

**DERLEME****SAĞLIK HİZMETLERİNDE  
DÖNER SERMAYE UYGULAMASI***Kayıhan PALA\**

Bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasına ilk olarak 1961 yılında çıkarılan 209 Sayılı Yasa ile başlandı. Ardından bu Yasa'da 1975 yılında, 1983'te ve 2001'de, bugün Sağlık Bakanlığı'na bağlı hemen her birimde döner sermaye uygulamasına olanak veren temel değişiklikler yapılarak Sağlık Bakanlığı finansmanı ve harcamaları için yeni bir kaynak yaratılmış oldu. Kaynak "yeni" gibi görünmekle birlikte, aradan geçen kırk yıldan uzun bir süre, hem kaynağın aslında yeni olmadığını, hem de döner sermaye uygulamaları ile sağlığın finansmanında yaşanan sorunların çözülemediğini gösterdi. Kaynak yeni değildi çünkü, döner sermaye gelirlerinin %80'inden fazlası sosyal güvenlik kuruluşlarından gelmekteydi. Döner sermaye finansman sorunlarını çözemedi çünkü, sağlık finansmanı için hiçbir zaman önceliklere odaklanmış ek bir kaynak niteliği gösteremedi. Döner sermaye gelirlerinin büyük bir bölümü Türkiye'ye tıbbi teknolojinin transferi için harcandı. Uzun yıllardır uygulanan dışa bağımlı sağlık politikaları ve başta il sağlık müdürleri ve başhekimler olmak üzere, kamu sağlık yöneticilerinin çoğunluğunun yöneticilik bilgi ve deneyiminin olmadığı düşünüldüğünde, paranın teknoloji transferi için harcanması kimseyi şaşırtmamalıdır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğunu gözlüyoruz. 1993'te Sağlık Bakanlığı gelirlerinin yalnızca % 13.7'sini oluşturan döner sermaye gelirlerinin payı 2003'te % 81.4'e kadar yükselmiştir

(SB,2003). Aynı biçimde 1993 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bütçesine oranla döner sermaye gelirlerinin payı üçte birden daha az iken (%29.1) , bu oran 2003 yılında Genel Müdürlük bütçesinin iki katını geçmiştir (%214.3). Döner sermaye gelirlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesine göre yıllara göre değişimi Tablo 1'de ve Şekil 1'de sunulmaktadır.

Kamu sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması aslında bir bütünün parçası olduğu için tek başına incelendiğinde anlaşılması kolay olmayan bir girişimdir. Bu girişimin "Doğru" olduğuna başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun tümünü inandırmak için , sağlık çalışanlarına döner sermaye tazminatı vermek gibi çeşitli yollar denenmekteyse de; döner sermaye uygulaması aslında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir parçasıdır. Üstelik, böyle bir özelleştirme yoluyla finansman için yurttaşın cebinden çok az bir katkı beklenirken; asıl amaç büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paranın "özgürce" harcanması, kaynakların bir kez daha özel sektöre aktarılmasıdır. Bu uygulamanın en can alıcı noktasını, hastanelerde temizlik ve yemek hizmetlerinin taşeron şirketlere verilmesi oluşturmuştur. Ne yazık ki tarih, daha o günlerde taşeronlaşma uygulamasına karşı çıkan temizlik ve yemeğin ardından sıra sağlık hizmetlerine de gelecek diye bütün toplumu uyarayan hekimleri ve Örgütünü haklı çıkarmıştır. Geçen yıl Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yeni düzenlemeler ile tıbbi hizmetlerin de döner sermayeler aracılığıyla satın alınmasının yolunun açılmaya çalışıldığı unutulmamalıdır. Bilindiği gibi, Denizli Devlet Hastanesi'nde çalıştırılmak üzere ilan edilen hekim ihalesi TTB'nin başvurusu üzerine Danıştay tarafından iptal edilmiştir.

