıkça belirlenecek hizmet bölgeleri için %50 fazlasına kadar uygulanabilir."

7. Tebliğ'de kamu sağlık kurumlarına dışarıdan hizmet satın alınması ile ilgili teknik ayrıntılar da belirlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Mayıs ayı sonunda örneklerini hazırladığı "Şartnameler" de Tebliğ'de yer almaktadır. Bu şartnameler, "Açık Teklif Usulü ile Hizmet Alımlarında Uygulanacak Teknik Puan ve Yeterlik Şartnamesi, Açık Teklif Usulü ile Hizmet Alımlarında Uygulanacak İdari Şartname, Pazarlık Usulü ile Hizmet Alımlarında Uygulanacak Yeterlik Şartnamesi, Pazarlık Usulü ile Hizmet Alımlarında Uygulanacak İdari Şartname, Hizmet Alımları Sözleşmesi, Hizmet Alım İşleri Teknik Şartnamesi" olarak isimlendirilmiştir.

8. Tebliğ'de, "hizmetin devamı esnasında kullanılması zorunlu olan tıbbi cihaz, araç ve gereçlerin idare tarafından mı yoksa yüklenici tarafından mı temin edileceği", "tıbbi cihaz, araç ve gereçlerin kurum içinde ya da hizmeti aksatmayacak şekilde kurum dışında kurulup kurulamayacağı"nın kurum idaresi tarafından belirlenebileceği, ekonomik açıdan en avantajlı teklifin esas alınacağı, gerektiğinde Sağlık Bakanlığı'nın "SAĞLIK HİZMETLERİNİN MERKEZİ SİSTEMLE SATIN ALINMASI" ile ilgili yetkili olduğu belirtilmektedir ("Sağlık hizmetlerinin doğrudan doğruya gerçek kişiler eliyle gördürülmesine yönelik satın alma iş ve işlemleri, bu

düzenlemede belirtilen esas ve usuller çerçevesinde gerektiğinde Bakanlık tarafından merkezi sistemle yapılabilir, Bakanlık tarafından merkezi sistemle hizmet satın alma işlemlerinin yapılması halinde sağlık kurum ve kuruluşları, Bakanlıktan izin almaksızın bireysel sağlık hizmeti satın alma yoluna gidemezler").

9. Kamu sağlık kurumlarına dışarıdan sağlık hizmeti satın alınması ile ilgili sürecin tüm aşamalarında düzenleme ve müdahale için Sağlık Bakanlığı yetkili kılınmaktadır.

Tebliğ ile getirilen düzenleme ile ülkemizde önümüzdeki dönem özellikle hastaneleri bekleyen yapısal değişimin temel eksenini belirlemektedir. Bu temel eksen hastanelerin, "idari ve mali özerklik" başlığı altında işletmeleştirilmesidir. Bu süreçte, il özel idareleri ve belediyelere devredilecek sağlık kurumlarının devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilerek sadece denetleyici, koordine edici ve "yol gösterici" bir rol oynaması ile sağlık hizmetlerinin sunumunu, özellikle de tedavi hizmetlerinin sunumunda özel sektörün işlev ve sorumluluğunun arttırıldığı ve/veya kamu sağlık kurumlarının kendi gelir kaynakları ile hizmetleri birey, tüzel kişilik ve girişimlere devrettiği bir sağlık ortamının oluşacağı öngörülebilir.

Tebliğ, sağlık hizmetlerinin çeşitli biçimlerde özel sektöre devri anlamına gelmekte ve sağlık çalışanlarına taşeronlaşmanın zeminini oluşturmaktadır. Taşeronlaşma esas olarak "sanayi sektörüne" ve "endüstriyel taşeronluk uygulamalarına" yönelik olmakla birlikte, sürecin üretimi(veya hizmeti) taşeronlaşmanın belirleyiciliğindeki koşullarda gerçekleştiği ve özellikle kamu hizmetleri alanında "devletin düzenleyici rolü çerçevesinde", "muhasabe, vergi" ve çalışanlara yönelik olarak "sigorta vb. düzenlemelerden kaçınma" isteğinin ve "işgücü piyasasının enformelleşmesi" eğiliminin baskın olduğu söylenebilir (Gökbayrak Ş.,2004).