\*Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

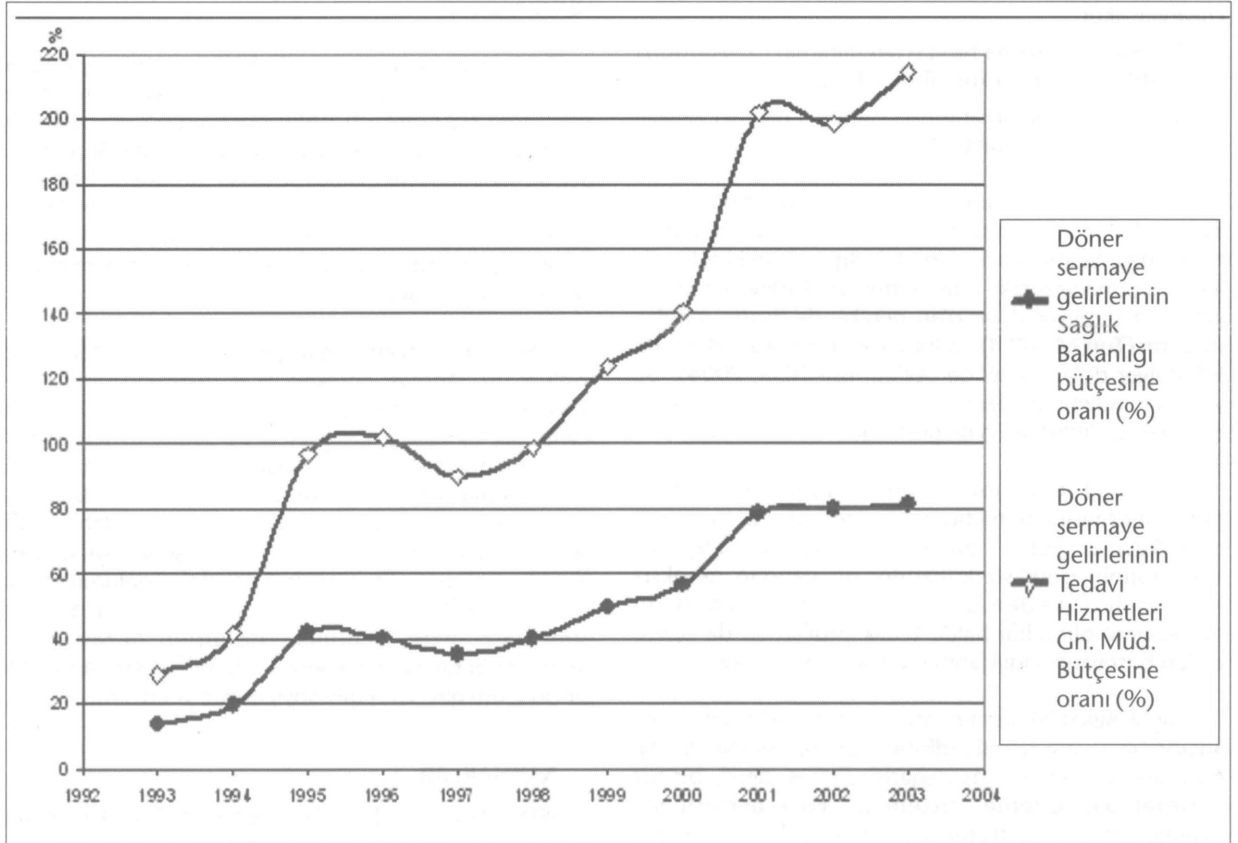
Tablo 1. Yıllara göre döner sermaye gelirleri, Sağlık Bakanlığı Bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin değişimi (1993-2003)

Yıllar	Döner sermaye gelirleri (milyar TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (milyar TL)	%*	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi (milyar TL)	%**
1993	2 484	18 074.0	13.7	8 548.2	29.1
1994	5 913	30 463.3	19.4	14 204.1	41.6
1995	20 437	48 741.5	41.9	21 139.7	96.7
1996	39 276	98 064.4	40.1	38 597.6	101.8
1997	71 993	204 499.2	35.2	80 157.3	89.8
1998	157 832	390 961.0	40.0	160 056.8	98.6
1999	339 128	683 123.5	49.6	274 057.2	123.7
2000	601 009	1 059 855.0	56.7	427 068.4	140.7
2001	1 008 127	1 280 660.0	78.7	499 212.5	201.9
2002	1 874 983	2 345 447.8	79.9	944 980.1	198.4
2003	2 905 016	3 570 054.0	81.4	1 355 420.0	214.3

\* (Döner sermaye gelirleri / Sağlık Bakanlığı bütçesi) x 100

\*\* (Döner sermaye gelirleri / Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi) x 100

Şekil 1. Döner sermaye gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine oranı (%)



Bütünün diğer parçalarına bakıldığında, birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve yerine aile hekimliği modeline geçilmesi; devlet hastanelerinin işletmeleştirilmesi ve nihayet sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması girişimleri karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması 2004 yılının Ocak ayından bu yana, bu kez kılıf değiştirerek "Performans" adıyla karşımıza çıkarılmıştır. Yalnızca Sağlık Bakanlığı'na ait kurumlarda uygulamaya konulması, sağlık çalışanları arasındaki iş barışını bozması, sağlık hizmetlerinin doğasına ters bir uygulama olan "Rekabet"i

başat kılması gibi çeşitli kesimlerden gelen eleştiriler bir yana; performans uygulaması ile ilk aşamada belirginleşen en önemli konu, teknoloji odaklı tıbbi hizmet anlayışının güçlenerek tetkik sayısında artış gözlenmesi ve özellikle cerrahi endikasyonların değişen yapısıdır. Bazı hekimlerin "puanı yüksek" uygulamalara yönelerek, daha az puan alma olasılıkları olan uygulamaları geri plana itmeleri eleştiri konusu yapılmakla birlikte; burada vurgulanması gereken temel nokta, uygulamaya konulan sistemin sağlık çalışanlarını sürüklediği konum olmalıdır. Su, dere yatağında akar. Zamanında Özal'ın "Benim memurum işini bilir" diyerek, suyun yatağını değiştirmesi gibi; şimdi de sağlık hizmetlerinin niteliği değiştirilmektedir. Bu değişimin başat noktaları şunlardır :

1. Daha fazla kişi (hasta?) muayene edilecektir.
2. Daha fazla ilaç yazılacak/tüketilecektir.
3. Daha fazla kişi (hasta?) opere edilecektir.
4. Daha fazla tetkik yapılacaktır.
5. Puanı yüksek olan tıbbi girişimler öncelenecektir.
6. Hastanelerde "high-tech" tıbbi teknoloji kullanılacaktır.
7. Sağlık ocaklarına hızla (Gereksininin ne olduğuna dikkat edilmeksizin) teknoloji sokulacaktır.
8. Sağlık çalışanları arasında yaratılan rekabet zemini çalışma barışını bozacaktır.

Bütün bunlar en başta Türkiye'nin dışarıdan satın alacağı ilaç ve tıbbi teknoloji ürünlerine aktarılacak parayı büyük ölçüde arttıracaktır. Konuyla ilgili önemli bir kanıt, ilaç harcamalarındaki artış olmuştur. Türkiye'de 2001 yılında 4.1 milyar dolar olan perakende fiyatlarıyla ilaç tüketimi (Top, M., 2004), yalnızca üç yıl sonra 2004 yılında 8.8 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (İEİS, 2004). Üç yılda ilaç tüketimindeki % 114.6'lık artış ülkenin nereye doğru götürüldüğünün de göstergelerinden biridir.