Yapılan bu yeni düzenleme, aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecinin temel yapıtaşlarından birini oluşturacak olan bir Tebliğ olma özelliğini taşımaktadır. Devlet Hastanelerine semt poliklinikleri açabilme olanağı veren ve Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 24.02.2004 tarihinde yayınlanan "Semt Poliklinikleri Yönergesi" ile birlikte değerlendirildiğinde Devlet Hastanelerinin önümüzdeki dönemde yeni poliklinikler açarak, bu polikliniklerdeki sağlık hizmetlerini dışarıdan satın alma yoluna gidebilecekleri öngörülebilir (SB web sayfası, 2004).

Yukarıda belirtilenler ışığında ülkemizdeki sağlık ortamının, sağlık hizmetlerinin sunumunda rekabetçi bir piyasa ortamı oluşturulmasının yasal zeminlerini oluşturma sürecinde ilerlemekte olduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de sağlık alanında "serbest piyasa"nın ve kapitalizmin yeni rotasıdır.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu G.,(2003), "Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde 'Sağlık Reformu'", Toplum ve Hekim Dergisi, 18(1):68-80

Belek İ., (2001)a, "Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma", Toplum ve Hekim Dergisi, 16(6):430-7

Belek İ. (2001)b, "Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", Sorun Yayınları, İstanbul.

Brown L, Barnett J. R., (2004), Is The Corporate Transformation of Hospitals Creating A New Hybrid Health Care Space? A Case Study of The Impact of Co-Location of Public and Private Hospitals in Australia, Social Science & Medicine 58: 427-44

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (1998), "Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi" Ed:Saltman R.B., Figueras J., TC Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi Genel Koordinatör, Ankara

Gökbayrak Ş. (2004), Belediyelerce Sunulan KentSEL Hizmetlerin Özelleştirilmesi Çerçevesinde Taşeronluk Ve Çalışma İlişkileri Üzerine Etkileri, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, TTB Yayını, Ekim-Kasım-Aralık 2003, 16: 30-7

Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu (KTOPHK) (2003), Türkiye'de Patronların Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleşebilecek mi?, Toplum ve Hekim Dergisi, (18),4:242-50.

Saltman R.B. (2003), "Melting Public- Private Boundaries in European Health Systems", European Journal of Public Health 2003;13:24-29

Preker A.S., Harding A.(Ed), (2003), Innovations in Health Services Delivery The Corporatization of Public Hospitals, The World Bank Human Development Network Health, Nutrition and Population Series, Washington D.C.

Soyer A., (2003), " 'AKP' Hükümeti ve Sağlık", İçinde:Halk Sağlığı ve Sağlıkta Reform, TTB Yayını, Ankara, 2003:27-62.

<http://www.saglik.gov.tr/> "Sağlık Bakanı Prof. Dr Recep Akdağ'ın "Sözleşmeli Çakılı Personel" konusu ile ilgili yaptığı basın toplantısındaki konuşma metni", 10 Temmuz 2003.

<http://www.calisma.gov.tr/> "Acil Eylem Planı Çerçevesinde Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması" Mayıs 2003.

<http://www.hm.saglik.gov.tr/>, Sağlıkta dönüşüm Programı, Haziran 2004

<http://rega.basbakanlik.gov.tr/>, 5 Mayıs 2004 tarih ve 25 453 sayılı Resmi Gazete, Mayıs 2004

<http://www.saglik.gov.tr/>, Semt Poliklinikleri Yönergesi, Haziran 2004.

<http://www.ttb.org.tr/TD116/6.php3>, Haziran 2004