Teknoloji kullanımının en sorunlu yanı, sürekli güncellenmesini gerektiren bir "çok uluslu şirketler" politikasına yenik düşmenin kaçınılmazlığıdır. Teknolojinin gereksiz kullanımı bir yandan gereksiz harcamalara neden olacakken, diğer yandan da gereksinimi olmadığı halde tetkik yapılan ya da opere edilen hastaların sağlıklarını olumsuz etkileyecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından "performans" sözcüğü ile adlandırılan yeni ücretlendirme sistemi, aslında gerçek anlamda bir performans değerlendirmesi değil, bir tür "hizmet başı ödeme" sistemidir. Eğer performans uygulaması ile sağlık hizmetlerinde çalışanların verimliliği ölçülmek isteniyorsa, gerçek amaç buysa; sağlık hizmetlerinin niteliğine uygun olarak performans ölçütleri muayene edilen hasta sayısı ya da istenen tetkik sayısı değil; örneğin sağlık ocaklarında çalışan hekimler için bölgede aşıyla önlenabilir hastalıkların görülme sıklığı (İnsidans yükseldikçe performans puanı düşmeli) ya da uzman hekimler için boşuna yaptırılan tetkik sayısı (Boş çıkan tetkik sayısı arttıkça performans puanı düşmeli)

olmalıdır. Hep Batı'dan söz edenler, sağlık yönetiminde çalışanların verimliliğini değerlendirme yöntemlerinden birisi olarak performans değerlendirmesinin nasıl yapıldığını incelemek zorundadır. Yoksa "Ben yaptım, oldu" yaklaşımı; sağlık alanında yaşanan karmaşayı, tıpkı bugünlerde olduğu gibi, çözmek bir yana "kaos"a götürebilir.

Döner sermaye gelirlerinden sağlık çalışanlarına aktarılan pay, çalışanların biraz olsun gelirlerini artırmakla birlikte; özlük haklarının yükseltilmesi için kalıcı bir çözüm değildir.

Kalıcı bir çözüm değildir çünkü;

- Emeklilik dönemine yansımamaktadır,
- Süreklilik göstermemektedir (Sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paralar dağıtılmaktadır, bu kuruluşlardan sürekli para gelmesi söz konusu olmayabilir),
- Eşitsiz dağılmaktadır,
- Geleceği belirsizdir ve
- Kişinin sağlık sorunları yaşamasından büyük ölçüde etkilenmektedir.

Performans uygulaması ile beliren tehlike yalnızca savurganlığın artması değildir. Bu uygulama aynı zamanda, hastanelerin işletmeleştirilmesi aşamasında "istihdam" ölçütü olarak da kullanılmaya açıktır. Sözgelimi, performans sonuçlarına bakılarak bir hastanede istihdam edilecek genel cerrah sayısı belirlenip, diğerlerine "Güle güle" denilebilir. Aynı durum "aile doktoru" olarak görevlendirme sırasında seçilecek pratisyen hekimler için de söz konusu olabilir.

Hekimlerle birlikte sağlık çalışanlarının (Ve kuşkusuz toplumun) yapması gereken ilk iş, parçaları birer birer değerlendirmek değil; parçaları yerine koyarak bütünü kavramak olmalıdır. Gerçekten de sağlık aynen Sağlık Bakanlığı'nın dediği gibi dönüştürülmektedir. Ancak, bu dönüşümden başta yeni mezun hekimler olmak üzere, hekimlerin çoğunluğuna işsizlik, gelir kaybı, daha uzun çalışma saatleri, daha zor koşullarda çalışma, iş güvencesi olmadan çalışma gibi sıkıntılar düşecektir. Toplumun nasıl etkilenebileceğine gelince, bu başka bir yazının konusu olmakla birlikte, şimdilik, toplumun dezavantajlı kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişimde daha da sıkıntılı bir döneme girebileceğini söylemekle yetinelim.

#### KAYNAKLAR

İEİS (2004). Türkiye İlaç İşverenleri Sendikası Basın Açıklaması, <http://www.ntv.com.tr/news/307529.asp>

SB (2003). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2003, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2003/icindekiler-2003.htm>

Top, M., Tarcan, M. (2004). Türkiye İlaç Ekonomisi Ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi, Liberal Düşünce, 9(35):177-200.